



MIMS

RHEUMATOLOGY, ALLERGY & IMMUNOLOGY DISEASE MANAGEMENT GUIDELINES

Ấn Phẩm Khoa Học Định Kỳ Chuyên Đề THẤP KHỚP, MIỄN DỊCH & DỊ ỨNG

MIMS SPECIALTY EDITION

VIETNAM 2023/2024



MediMarketing, Inc.
MIMS Editorial
ISO 9001:2015 Certified
by TÜV NORD

WWW.MIMS.COM

MIMS EMPOWERING
HEALTHCARE
COMMUNITIES

Công cụ đa năng, tiện lợi dùng tham khảo trong lâm sàng

Ứng dụng MIMS Mobile miễn phí cung cấp thông tin kê toa thiết yếu, các sự kiện y khoa và các bài báo CME cũng như cách tính các chỉ số lâm sàng hữu ích cho nhu cầu thực hành hàng ngày của Bác sĩ - mọi lúc, mọi nơi.

Tải ngay Ứng dụng MIMS Mobile tại



www.mims.com



Hơn
1 triệu
lượt tải về!

Quét mã
và nhận "Quan tâm"
MIMS Zalo OA
để nhận những
thông tin Y khoa cập nhật
đến từ MIMS.



NỘI DUNG

Hướng dẫn sử dụng MIMS Rheumatology, Allergy & Immunology	A5
Mục lục từ viết tắt trong MIMS	A8
Mục lục từ viết tắt trong MIMS Rheumatology, Allergy & Immunology	A9
Mục lục Phác đồ điều trị	A10
Phác đồ điều trị	B1
• Phác đồ điều trị	B244
• Tài liệu tham khảo	
Danh mục sản phẩm	C1
Mục lục bệnh lý	C6
Mục lục phân loại dược lý & cơ chế tác động	C11
Thông tin sản phẩm	1

Tài liệu này được biên tập biên soạn dựa trên y văn và các nguồn tài liệu tham khảo chính thức đã qua phê duyệt.

Mặc dù chúng tôi đã rất nỗ lực trong quá trình biên soạn cũng như kiểm tra thông tin trong **MIMS Rheumatology, Allergy & Immunology Vietnam** để đảm bảo thông tin được chính xác nhưng nhà xuất bản, tác giả, biên tập và những người cộng tác sẽ không chịu trách nhiệm hay có bất kỳ nghĩa vụ pháp lý nào về giá trị lưu hành tiếp tục của các thông tin hoặc cho bất kỳ sai sót nào trong lần xuất bản này do sơ suất hoặc do nguyên nhân khác, hoặc cho bất kỳ hậu quả nào xảy ra; nhà xuất bản không chịu trách nhiệm hoặc nghĩa vụ pháp lý nào về sở hữu bản quyền hoặc tính hợp pháp của bản quyền của bất kỳ sản phẩm y khoa nào được đề cập hoặc được giới thiệu, và cũng không có trách nhiệm xác minh quyền sở hữu hay nguồn gốc của sản phẩm có vi phạm quyền sở hữu trí tuệ hoặc các quyền khác của bất kỳ bên thứ ba nào. Một vài thuốc có thể không được tìm thấy trong sách tại thời điểm xuất bản. Việc thêm vào hoặc loại ra bất kỳ sản phẩm nào không có nghĩa là nhà xuất bản ủng hộ hoặc bác bỏ việc sử dụng thuốc đó nói chung hoặc trong bất kỳ lĩnh vực chuyên biệt nào. Khi cần, quý độc giả có thể liên hệ nhà xuất bản, nhà sản xuất hoặc nhà phân phối để được cung cấp thêm thông tin về các sản phẩm được liệt kê ở đây. Không nên chỉ dựa trên thông tin trong tài liệu này để đưa ra quyết định trị liệu cuối cùng.

Nhà xuất bản, tác giả và biên tập cũng tuyệt đối không nhận bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào của bất cứ ai đối với bất kỳ thiệt hại, mất mát, tử vong, thương tổn hoặc bất kỳ hậu quả nào gây ra do việc sử dụng hoặc dựa vào thông tin trong ấn bản này.

Tài liệu được phân phát đến các chuyên gia y tế.

MIMS là một nhà xuất bản độc lập và không liên kết với bất kỳ nhà sản xuất, nhà phân phối hoặc với tổ chức nào.

© 2023 MIMS. Bản quyền thuộc về công ty MIMS. Không có phần nào của ấn phẩm này được sao chép dưới bất kỳ ngôn ngữ nào, được lưu trữ hoặc đưa vào hệ thống dữ liệu, hoặc truyền tải dưới bất kỳ hình thức nào hoặc bởi bất kỳ phương tiện nào (điện tử, máy móc, sao chép, ghi hình hoặc các dạng khác) mà không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của nhà xuất bản.

Việc quảng cáo chịu sự chấp thuận biên tập và không ảnh hưởng đến nội dung biên tập hoặc cách trình bày. MIMS không đảm bảo một cách trực tiếp hoặc gián tiếp về chất lượng hoặc hiệu quả của bất kỳ sản phẩm hay dịch vụ nào được mô tả trong thông tin quảng cáo hoặc các tài liệu có tính thương mại khác.

ISSN 2529-7473

MIMS Multichannel Access



©MIMS2023



RHEUMATOLOGY, ALLERGY & IMMUNOLOGY

4th Edition 2023/2024
VIETNAM

MIMS Pte Ltd

438A Alexandra Road, Alexandra Technopark, #04-01/02 Singapore 119967
Tel: (65) 6290 7400 | Fax: (65) 6290 7401
Email: enquiry.sg@mims.com

Editorial

Ruby D. Pascual BS Pharm, MPH, JD, **Senior Editorial Manager**
Dr Aimee Michelle P. del Socorro, **Editorial Manager**
Dr Esther Ruth M. De Jesus MD, **Senior Medical Editor**
Dr Honeylou M. De Chavez MD, **Senior Medical Editor**
Dr Ralph Cylon M. Jacinto MD, **Medical Editor**
Nguyen Ha Phuong, BSc Pharm, **Editor**
Tran Thanh Binh, MSc Pharm, **Assoc Editor**
Tran Nga Linh Phuong, MSc Pharm, **Assoc Editor**

Desktop Publishing

Lim Kian Heng, **Production Supervisor,**
Listing (DTP/Design/Production)
Rosalie A. Asuncion, **Senior DTP Specialist - Team Lead**
Eduardo L. Liangco Jr., **DTP Specialist**
Nguyen Tuan Son, **DTP Specialist**

Digital & Print Production

Raymond Choo, Jezz Kong, **Senior Production Coordinators**
Chew Khoy Lun, Nurul Farzana, Sam Shum,
Vo Quynh Nga, **Production Coordinators**

Content Management System

Michael Ocon, **Senior Manager**
Norman Ferrer Jr, **Senior Software Engineer**
Christine Malvas, Jescelyn Calma, **Software Engineers**

Regional Business Development Team,

Drug Listing

Flordeliz G. Zafe,
Gracelda F. Valdevia, **Sales Support Associates**

Chief Executive Officer

Masaki Takahata

Executive Vice President, MIMS Listing & Director, CEO Office

Sohil Goswami

Director, Regional Editorial Operations & Delivery, Drug Listing & Clinical Decision Solutions

Tetsuya Hamaki

Enquiries and Correspondence to:

Business Director, Medical Marketing

Nguyen Thi Thu Trang

Business Manager

Tang Ha Tram Anh

Associate Business Manager

Le Thanh Huong

Circulation

Vo Quynh Nga, Ly Thi Tuyet Hanh, **Circulation Assocs**

MIMS Pte Ltd

Vietnam Representative Office
No. 40, 9th Floor
Pham Ngoc Thach Street
Vo Thi Sau Ward, District 3
Ho Chi Minh City, Vietnam
Tel: (84-28) 3829 7923
Fax: (84-28) 3822 1765
Email: enquiry.vn@mims.com

MIMS Multichannel Access



Online



Mobile



Print



Live

HONORARY EDITORIAL ADVISORY BOARD - ASIA

Hong Kong

- **Dr Cheung Tsang, Tommy**
MBBS (HK), MRCP (UK), FHKCP, FHKAM (Medicine),
FRCP (Edin, Glasg, Lond), Dip Clin Tox (HKPIC and HKCEM)
Specialist in Rheumatology
Honorary Clinical Assistant Professor
Rheumatology and Clinical Immunology
The University of Hong Kong
Honorary Clinical Associate Professor
Department of Medicine and Therapeutics
The Chinese University of Hong Kong
- **Dr Marco HK Ho**
MBBS (HK), MD (HK), MRCP (UK), FRCPC, FRCPE, FRCP,
FHKCPaed, FHKAM
Specialist in Paediatric Immunology and Infectious Diseases
Honorary Clinical Associate Professor
Department of Paediatrics and Adolescent Medicine
The University of Hong Kong
- **Prof Lau Chak-Sing**
MBChB (Dund), MD (Honours) (Dund), MRCP (UK),
FRCP (Edin, Glasg, Lond), FHKCP, FHKAM (Medicine)
Chair and Daniel CK Yu Professor in Rheumatology and
Clinical Immunology
Chairperson, Department of Medicine
The University of Hong Kong
Chief of Service (Medicine)
Queen Mary Hospital
- **Prof Ting-Fan Leung**
MBChB (CUHK), MD (CUHK), MRCP (UK), FRCPC, FAAAAI,
FHKCPaed, FHKAM (Paediatrics)
Alice Ho Miu Ling Nethersole Charity Foundation Professor of
Paediatrics, Department of Paediatrics
Co-Director, Chinese University of Hong Kong-University Medical
Center Utrecht Joint Research Laboratory of Respiratory Virus and
Immunobiology
The Chinese University of Hong Kong
- **Dr Philip H. Li**
MBBS (HK), M Res (Med) (HK), PDipID (HK), MRCP (UK), FHKCP,
FHKAM (Medicine)
Specialist in Immunology and Allergy
Division Chief of Rheumatology and Clinical Immunology
Clinical Assistant Professor
Department of Medicine
The University of Hong Kong
- **Dr Chi-Hung To**
MRCP (UK), FRCP (Edin)
President
The Hong Kong Society of Rheumatology
- **Prof Gary Wing-Kin Wong**
BMedSc (Alberta), MD (Alberta), DABPed, FRCPC, FHKAM
(Paediatrics), MD (CUHK)
President
The Hong Kong Institute of Allergy
- **Dr Adrian YY Wu**
MBChB (Edin), FRCP (Edin), FHKCP, FHKAM (Medicine),
Diplomate, American Board of Allergy and Immunology
Specialist in Immunology and Allergy
Centre for Allergy and Asthma Care

Indonesia

- **Prof. DR. Dr. Bambang Supriyatno, Sp.A(K)**
Consultant, Pediatric Respiriologist
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Dr. Erdina HD Puspongoro, Sp.KK(K), FINSDV, FAADV**
Consultant, Dermatovenereologist
Division of Tropical Infection
Department of Dermato-Venereology
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Dr. Evita H.F. Effendi, Sp.KK(K), FINSDV, FAADV**
Consultant, Dermatovenereologist
Division of Allergy Immunology
Department of Dermato-Venereology
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Prof. DR. Dr. Harry Isbagio, Sp.PD-KR, K.Ger**
Senior Consultant, Rheumatologist, Geriatrician
Division of Rheumatology
Department of Internal Medicine
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Prof. DR. Dr. Iris Rengganis, Sp.PD-KAI, FINASIM**
Senior Consultant, Allergist-Immunologist
Division of Allergy and Clinical Immunology
Department of Internal Medicine
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Prof. Dr. dr. Najib Advani, Sp.A(K), M.Med (Paed)**
Senior Consultant, Paediatric Cardiologist
Division of Cardiology
Department of Pediatrics
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Dr. Nanang Sukmana, Sp.PD-KAI, FINASIM**
Consultant, Allergist-Immunologist
Division of Allergy and Clinical Immunology
Department of Internal Medicine
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **Dr. Nina Irawati, Sp.THT-KL(K)**
Consultant in ENT Allergy-Immunology
Division of Allergy-Immunology
Department of Ear, Nose and Throat
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta
- **DR. Dr. Nucki Nursjamsi Hidajat, S.pOT(K), M.Kes, FICS**
Consultant in Orthopaedics and Traumatology
Division of Hand and Microsurgery
Department of Orthopaedics and Traumatology
Faculty of Medicine, Padjadjaran University
Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung
- **Prof. Dr. dr. Zakiudin Munasir, Sp.A(K)**
Senior Consultant, Paediatrician
Division of Allergy-Immunology
Department of Pediatrics
Faculty of Medicine, University of Indonesia
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta

HONORARY EDITORIAL ADVISORY BOARD - ASIA

Malaysia

• Dr Amir Hamzah Abdul Latiff

MBBS, MMed (Paeds), MRCP (Ire), DipRCPPath (Imm),
AM (Mal), FACAAl, FAAAAI

Fellowship in Clinical Immunology and Allergy (Leeds UK)

Second Vice-President, Asia Pacific Association of Allergy, Asthma
and Clinical Immunology (APAAACI)

Executive Committee Member, Malaysian Society of Allergy and
Immunology (MSAI)

Chair, Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Malaysia

Editorial Board Member: European Medical Journal – Allergy and
Immunology, AP Allergy, Frontiers in Allergy/Food Allergy

Senior Consultant Clinical Immunologist/Allergist (Adults and
Paediatrics) and Paediatrician

Allergy and Immunology Centre

Pantai Hospital Kuala Lumpur, Malaysia

• Dr Saw Lim Beng

MBBS (Manipal), MS Ortho (UM),

Fellowship in Spine Surgery (University of Hong Kong),

CMIA, AM (Mal)

Consultant Spine Surgeon

Sunway Medical Centre

• Dr Yeap Swan Sim

MBChB (Dund), MD (Dund), FRCP (Edin, Lond), CCST (UK)

Consultant Rheumatologist

Subang Jaya Medical Centre

Philippines

• Dr Franklin M. Dizon III

MD, DPBO, FPOA

Consultant, Orthopedics and Spine Surgery

Philippine Orthopedic Center

• Dr Sandra V. Navarra

MD, FPCP, FPRA

Professor, University of Santo Tomas Faculty of Medicine and
Surgery

Section Chief of Rheumatology, University of Santo Tomas Hospital

President and CEO, Rheumatology Educational Trust Foundation,
Inc.

Consultant Rheumatologist, University of Santo Tomas Hospital and
St. Luke's Medical Center

Physician/patient educational programs and patient advocacies:

Applied Rheumatology Made Simple (ARMS), Patient Partners

Educational Program, Lupus Inspired Advocacy (LUISA), People

Empowerment for Arthritis and Lupus (PEARL)

• Dr Geraldine T. Zamora

MD, FPCP, FPRA

Clinical Associate Professor, University of the Philippines – College
of Medicine

Consultant, Department of Medicine – Rheumatology

St. Luke's Medical Center – Global City

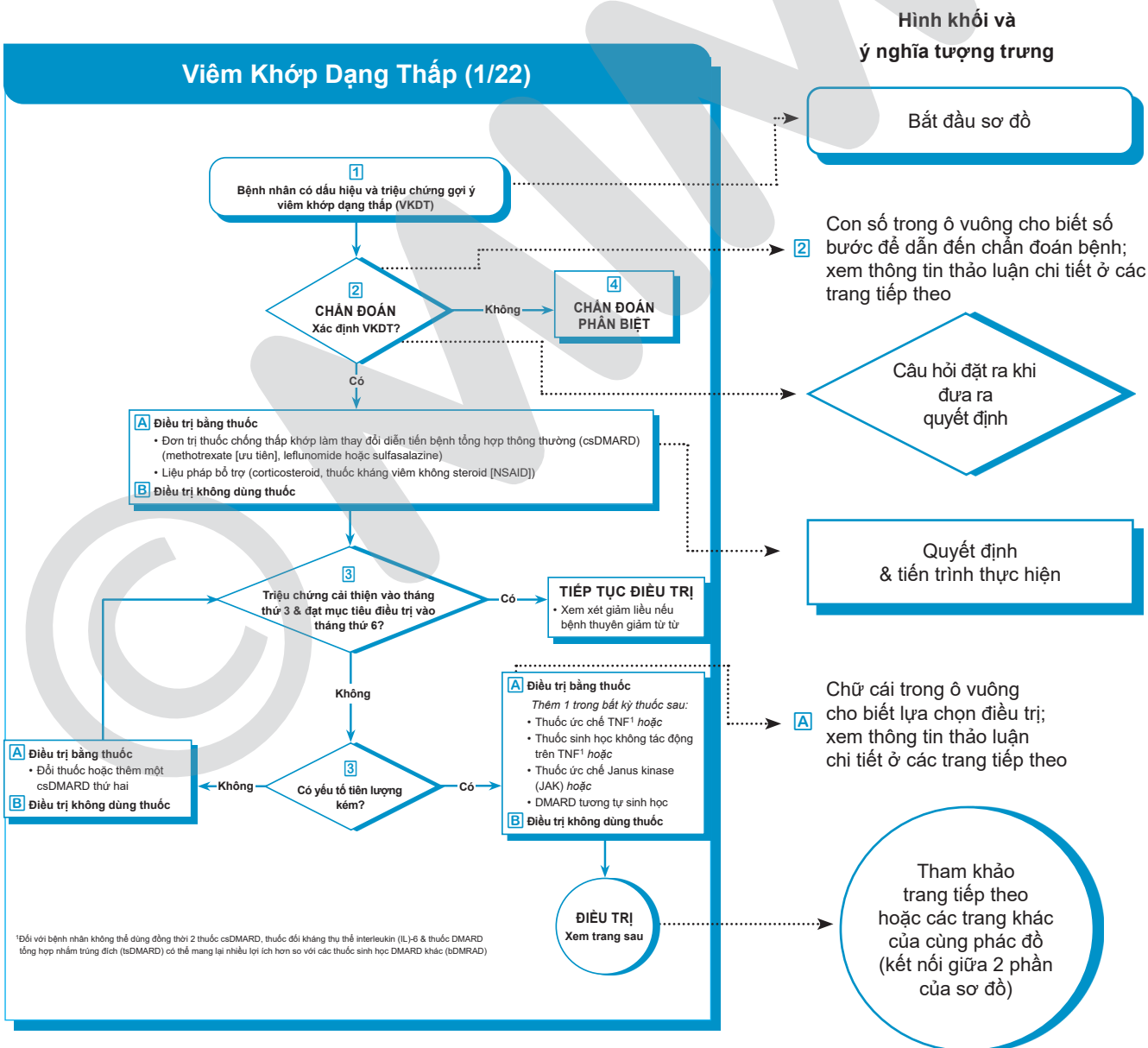
Manila Doctors Hospital

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG MIMS RHEUMATOLOGY, ALLERGY & IMMUNOLOGY

A. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Các sơ đồ trong phần này cung cấp thông tin về phác đồ điều trị cho các bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch thường gặp. Mỗi sơ đồ bao gồm các phần sau:

- Sơ đồ tổng quan các dấu hiệu, triệu chứng và chẩn đoán cho mỗi loại bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch và xem nhanh kế hoạch điều trị.
- Các lựa chọn điều trị chi tiết hỗ trợ bác sĩ lâm sàng để đưa ra quyết định trị liệu.
- Các hướng dẫn về liều dùng được chia theo từng nhóm thuốc điều trị cho từng bệnh cụ thể. Thông tin bao gồm: tác dụng ngoại ý thường gặp, chống chỉ định và các hướng dẫn đặc biệt.
- Tài liệu tham khảo của mỗi chuyên đề được tổng hợp và sắp xếp theo thứ tự alphabet ở cuối mục Phác đồ điều trị và trước phần Mục lục.



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG MIMS RHEUMATOLOGY, ALLERGY & IMMUNOLOGY

B. DANH MỤC SẢN PHẨM

Các thuốc đặc trị cho bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch được liệt kê theo tên biệt dược và tên hoạt chất

• THÔNG TIN BIỆT DƯỢC

AVAMYS

GlaxoSmithKline

[MIMS 3d]

Mỗi nhát xịt: Fluticasone furoate 27,5 mcg.

TB/ĐG: Hỗn dịch xịt mũi (dung môi nước) hộp 1 bình 30, 60, 120 liều xịt.

Biệt dược có hình ảnh sản phẩm được liệt kê thêm các thông tin sau:

- Nhà sản xuất/Nhà tiếp thị
- Phân nhóm MIMS đặt trong dấu ngoặc vuông []
- Thành phần hoạt chất
- Trình bày/Đóng gói (TB/ĐG)

Xem thêm thông tin trong sách **MIMS** và **MIMS.com**.

AERIUS

desloratadine

Tên biệt dược được viết hoa và in đậm

Tên hoạt chất được viết thường

• THÔNG TIN HOẠT CHẤT

etoricoxib

Xem phác đồ

Gout

B13

Thoái hóa khớp

B65

Viêm khớp vảy nến

B109

ARCOXIA (Merck Sharp & Dohme (MSD))

XIBTOSAN 90 (Hasan-Dermapharm)

Tên hoạt chất được viết thường, in đậm và nghiêng.

fluticasone

Xem phác đồ

Vảy nến

B191

Viêm da cơ địa

B214

Viêm mũi dị ứng

B239

FLIXONASE (GlaxoSmithKline)

FLIXOTIDE Evohaler (GlaxoSmithKline)

* SERETIDE Accuhaler (GlaxoSmithKline)

* SERETIDE Evohaler DC (GlaxoSmithKline)

Sơ đồ & số trang có hoạt chất tham khảo trong phần Hướng Dẫn về Liều Dùng được in đậm & nghiêng.

Biệt dược (nhà sản xuất) liên quan. Biệt dược có đánh dấu * là biệt dược phối hợp nhiều hoạt chất.

acetaminophen

(Xem paracetamol)

Tên gọi khác của hoạt chất được tham khảo chéo ở phần hoạt chất chính.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG MIMS RHEUMATOLOGY, ALLERGY & IMMUNOLOGY

C. DANH MỤC BỆNH LÝ

Liệt kê danh sách các bệnh lý thấp khớp, dị ứng & miễn dịch thường gặp theo thứ tự alphabet có trong phần Phác đồ điều trị.

- Nhóm dược lý theo MIMS của thuốc được dùng trong điều trị từng bệnh cụ thể.
- Mã số nhóm MIMS được in nghiêng và đặt trong dấu ngoặc vuông.
- Các phân nhóm (nếu có) sẽ được liệt kê dưới các nhóm MIMS tương ứng.
- Tiếp theo nhóm MIMS là số trang trong phần Hướng dẫn liều dùng của các phác đồ điều trị có liên quan.

Dị ứng thức ăn	Hormon corticosteroid [6d]	B123
	Thuốc kháng histamin & kháng dị ứng [12a]	
	Thể hệ 1	B120
	Thể hệ 2	B122
	Thuốc trị hen & bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [3b]	
	Thuốc chủ vận chọn lọc thụ thể beta ₂ adrenergic	B124
	Thuốc tim [2a]	B123

D. PHÂN NHÓM DƯỢC LÝ & CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG

Các nhóm dược lý dựa theo phân loại của MIMS. Mã số nhóm được in nghiêng và đặt trong dấu ngoặc vuông.

- Nhóm thuốc và cơ chế tác động được biên soạn dưới mỗi nhóm MIMS.

Thuốc trị vẩy nến, tăng tiết bã nhờn & vảy cá [16h]	Dẫn xuất của anthracene dùng tại chỗ	Dithranol: Giảm tốc độ phân bào và tăng sinh của tế bào biểu bì trong bệnh vẩy nến bằng cách ức chế quá trình sao chép ADN, hô hấp tế bào & các enzyme quan trọng của tế bào
	Psoralen	Methoxsalen: Tăng khả năng phản ứng của da với tia UV bước sóng dài. Thuốc liên kết cộng hóa trị với ADN, do đó ức chế tổng hợp ADN, ức chế tế bào phân chia & có tác dụng tái tạo da
	Retinoid tác dụng toàn thân	Acitretin: Cơ chế hoạt động chính xác chưa rõ nhưng có thể do kích hoạt các phân nhóm α , β & γ của acid retinoic & thụ thể retinoid X để ức chế sự biểu hiện của cytokine tiền viêm IL-6, ức chế sự di chuyển của các yếu tố liên quan đến protein-8 (MRP-8), & interferon- γ , dẫn đến bình thường hóa sự tăng sinh tế bào biểu bì, sự biệt hóa & sừng hóa
	Thuốc ly giải keratin	Làm mềm và phá hủy lớp sừng bằng cách tăng nước nội sinh khiến cho lớp sừng của da sưng lên, mềm & sau đó bong vảy

MỤC LỤC TỪ VIẾT TẮT ABBREVIATION INDEX

Mục lục này liệt kê các từ thông dụng và những thuật ngữ Y Khoa được viết tắt trong MIMS Vietnam.
This Index lists abbreviations adopted in MIMS Vietnam for commonly-used words and medical terminology.

½	một nửa	EBV	Epstein-Barr virus	IR	phóng thích tức thời	pheno-barb	phenobarbital/phenobarbitone
+ve	dương tính	EC	viên bao tan trong ruột	IS	trong bao hoạt dịch	PI(s)	ức chế protease
-ve	âm tính	EC-CR	viên bao tan trong ruột phóng thích có kiểm soát	ITP	xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch	PO	đường uống
AA	acid arachidonic	ECG	điện tâm đồ (<i>electrocardiogram</i>)	IU	đơn vị quốc tế	powd	bột
ACE	men chuyển angiotensin	EEG	điện não đồ	IUD	dụng cụ tránh thai đặt tử cung	PPI(s)	chất ức chế bơm proton
ACTH	hormon adrenocorticotrophic	ELISA	xét nghiệm miễn dịch hấp thụ liên kết với enzyme (enzyme-linked immunosorbent assay)	IV	truyền tĩnh mạch	PR	phóng thích kéo dài
ADHD	rối loạn tăng động giảm chú ý	ENT	tai, mũi và họng	IVIg	globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch	prep	bào chế
AIDS	hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải	EPa	eicosapentaenoic acid	K	kali	PR-FC	viên bao phim phóng thích kéo dài
AIIA	đối vận angiotensin II	equiv	equivalent	kg	kilogram	PSA	kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt
AI	nhóm	ER/XL/XR	phóng thích kéo dài	L	lít	PTSD	rối loạn căng thẳng sau chấn thương tâm lý
ALT	alanine aminotransferase	ESR	tốc độ lắng máu	I-	levo	PUD	bệnh loét dạ dày tá tràng
AML	bệnh bạch cầu cấp tính dòng tủy	ESRD	bệnh suy thận giai đoạn cuối	lab	phòng thí nghiệm	PUVA	psoralen + ultraviolet A
ammon	ammonium	exam	kiểm tra	LD	hồng đùng	qds/qid	4 lần một ngày
amp	ống	extr	chiết xuất	LDH	lactate dehydrogenase	QR	phóng thích nhanh
ANA	kháng thể kháng nhân	FBC	tổng phân tích tế bào máu	LDL	lipoprotein trọng lượng phân tử thấp	RA	viêm khớp dạng thấp
ANC	số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối	FC	viên bao phim	LDL-C	cholesterol lipoprotein trọng lượng phân tử thấp	RBC	hồng cầu
anti-VEGF	ức chế yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu	FD	phân tán nhanh	LFT(s)	xét nghiệm chức năng gan	RT	xạ trị
Apo B	apolipoprotein B	Fe	sắt	LH	hormon tạo hoàng thể	SA	nhĩ thất
approx	xấp xỉ	FSH	hormon kích thích nang trứng	lipos	liposome	SC	dưới da
aPTT	thời gian hoạt hóa một phần thromboplastin	g	gram(s)	lit	lít	Se	selen
ARB(s)	chẹn thụ thể angiotensin II	G6PD	glucose-6-phosphate dehydrogenase	LLN	giới hạn bình thường dưới	sec	giây
ASA	acetylsalicylic acid	gal	gallon	LMWH	heparin trọng lượng phân tử thấp	SGOT	serum glutamic oxaloacetic transaminase
ASCVD	bệnh tim mạch xơ vữa	GERD	bệnh trào ngược dạ dày thực quản (gastroesophageal reflux disease)	lyo	đông khô	SGPT	serum glutamic pyruvic transaminase
AST	aspartate aminotransferase	GFR	độ lọc cầu thận	m-	meso	SIADH	Hội chứng tiết hormon chống bài niệu không thích hợp
ATP	adenosine triphosphate	GHRH	hormon kích thích hormon tăng trưởng	MAOI(s)	ức chế monoamine oxidase	SJS	hội chứng Stevens-Johnson
AV	nhĩ thất	GI	dạ dày ruột	mcg	microgram	SL	dưới lưỡi
ave	trung bình	GIT	đường dạ dày ruột	MDI	bình xịt định liều	SLE	lupus ban đỏ hệ thống
BCG	Bacille Calmette-Guérin/ Bacillus Calmette-Guérin	gm +ve	gram dương	ME	vi bao	SNRI(s)	ức chế tái thu hồi serotonin norepinephrine
BCRP	protein kháng ung thư vú (<i>breast cancer resistance protein</i>)	gm -ve	gram âm	ME-EC	vi bao tan trong ruột	SR	phóng thích chậm
bd/bid	hai lần một ngày	GUT	đường sinh dục- tiết niệu	mEq	milliequivalent(s)	SR-FC	viên bao phim phóng thích chậm
BMI	chỉ số khối cơ thể	H. influenzae	<i>Haemophilus influenzae</i>	MI	nhồi máu cơ tim	SSRI(s)	chất ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin
BP	huyết áp	H. pylori	<i>Helicobacter pylori</i>	min	phút/mỗi phút	Staph	Staphylococcus
bpm	số nhịp tim trong một phút	HAV	virus viêm gan A	MIU	triệu đơn vị quốc tế	STD	bệnh lây truyền qua đường tình dục
Br	bromide	Hb	hemoglobin	mixt	hỗn hợp	Strep	Streptococcus
BSA	diện tích bề mặt cơ thể	HBsAg	kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B	MMR	sởi, quai bị, rubella	supp	thuốc đặt
BUN	blood urea nitrogen	HBV	virus viêm gan B	monoHCl	monohydrochloride	susp	hỗn dịch
C	thành phần	HCG	chất hướng sinh dục màng đệm người	MR	phóng thích có biến đổi	syr	siro
Ca	calcium	HCl	hydrochloride	MR-FC	bao phim phóng thích có biến đổi	t_½	thời gian bán thải
CABG	phẫu thuật bắc cầu động mạch vành	HCV	virus viêm gan C	MRI	chụp cộng hưởng từ	t	tuổi
CAD	bệnh động mạch vành	HDL	lipoprotein trọng lượng phân tử cao	MRSA	chụp cộng hưởng từ methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>	tab	viên nén
cal	calories	HDL-C	cholesterol-lipoprotein trọng lượng phân tử cao	mth/mthly	tháng/mỗi tháng	TB/ĐG	trình bày/đóng gói
cap	viên nang	Hg	thủy ngân	MTX	methotrexate	tbsp (15 mL)	muỗng canh
CBC	công thức máu toàn bộ	HIB	<i>Haemophilus influenzae</i> type B	MU	triệu đơn vị	TCA(s)	chống trầm cảm 3 vòng
CD	cách dùng	HIV	virus gây suy giảm miễn dịch ở người	MUPS	hệ cấu trúc đa tiểu vi hạt	tds/tid	ba lần/ba lần mỗi ngày
CD	chỉ định/công dụng	HoFH	tăng cholesterol máu gia đình đồng hợp tử	NIDDM	đái tháo đường không phụ thuộc insulin	temp	hiệt độ
CCĐ	chống chỉ định	HPV	virus gây u nhú ở người	NK	niêm khuẩn	TEN	hoại tử thượng bì nhiễm độc
CHD	bệnh tim mạch	HRT	liệu pháp thay thế hormon	NMDA	N-methyl-D-aspartate	tinct	cồn thuốc
CHF	suy tim sung huyết	HSV	virus herpes simplex	NMS	hội chứng ác tính do thuốc an thần	TMH	tai-mũi-họng
CKD	suy thận mạn	HTN	tăng huyết áp	NNRTI(s)	ức chế non-nucleoside reverse transcriptase	TP	thành phần
Cl	chloride	HZV	virus herpes zoster	NRTI(s)	ức chế nucleoside reverse transcriptase	TPN	nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn
CNS	hệ thần kinh trung ương	IA	trong khớp	NSAID(s)	thuốc kháng viêm không steroid	TR	phóng thích theo thời gian
CO₂	carbon dioxide	IB	bao hoạt dịch	NSCLC	ung thư phổi không tế bào nhỏ	TSH	hormon kích thích tuyến giáp
COPD	bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	ICP	áp lực nội sọ	NT	niêm trùng	tsp (5 mL)	muỗng cafe
COX	cyclooxygenase	ICU	đơn vị chăm sóc tích cực	NYHA	Hội Tim Mạch Học Hoa Kỳ	TTP	xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối
CPR	hồi sức tim phổi	IDDM	đái tháo đường phụ thuộc insulin	O & G	sản khoa và phụ khoa	TT	thận trọng
CR	phóng thích có kiểm soát	Ig	globulin miễn dịch	OA	viêm khớp	TTT	tương tác thuốc
CrCl	độ thanh thải creatinine	IgA	globulin miễn dịch A	OATP1B1	organic anion transporting polypeptides 1B1	u	đơn vị
CSF	dịch não tủy	ILD	bệnh phổi kẽ	OATP1B3	organic anion transporting polypeptides 1B3	ULN	giới hạn bình thường trên
Cu	đồng	IM	tiêm bắp	OC(s)	thuốc ngừa thai uống	URTI	niêm trùng hô hấp trên
CV	tim mạch	INH	isoniazid (isonicotine hydrazine)	OD	viên uống phân tán	UV	tia UV
CVA	tai biến mạch máu não	INR	tỉ số bình thường hóa quốc tế	oint	thuốc mỡ	vit	vitamin
d-	dextro	IOP	áp lực nội nhãn	ophth	thuốc nhãn khoa	VLDL	lipoprotein trọng lượng phân tử rất thấp
DHA	docosahexaenoic acid	IP	trong màng bụng	p-	para	VTE	thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch
diHCl	dihydrochloride	ipecac	ipecaquanha	PABA	para-aminobenzoic acid	WBC	tế bào bạch cầu
DMARDS	thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm			PCOS	hội chứng đa nang buồng trứng	XR-FC	viên bao phim phóng thích kéo dài
DPT	bạch hầu-ho gà-uốn ván (<i>diphtheria pertussis tetanus</i>)			PET	chụp cắt lớp phát xạ positron	Zn	kẽm
DR	phóng thích tri hoãn			P-gp	P-glycoprotein		
	phản ứng gây ra do thuốc đặc trưng bởi tăng bạch cầu ái toan và tổn thương nội tạng						
DRESS	thương nội tạng (<i>drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms</i>)						
ĐTĐ	đái tháo đường						
DVT	huyết khối tĩnh mạch						
E. coli	<i>Escherichia coli</i>						

MỤC LỤC TỪ VIẾT TẮT TRONG MIMS RHEUMATOLOGY, ALLERGY & IMMUNOLOGY

Mục lục này liệt kê các từ viết tắt thường dùng và những thuật ngữ chuyên biệt cho các phác đồ điều trị, tài liệu lâm sàng tham khảo và các mục lục trong ấn bản MIMS Rheumatology, Allergy & Immunology.

6-MNA	acid 6-methoxy-2-naphthyl-acetic	DXA	đo hấp phụ tia X năng lượng kép	pDXA	đo hấp phụ tia X năng lượng kép ngoại vi
AACE	Hiệp hội nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ	ESR	tốc độ lắng máu	PEA	palmitoylethanolamide
ACPA	kháng thể kháng protein citrullin hóa	EULAR	Liên đoàn chống thấp khớp châu Âu	PEF	lưu lượng đỉnh
ACR	Hội thấp khớp Hoa Kỳ	FeNO	đo nồng độ nitric oxide trong khí thở ra	PENS	kích thích điện thần kinh dưới da
ACT	test kiểm soát hen	FEV ₁	thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên	PEST	công cụ tầm soát dịch tế học bệnh vẩy nến
ACQ	bộ câu hỏi kiểm soát hen	FRAX	mô hình đánh giá nguy cơ gãy xương	PT	thời gian prothrombin
ACU	mây đay tự phát mạn tính tự miễn	FTU	đơn vị đầu ngón tay	PTH	hormon cận giáp
ALP	phosphatase kiềm	FVC	dung tích sống gắng sức	PUVA	psoralen + tia cực tím A
AMP	adenosine monophosphate	GINA	Chiến lược sáng kiến toàn cầu về hen phế quản	QCT	chụp cắt lớp vi tính định lượng
ANA	kháng thể kháng nhân	GIOP	loãng xương do sử dụng glucocorticoid	QUS	đo mật độ qua siêu âm định lượng
ASA	acid acetylsalicylic	HLA	kháng nguyên bạch cầu người	RAST	xét nghiệm hấp thụ dị ứng phóng xạ
ATAQ	bộ câu hỏi đánh giá liệu pháp điều trị hen	HPQ	hen phế quản	SABA	thuốc đồng vận beta ₂ tác dụng ngắn
bDMARD	DMARD sinh học	ICS	corticosteroid đường hít	SCIT	liệu pháp miễn dịch đặc hiệu qua đường tiêm dưới da
BHRA	xét nghiệm histamin phóng thích bởi basophil	ICU	đơn vị hồi sức tích cực	SLIT	liệu pháp miễn dịch đặc hiệu qua đường ngậm dưới lưỡi
BMD	mật độ khoáng xương	IL	interleukin	SDAI	chỉ số hoạt động bệnh rút gọn
BMI	chỉ số khối cơ thể	IVIg	globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch	SERM	thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen
BSA	diện tích da cơ thể	Jak	Janus kinase	SNRI	thuốc ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrine
C-ACT	test kiểm soát hen ở trẻ nhỏ	LABA	thuốc đồng vận beta ₂ tác dụng kéo dài	SPEP	điện di protein huyết thanh
CBC	công thức máu toàn phần	LFT	xét nghiệm chức năng gan	SSRI	thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin
CCP	cyclic citrullinated peptide	LTRA	thuốc đối kháng thụ thể leukotrien	TBS	chỉ số xương xốp
COX-2	cyclooxygenase-2	MAO	monoamine oxidase	TENS	kích thích thần kinh bằng dòng điện qua da
CRP	protein phản ứng C	MDI	ống hít định liều	THK	thoái hóa khớp
csDMARD	DMARD tổng hợp thông thường	MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> kháng methicillin	TNF	yếu tố hoại tử bướu
CT	chụp cắt lớp vi tính	NB UVB	tia cực tím B dải hẹp	TPMT	Thiopurine S-Methyltransferase
CTX	C-telopeptide	NOF	Hiệp hội loãng xương Hoa Kỳ	tsDMARD	DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
D5W	dung dịch dextrose 5%	OCS	corticosteroid đường uống	UAS	thang điểm hoạt động bệnh mây đay
DLQI	chỉ số chất lượng cuộc sống của bệnh da	OSTA	công cụ tự đánh giá loãng xương dành cho người châu Á	US FDA	Cục quản lý dược phẩm và thực phẩm Hoa Kỳ
DMARD	thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh	P1NP	propeptide procollagen týp 1 tặn cùng bằng amino	VAS	thang điểm đánh giá mức độ đau (visual analogue scale)
ADN	acid deoxyribonucleic	PaCO ₂	phân áp CO ₂ trong máu động mạch	VKDT	viêm khớp dạng thấp
DNase B	deoxyribonuclease B	PaO ₂	phân áp O ₂ trong máu động mạch	WHO	Tổ chức y tế thế giới
DPI	dụng cụ hít dạng bột khô	PASI	chỉ số mức độ bệnh vẩy nến		
DRESS	nổi mẩn do thuốc kèm triệu chứng toàn thân của tăng bạch cầu ái toan				
DUTP	dị ứng thực phẩm				
DVT	thuyên tắc tĩnh mạch sâu				

Thông tin trong tài liệu này nhằm để tham khảo nhanh, không được xem là hướng dẫn điều trị đầy đủ và chính thống cho các bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch. Thông tin này chỉ dành cho chuyên gia y tế, những người có đủ am hiểu để lựa chọn thuốc sử dụng trong các bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch. Bác sĩ hoặc chuyên gia y tế nên tự đánh giá để có quyết định thích hợp trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân.

Nên nhớ rằng, đối với các bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch, phương thức chẩn đoán và điều trị sẽ luôn có thay đổi dựa trên các nghiên cứu mới cập nhật và từ kinh nghiệm lâm sàng. Hơn nữa, ý kiến của các chuyên gia có thể trái ngược nhau.

Mặc dù đã luôn rất cẩn thận để đảm bảo thông tin được chính xác, trung thực và đáng tin cậy, các chuyên gia y tế cũng được khuyến nên tham khảo các nguồn tài liệu khác để xác minh thông tin trình bày trong tài liệu này trước khi có quyết định trị liệu cuối cùng. Các chuyên gia y tế cũng nên tra cứu thông tin sản phẩm mới nhất của nhà sản xuất để xem hướng dẫn về chỉ định và liều dùng. Không nên chỉ dựa vào thông tin trong tài liệu tham khảo nhanh này để đưa ra quyết định điều trị cuối cùng.

Độc giả nên biết rằng tác giả, ban biên tập, người hiệu đính, nhà xuất bản và người cộng tác không chịu trách nhiệm về giá trị lưu hành tiếp tục của thông tin này hoặc cho bất kỳ sai sót, không chính xác hay thiệt hại nào phát sinh do sơ suất hoặc do các nguyên nhân khác hoặc cho bất kỳ hậu quả nào xảy ra do sử dụng thông tin trong hướng dẫn tham khảo nhanh này.

Tác giả, ban biên tập, người hiệu đính, nhà xuất bản cũng tuyệt đối không nhận bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào của bất cứ ai đối với bất kỳ thiệt hại, mất mát, tử vong, thương tổn hoặc bất kỳ hậu quả nào gây ra do việc sử dụng hoặc dựa vào thông tin trong ấn bản này.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Thấp khớp (*Rheumatology*)

- Gout (*Gout*) B1
- Loãng xương (*Osteoporosis*) B15
- Lupus ban đỏ hệ thống
(*Systemic lupus erythematosus*) B39
- Thoái hóa khớp (*Osteoarthritis*) B53
- Viêm khớp dạng thấp (*Rheumatoid arthritis*) B71
- Viêm khớp vảy nến (*Psoriatic arthritis*) B93

Dị ứng & Miễn dịch (*Allergy & Immunology*)

- Dị ứng thức ăn (*Food allergy*) B111
- Hen phế quản (*Asthma*) B125
- Mày đay (*Urticaria*) B160
- Vảy nến (*Psoriasis*) B175
- Viêm da cơ địa (*Atopic dermatitis*) B202
- Viêm mũi dị ứng (*Rhinitis - Allergic*) B222
- Tài liệu tham khảo (*References*) B244



CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO VÀ BẰNG CHỨNG LÂM SÀNG CỦA DENOSUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH

TỔNG QUAN

Việt Nam¹
>4,5
triệu người

dự báo loãng xương
năm 2030

70-80% Nữ
20-30% Nam

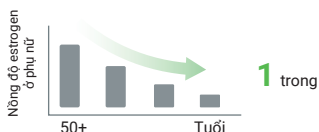


▶ Không tuân thủ điều trị loãng xương làm tăng 30% nguy cơ gãy xương.⁷ Lựa chọn thuốc sử dụng đơn giản (tần suất, cách dùng) và có tính an toàn về lâu dài là một giải pháp nâng cao tuân thủ điều trị, làm giảm nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân loãng xương.⁸

▶ Hiện nay, có nhiều thuốc được sử dụng tại Việt Nam để điều trị loãng xương như nhóm bisphosphonate (như alendronate, risedronate, ibandronate, zoledronate), nhóm điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (raloxifene).

▶ Denosumab - một loại kháng thể đơn dòng ức chế quá trình phát triển và hoạt động của tế bào hủy xương, tiêm dưới da mỗi 6 tháng với hiệu quả và độ an toàn trong điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh được đánh giá trong nghiên cứu FREEDOM & phân tích mở rộng.⁹

▶ Denosumab được đưa vào khuyến cáo của Hội Nội tiết Lâm sàng Hoa Kỳ/Hội Nội tiết Hoa Kỳ (AAACE/ACE) năm 2020 & Nhóm Hướng dẫn Loãng xương Quốc gia Vương quốc Anh (NOGG) năm 2021 trong điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh.^{10,11}



3 nữ trên 50 tuổi
5 nam trên 50 tuổi

sẽ **gãy xương**
do **loãng xương**^{2,3}

Loãng xương là một bệnh **âm thầm** không triệu chứng.⁴

1162 Phụ nữ gãy đầu dưới xương quay.
2,8% bệnh nhân đo mật độ khoáng xương (BMD).
22,9% bệnh nhân được điều trị loãng xương.

◆ Tác dụng không mong muốn của thuốc.

◆ Lo ngại về tính an toàn của thuốc khi điều trị lâu dài.⁵

THÁCH THỨC

50-70% ngừng
các thuốc điều trị loãng xương trong năm đầu sử dụng.⁶

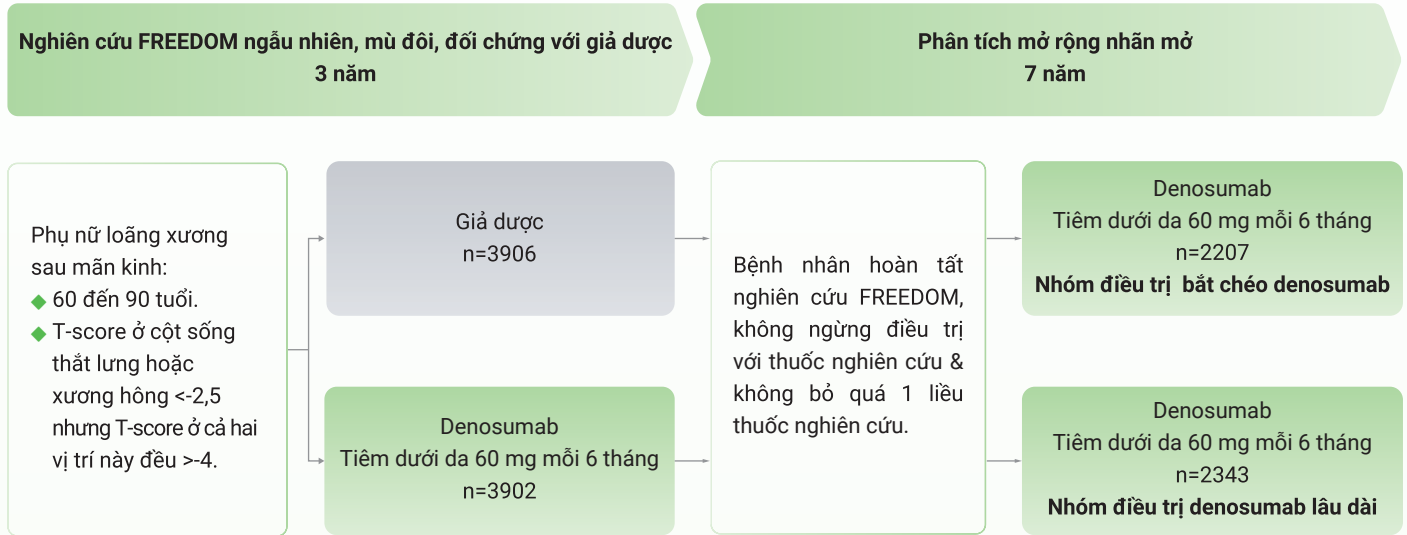
CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH CỦA AAACE/ACE 2020 & NOGG 2021

	Nội dung khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
AAACE/ ACE: Hội Nội tiết Lâm sàng Hoa Kỳ/ Hội Nội tiết Hoa Kỳ năm 2020 ¹⁰	▶ Đánh giá nguy cơ loãng xương ở tất cả phụ nữ sau mãn kinh ≥ 50 tuổi.	1B
	▶ Đánh giá ban đầu loãng xương nên bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bệnh sử chi tiết. ◆ Thăm khám lâm sàng. ◆ Nguy cơ gãy xương theo mô hình FRAX[®] hoặc các công cụ đánh giá nguy cơ gãy xương khác. 	1B
	▶ Khuyến cáo điều trị dùng thuốc ở những đối tượng sau: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bệnh nhân thiếu xương hoặc khối lượng xương thấp và có tiền sử dễ gãy xương hông hoặc cột sống. ◆ Bệnh nhân có T-score ở cột sống, cổ xương đùi, xương hông và 1/3 xương quay $< -2,5$. ◆ Bệnh nhân có T-score giữa $-1,0$ và $-2,5$ & xác suất gãy xương lớn do loãng xương trong 10 năm tính theo mô hình FRAX[®] $\geq 20\%$ hoặc xác suất gãy xương hông trong 10 năm tính theo mô hình FRAX[®] $\geq 3\%$ tại Hoa Kỳ hoặc cao hơn ngưỡng cụ thể của từng quốc gia hoặc khu vực. ◆ Cân nhắc dùng thuốc cho các đối tượng có nguy cơ gãy xương cao hoặc rất cao. 	1A 1A 1A 1B
	▶ Alendronate, denosumab, risedronate và zoledronate được chấp thuận điều trị khởi đầu cho hầu hết bệnh nhân loãng xương có nguy cơ gãy xương cao.	1A
	▶ Denosumab và zoledronate là hai trong số những thuốc nên được cân nhắc điều trị cho bệnh nhân không thể sử dụng thuốc uống & điều trị khởi đầu cho bệnh nhân có nguy cơ gãy xương rất cao.	1A
NOGG: Nhóm Hướng dẫn Loãng xương Quốc gia Vương quốc Anh năm 2021 ¹¹	▶ Các thuốc chống hủy xương không phải bisphosphonate không được khuyến cáo ngừng điều trị & nên tiếp tục dùng các thuốc này ngay khi tình trạng lâm sàng thích hợp.	1A
	▶ Nếu ngừng điều trị denosumab, bệnh nhân nên được chuyển sang điều trị thay thế bằng một thuốc chống hủy xương khác.	1A
NOGG: Nhóm Hướng dẫn Loãng xương Quốc gia Vương quốc Anh năm 2021 ¹¹	▶ Khi lựa chọn thuốc điều trị cần dựa vào nguy cơ gãy xương, sự đồng ý và sở thích của bệnh nhân & chi phí-hiệu quả.	Mạnh
	▶ Thuốc chống hủy xương (ví dụ: denosumab) là lựa chọn điều trị đầu tay cho hầu hết bệnh nhân có nguy cơ dễ gãy xương.	Mạnh
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Không nên ngừng denosumab khi chưa có liệu pháp điều trị thay thế. ◆ Nếu ngừng denosumab, khuyến cáo truyền tĩnh mạch zoledronate sau 6 tháng kể từ liều tiêm denosumab cuối cùng, theo dõi nồng độ CTX để xác định thời gian điều trị kế tiếp. 	Mạnh Mạnh

HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA DENOSUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH: KẾT QUẢ TỪ NGHIÊN CỨU FREEDOM & PHÂN TÍCH MỞ RỘNG NHÃN MỜ

Nghiên cứu FREEDOM là nghiên cứu pha 3, đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng với giả dược trong 3 năm, sau đó phân tích mở rộng nhãn mở trong 7 năm để đánh giá hiệu quả & tính an toàn của denosumab khi điều trị lâu dài.⁹

Tóm Tắt Thiết Kế Nghiên Cứu FREEDOM & Phân Tích Mở Rộng Nhãn Mở⁹



Phương pháp mô phỏng để ước tính tỷ lệ gãy xương mới ở nhóm bệnh nhân sử dụng denosumab trong nghiên cứu FREEDOM và dùng giả dược mô phỏng trong phân tích mở rộng.

Tiêu Chí Đánh Giá Giai Đoạn Phân Tích Mở Rộng⁹

Tiêu chí chính	Tiêu chí phụ
Tính an toàn của denosumab bao gồm tỷ lệ biến cố bất lợi (BCBL), biến cố bất lợi nghiêm trọng, sự thay đổi các chỉ số sinh hóa, huyết học, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu xuất hiện kháng thể trung hòa denosumab.	<ul style="list-style-type: none"> Phần trăm thay đổi BMD ở cột sống thắt lưng, xương hông, cổ xương đùi, 1/3 xương quay so với giá trị ban đầu ở mỗi giai đoạn nghiên cứu. Tỷ lệ gãy xương mới ở đốt sống ở tháng thứ 24, 36, 60 và 84. Tỷ lệ gãy xương mới ở ngoài đốt sống bất kỳ & xương hông trong suốt quá trình nghiên cứu.

Kết Quả Nghiên Cứu⁹

Tính An Toàn Của Denosumab Trong Điều Trị Loãng Xương Ở Phụ Nữ Sau Mãn Kinh⁹

- Tỷ lệ ngừng điều trị & nguyên nhân ngừng điều trị ở nhóm dùng denosumab lâu dài và nhóm điều trị bắt chéo denosumab **tương tự nhau**.
- Tỷ lệ BCBL được điều chỉnh hằng năm về mức độ phơi nhiễm thuốc **ổn định trong suốt quá trình nghiên cứu** ở nhóm điều trị denosumab lâu dài và nhóm điều trị bắt chéo denosumab.
- Tỷ lệ BCBL bất kỳ ở nhóm dùng denosumab giảm sau 10 năm điều trị.
- Tỷ lệ BCBL nghiêm trọng nhìn chung ổn định qua các năm, dao động trong khoảng từ 11,5 đến 14,4 biến cố/100 người-năm.

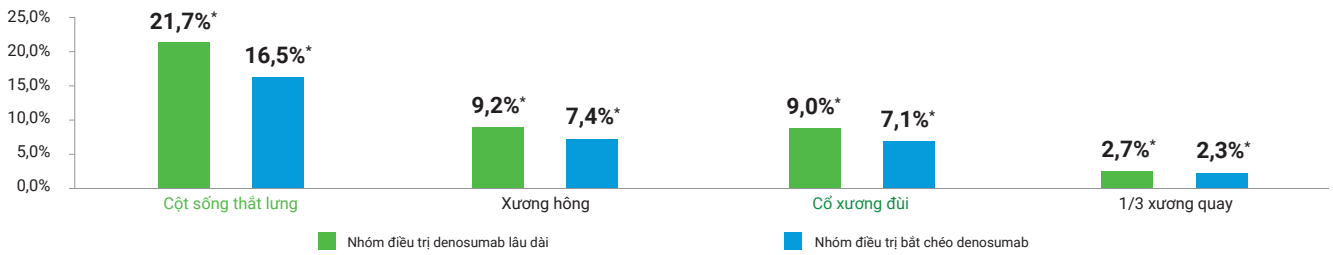
Bảng 1. Tỷ lệ BCBL, BCBL nghiêm trọng ở nhóm dùng denosumab trong 10 năm điều trị (biến cố/100 người-năm).

Năm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Số người tham gia nghiên cứu	6085	5787	5452	4099	3890	3582	3261	1743	1585	1451
BCBL bất kỳ	165,3	137,8	124,6	129,9	110,9	110,0	108,4	107,6	109,5	95,9
BCBL nghiêm trọng	12,0	11,5	12,3	11,5	12,9	12,6	14,4	11,5	13,1	12,3

Điều Trị Denosumab Lâu Dài Giúp Cải Thiện Mật Độ Khoáng Xương (BMD)⁹

- Mật độ khoáng xương (BMD) ở cột sống thắt lưng, xương hông, cổ xương đùi, 1/3 xương quay tăng có ý nghĩa thống kê so với giá trị ban đầu ở cả nhóm điều trị denosumab lâu dài và nhóm điều trị bắt chéo denosumab.

Hình 1. Hiệu quả cải thiện BMD đáng kể của denosumab so với giá trị ban đầu.



*: Khác biệt có ý nghĩa thống kê so với giá trị ban đầu

Theo Bone H. et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2017, 5: 513-523.

- Nhóm điều trị denosumab lâu dài có tỷ lệ gãy xương mới ở đốt sống, ngoài đốt sống và hông hằng năm ở giai đoạn phân tích mở rộng vẫn thấp tương tự với nhóm dùng denosumab trong giai đoạn 3 năm đầu.

Bảng 2. Tỷ lệ gãy xương mới ở đốt sống, ngoài đốt sống & hông trong nghiên cứu FREEDOM & phân tích mở rộng.

Năm	Nhóm giả dược			Nhóm điều trị denosumab lâu dài				
	1	2	3	1	2	3	9	10
Tỷ lệ gãy xương mới ở đốt sống (%)	2,22	3,15	3,08	0,86	0,70	1,08	1,28	
Tỷ lệ gãy xương mới ở ngoài đốt sống (%)	3,06	2,89	2,50	2,59	2,09	2,15	1,05	1,91
Tỷ lệ gãy xương mới ở hông (%)	0,55	0,36	0,27	0,29	0,08	0,32	0,00	0,42

- Trong phân tích mở rộng, tỷ lệ tích lũy của gãy xương mới ở đốt sống (7,0%) và ngoài đốt sống (9,3%) ở nhóm dùng denosumab thấp hơn so với giả dược mô phỏng (11,5% & 14,5%).
- Theo mô hình song sinh ảo (virtual twins model), nguy cơ tương đối ước tính gãy xương mới ở đốt sống & ngoài đốt sống của nhóm điều trị denosumab lâu dài so với giả dược lần lượt là 0,62 (KTC 95%: 0,47– 0,80) & 0,54 (KTC 95%: 0,43 – 0,68).
- Điều trị denosumab làm giảm nồng độ các marker chu chuyển xương (CTx và P1NP) trong huyết thanh lên đến 10 năm ở nhóm điều trị denosumab lâu dài và giảm nhanh chóng sau khi bắt đầu dùng denosumab, duy trì trong suốt 7 năm ở nhóm điều trị bắt chéo denosumab.

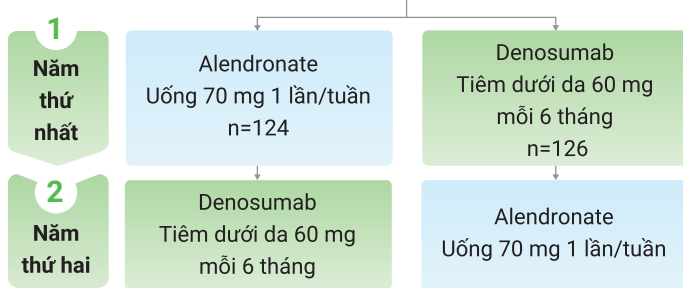
DENOSUMAB CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở PHỤ NỮ LOÃNG XƯƠNG SAU MÃN KINH

- Điều trị lâu dài với bisphosphonate hoặc denosumab đã được đánh giá mang lại lợi ích đáng kể cho phụ nữ loãng xương sau mãn kinh qua các kết quả nghiên cứu lâm sàng pha III.^{9,12}
- Tuy nhiên, việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân là một vấn đề cần quan tâm khi dùng bisphosphonate hoặc denosumab trong thời gian dài.
 - Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tuân thủ điều trị bisphosphonate, trong đó có 1 phân tích gộp trên 236.540 bệnh nhân gồm 5 nghiên cứu khảo sát tuân thủ điều trị bisphosphonate ở phụ nữ sau mãn kinh và ảnh hưởng của việc tuân thủ điều trị đến nguy cơ gãy xương.¹³
 - Một nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, ngẫu nhiên, nhãn mở khác được thiết kế chéo trên 250 phụ nữ sau mãn kinh có mật độ khoáng xương (BMD) thấp nhằm so sánh tuân thủ điều trị giữa nhóm bệnh nhân dùng bisphosphonate và nhóm bệnh nhân dùng denosumab.¹⁴

Tóm Tắt Thiết Kế Nghiên Cứu¹⁴

Phụ nữ loãng xương sau mãn kinh (n=250)

- ≥ 55 tuổi.
- T-score ở cột sống thắt lưng, xương hông, cổ xương đùi trong khoảng từ -4 đến -2.
- Chưa từng điều trị trước đó với bisphosphonate, denosumab, strontium ranelate.



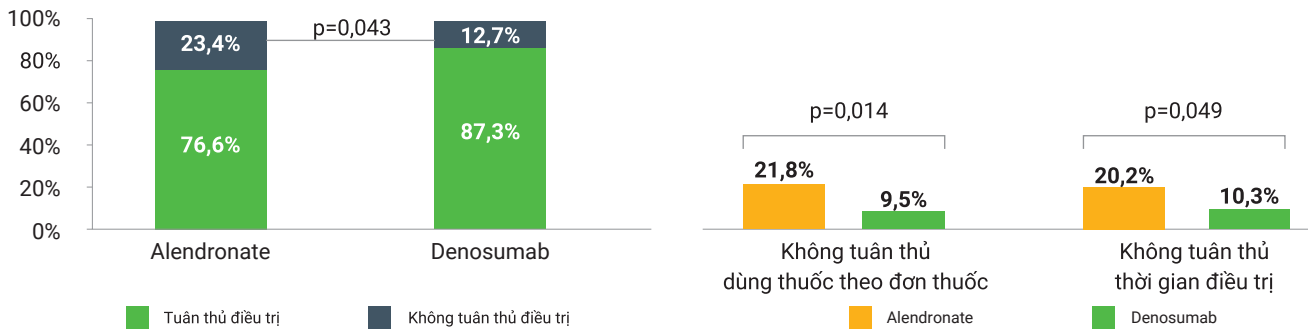
Tiêu Chí Đánh Giá¹⁴

Tỷ lệ tuân thủ điều trị bao gồm tuân thủ dùng thuốc theo đơn thuốc & tuân thủ thời gian điều trị.

Tuân thủ	Tuân thủ dùng thuốc theo đơn thuốc	Tuân thủ thời gian điều trị
Alendronate	Dùng tối thiểu 80% số viên thuốc.	Dùng tối thiểu 2 viên thuốc trong tháng trước và đến khám vào tháng thứ 12 trong khoảng thời gian điều trị.
Denosumab	Tiêm 2 mũi denosumab cách nhau 6±1 tháng.	Tiêm đủ các mũi denosumab, đến khám vào tháng thứ 12 trong khoảng thời gian điều trị.

Nhóm Bệnh Nhân Tiêm Dưới Da Denosumab Mỗi 6 Tháng Có Tỷ Lệ Tuân Thủ Điều Trị Cao Hơn Đáng Kể So Với Nhóm Bệnh Nhân Uống Alendronate Mỗi Tuần Trong Năm Thứ Nhất¹⁴

Hình 2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị, không tuân thủ điều trị, không tuân thủ dùng thuốc theo đơn, không tuân thủ thời gian điều trị ở 2 nhóm bệnh nhân.

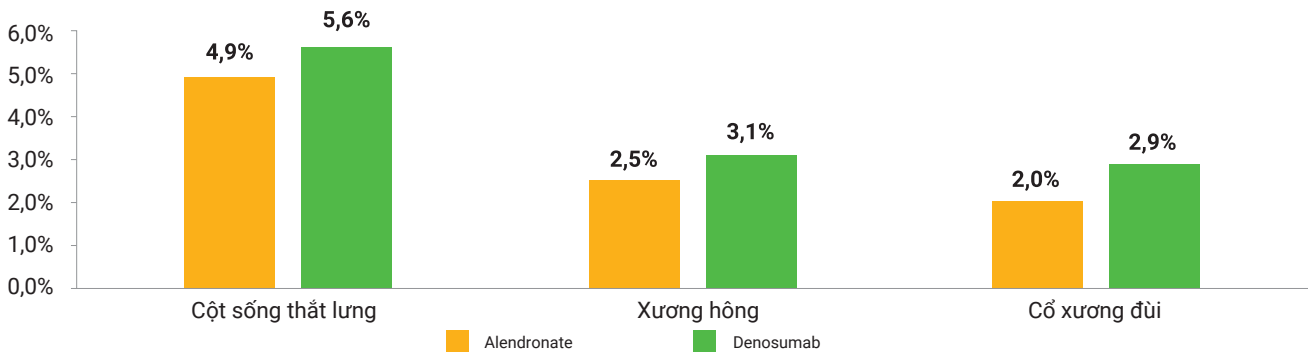


Theo Kendler D. et al. Osteoporos Int. 2011, 22: 1725-1735.

► Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân điều trị với denosumab (điểm PSQ= 4,59 ± 0,87) cao hơn so với nhóm điều trị với alendronate (điểm PSQ= 4,29 ± 0,89) (p = 0,001).

Denosumab Cải Thiện BMD Của Bệnh Nhân Sau 12 Tháng¹⁴

Hình 3. Hiệu quả cải thiện BMD sau 12 tháng so với giá trị ban đầu ở 2 nhóm bệnh nhân.



Theo Kendler D. et al. Osteoporos Int. 2011, 22: 1725-1735.

TÓM TẮT



Theo khuyến cáo của AACE/ACE 2020, denosumab là một lựa chọn điều trị khởi đầu ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh có nguy cơ gãy xương cao hoặc rất cao hoặc được cân nhắc lựa chọn điều trị cho bệnh nhân không thể sử dụng thuốc uống. Denosumab là thuốc chống hủy xương được NOGG 2021 khuyến cáo là một lựa chọn đầu tay cho hầu hết bệnh nhân có nguy cơ dễ gãy xương.



Theo nghiên cứu FREEDOM & phân tích mở rộng:

- Điều trị lâu dài với denosumab được chứng minh là có hồ sơ an toàn và dung nạp tốt.
- Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh bằng denosumab lâu dài sẽ làm tăng mật độ khoáng của xương, giảm nguy cơ gãy xương mới ở đốt sống & ngoài đốt sống và giảm nồng độ marker chu chuyển xương.



Denosumab được ghi nhận cải thiện tuân thủ điều trị của bệnh nhân qua một nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, nhãn mở khác.

Denosumab chưa được phê duyệt tại Việt Nam tại thời điểm xuất bản ấn phẩm này. Bài viết nhằm cung cấp thông tin khoa học. Việc điều trị trong thực hành lâm sàng cần tuân theo chỉ định đã được Bộ Y Tế phê duyệt.

Tài liệu tham khảo:

1. Sức khỏe đời sống. Người Việt tuổi vận động, làm gia tăng nguy cơ loãng xương. <https://suckhoedoisong.vn/nguoi-viet-luoi-van-dong-lam-gia-tang-nguy-co-loang-xuong-169221113171106298.htm>. Truy cập ngày 17/1/2023.
2. Ji M. & Yu Q. Primary osteoporosis in postmenopausal women. *Chronic Diseases and Translational Medicine*. 2015 (1): 9-13.
3. Sözen T, Özşık L. & Başaran N. An overview and management of osteoporosis. *European Journal of Rheumatology*. 2017, 4: 46-56.
4. Freedman K. et al. Treatment of osteoporosis: are physicians missing an opportunity? *J Bone Joint Surg Am*. 2000, 82 (8): 1063-1070.
5. Lindsay B. et al. Patient-reported barriers to osteoporosis therapy. *Arch Osteoporos*. 2016, 11:19.
6. Jaleel A. et al. Improving drug adherence in osteoporosis: an update on more recent studies. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 2018, 10 (7): 141-149.
7. Ross S. et al. A Meta-Analysis of Osteoporotic Fracture Risk with Medication Nonadherence. *Value in health*. 2011, 14: 571-581.
8. Warriner A. et al. Adherence to Osteoporosis Treatments: Room for Improvement. *Curr Opin Rheumatol*. 2009; 21 (4): 356-362.
9. Bone H. et al. 10 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the phase 3 randomised FREEDOM trial and open-label extension. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017, 5: 513-523.
10. Camacho P. et al. American Association of Clinical Endocrinologists/ American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis – 2020 Update. *Endocrine Practice*. 2020, 26 (1): 1-46.
11. Gregson C. et al. NOGG 2021: Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. 2021, 1-72.
12. Tonino R. et al. Skeletal Benefits of Alendronate: 7-Year Treatment of Postmenopausal Osteoporotic Women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2000, 85:3109-3115.
13. Imaz I. et al. Poor bisphosphonate adherence for treatment of osteoporosis increases fracture risk: systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2010, 21: 1943-1951.
14. Kendler D. et al. Adherence, preference and satisfaction of postmenopausal women taking denosumab or alendronate. *Osteoporos Int*. 2011, 22: 1725-1735.

Từ viết tắt:

BMD: Bone mineral density – mật độ khoáng xương. CTX-I: C-terminal telopeptide of type 1 collagen. PINP: procollagen type 1 N-terminal propeptide. KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%. PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire: Chỉ số hài lòng của bệnh nhân

Biên soạn bởi MIMS. Các ý kiến được trình bày không nhất thiết của ban biên tập, nhà xuất bản hoặc nhà tài trợ. Ban biên tập, nhà xuất bản và nhà tài trợ không chịu trách nhiệm pháp lý cho bất kỳ tổn thất, mất mát nào có thể xảy ra.
© 2023 MIMS. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced by any process in any language without the written permission of the publisher.
6 Phùng Khắc Khoan, Lầu 2, Phường Đa Kao, Quận 1, TP. HCM
ĐT: (84-28) 3829 7923 | Fax: (84-28) 3822 1765 | Email: enquiry.vn@mims.com

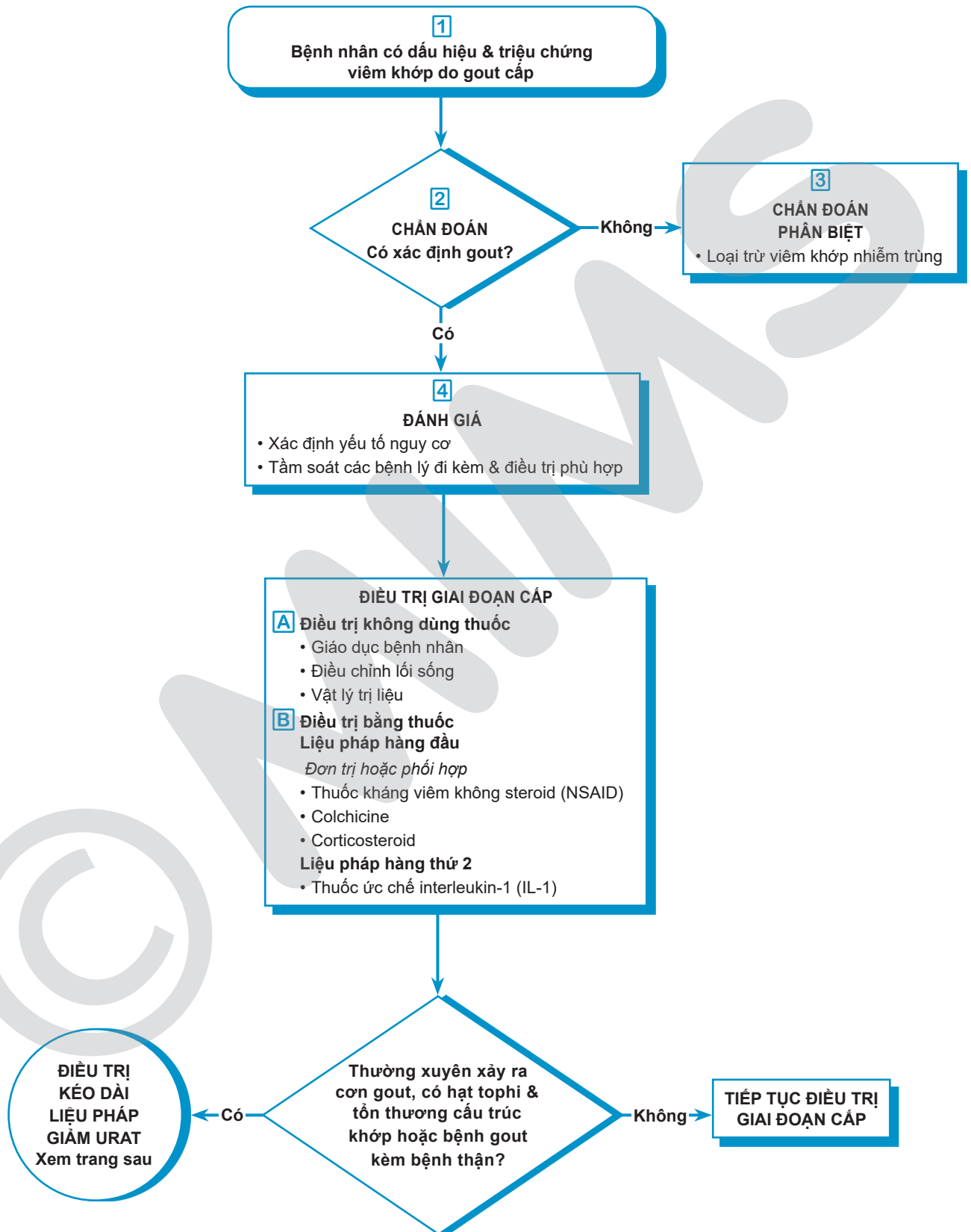


VN-MRAIGRPT-059



9 786044 760377

Gout (1/14)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

**ĐIỀU TRỊ KÉO DÀI
LIỆU PHÁP GIẢM URAT**

A Điều trị không dùng thuốc

- Giáo dục bệnh nhân
- Điều chỉnh lối sống

B Điều trị bằng thuốc

- Thuốc ức chế xanthin oxidase
 - Allopurinol
 - Febuxostat
- Thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu
 - Probenecid
 - Sulfinpyrazone
 - Benzbromarone
- Thuốc thủy phân acid uric
 - Pegloticase
- Thuốc kiềm hóa nước tiểu
 - Kali citrate

**Có đạt mục tiêu
điều trị không?**

**Không,
Có đợt
tái phát**

- Đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân
- Chỉnh liều
- Xem xét chuyển đến bác sĩ chuyên khoa

Có

HẾT TRIỆU CHỨNG

- Tất cả bệnh nhân cần được khuyến tiếp tục điều chỉnh lối sống để phòng ngừa cơn tái phát trong tương lai

1 BỆNH GOUT

- Là tình trạng tăng urat trong cơ thể, còn gọi là tăng acid uric máu, dẫn đến ứ đọng các tinh thể mononatri urat monohydrate trong nhiều mô khác nhau (như khớp, mô liên kết, thận)
- Tăng acid uric máu là điều kiện cần để tạo thành các tinh thể mononatri urat monohydrate ứ đọng nhưng cần phải phân biệt với gout - là một hội chứng lâm sàng
- Dẫn đến tình trạng viêm cấp tính và mạn tính do những thay đổi trong cấu trúc khớp và quanh khớp
- Là dạng viêm khớp thường gặp nhất ở nam giới
- Ở châu Âu & Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc bệnh gout ước tính là 3% ở người lớn
- Tỷ lệ hiện mắc của bệnh gout thay đổi tùy theo khu vực ở châu Á - Thái Bình Dương
 - Nhóm chủng tộc ở Trung Quốc & Malaysia (như người Malaysia, người Tamil) có nồng độ acid uric cao hơn so với người Nhật & Thái Lan
 - Đài Loan là một trong các quốc gia có tỷ lệ bệnh gout cao nhất trên thế giới

Nguyên nhân gây tăng acid uric máu

- Sản xuất acid uric quá mức:
 - Thiếu hụt enzyme có tính di truyền (như thiếu hypoxanthine-guanine phosphoribosyltransferase, phosphoribosyl pyrophosphate synthetase hoạt động quá mức, bệnh dự trữ glycogen, thiếu hụt fructose-1-phosphate aldolase, thiếu hụt myoadenylate deaminase, thiếu hụt carnitine palmitoyltransferase II)
 - Các rối loạn lâm sàng (như bệnh tăng sinh tủy & rối loạn tăng sản lympho, bệnh ác tính, vảy nến, hội chứng Down)
 - Gây ra do chế độ ăn, thuốc hoặc độc tố (như ethanol, chế độ ăn nhiều purin, fructose, thiếu vitamin B₁₂, acid nicotinic, thuốc gây độc tế bào, warfarin)
- Giảm độ thanh thải của thận:
 - Các rối loạn di truyền như bệnh nang tủy thận, bệnh thận tăng acid uric máu thiếu niên có tính gia đình & đột biến bào quan vận chuyển acid uric
 - Suy thận mạn, giảm thể tích tuần hoàn (như suy tim, mất dịch), béo phì, nhiễm ketoacid do đái tháo đường hoặc do đói, tăng acid lactic máu, cường tuyến cận giáp, suy giáp, sarcoidosis
 - Gây ra do chế độ ăn hoặc thuốc (như aspirin, thuốc lợi tiểu, ciclosporin, tacrolimus, ethambutol, pyrazinamide, ethanol, levodopa)
 - Gout do nhiễm độc chì là một dạng hiếm gặp của bệnh gout, do phơi nhiễm trong thời gian dài với chì
 - Thường gặp ở thợ sửa ống nước & những người tiếp xúc với sơn có chứa chì

Các giai đoạn lâm sàng của bệnh gout

Gout cấp

- Ở phần lớn bệnh nhân, cơn gout cấp thường biểu hiện là đợt viêm một khớp cấp tính & tự khỏi
 - Các triệu chứng của cơn gout cấp bao gồm đau dữ dội, đỏ, sưng, nóng và hạn chế vận động
- Khớp ở chân bị nhiều hơn khớp ở tay
 - Thường gặp nhất là khớp bàn-ngón chân cái (gout ngón chân cái), phần phía trước bàn chân, cổ chân, đầu gối
- Có thể ảnh hưởng đến một số vị trí ngoài khớp (như bao hoạt dịch mỏm khuỷu và gân Achilles)
- Cơn cấp có thể diễn ra & kéo dài trong vòng vài ngày đến 2-3 tuần, tất cả các dấu hiệu viêm sẽ tự khỏi
 - Giai đoạn sớm: <12 giờ sau khởi phát
 - Giai đoạn toàn phát: 12-36 giờ sau khởi phát
 - Giai đoạn muộn: >36 giờ sau khởi phát

Gout không triệu chứng

- Là giai đoạn giữa các cơn cấp khi bệnh nhân không có triệu chứng
- Khớp không triệu chứng vẫn có thể có tinh thể trong dịch bao hoạt dịch

Gout mạn tính

- Nếu tình trạng tăng acid uric máu không được điều trị thích hợp, các cơn gout cấp tính, gián đoạn có thể tiến triển thành viêm khớp do gout mạn tính
- Xảy ra tình trạng viêm dai dẳng ở các khớp & mô liên kết, gây bào mòn & biến dạng xương
- Giai đoạn gout mạn tính có hạt tophi:
 - Đặc trưng bởi viêm đa khớp & sự hình thành các hạt tophi (hạt màu trắng do lắng đọng muối mononatri urat)
 - Hạt tophi thường không gây đau, có cấu trúc cứng, dạng nốt hay dạng khối hình thoi, nằm dưới da
 - Yếu tố nguy cơ bao gồm tổn thương đa khớp, nồng độ urat trong huyết thanh >9 mg/dL (>0,54 mmol/L)
- Có tình trạng bệnh thận do urat hoặc sỏi thận urat

2 CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn phân loại bệnh gout¹

- Của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology - ACR) & Hội chống Thấp khớp châu Âu (European League Against Rheumatism - EULAR) năm 2015
- Dựa vào sự hiện diện của các tinh thể mononatri urat monohydrate, hình ảnh học và thông số lâm sàng
- Cho hệ thống tính điểm ở giai đoạn có triệu chứng của bệnh nhân, bất kể giai đoạn lâm sàng
- Tổng số điểm ≥ 8 xác định chẩn đoán bị bệnh gout
- Tiêu chuẩn đầu vào được xác định khi có ít nhất 1 đợt sưng đau hoặc cảm giác đau ở 1 khớp ngoại biên hoặc bao hoạt dịch
- Tiêu chuẩn đủ bao gồm sự hiện diện của tinh thể urat ở khớp hoặc bao hoạt dịch có triệu chứng, hoặc xác định có hạt tophi
- Tiêu chuẩn phân loại nên được sử dụng nếu không đạt tiêu chuẩn đủ

Tiêu chuẩn	Phân loại	Điểm số
Thông số lâm sàng (trên giai đoạn có triệu chứng)		
Khớp hoặc bao hoạt dịch bị tổn thương	Cổ chân hoặc phần giữa của bàn chân	1
	Khớp bàn ngón chân cái	2
Đặc tính		
Khớp tổn thương bị tấy đỏ	1 đặc tính	1
Không chịu được lực chạm hay đè ép vào khớp	2 đặc tính	2
Đi lại khó khăn hoặc không thể vận động khớp bị tổn thương	3 đặc tính	3
Thời gian bệnh: Có ≥ 2 tiêu chuẩn sau đây dù không điều trị kháng viêm:		
Thời gian đến khi đau tối đa < 24 giờ	1 đợt điển hình	1
Hết triệu chứng trong ≤ 14 ngày	Đợt điển hình tái phát	2
Khỏi hoàn toàn giữa các đợt có triệu chứng		
Hạt tophi trên lâm sàng ²	Có	4
Thông số cận lâm sàng		
Urat trong huyết thanh ^{3,4}	< 4 mg/dL ($< 0,24$ mmol/L)	-4
	$6 - < 8$ mg/dL ($0,36 - < 0,48$ mmol/L)	2
	$8 - < 10$ mg/dL ($0,48 - < 0,60$ mmol/L)	3
	≥ 10 mg/dL ($\geq 0,60$ mmol/L)	4
Xét nghiệm dịch khớp trong giai đoạn có triệu chứng	Không phát hiện mononatri urat monohydrate	-2
Thông số hình ảnh học⁵		
Bằng chứng có sự lắng đọng urat: Dấu hiệu đường đôi nhìn thấy qua siêu âm, hoặc sự lắng đọng urat được phát hiện bằng chụp CT năng lượng kép (DECT)	Có	4
Bằng chứng tổn thương khớp do gout: Ít nhất 1 hình ảnh bào mòn xương khi chụp X-quang bàn tay &/hoặc bàn chân	Có	4

¹Theo: Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheumatol. 2015 Oct;67(10):2557-2568

² Đặc trưng của hạt tophi là nốt dưới da giống phấn, thường có mạch máu nằm trên, thường nằm ở khớp, lỗ tai, bao hoạt dịch của móm khuỷu, đốt ngón tay, &/hoặc dây chằng.

³ Đo lường bằng phương pháp thủy phân uric, điểm được tính khi bệnh nhân chưa sử dụng thuốc làm giảm uric máu & > 4 tuần kể từ khi xảy ra các triệu chứng.

⁴ 0 điểm khi kết quả uric huyết thanh $> 4 - < 6$ mg/dL ($> 0,24 - < 0,36$ mmol/L).

⁵ 0 điểm khi không có hình ảnh chẩn đoán.

Khuyến cáo của EULAR để chẩn đoán gout

- Chỉ bị tăng acid uric máu thì không thể chẩn đoán là gout
- Tìm tinh thể trong dịch khớp hoặc dịch hút hạt tophi ở những bệnh nhân nghi ngờ bị gout vì sự hiện diện của mononatri citrate giúp chẩn đoán khẳng định gout
 - Ở bệnh nhân viêm khớp chưa được chẩn đoán, khuyến cáo thực hiện hút dịch khớp & kiểm tra tinh thể
- Bất kỳ trường hợp viêm khớp cấp tính nào ở người lớn, khi chẩn đoán nên xem xét khả năng bị gout
- Ở bệnh nhân có chẩn đoán gout không chắc chắn trên lâm sàng & không thể xác định sự hiện diện của tinh thể, bệnh nhân nên được thăm khám bằng hình ảnh để tìm tinh thể mononatri urat lắng đọng & bất kỳ đặc điểm chẩn đoán thay thế nào
- Tìm bằng chứng hình ảnh của mononatri urat bằng cách chụp X-quang đơn thuần
 - Quét siêu âm được dùng để chẩn đoán gout ở bệnh nhân nghi ngờ có cơn bùng phát gout hoặc viêm khớp do gout mạn tính
- Nên tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây tăng acid uric máu mạn tính ở bệnh nhân gout
- Khuyến cáo đánh giá một cách có hệ thống các bệnh đi kèm ở bệnh nhân gout

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)

Nguyên tắc chẩn đoán gout trong chăm sóc ban đầu

- Có thể dự đoán khả năng mắc bệnh gout khi chăm sóc ban đầu mà không cần phân tích dịch khớp, dựa vào các yếu tố sau:
 - Khô khớp phát triệu chứng trong 24 giờ (0,5 điểm), sưng đỏ khớp (1 điểm), tăng huyết áp hoặc có ít nhất 1 bệnh lý tim mạch (CVD) (1,5 điểm), giới tính nam (2 điểm), bệnh nhân bị viêm khớp trước đó (2 điểm), liên quan đến khớp đốt ngón tay thứ nhất (2,5 điểm), nồng độ urat huyết thanh >5,88 mg/dL (>350 micromol/L) (3,5 điểm)
 - Khả năng mắc bệnh gout thấp khi ≤4 điểm, trung bình khi 5-7 điểm, cao khi ≥8 điểm; phân tích dịch khớp có thể được thực hiện ở những bệnh nhân có nguy cơ trung bình

Xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm đặc hiệu dùng để chẩn đoán xác định viêm khớp do gout bao gồm:

Phân tích dịch khớp

- Phát hiện tinh thể mononatri urat monohydrate trong dịch khớp hoặc dịch hút hạt tophi giúp chẩn đoán xác định bệnh gout
 - Tinh thể mononatri urat monohydrate có hình kim & tính lưỡng chiết mạnh dưới ánh sáng phân cực
- Nên tìm tinh thể mononatri urat monohydrate ở tất cả mẫu dịch khớp lấy được từ những khớp viêm chưa chẩn đoán
- Xác định các tinh thể mononatri urat monohydrate từ các khớp không triệu chứng giúp chẩn đoán xác định ở giai đoạn giữa các cơn cấp lúc không có triệu chứng

Nồng độ urat huyết thanh

- Tăng acid uric máu được định nghĩa là nồng độ urat huyết thanh >6,8 mg/dL (>0,40 mmol/L)
 - Định nghĩa tăng acid uric máu ở mỗi quốc gia có thể khác nhau
- Mặc dù tăng acid uric máu là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong bệnh gout nhưng không dùng để xác định hay loại trừ gout
 - Nhiều bệnh nhân tăng acid uric máu không bị gout
 - Trong các đợt cấp, nồng độ urat huyết thanh có thể bình thường trong khoảng 10% trường hợp
- Tốt nhất nên xét nghiệm nồng độ urat huyết thanh 2-3 tuần sau đợt cấp

Chẩn đoán hình ảnh

Chụp X-quang đơn thuần/chụp X-quang khớp

- Thường có kết quả bình thường trong viêm khớp do gout cấp, mặc dù có thể thấy hình ảnh sưng mô mềm có thể hồi phục quanh khớp bị ảnh hưởng
- Trong bệnh gout mạn tính có hạt tophi, hình ảnh điển hình bao gồm bào mòn kèm với bờ xương xơ hóa và lõi bờ xương hay calci hóa trong vài hạt tophi
 - Hình ảnh bờ lồi, mỏng, calci hóa gợi ý nhiều đến bệnh gout
 - Khe khớp thường được bảo tồn cho đến giai đoạn muộn của bệnh

Siêu âm

- Có thể phát hiện cận tinh thể trên mặt sụn cũng như các hạt tophi & hình ảnh bào mòn điển hình
 - Tinh thể mononatri urat monohydrate có thể xuất hiện dưới dạng “dấu hiệu bờ đôi”, có nghĩa là có cận lắng trên bề mặt sụn khớp hoặc dưới dạng “dấu hiệu bão tuyết” chứng tỏ có tinh thể mononatri urat monohydrate trong hoạt dịch

Chụp CT năng lượng kép

- Giúp nhìn rõ các hạt tophi hoặc urat lắng đọng ở các vị trí khớp & quanh khớp, và có thể phân biệt cận lắng urat với cận lắng calci

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Kết quả không đặc hiệu cho chẩn đoán bệnh gout nhưng giúp phát hiện sớm các hạt tophi và tình trạng bào mòn xương
- Giúp xác định mức độ bệnh gout giai đoạn có hạt tophi, cho thông tin về sự lắng đọng & lan rộng của các tinh thể mononatri urat monohydrate

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm khớp nhiễm trùng
 - Quan trọng là phải loại trừ viêm khớp nhiễm trùng vì nếu không chẩn đoán sớm có thể dẫn đến phá hủy khớp nhanh chóng, gây ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ tổn thương và tử vong
 - Ngay cả khi bệnh nhân được chẩn đoán gout có tinh thể mononatri urat monohydrate, vẫn cần phải kiểm tra viêm khớp nhiễm trùng vì các tình trạng viêm này có thể xảy ra đồng thời
- Viêm khớp cấp do tinh thể calci pyrophosphate
- Viêm khớp dạng thấp
- Bệnh thấp khớp Palindromic
- Viêm khớp vảy nến
- Viêm khớp phản ứng
- Chấn thương
- Bệnh giả gout
- Sốt thấp khớp cấp

4 ĐÁNH GIÁ

- Nên đánh giá các yếu tố nguy cơ của bệnh gout & các bệnh đi kèm có liên quan

Yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh gout

- Tăng acid uric máu
 - Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất để hình thành gout
- Nam giới
- Phụ nữ mãn kinh
- Độ tuổi
- Chế độ ăn nhiều purin (như thịt, hải sản)
- Uống rượu bia
- Sử dụng thuốc (như thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp, ciclosporin)
- Phơi nhiễm chì
- Béo phì
- Suy thận

Bất thường chuyển hóa/ bệnh đi kèm liên quan đến bệnh gout

- Tăng huyết áp
- Béo phì
- Rối loạn lipid máu
- Tăng đường huyết & đề kháng insulin
- Bệnh động mạch vành
- Đái tháo đường típ 2
- Suy thận
- Hội chứng chuyển hóa
- Sỏi thận

Xét nghiệm cận lâm sàng hỗ trợ phát hiện các bệnh lý đi kèm có liên quan ở bệnh nhân bị gout

- Khi phát hiện các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm, các đánh giá sau đây là một phần quan trọng trong kiểm soát bệnh gout:
 - Công thức máu toàn phần để loại trừ nhiễm trùng, tăng sản lympho hoặc rối loạn tăng sinh tủy
 - Ure/creatinin huyết thanh để loại trừ bệnh thận gây tăng acid uric máu hay để phát hiện bệnh thận thứ phát do urat hay sỏi thận urat
 - Đường huyết để phát hiện bệnh đái tháo đường/đề kháng insulin
 - Lipid máu để phát hiện tăng triglycerid máu và giảm HDL-cholesterol
 - Tổng phân tích nước tiểu phát hiện máu và/hoặc protein có thể gợi ý bệnh lý thận

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC**Giáo dục bệnh nhân**

- Giáo dục bệnh nhân, khuyến khích thay đổi lối sống thích hợp & cùng đưa ra quyết định là nội dung chính trong kiểm soát bệnh
- Giáo dục bệnh nhân ngay từ lúc bắt đầu điều trị thường giúp tăng hiểu biết và tuân thủ của bệnh nhân
- Giáo dục bệnh nhân về bệnh, các lựa chọn điều trị, thời gian điều trị & tác dụng không mong muốn và các bệnh đi kèm
- Đưa ra những lời khuyên về thay đổi thói quen sống có thể giúp cải thiện quá trình chuyển hóa chung của bệnh nhân
- Bệnh nhân nên hiểu rằng khả năng mắc bệnh gout do di truyền cao hơn so với do thức ăn & đồ uống, do đó việc điều trị giảm urat có thể kéo dài

Thay đổi lối sống

- Mục tiêu: Giúp phòng ngừa cả cơn gout cấp & biến chứng, cùng với các bệnh lý đi kèm
- Đây là một phần của điều trị lâu dài bệnh gout

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Mục tiêu: Đạt cân nặng lý tưởng bằng cách giảm cân từ từ (0,5-1 kg/tuần), hạn chế calorie từ từ & tập thể dục thường xuyên
 - Tránh ăn kiêng trong thời gian ngắn & chế độ ăn giàu protein/ít carbohydrat vì có thể gây tình trạng tăng ceton máu & dẫn đến tăng acid uric máu
 - Nên vận động nhẹ hàng ngày hoặc ít nhất 45 phút x 4 lần mỗi tuần (đi bộ, đạp xe, bơi) hoặc tập aerobic

Chế độ ăn

- Chế độ ăn kiêng có thể làm giảm số cơn gout cấp nhưng không đóng góp nhiều trong việc làm giảm nồng độ acid uric trong huyết thanh ở bệnh nhân gout
- Hạn chế thức ăn có nhiều purin (như óc, gan, thận, cá cơm biển, cá mòi, cá thu, hải sản, sò ốc)
- Giảm ăn thịt đỏ (bò, cừu, heo)
- Ăn nhiều trái cây giàu chất xơ, rau, các loại hạt, đậu, đậu thực vật giúp làm giảm nguy cơ gout (giảm acid uric huyết thanh)
- Uống 2 phần sữa ít béo hay sữa tách béo mỗi ngày
- Hạn chế thức uống có ga chứa đường & nước giải khát chứa fructose

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thay đổi lối sống (Tiếp theo)****Uống rượu bia**

- Hạn chế còn <21 đơn vị cồn/tuần đối với nam và <14 đơn vị cồn/tuần đối với nữ
 - Có ít nhất 3 ngày không uống rượu bia trong tuần
- Tránh uống rượu bia khi có đợt gout thường xuyên hoặc khi triệu chứng gout chưa được kiểm soát tốt

Hút thuốc

- Nên ngưng hút thuốc hoàn toàn

Uống đủ nước

- Nên uống 2-3 lít/ngày
- Một số bệnh nhân cần hạn chế uống nước (như suy tim hoặc suy thận nghiêm trọng)

Vật lý trị liệu

- Nghỉ ngơi & kê cao khớp bị bệnh
- Không mặc quần áo ngủ bó sát ở khớp bị bệnh
- Chườm túi đá & ở môi trường mát

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC**Điều trị viêm khớp do gout cấp**

- Mục tiêu điều trị: Giảm đau nhanh, ức chế viêm nhanh nhất có thể sau khi khởi phát gout cho đến khi kết thúc đợt cấp (1-2 tuần)
- Không có thuốc nào là tốt nhất để điều trị cơn gout cấp; NSAID, colchicine & corticosteroid đều có hiệu quả
- Lựa chọn thuốc kháng viêm cụ thể nên dựa vào các yếu tố thuộc về bệnh nhân (như: Độ nặng của bệnh, bệnh đi kèm, kinh nghiệm từ các lần điều trị trước đó, các thuốc sẵn có) & chống chỉ định
- Khởi trị càng sớm càng tốt, tốt nhất trong vòng 12 giờ kể từ lúc khởi phát cơn gout
- Có thể cân nhắc điều trị phối hợp (colchicine kết hợp NSAID hoặc corticosteroid) khi bệnh nhân không đáp ứng đủ với đơn trị liệu hoặc khởi trị ở bệnh nhân bị đau nặng, ảnh hưởng nhiều khớp

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)

- Như: indomethacin, naproxen, ibuprofen, sulindac, ketoprofen, piroxicam, tenoxicam
- Được xem là một trong các thuốc điều trị hàng đầu cho viêm khớp do gout cấp
- Sử dụng ngắn hạn các NSAID tác dụng nhanh ở liều tối đa là thuốc đường uống được lựa chọn để giảm triệu chứng trong viêm khớp do gout cấp khi không có chống chỉ định
 - Giúp giảm đau & giảm viêm
- Thuốc ức chế bơm proton (như esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole) hoặc thuốc ức chế thụ thể H₂ (như ranitidine, famotidine) có thể giúp phòng ngừa loét đường tiêu hóa ở bệnh nhân sử dụng NSAID
- Nên cân nhắc điều trị bằng thuốc thay thế ở bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày, tăng huyết áp, suy thận & suy tim
- NSAID ức chế chọn lọc COX-2
 - Là thuốc điều trị thay thế cho bệnh nhân có nguy cơ loét dạ dày hoặc không dung nạp với NSAID không chọn lọc
 - Sử dụng thận trọng (tương tự như đối với NSAID không chọn lọc) trên bệnh nhân suy thận, suy tim, tăng huyết áp & đang bị loét dạ dày

Colchicine

- Được xem là 1 trong những thuốc đầu tay để điều trị viêm khớp do gout cấp, đặc biệt là phòng ngừa đợt cấp & cho bệnh nhân bệnh thận mạn (chỉnh liều thích hợp)
 - Có hiệu quả tương đương với NSAID nhưng giảm độ nặng của đợt cấp chậm hơn
- Là thuốc thay thế cho trường hợp chống chỉ định với NSAID, bao gồm thuốc ức chế COX-2
- Dung nạp kém ở người lớn tuổi do tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa
 - Nguy cơ độc tính cao, tác dụng không mong muốn (như buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy nặng) thường gặp hơn ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận hoặc gan
 - Nên dùng liều 500 mcg mỗi 6-12 giờ để phòng ngừa các tác dụng không mong muốn gây độc
- Liều thấp colchicine cho hiệu quả tương đương nhưng ít có tác dụng không mong muốn so với liều cao hơn & do đó ưu tiên dùng liều thấp
- Có thể sử dụng liều thấp trong 3-6 tháng để phòng ngừa các đợt gout cấp khi bắt đầu liệu pháp giảm urat máu

Corticosteroid

- Được xem là một trong các thuốc điều trị hàng đầu cho viêm khớp do gout cấp
- Có thể cân nhắc sử dụng trong thời gian ngắn ở người lớn tuổi & người suy thận, rối loạn chức năng gan, suy tim, loét dạ dày, & quá mẫn/đề kháng với NSAID hoặc colchicine & các điều trị khác
- Có thể tiêm trong khớp để có tác dụng tại chỗ hoặc uống/tiêm để có tác dụng toàn thân
 - Có thể tiêm trong khớp cho bệnh nhân có cơn gout nặng, ảnh hưởng đến ≥1 khớp, đặc biệt là khớp lớn-chịu lực
 - Có thể sử dụng corticosteroid có tác dụng toàn thân cho bệnh nhân có cơn gout cấp, nặng và/hoặc ảnh hưởng nhiều khớp
 - Khi không thể uống thuốc, glucocorticoid đường tiêm được ưu tiên hơn so với thuốc ức chế interleukin-1 (IL-1) hoặc hormon kích thích vỏ thượng thận (ACTH)

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Điều trị viêm khớp do gout cấp (Tiếp theo)****Corticosteroid (Tiếp theo)**

- Đối với trường hợp viêm 1 khớp đơn độc, hút dịch khớp & tiêm vào trong khớp corticosteroid tác dụng kéo dài sẽ mang lại hiệu quả cao trong việc chấm dứt đợt gout cấp
 - An toàn và dung nạp tốt; hiếm gặp tác dụng không mong muốn vì sử dụng trong thời gian ngắn
- Không nên sử dụng ở bệnh nhân viêm khớp do gout đồng thời có viêm khớp nhiễm trùng

Thuốc sinh học ức chế Interleukin-1 (IL-1)

- Như: anakinra, canakinumab
- Là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân có đợt viêm khớp do gout cấp nặng & đề kháng, không dung nạp hoặc bệnh nhân có chống chỉ định với các liệu pháp điều trị chuẩn (như: NSAID, colchicine và/hoặc corticosteroid)
- Có thể cân nhắc là lựa chọn hàng thứ hai để dự phòng gout trong trường hợp chống chỉ định với colchicine hoặc NSAID
- Anakinra giúp làm giảm triệu chứng & ưu tiên dùng cho các đợt cấp vì thời gian bán hủy ngắn; có thể là một lựa chọn cho bệnh nhân suy thận
- Canakinumab là kháng thể đơn dòng tác dụng kéo dài, có thể xem xét dùng cho bệnh nhân có tiền căn bị nhiều đợt cấp và kháng với các thuốc khác
- Tránh dùng cho bệnh nhân đang nhiễm trùng

Điều trị lâu dài cho bệnh viêm khớp do gout mạn tính**Liệu pháp điều trị giảm urat**

- Chỉ định để điều trị khởi đầu cho những trường hợp sau:
 - Có lắng đọng các hạt tophi, nghĩa là có ≥ 1 hạt tophi dưới da
 - Các đợt viêm khớp do gout xảy ra thường xuyên & làm hạn chế vận động (≥ 2 cơn/năm)
 - Dấu hiệu trên lâm sàng hoặc tổn thương thấy được tr X-quang có liên quan với gout
- Cũng có thể dùng khởi trị cho bệnh nhân có tiền sử bị >1 cơn gout nhưng <2 cơn/năm & bệnh nhân sau 1 cơn đầu tiên & người <40 tuổi, có bệnh thận mạn giai đoạn ≥ 3 , nồng độ urat trong huyết thanh >9 mg/dL hoặc bị sỏi niệu
- Khi bắt đầu điều trị giảm acid uric máu, có thể sử dụng đồng thời dự phòng kháng viêm bằng NSAID, colchicine hoặc prednisone/prednisolone nếu không có chống chỉ định & tiếp tục dùng trong ít nhất 3-6 tháng, kèm liên tục đánh giá & tiếp tục dự phòng các cơn gout dai dẳng
 - Có thể cân nhắc dùng NSAID liều thấp để thay thế cho colchicine trong dự phòng gout sau khi đã cân nhắc nguy cơ & lợi ích của việc sử dụng
- Mục tiêu điều trị là thúc đẩy sự hòa tan các tinh thể, phòng ngừa hình thành tinh thể mới & ngừa đợt cấp bằng cách duy trì nồng độ urat huyết thanh <6 mg/dL ($<0,36$ mmol/L)
 - Đối với bệnh nhân gout có hạt tophi, nồng độ acid uric trong huyết thanh mục tiêu: <5 mg/dL ($<0,3$ mmol/L)
- Ở bệnh nhân điều trị giảm acid uric máu, khuyến cáo điều chỉnh liều dựa trên nồng độ liên tục của acid uric trong huyết thanh để đạt được nồng độ mục tiêu <6 mg/dL ($<0,36$ mmol/L)
 - Tất cả các bệnh nhân điều trị giảm acid uric máu nên tiếp tục điều trị để đạt & duy trì nồng độ mục tiêu
- Nếu dung nạp tốt với điều trị giảm acid uric máu, tiếp tục điều trị vĩnh viễn tốt hơn là ngưng điều trị
 - Tiếp tục dùng allopurinol trong cơn gout cấp
 - Điều trị giảm acid uric máu là điều trị suốt đời & cần phải kết hợp với điều chỉnh lối sống

Thuốc ức chế xanthin oxidase

- Như: allopurinol, febuxostat
- Ức chế sản xuất urat từ hypoxanthine & xanthine
- Allopurinol được khuyến cáo là thuốc hàng đầu để làm giảm acid uric máu trong điều trị gout, bao gồm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn ≥ 3 hoặc CVD
 - Febuxostat là thuốc lựa chọn hàng thứ 2, có thể thay thế allopurinol nếu điều trị thất bại sau khi tăng liều allopurinol đến liều tối đa và/hoặc không dung nạp hoặc chống chỉ định với allopurinol
- Nên bắt đầu điều trị bằng allopurinol & febuxostat liều thấp, sau đó tăng liều
 - Đối với bệnh nhân dùng allopurinol, nên điều chỉnh liều (bắt đầu ở liều thấp hơn) cho tất cả bệnh nhân, đặc biệt là người bị suy thận
- Trước khi khởi trị với allopurinol, nên thực hiện tầm soát HLA-B*5801, đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ cao bị phản ứng quá mẫn nặng với allopurinol (như người Hàn Quốc, người Hán, người Thái)
- Có thể giải mã cảm với allopurinol cho người trước đó có phản ứng dị ứng với allopurinol và không thể dùng thuốc uống khác để hạ acid uric máu & có test HLA-B*5801 âm tính
- Bệnh nhân gout đang dùng febuxostat có tiền sử bệnh tim mạch hoặc mới có biến cố tim mạch có thể chuyển sang dùng thuốc thay thế để làm hạ acid uric máu
- Ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn ≥ 3 , allopurinol hoặc febuxostat được ưu tiên hơn so với probenecid
- Đối với bệnh nhân gout lần đầu tiên dùng thuốc ức chế xanthin oxidase như được chỉ định & đã dùng liều tối đa có thể dung nạp nhưng không đạt được nồng độ acid uric trong huyết thanh mục tiêu và/hoặc thường xuyên có các cơn gout (≥ 2 cơn/năm) hoặc không điều trị khởi hạt tophi dưới da, có thể chuyển sang dùng một thuốc thứ hai ức chế xanthin oxidase thay vì bổ sung thêm thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu
 - Có thể cân nhắc thêm thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu đối với bệnh nhân suy thận nặng

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Điều trị lâu dài cho bệnh viêm khớp do gout mạn tính (Tiếp theo)****Thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu**

- Như: probenecid, sulfinpyrazone, benzbromarone
- Tăng thải acid uric qua thận
- Probenecid là thuốc thay thế làm giảm urat máu trong trường hợp chống chỉ định hay không dung nạp với allopurinol và/hoặc febuxostat, ngoại trừ ở bệnh nhân có độ thanh thải creatinin <50 mL/phút
 - Có thể bắt đầu điều trị với liều thấp, sau đó chỉnh liều
 - Có thể phối hợp với allopurinol khi bệnh nhân không đạt được nồng độ acid uric trong huyết thanh mục tiêu & có nguy cơ bệnh tim mạch cao
- Probenecid và sulfinpyrazone có thể dùng thay thế allopurinol khi bệnh nhân có chức năng thận bình thường nhưng không dùng ở bệnh nhân đồng thời bị sỏi thận
- Có thể sử dụng benzbromarone ở bệnh nhân suy thận nhẹ-trung bình
 - Nên xem xét nguy cơ gây độc gan tuy thấp

Thuốc thủy phân acid uric

- Như: pegloticase
- Là polyethylen glycol liên hợp có tác dụng làm giảm acid uric máu bằng cách xúc tác quá trình chuyển acid uric thành hợp chất allantoin tan được trong nước
- Pegloticase được khuyến cáo dùng cho người lớn có:
 - Gout mạn tính có hạt tophi, suy yếu nặng, kháng trị và/hoặc không dung nạp với điều trị giảm urat máu thông thường
 - Không đạt được nồng độ acid uric huyết thanh mục tiêu mặc dù đã điều trị với thuốc ức chế xanthin oxidase, thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu & các biện pháp can thiệp khác, & người chưa điều trị khỏi hạt tophi dưới da hoặc thường có các cơn gout (≥ 2 cơn/năm)
 - Gout mạn tính có hạt tophi mức độ nặng & có bào mòn khớp

C PHẪU THUẬT

- Đối với gout mạn tính có hạt tophi, lựa chọn phẫu thuật được cân nhắc trong trường hợp sau:
 - Ứ đọng hạt tophi tiến triển gây phá hủy các khớp lớn
 - Mất khả năng cử động khớp bị tổn thương kèm với đau trầm trọng
 - Ứ đọng hạt tophi gây nên các triệu chứng do chèn ép (hội chứng ống cổ tay)
 - Loét do hạt tophi
 - Lý do thẩm mỹ (hạt tophi ở dái tai)
 - Nhiễm trùng không kiểm soát được

Cắt lọc

- Tổn thương loét nằm trên các hạt tophi có thể cần cắt lọc tùy theo tình trạng vết loét và/hoặc có nhiễm trùng thứ phát hay không
- Cắt lọc các mô tổn thương có thể cần thực hiện nhiều lần & phải băng thường xuyên

Tán sỏi ngoài cơ thể & phẫu thuật lấy sỏi thận qua da

- Để điều trị sỏi trong thận có kích thước 5-15 mm hoặc sỏi san hô

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - TIÊM TRONG KHỚP

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	Khớp nhỏ: 0,25-0,5 mL, tiêm trong khớp Khớp trung bình: 0,5-1 mL, tiêm trong khớp Khớp lớn-rất lớn: 1-2 mL, tiêm trong khớp	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (sưng đỏ sau khi tiêm thuốc, viêm tắc tĩnh mạch, áp xe vô khuẩn) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Luôn cân nhắc tình trạng hấp thu toàn thân Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân trước đó có bệnh lý tâm thần, suy tim, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa, suy gan bao gồm xơ gan, nhược cơ, đục thủy tinh thể và/hoặc tăng nhãn áp, loãng xương, suy thận, tiền sử rối loạn cơ giết, bệnh tuyến giáp, nhồi máu cơ tim cấp tính
Dexamethasone	0,2-6 mg tiêm trong khớp, liều duy nhất Có thể lặp lại từ 1 lần mỗi 3-5 ngày đến 1 lần mỗi 2-3 tuần	
Methylprednisolone	Khớp nhỏ: 4-10 mg/liều, tiêm trong khớp Khớp trung bình: 10-40 mg/liều, tiêm trong khớp Khớp lớn: 20-80 mg/liều, tiêm trong khớp	
Triamcinolone	Khớp nhỏ: 2,5-5 mg, tiêm trong khớp Khớp lớn: 5-15 mg, tiêm trong khớp Liều tối đa: 20-80 mg/lần điều trị	

CORTICOSTEROID - ĐƯỜNG UỐNG/TIÊM

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	0,5-5 mg/ngày, uống chia nhiều liều hoặc 0,25-9 mg, tiêm bắp mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU (trầm cảm, mất ngủ, hồi hộp); Tiêu hóa (kích ứng tiêu hóa, tăng thèm ăn, khó tiêu); Tác dụng khác (phù, dễ nhiễm trùng, teo cơ, suy yếu, các đặc điểm giống Cushing) Tác dụng không mong muốn liên quan đến việc sử dụng dài hạn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân trước đó có bệnh lý tâm thần, suy tim, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa, suy gan bao gồm xơ gan, nhược cơ, đục thủy tinh thể và/hoặc tăng nhãn áp, loãng xương, suy thận, tiền sử rối loạn cơ giết, bệnh tuyến giáp, nhồi máu cơ tim cấp
Cortisone	25-150 mg, tiêm TM/tiêm bắp mỗi 24 giờ	
Dexamethasone	0,75 mg, uống mỗi 6-12 giờ hoặc 0,5-9 mg hoặc 0,05-0,2 mg/kg, tiêm TM/tiêm bắp mỗi 24 giờ	
Hydrocortisone	20-240 mg/ngày, uống chia thành 2-4 liều hoặc 100-500 mg, tiêm TM/tiêm bắp Có thể lặp lại liều sau mỗi 2, 4 hoặc 6 giờ	
Methylprednisolone	4-48 mg/ngày, uống 1 lần hoặc chia nhiều lần hoặc 10-40 mg tiêm TM, có thể lặp lại mỗi 4-6 giờ trong 48 giờ hoặc 10-80 mg, tiêm bắp mỗi 24 giờ	
Prednisolone	Liều khởi đầu: 5 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 60 mg, uống mỗi 24 giờ	
Triamcinolone	4-48 mg, uống mỗi 24 giờ	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC TRỊ TĂNG ACID URIC MÁU VÀ GOUT		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu		
Benzbromarone	Liều khởi đầu: 25-50 mg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 50 mg, uống mỗi 8-24 giờ hoặc 100 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy); Tác dụng khác (phản ứng quá mẫn, độc tính trên gan, cơn gout cấp) Hướng dẫn đặc biệt • Chống chỉ định khi rối loạn chức năng thận trung bình & nặng, bệnh nhân có sỏi thận urat & bệnh nhân thải urat qua thận > 700 mg/24 giờ
Pegloticase	8 mg, truyền TM mỗi 2 tuần	Tác dụng ngoại ý • Ngoài da (viêm da, ngứa, kích ứng, khô da); Tác dụng khác (cơn gout, phản ứng do tiêm truyền, sưng khớp, tăng đường huyết, triệu chứng giống cúm) Hướng dẫn đặc biệt • Không được tiêm tĩnh mạch nhanh • Chống chỉ định ở bệnh nhân thiếu hụt glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD), tăng acid uric máu không triệu chứng
Probenecid	250 mg, uống mỗi 12 giờ trong 1 tuần, sau đó 500 mg, uống mỗi 12 giờ Sau đó có thể tăng mỗi lần 500 mg sau mỗi 4 tuần Liều tối đa: 2 g/ngày	Tác dụng ngoại ý • TKTU [*] (co giật, đau đầu, biếng ăn, choáng váng); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, đau ruột, rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy); Tác dụng khác (viêm da, sỏi thận, ngứa) • Tác dụng có thể gây tử vong (hoại tử gan, thiếu máu bất sản, phân vệ) Hướng dẫn đặc biệt • Chống chỉ định khi rối loạn chức năng thận nặng, bệnh nhân có cơn gout cấp, rối loạn tạo máu & sỏi thận urat
Sulfinpyrazone (sulphinpyrazone)	Liều khởi đầu: 100-200 mg, uống mỗi 12 giờ Có thể tăng dần đến 600 mg uống mỗi 24 giờ trong 1-3 tuần Liều duy trì: 200 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 800 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, vàng da, viêm gan); Tác dụng khác (phát ban, giữ nước & muối, rối loạn tạo máu, cơn gout cấp, suy thận) Hướng dẫn đặc biệt • Chống chỉ định ở bệnh nhân sỏi thận urat, đang bị loét dạ dày, rối loạn tạo máu, suy gan hoặc suy thận nặng • Bảo đảm uống đủ nước để phòng ngừa tiến triển thành sỏi thận urat

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC TRỊ TĂNG ACID URIC MÁU VÀ GOUT (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế sản xuất acid uric		
Allopurinol	Liều khởi đầu: 100 mg/ngày, uống mỗi 24 giờ Nhẹ: 100-200 mg/ngày Trung bình-nặng: 300-600 mg/ngày Nặng: Lên đến 900 mg/ngày Bất kỳ liều uống nào không nên >300 mg; liều >300 mg/ngày nên chia thành nhiều liều nhỏ	Tác dụng ngoại ý • Ngoài da (ban tróc vảy, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử biểu bì nhiễm độc); Huyết học (giảm bạch cầu, tăng bạch cầu, giảm bạch cầu ái toan) Hướng dẫn đặc biệt • Không dùng trong trường hợp tăng acid uric máu không triệu chứng • Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân suy gan & suy thận nặng
Febuxostat	Liều khởi đầu: 40-80 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 120 mg, uống mỗi 24 giờ khi cần Khuyến cáo phối hợp với NSAID hoặc colchicine ít nhất 6 tháng khi khởi trị dự phòng cơn gout cấp	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn, bất thường chức năng gan); Tác dụng khác (phát ban, đau đầu) Hướng dẫn đặc biệt • Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân suy gan & suy thận nặng, bệnh tim mạch nghiêm trọng
Thuốc không tác động lên quá trình chuyển hóa acid uric		
Colchicine	Liều khởi đầu: 1 mg, uống, sau đó 0,5 mg, uống mỗi 2-3 giờ cho đến khi giảm đau Liều tối đa: 6 mg/đợt uống Có thể dùng thêm một đợt nữa sau 3 ngày Dự phòng: 0,5 mg, uống mỗi 8-12 giờ hoặc Liều khởi đầu: 1,2 mg, uống, sau đó 0,6 mg, uống mỗi 1-2 giờ hoặc 0,6-1,2 mg, uống mỗi 2 giờ cho đến khi giảm đau Liều tối đa: 6 mg/đợt uống Có thể dùng thêm một đợt nữa sau 3 ngày Dự phòng: 0,6 mg, uống mỗi 8-24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (tiêu chảy, đau bụng, buồn nôn/nôn); Tác dụng khác hiếm gặp (suy tủy xương, bệnh lý cơ, bệnh thần kinh) Hướng dẫn đặc biệt • Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân suy thận & suy gan • Chống chỉ định ở bệnh nhân rối loạn tạo máu & suy gan hoặc thận nặng, bệnh nhân đang lọc máu; bệnh nhân suy gan hoặc thận đang dùng thuốc ức chế p-glycoprotein hoặc ức chế mạnh CYP3A4

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế interleukin		
Canakinumab	150 mg, tiêm dưới da liều duy nhất trong cơn gout cấp	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (viêm mũi họng, viêm phổi, viêm xoang, viêm họng, viêm amidan, viêm phế quản); TKTU ¹ (chóng mặt, choáng váng); Tiêu hóa (viêm dạ dày ruột, đau bụng trên); Cơ xương khớp (đau lưng, mệt mỏi); Huyết học (giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính); Niệu sinh dục (nhiễm trùng tiểu, protein niệu, giảm độ thanh thải creatinin của thận); Tác dụng khác (nhiễm virus, viêm mô tế bào, nhiễm trùng tai) Hướng dẫn đặc biệt • Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân nhiễm trùng nặng, giảm bạch cầu trung tính, giảm bạch cầu, suy gan/thận, suy giảm miễn dịch • Tránh sử dụng đồng thời với vắc-xin sống & thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF) • Tầm soát lao trước khi bắt đầu điều trị • Chống chỉ định ở bệnh nhân đang bị nhiễm trùng nặng

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Dẫn xuất của acid acetic		
Acemetacin	90 mg, uống mỗi 12 giờ x 5 ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khó chịu đường tiêu hóa, tiêu chảy, loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa); TKTU¹ (đau đầu, chóng mặt, choáng váng, lo lắng, ù tai, trầm cảm, ngáy ngật, mất ngủ); Phản ứng quá mẫn (phù mạch, co thắt phế quản, phát ban, hội chứng Stevens-Johnson hiếm khi xảy ra); Huyết học (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (độc trên gan, độc trên thận, tiểu ra máu, ứ dịch, nhạy cảm với ánh sáng, viêm tụy) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống cùng với thức ăn để giảm kích ứng đường tiêu hóa Tránh sử dụng ở bệnh nhân loét dạ dày đang hoạt động, suy tim nặng, tiền sử dị ứng với NSAID Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân tăng huyết áp, nhiễm trùng, hen hoặc dị ứng, rối loạn chảy máu, suy gan hoặc suy thận
Diclofenac ¹	75-150 mg/ngày, uống chia nhỏ liều hoặc 100 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 75 mg, tiêm vào mông mỗi 24 giờ x 2 ngày Liều tối đa: 150 mg/ngày	
Indometacin (indomethacin)	50 mg, uống mỗi 6-8 giờ Giảm liều hoặc ngưng thuốc ngay khi bớt đau	
Proglumetacin	Liều khởi đầu: 450-600 mg/ngày, uống chia nhỏ liều. Có thể tăng liều đến 900 mg/ngày, chia nhỏ liều, uống mỗi 8 giờ Liều duy trì: 300-450 mg/ngày, chia nhỏ liều, uống mỗi 12 giờ	
Sulindac	150-200 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày	
Butylpyrazolidine		
Phenylbutazone	Liều khởi đầu: 600-800 mg/ngày, chia liều uống mỗi 8-12 giờ Liều duy trì: 100 mg, uống mỗi 4 giờ	
Coxib		
Etoricoxib	120 mg, uống mỗi 24 giờ x 8 ngày Thời gian tối đa: 8 ngày	
Dẫn xuất oxicam		
Meloxicam	15 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể giảm liều còn 7,5 mg/ngày	
Piroxicam	40 mg, uống liều duy nhất mỗi 24 giờ sau đó 40 mg, uống mỗi 24 giờ liều duy nhất hoặc chia nhỏ liều, uống trong 4-6 ngày tiếp theo	
Tenoxicam	40 mg, uống mỗi 24 giờ x 2 ngày, sau đó 20 mg, uống mỗi 24 giờ x 5 ngày	
Dẫn xuất của acid propionic		
Dexketoprofen	12,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ hoặc 25 mg, uống mỗi 8 giờ Liều tối đa: 75 mg/ngày	
Fenbufen	300 mg, uống vào buổi sáng & 600 mg, uống trước khi đi ngủ	
Ibuprofen	200-400 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 2,4 g/ngày	
Ketoprofen	50 mg, uống mỗi 6-8 giờ hoặc 100 mg, uống mỗi 8-12 giờ hoặc 200 mg, uống mỗi 24 giờ	
Naproxen	Liều khởi đầu: 750 mg, uống, sau đó dùng Liều duy trì: 250 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc Liều khởi đầu: 825 mg, uống, sau đó dùng Liều duy trì: 275 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc Liều khởi đầu: 1.000-1.500 mg, uống, sau đó Liều duy trì: 1.000 mg, uống mỗi 24 giờ	

¹ Trên thị trường có thuốc tiêm dạng phối hợp chứa diclofenac Na & lidocaine HCL. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ TIẾT NIỆU - SINH DỤC

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Acid citric/natri citrate ¹	Acid citric 334 mg/natri citrate 500 mg/5mL Liều khởi đầu: 10-30 mL dung dịch, uống mỗi 6 giờ, hòa tan trong 30-90 mL nước	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (choáng váng, co giật cơ, thay đổi tâm lý hoặc tinh thần, bồn chồn, co giật); Tim mạch (tăng nhịp tim, huyết áp cao); Tác dụng khác (sưng chân hoặc chi dưới, yếu người, thở chậm bất thường, tăng natri máu, nhiễm kiềm chuyển hóa) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống cùng thức ăn Dùng thận trọng ở bệnh nhân có rối loạn chức năng thận Theo dõi nồng độ citrate và pH nước tiểu; sự tăng nồng độ kali, creatinin huyết thanh; hoặc giảm hematocrit hoặc Hb; ECG ở bệnh nhân có bệnh về tim Chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim, suy thận nặng, phù ngoại vi hoặc phù phổi, tăng huyết áp; bệnh nhân theo chế độ ăn hạn chế natri
Kali citrate ¹	30 mEq, uống mỗi 24 giờ, chia thành 3 liều Điều chỉnh liều để duy trì pH nước tiểu trong khoảng 6,2-6,8 Liều tối đa: 100 mEq/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Rối loạn tiêu hóa nhẹ Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống sau bữa ăn 30 phút; không được nhai Chống chỉ định cho người suy thận, nhiễm trùng tiểu gây kiềm hóa nước tiểu kéo dài, tắc nghẽn đường tiết niệu, tăng kali máu, suy tuyến thượng thận

¹ Trên thị trường có các chế phẩm phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

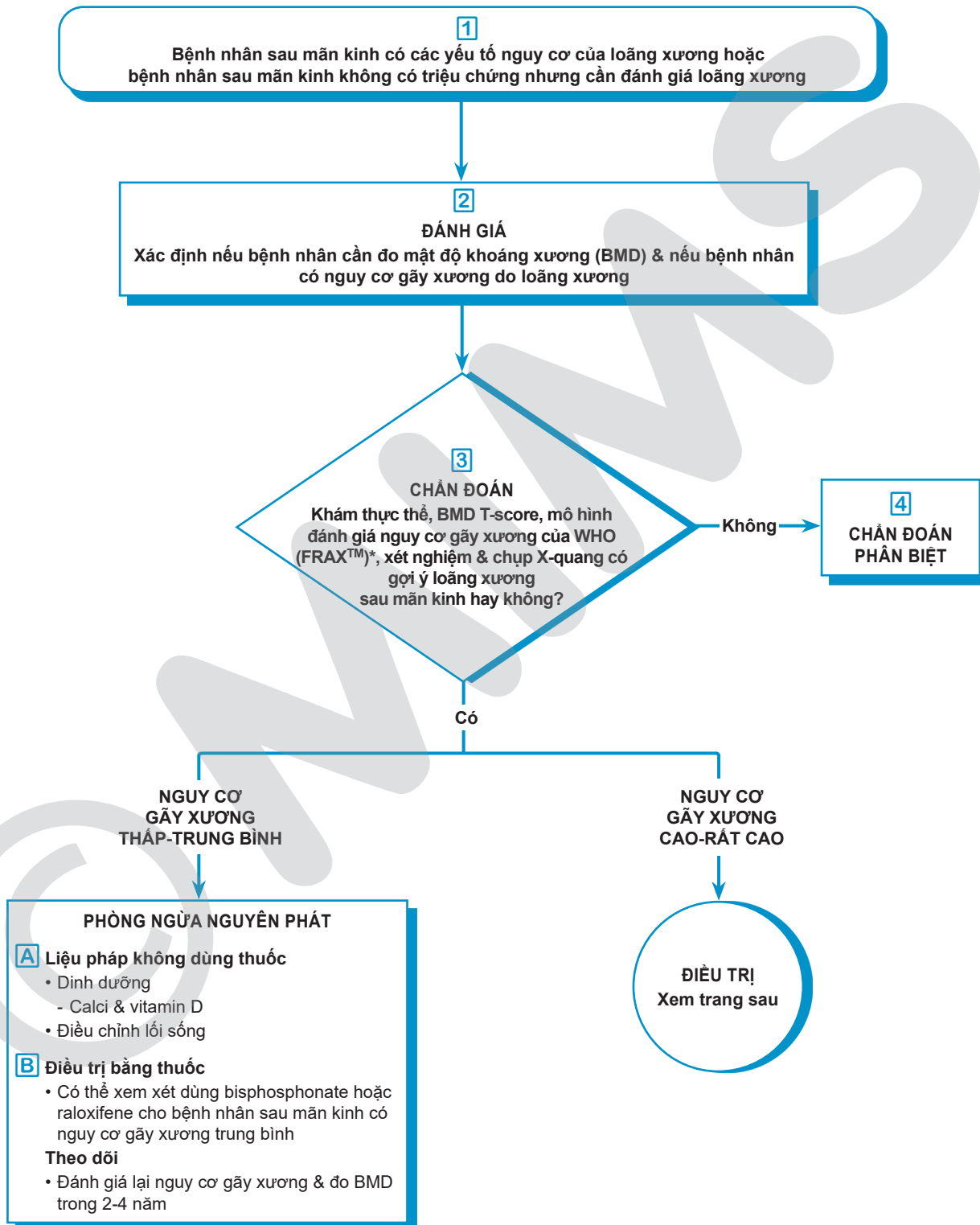
Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Loãng Xương (1/20)

LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH



*Vui lòng sử dụng công cụ tính toán FRAX™ cụ thể cho từng quốc gia tại website <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=33>

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ GÂY XƯƠNG CAO-RẤT CAO¹

PHÒNG NGỪA LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH BỊ THIẾU XƯƠNG

A Điều trị không dùng thuốc

- Dinh dưỡng
 - Calci & vitamin D
- Điều chỉnh lối sống

B Điều trị bằng thuốc

Thuốc hàng đầu:

- Bisphosphonate
 - Acid alendronic
 - Acid ibandronic
- Acid risedronic
- Acid zoledronic

- Denosumab
- Chất tương tự hormon cận giáp (PTH)
 - Abaloparatide
 - Teriparatide
- Romosozumab

Thuốc hàng thứ 2:

- Liệu pháp nội tiết
- Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (SERM)
 - Bazedoxifene
 - Raloxifene
- Tibolone

Thuốc hàng thứ 3:

- Chất chuyển hóa có hoạt tính của vitamin D
- Calcitonin

Thuốc thay thế:

- Strontium ranelate

A Điều trị không dùng thuốc

- Dinh dưỡng
 - Calci & vitamin D
- Điều chỉnh lối sống

B Điều trị bằng thuốc

Dùng bất kỳ 1 trong các thuốc sau:

- Bisphosphonate
 - Acid alendronic
 - Acid ibandronic
 - Acid risedronic
 - Acid zoledronic
- Liệu pháp nội tiết
- SERM
 - Bazedoxifene
 - Raloxifene
- Tibolone

C

LIỆU PHÁP THEO DÕI

BMD sau 1 năm hoặc chất đánh dấu chu chuyển xương có cho thấy đáp ứng với điều trị sau 3-6 tháng không?

Có BMD có cải thiện hoặc không thay đổi

TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ

ĐÁNH GIÁ LẠI NHU CẦU ĐIỀU TRỊ SAU 3-5 NĂM

A Điều trị không dùng thuốc

- Tiếp tục điều chỉnh về dinh dưỡng & lối sống như trên
- Vận động sớm
- Các thiết bị hỗ trợ
- Vật lý trị liệu

B Điều trị bằng thuốc

- Tiếp tục dùng thuốc hàng đầu như trên
- Thuốc giảm đau

D Phẫu thuật

- Tạo hình đốt sống gãy bằng xi măng sinh học/tạo hình đốt sống có bóng (tạo hình gù)

Không BMD giảm hoặc nguy cơ gãy xương tăng

ĐIỀU TRỊ

Xem xét:

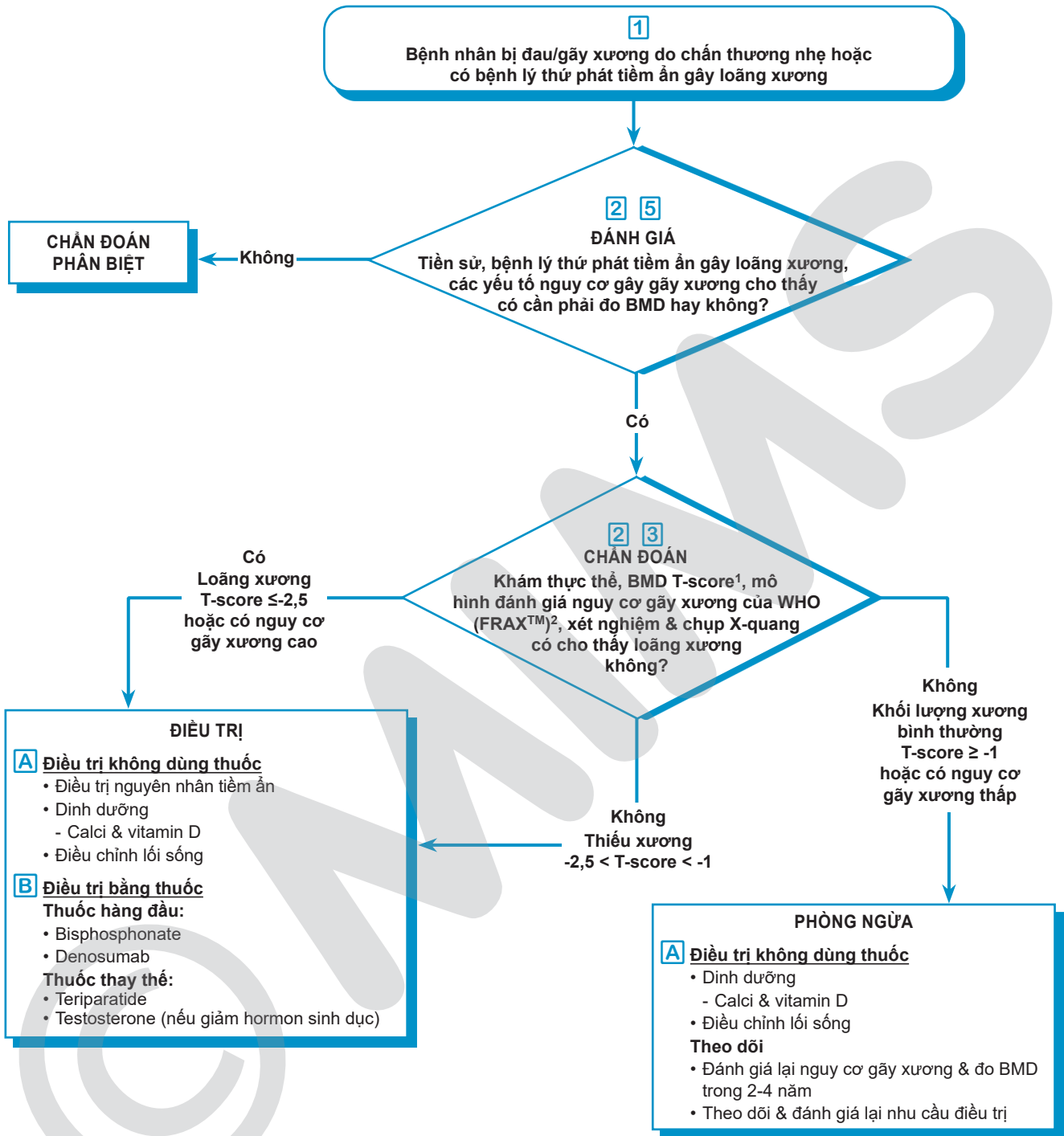
- Tiếp tục điều trị với thuốc hiện tại nếu BMD chỉ giảm nhẹ
- Không tuân thủ
- Dùng thuốc không đúng
- Có bệnh lý chưa được chẩn đoán - đánh giá lại nguyên nhân gây loãng xương thứ phát
- Chuyển sang thuốc thay thế²
- Phối hợp thuốc

Có gãy xương do loãng xương

¹ Đối với bệnh nhân có nguy cơ gãy xương rất cao hoặc BMD rất thấp, điều trị khởi đầu với thuốc tăng tạo xương sau đó dùng thuốc chống hủy xương

² Nếu đang dùng thuốc uống, chuyển sang thuốc tiêm chống hủy xương. Nếu đang dùng thuốc tiêm chống hủy xương hoặc có nguy cơ gãy xương rất cao, chuyển sang thuốc tăng tạo xương

LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI



LOÃNG XƯƠNG

¹ Giá trị BMD xương đùi tương ứng với T-score = -2,5 SD ở nữ cho thấy gần giống nguy cơ tuyệt đối gãy đốt sống & xương hông khi áp dụng cho nam. Sử dụng giá trị tham khảo dành cho phụ nữ sau mãn kinh làm giá trị ngưỡng để chẩn đoán loãng xương ở nam giới.
² Vui lòng sử dụng công cụ tính toán FRAX™ cụ thể cho từng quốc gia tại website <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=33>

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

LOÃNG XƯƠNG DO SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID

6
 Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ của gãy xương liên quan steroid hoặc thuộc nhóm nguy cơ theo điểm số FRAX™ hoặc đang điều trị với glucocorticoid trong thời gian dài (≥3 tháng), dùng liều cao glucocorticoid (≥5 mg prednisolone/ngày hoặc tương đương)

PHÒNG NGỪA NGUYÊN PHÁT

- Sử dụng trong vòng 3-4 tháng khi bắt đầu dùng glucocorticoid
- Nên đo BMD trước khi điều trị với glucocorticoid

A Điều trị không dùng thuốc

- Dinh dưỡng
 - Calci & vitamin D
- Điều chỉnh lối sống

NGUY CƠ GÃY XƯƠNG THẤP

ĐÁNH GIÁ LẠI NGUY CƠ GÃY XƯƠNG MỖI NĂM & ĐO BMD MỖI 2-3 NĂM

NGUY CƠ GÃY XƯƠNG TRUNG BÌNH-CAO

B Điều trị bằng thuốc

- Bisphosphonate
- Teriparatide
- Denosumab
- Raloxifene

ĐÁNH GIÁ

Có gãy xương do loãng xương hoặc BMD cho thấy mất xương ≥10% sau 1 năm không?

Có

Không

PHÒNG NGỪA THỨ PHÁT/ĐIỀU TRỊ

A Điều trị không dùng thuốc

- Tiếp tục điều chỉnh lối sống & chế độ dinh dưỡng như trên

B Điều trị bằng thuốc

- Giảm liều glucocorticoid hoặc thay đổi đường dùng nếu có thể
- Dùng bất kỳ một trong các thuốc dưới đây (trước đây chưa dùng):**
 - Bisphosphonate
 - Teriparatide
 - Denosumab
 - Vitamin D có hoạt tính
 - Liệu pháp nội tiết, nếu cần

D Phẫu thuật

- Tạo hình đốt sống gãy bằng xi măng sinh học/tạo hình gù

PHÒNG NGỪA NGUYÊN PHÁT

- Tiếp tục điều trị phòng ngừa sớm
- Đánh giá lại nguy cơ gãy xương & đo BMD sau 1 năm

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 LOÃNG XƯƠNG

- Loãng xương là bệnh lý của hệ xương, có diễn tiến, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương & suy giảm vi cấu trúc của mô xương dẫn đến yếu xương và dễ gãy xương
 - Độ chắc của xương, phản ánh mật độ và chất lượng xương, bị suy giảm do đó làm tăng nguy cơ gãy xương
 - Gãy xương thường xảy ra ở hông, cột sống & cổ tay; trong đó gãy xương hông chiếm tỷ lệ cao
- Thường không có triệu chứng đến khi bệnh nhân bị gãy xương do chấn thương nhẹ
 - Gãy xương đốt sống có thể gây đau thắt lưng, giảm chiều cao & gù cột sống
- Loãng xương nguyên phát là tình trạng mất xương xảy ra sau thời kỳ mãn kinh & lão hóa, trong khi loãng xương thứ phát là tình trạng mất xương do bệnh hoặc thuốc (như glucocorticoid)
- Mặc dù tình trạng loãng xương ở châu Á rất ít khi được chẩn đoán và điều trị nhưng dự đoán đến năm 2050 sẽ có >50% trường hợp gãy xương hông do loãng xương xảy ra ở châu Á
 - Ở hầu hết các nước đang phát triển tại châu Á, đo BMD bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép (dual-energy X-ray absorptiometry - DXA) rất tốn kém và thường không phổ biến, nhất là ở khu vực nông thôn
- Mức tiêu thụ calci ở phần lớn các nước châu Á đều thấp hơn khuyến cáo của FAO/WHO (1-1,3 g/ngày)
- Các nghiên cứu thực hiện ở cả nam lẫn nữ và ở tất cả nhóm độ tuổi tại các quốc gia Đông Nam Á cho thấy tỷ lệ thiếu hụt vitamin D là rất phổ biến

Yếu tố nguy cơ gây gãy xương & loãng xương***Phụ nữ sau mãn kinh ≥50 tuổi phải được đánh giá nguy cơ loãng xương******Càng có nhiều yếu tố nguy cơ, khả năng gãy xương càng cao*****Nguy cơ không thể thay đổi được**

- Tiền sử gãy xương khi đã trưởng thành
- Tiền sử gãy xương hông do loãng xương ở người thân thể hệ thứ nhất
- Lớn tuổi
- Sức khỏe kém/yếu
- Chủng tộc
- Mãn kinh tự nhiên sớm hoặc do phẫu thuật xảy ra trước 45 tuổi hoặc vô kinh tiền mãn kinh kéo dài >1 năm
- Bệnh di truyền: Xơ nang, bệnh tạo xương bất toàn, Ehlers-Danlos, bệnh thừa sắt, hội chứng Marfan, thalassemia, bệnh giảm phosphatase kiềm

Nguy cơ có thể thay đổi được

- Té ngã thường xuyên
- Giảm trọng lượng cơ thể (<57,6 kg hoặc chỉ số khối cơ thể [BMI] <19 kg/m²)
- Giảm thị lực
- Bệnh lý: Viêm khớp dạng thấp, bệnh celiac, thiếu hụt estrogen, thiếu hụt vitamin D do ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc chế độ ăn chứa ít vitamin D, nhiễm độc giáp, hoặc dùng levothyroxine kéo dài, bệnh đa u tuyến
- Hút thuốc lá
- Uống nhiều rượu bia & thức uống có chứa caffein (≥3 ly/ngày)
- Chế độ ăn chứa ít calci, chế độ ăn quá nhiều muối và vitamin A
- Dùng glucocorticoid đường uống ≥5 mg prednisone/ngày trong ≥3 tháng
- Lối sống tĩnh tại (ít vận động thể chất)

2 ĐÁNH GIÁ**Chỉ định đo mật độ khoáng xương (BMD)**

- Theo khuyến cáo năm 2014 của Hội Loãng xương Hoa kỳ (National Osteoporosis Foundation - NOF)
 - Nữ ≥65 tuổi; nữ sau mãn kinh >50 tuổi, có nguy cơ gãy xương
 - Nam ≥70 tuổi hoặc >50 tuổi, có nguy cơ gãy xương
- Theo khuyến cáo năm 2015 của Hiệp hội Quốc tế về đo mật độ xương lâm sàng (International Society for Clinical Densitometry - ISCD)
 - Nữ ≥65 tuổi; nữ sau mãn kinh <65 tuổi, có yếu tố nguy cơ giảm khối lượng xương
 - Nữ trong giai đoạn chuyển tiếp mãn kinh, có nguy cơ gãy xương
 - Nam ≥70 tuổi, hoặc <70 tuổi có yếu tố nguy cơ giảm khối lượng xương
- Phụ nữ:
 - Dễ bị gãy xương
 - Đang bị bệnh hoặc đang dùng thuốc gây giảm khối lượng xương/mất xương
 - Đang được xem xét điều trị bằng thuốc
 - Đang điều trị, có theo dõi hiệu quả
 - Chưa được điều trị nhưng có bằng chứng về mất xương cho thấy cần phải điều trị
- Khuyến cáo năm 2018 của Cơ quan Y tế dự phòng Hoa Kỳ (US Preventive Services Task Force - USPSTF)
 - Nữ ≥65 tuổi; nữ sau mãn kinh <65 tuổi, được xem là có nguy cơ cao bị loãng xương dựa trên công cụ chính thức để đánh giá nguy cơ lâm sàng
- Một số tổ chức khuyến cáo nên bắt đầu điều trị loãng xương mà không cần đo BMD ở bệnh nhân >65 tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ hoặc thường bị gãy xương do loãng xương

Công cụ tự đánh giá loãng xương dành cho người châu Á (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians - OSTA)

- Dựa trên tuổi & cân nặng của bệnh nhân
- Hữu ích trong việc xác định phụ nữ trẻ sau mãn kinh cần thiết đo BMD
- Có thể hỗ trợ việc xác định nguy cơ loãng xương của phụ nữ sau mãn kinh

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

2 ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ (TIẾP THEO)

Mô hình đánh giá nguy cơ gãy xương của WHO (WHO Fracture Risk Assessment Model [FRAX™])

- Dùng để tính nguy cơ gãy xương do loãng xương trong 10 năm, có hoặc không có giá trị BMD, dựa trên các yếu tố cá nhân (như: Giới tính, độ tuổi, chủng tộc, tiền sử gia đình, gãy xương trước đó, điều trị với glucocorticoid, tình trạng hút thuốc, uống rượu bia, viêm khớp dạng thấp, chỉ số BMI)
 - Xác suất gãy xương thay đổi giữa các quốc gia
- Giúp xác định người có nguy cơ gãy xương cao hơn trong nhóm bệnh nhân thiếu xương
- Những hạn chế của FRAX™: thiếu chi tiết về một số yếu tố nguy cơ (như hút thuốc, gãy xương trước đó, tác dụng của glucocorticoid), không bao gồm các yếu tố nguy cơ đã biết khác (như chất đánh dấu sinh hóa, ténegã)

3 CHẨN ĐOÁN

Khám thực thể

- Đo chiều cao & cân nặng của bệnh nhân
 - Chiều cao bệnh nhân giảm >4 cm
- Đánh giá lực cơ, sự cân bằng khối cơ & phát hiện tình trạng gù lưng
- Đau trên xương chày trước hoặc đốt sống ngực có thể là dấu hiệu của bệnh lý tủy xương hoặc nhuyễn xương; cũng mặc có màu xanh lam hoặc khớp lỏng lẻo cho thấy sự bất toàn trong quá trình tạo xương

Đo BMD

- Đo BMD phản ánh chính xác khối lượng xương và giúp chẩn đoán xác định tình trạng loãng xương
- Là một chỉ số rất tốt để dự đoán nguy cơ gãy xương trong tương lai
 - Đối với mỗi mức giảm SD của BMD, nguy cơ gãy xương tăng khoảng 2 lần
- Khuyến cáo thực hiện khi kết quả ảnh hưởng đến điều trị
- Xác định những bệnh nhân có thể điều trị bằng thuốc
- Dùng để theo dõi điều trị ở bệnh nhân loãng xương do glucocorticoid

Các phương pháp đo BMD

- DXA của xương hông & cột sống
 - Là tiêu chuẩn vàng
 - Chẩn đoán loãng xương khi BMD T-score dựa trên DXA của xương hông và/hoặc cột sống $\leq -2,5$
 - Theo dõi đáp ứng điều trị dựa trên BMD của cột sống
 - Đánh giá nguy cơ gãy xương dựa trên đo DXA của xương hông ở bệnh nhân loãng xương do glucocorticoid

BMD T-SCORE¹

Các giá trị theo khuyến cáo của WHO ² để Chẩn đoán Loãng xương	
BMD T-score (SD)	Kết quả
$T \geq -1$	Bình thường
$-2,5 < T < -1$	Thiếu xương (khối lượng xương thấp)
$T \leq -2,5$	Loãng xương
$T \leq -2,5$ + dễ bị gãy xương	Loãng xương nặng/khẳng định loãng xương

¹ Nên dùng cho phụ nữ sau mãn kinh & nam giới ≥ 50 tuổi

² Các giá trị được đo bằng phương pháp DXA

T-score: so sánh với giá trị trung bình của người trẻ, bình thường, cùng giới tính

BMD Z-SCORE³

BMD Z-score (SD)	Kết quả
$\geq -2,0$	Mật độ chất khoáng trong xương nằm trong khoảng dự kiến đối với tuổi bệnh nhân
$\leq -2,0^4$	Mật độ chất khoáng trong xương thấp hơn khoảng dự kiến đối với tuổi bệnh nhân

³ Nên sử dụng cho phụ nữ tiền mãn kinh, nam giới <50 tuổi & trẻ em

⁴ Đối với phụ nữ tiền mãn kinh & nam giới <50 tuổi, cần nhắc tầm soát nguyên nhân thứ phát gây loãng xương

- Chụp cắt lớp vi tính định lượng (Quantitative CT scan [QCT])
 - Sử dụng thay thế khi không có DXA
 - Đo độ chắc của xương trục & mật độ xương trên một thể tích của đốt sống & xương hông
 - Có liều xạ cao hơn so với DXA
- Chỉ số xương xốp (Trabecular Bone Score [TBS])
 - Đánh giá cấu trúc vi thể của xương
 - Có độ nhạy cao trong dự đoán nguy cơ gãy xương

Các phương pháp tầm soát (không dùng cho chẩn đoán hoặc theo dõi)

- Hấp phụ tia X năng lượng kép ngoại vi (Peripheral dual-energy X-ray absorptiometry [pDXA])
- Phương pháp đánh giá dựa trên CT: QCT ngoại vi
- Đo mật độ qua siêu âm định lượng (Quantitative ultrasound densitometry [QUS]) của xương gót chân, xương chày, xương bánh chè & các vị trí xương ngoại vi khác

Nếu có gãy xương: nên tiến hành khám thực thể, xét nghiệm & chụp X-quang để loại trừ các bệnh lý tiềm ẩn mà có thể giống, làm nặng thêm hoặc gây loãng xương như loãng xương thứ phát (do chuyển hóa hoặc nội tiết, tình trạng dinh dưỡng hoặc bệnh lý đường tiêu hóa, rối loạn chuyển hóa collagen, thuốc, AIDS/HIV, bất động, ghép nội tạng, u tủy & một số u ác tính)

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

3 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Phân loại nguy cơ gãy xương**

- Nguy cơ thấp: BMD T-score ở cả hông & cột sống $>-1,0$ & nguy cơ gãy xương hông trong 10 năm $<3\%$, & nguy cơ gãy xương lớn do loãng xương trong 10 năm $<20\%$ và không có gãy xương hông hoặc xương cột sống trước đó
- Nguy cơ trung bình: BMD T-score ở cả hông & cột sống $>-2,5$, hoặc nguy cơ gãy xương hông trong 10 năm $<3\%$, hoặc nguy cơ gãy xương do loãng xương $<20\%$ và không có gãy xương hông hoặc xương cột sống trước đó
- Nguy cơ cao: BMD T-score ở cả hông & cột sống $\leq-2,5$, hoặc nguy cơ gãy xương hông trong 10 năm $\geq 3\%$, hoặc nguy cơ gãy xương lớn do loãng xương $\geq 20\%$ và có gãy xương hông hoặc xương cột sống trước đó
- Nguy cơ rất cao: BMD T-score ở cả hông & cột sống $\leq-2,5$ và có gãy nhiều xương đốt sống

Xét nghiệm

- Công thức máu toàn bộ (CBC), tốc độ lắng máu (ESR)
- Xét nghiệm chức năng thận (BUN, creatinin), chức năng gan
- Điện giải (như: calci ion hóa, phosphate, magiê)
- 25-hydroxyvitamin D, protein toàn phần, albumin, aspartate aminotransferase (AST), phosphatase kiềm trong huyết thanh
- Phân tích nước tiểu, N-telopeptide (uNTX) trong nước tiểu, calci trong nước tiểu 24 giờ
- Các chất đánh dấu chu chuyển xương
 - Có thể thực hiện để đánh giá ban đầu & để theo dõi bệnh nhân loãng xương
 - Chỉ số cao cho thấy tốc độ mất xương nhanh & xác định bệnh nhân có nguy cơ cao bị gãy xương
 - Dùng để đánh giá hiệu quả & sự tuân thủ với phương pháp điều trị hiện tại
 - Như: C-telopeptide (CTX) huyết thanh, osteocalcin, P1NP (N-terminal propeptide of type 1 procollagen), kháng thể transglutaminase ở mô (IgA & IgG), điện di protein huyết thanh (SPEP)
- Xét nghiệm khác (chức năng tuyến giáp theo chỉ định, hormon cận giáp, testosterone toàn phần & tự do)

Chụp X-quang

- Xạ hình xương, chụp X-quang mặt bên vùng ngực-thắt lưng hoặc hông (khi có chỉ định)
 - Mất xương $>30\%$ thấy được trên X-quang đơn thuần được xem là thiếu xương trên X-quang

Hình ảnh cột sống

- Khuyến cáo cho các trường hợp sau:
 - Nữ ≥ 70 tuổi & nam ≥ 80 tuổi với BMD T-score $\leq -1,0$ ở cột sống, toàn bộ hông hoặc cổ xương đùi
 - Nữ 65-69 tuổi & nam 70-79 tuổi với BMD T-score $\leq -1,5$ ở cột sống, toàn bộ hông hoặc cổ xương đùi
 - Nữ sau mãn kinh & nam ≥ 50 tuổi dễ gãy xương khi đã trưởng thành, chiều cao hiện tại giảm $\geq 3,8$ cm so với chiều cao đỉnh điểm ở tuổi 20, chiều cao hiện tại giảm ≥ 2 cm so với chiều cao ghi nhận gần đây, và/hoặc đã hay đang điều trị bằng glucocorticoid kéo dài
 - Không có các phương pháp đo BMD khác

Chẩn đoán loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh

- T-score $\leq -2,5$ ở cổ xương đùi, cột sống thắt lưng, toàn bộ đầu trên xương đùi và/hoặc ở 33% xương quay
- Dễ gãy xương hông hoặc cột sống (bất kể giá trị BMD)
- Thiếu xương hoặc khối lượng xương thấp kèm dễ gãy xương hông, đầu trên xương cánh tay hoặc đầu xa cẳng tay hoặc gãy nhiều xương ở các vị trí khác
- Thiếu xương hoặc khối lượng xương thấp & xác suất cao bị gãy xương theo FRAX™ dựa trên ngưỡng chuyên biệt cho từng quốc gia

4 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Gãy xương có thể do ung thư nguyên phát hoặc ung thư di căn, bệnh nhuyễn xương, hoại tử xương, nhiễm trùng, bệnh Paget, hoặc loạn sản xơ xương
- Giảm mật độ xương có thể do cường tuyến cận giáp, bệnh lý tuyến giáp, bệnh thận mạn & bệnh gan mạn, tăng thải calci ở thận, thiếu hụt vitamin D, hấp thu kém, thuốc sử dụng, điều trị ung thư

5 ĐÁNH GIÁ LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI**Các yếu tố nguy cơ của gãy xương & loãng xương ở nam giới**

- Gãy xương không do chấn thương ở hông, đốt sống hoặc cổ tay
- Gãy xương do loãng xương trước đó, xảy ra từ 50 tuổi
- Suy tuyến sinh dục, thiếu hụt hormon tăng trưởng
- Tăng calci niệu vô căn
- Cường tuyến cận giáp
- Viêm khớp dạng thấp
- U lympho, đa u tủy
- Cường giáp
- Dùng glucocorticoid đường uống tương đương ≥ 5 mg prednisone/ngày trong ≥ 3 tháng
- Không hoạt động thể chất
- BMI thấp (kg/m^2)
- Thuốc chống co giật (như: phenytoin, phenobarbital)
- Hút thuốc
- Uống nhiều rượu bia (≥ 3 ly/ngày)

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

6 LOÃNG XƯƠNG DO SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID

- Khi dùng glucocorticoid đường uống, tình trạng mất xương xảy ra trong 6-12 tháng đầu & nguy cơ gãy xương gia tăng trong vòng 3-6 tháng sau khi bắt đầu dùng glucocorticoid
- Dùng ≥5 mg prednisolone/ngày hoặc tương đương, trong ≥3 tháng, sẽ gây loãng xương
 - Cũng thấy nguy cơ tương tự khi dùng glucocorticoid liều cao hơn trong khoảng thời gian ngắn hơn
 - Glucocorticoid hoạt lực mạnh, dùng bằng đường hít trong 7 năm, sẽ gây mất xương đáng kể

Các yếu tố liên quan đến gãy xương do steroid

- Mật độ xương thấp
- Liều steroid tích lũy
- >65 tuổi
- BMI ≤20 kg/m²
- Hút thuốc, uống nhiều rượu bia
- Bệnh lý liên quan đến mật độ xương thấp (như: viêm khớp dạng thấp, viêm ruột), thiếu hụt hormon sinh dục, tiền sử gia đình bị loãng xương, tiền sử gãy xương & nằm bất động

Chỉ định đo BMD

- Thực hiện đo BMD trong vòng 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị glucocorticoid đối với:
 - Người lớn <40 tuổi có tiền sử gãy xương do loãng xương HOẶC có các yếu tố nguy cơ quan trọng khác gây loãng xương
 - Người lớn ≥40 tuổi đã thực hiện FRAX™ kèm chỉnh liều glucocorticoid
 - Nếu điều trị glucocorticoid với liều >7,5 mg/ngày thì nguy cơ được tính theo FRAX™ tăng 1,15 lần đối với gãy xương lớn do loãng xương & tăng 1,2 lần đối với gãy xương hông

PHÂN LOẠI NGUY CƠ GÃY XƯƠNG*

Nguy cơ gãy xương	Người lớn <40 tuổi	Người lớn ≥40 tuổi	
		Nguy cơ gãy xương lớn do loãng xương trong 10 năm theo FRAX™**	Nguy cơ gãy xương hông trong 10 năm theo FRAX™**
Thấp	Không có yếu tố nguy cơ khác ngoài việc điều trị glucocorticoid	<10%	≤1%
Trung bình	BDM Z-score ở hông hoặc cột sống <-3 hoặc hông hoặc cột sống bị mất xương nhanh với tỷ lệ ≥10% trong vòng 1-2 năm và tiếp tục điều trị glucocorticoid với liều ≥7,5 mg/ngày trong ≥6 tháng	≥10% & <20%	>1% & <3%
Cao	Trước đó gãy 1/nhiều xương do loãng xương hoặc điều trị glucocorticoid ≥ 30 mg/ngày hoặc tổng liều glucocorticoid tích lũy ≥ 5 g/năm	≥20%	≥3%
		Trước đó gãy một hoặc nhiều xương do loãng xương	
		BDM T-score ở hông hoặc cột sống ≤-2,5 ở nam ≥50 tuổi & nữ sau mãn kinh	
		Điều trị glucocorticoid ≥30 mg/ngày hoặc tổng liều glucocorticoid tích lũy ≥5 g/năm	

* Dành cho bệnh nhân chưa điều trị loãng xương

**Có điều chỉnh liều glucocorticoid

Theo: 2022 American College of Rheumatology Guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis (GIOP) summary. <https://www.rheumatology.org>.

Sử dụng điểm số FRAX™ để phân loại nguy cơ cho bệnh nhân, nên điều trị cho phụ nữ sau mãn kinh có:

- Nguy cơ thấp bị gãy xương lớn do loãng xương (<10%) & dùng ≥7,5 mg prednisolone/ngày hoặc tương đương trong >3 tháng
- Nguy cơ trung bình bị gãy xương lớn do loãng xương (10-19%) & dùng glucocorticoid ở bất kỳ liều nào trong >3 tháng
- Nguy cơ cao bị gãy xương lớn do loãng xương (≥20%) & dùng glucocorticoid ở bất kỳ liều nào trong khoảng thời gian bất kỳ

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

- Giáo dục tất cả bệnh nhân về cách giảm nguy cơ dễ gãy xương & khuyến khích tuân thủ điều trị bằng thuốc

Dinh dưỡng**Calci & vitamin D**

- Phòng ngừa loãng xương
 - Cung cấp đủ calci trong suốt cuộc đời sẽ có khối lượng xương đạt đỉnh ở mức cao hơn, giúp làm giảm nguy cơ loãng xương/gãy xương về sau
 - Nên bổ sung calci & vitamin D hàng ngày để phòng ngừa gãy xương hông ở phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao bị gãy xương do loãng xương nhưng không dung nạp bisphosphonate, denosumab, estrogen, tibolone, SERM, abaloparatide & teriparatide
 - Nhu cầu calci được khuyến cáo là 1.000 mg/ngày đối với nam ≥ 65 tuổi; 1.200 mg đối với nữ ≥ 50 tuổi
 - Nguồn cung cấp calci chủ yếu là các sản phẩm từ sữa; rau (bông cải xanh, bắp cải) cũng là nguồn cung cấp calci rất tốt
 - Vitamin D giúp hấp thu calci ở ruột, giúp khoáng hóa xương, và tăng đáp ứng với bisphosphonate
 - Nhu cầu vitamin D khuyến cáo cho bệnh nhân ≥ 50 tuổi: 800-1.000 IU/ngày
 - Có thể cần liều cao hơn cho bệnh nhân kém hấp thu, béo phì, người lớn tuổi hơn, bệnh nhân ghép tạng
 - Nồng độ 25 (OH) vitamin D trong máu >20 ng/mL là một chỉ số tốt cho thấy dự trữ vitamin D đầy đủ & bộ xương khỏe mạnh
 - Nguồn cung cấp vitamin D chủ yếu là từ việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (>15 phút/ngày), sữa được bổ sung dưỡng chất, ngũ cốc, lòng đỏ trứng, cá biển & gan
- Điều trị loãng xương
 - Bổ sung calci & vitamin D có thể dùng như biện pháp hỗ trợ cho các thuốc khác trong điều trị loãng xương
 - Có thể xem xét dùng cho nữ >60 tuổi, không dung nạp hoặc không thích hợp dùng bisphosphonate hoặc denosumab
 - Giúp tăng BMD & có thể làm giảm nguy cơ gãy xương ở phụ nữ sau mãn kinh & nam giới bị loãng xương
- Loãng xương do sử dụng glucocorticoid
 - Dùng để phòng ngừa & điều trị
 - Cho thấy giảm hiện tượng mất xương

Dinh dưỡng tốt

- Ăn kiêng quá mức & cân nặng thấp làm gia tăng nguy cơ gãy xương
 - Khuyến cáo BMI ≥ 19 kg/m²
- Cần duy trì cung cấp đủ năng lượng & protein (nhu cầu khuyến nghị hàng ngày ở Hoa Kỳ là 0,8 g/kg), & cung cấp đủ vitamin B, C, E & K cũng như chế độ ăn cân bằng

Hạn chế ăn

- Nên xem xét hạn chế ăn retinol có sẵn (như gan, các sản phẩm từ gan) hoặc có trong thực phẩm bổ sung; nhu cầu retinol khuyến cáo là <1.500 mcg/ngày

Điều chỉnh lối sống**Vận động**

- Thường xuyên tập các bài tập nâng vật nặng & bài tập tăng sức cơ có thể cải thiện tính dẻo dai, sức mạnh, tư thế & sự thăng bằng, từ đó giúp phòng tránh té ngã
 - Chạy bộ, đi bộ nhanh, thái cực quyền, tập tạ
 - Lựa chọn bài tập tùy thuộc vào độ tuổi & thể lực của bệnh nhân
 - Nên tập thể dục đều đặn ít nhất 30 phút x 3-4 lần/tuần
- Có thể làm tăng mật độ xương vừa phải (miễn là có tập thể dục)
- Nên tập luyện theo hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu để giảm đau & cải thiện chức năng hàng ngày cho bệnh nhân bị đau do gãy xương đốt sống

Tránh hút thuốc & uống nhiều rượu bia

- Vì cả hai yếu tố này đều làm tăng nguy cơ gãy xương do loãng xương
- Có thể giới hạn dùng rượu bia còn <2 đơn vị cồn/ngày

Hạn chế dùng caffein

- Thức uống chứa hàm lượng caffein cao (>330 mg/ngày) tăng nguy cơ dễ gãy xương
- Nên giới hạn thức uống có chứa caffein $<1-2$ phần/ngày (240-360 mL/phần)
- Bệnh nhân thường xuyên dùng đồ uống chứa caffein nên tăng cường bổ sung thêm calci (uống mỗi tách cà phê 177,5 mL nên bổ sung 40 mg calci)

Phòng tránh té ngã

- Bệnh nhân có tiền sử té ngã nên được đánh giá nguy cơ té ngã & thực hiện chụp DXA
- Tư vấn bệnh nhân (nhất là người lớn tuổi) về các cách làm giảm nguy cơ té ngã
 - Biện pháp phòng ngừa té ngã (như đặt thanh vịn, sàn nhà không được trơn, đủ ánh sáng, loại bỏ các dây chằng lỏng lẻo, giữ mọi thứ trong tầm với)
 - Đai bảo vệ hông có thể giúp làm giảm tác động lên hông khi bị té ngã
- Đánh giá các yếu tố có thể dẫn đến té ngã: thuốc (như thuốc an thần, thuốc ngủ, thuốc giảm đau gây nghiện, thuốc điều trị tăng huyết áp), tình trạng thần kinh, rượu bia, thị lực & thính giác kém, cơ thể yếu do ít vận động
- Nên tập thể dục & tập vật lý trị liệu

Thiết bị hỗ trợ

- Như nẹp, đai thắt lưng, thiết bị hỗ trợ điều chỉnh tư thế
- Nên dùng cho bệnh nhân gãy đốt sống cấp hoặc gãy nhiều đốt sống gây đau mạn tính
- Giúp giảm đau đáng kể nhờ giảm tải trên vị trí bị gãy & tái sắp xếp khung cột sống

Liệu pháp kích thích điện

- Có thể cân nhắc liệu pháp từ trường, kèm hoặc không kèm vận động để giảm đau & cải thiện chức năng hàng ngày ở bệnh nhân bị đau do gãy đốt sống

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

- Lựa chọn thuốc sẽ tùy thuộc không chỉ vào khả năng làm tăng BMD mà còn vào khả năng làm giảm gãy xương cột sống & xương hông
- Nên bắt đầu điều trị mà không trì hoãn (≥ 2 tuần sau khi gãy xương hông) dựa trên nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân mới gãy xương gần đây để phòng ngừa gãy xương thêm nữa
 - Gãy xương trong vòng 2 năm qua là yếu tố dự đoán tốt hơn so với lần gãy xương đã lâu (cách trên 5 năm) để tiên đoán cho nguy cơ sắp xảy ra gãy xương (gãy xương trong 2 năm tiếp theo)
- Xem xét điều trị cho phụ nữ sau mãn kinh & nam giới ≥ 50 tuổi có yếu tố sau:
 - Gãy xương hông, gãy đốt sống hoặc xương cổ tay do chấn thương nhẹ
 - T-score $\leq -2,5$ ở vùng cổ xương đùi, toàn bộ xương hông, thắt lưng hoặc 33% xương quay đo bằng phương pháp DXA
 - Khối lượng xương thấp (T-score nằm trong khoảng -1,0 đến -2,5 ở vùng cổ xương đùi, thắt lưng, toàn bộ xương hông, hoặc 33% xương quay đo bằng phương pháp DXA, thiếu xương) & xác suất gãy xương trong 10 năm được đánh giá theo FRAXTM $\geq 3\%$ ở xương hông hoặc $\geq 20\%$ đối với gãy xương lớn do loãng xương trong 10 năm
- Khi ngưng dùng glucocorticoid, tiếp tục điều trị tương tự như loãng xương không do glucocorticoid cho bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định hoặc có nguy cơ cao bị loãng xương
- Cân nhắc chuyển từ liệu pháp chống hủy xương (bisphosphonate, denosumab, liệu pháp nội tiết, SERM, strontium ranelate) sang liệu pháp tạo xương (teriparatide, abaloparatide, romosozumab) trong các trường hợp sau:
 - Phụ nữ sau mãn kinh có hoại tử xương hàm hoặc gãy xương đùi không điển hình khi điều trị bằng thuốc chống hủy xương
 - Phụ nữ sau mãn kinh có tái phát gãy xương đốt sống do loãng xương
 - Phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao gãy xương, đang điều trị dài hạn bằng liệu pháp chống hủy xương mạnh & vẫn gãy xương

Bisphosphonate

- Là thuốc điều trị hàng đầu cho bệnh nhân loãng xương để giảm nguy cơ gãy xương & bệnh nhân đang dùng glucocorticoid có gãy xương do loãng xương hoặc đã xác định loãng xương
 - Cân nhắc dùng bisphosphonate để phòng ngừa mất xương ở phụ nữ sau mãn kinh có T-score < -1 & ở những bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn điều trị loãng xương nhưng có yếu tố nguy cơ gãy xương khác
- Ước chế hoạt động của hủy cốt bào & là chất ức chế mạnh quá trình hủy xương
- Không có tác dụng trên các triệu chứng mãn kinh
- Đánh giá hiệu quả điều trị sau 3 năm nếu dùng đường tiêm tĩnh mạch & 5 năm nếu dùng đường uống
 - Nếu không có hiệu quả (nghĩa là giảm BMD hoặc gãy xương tái phát do chấn thương nhẹ), loại trừ nguyên nhân thứ phát của loãng xương và/hoặc do không tuân thủ
- Có thể áp dụng tạm ngưng thuốc bisphosphonate cho bệnh nhân dùng đường uống sau khi ổn định 5 năm hoặc dùng đường tĩnh mạch sau khi ổn định 3 năm ở bệnh nhân có nguy cơ thấp-trung bình
 - Tạm ngưng thuốc bisphosphonate được định nghĩa là khoảng thời gian tối đa 5 năm hoặc lâu hơn tùy thuộc vào BMD & tình trạng lâm sàng của bệnh nhân; tái đánh giá nguy cơ gãy xương mỗi 2-4 năm & bắt đầu điều trị loãng xương lại trước thời gian tối đa 5 năm nếu có giảm BMD nặng, xảy ra gãy xương, hoặc các yếu tố khác làm thay đổi nguy cơ trên lâm sàng của bệnh nhân
 - Hội nghị cứu vãn xương & khoáng chất của Hoa Kỳ (American Society for Bone & Mineral Research - ASBMR) đối với việc sử dụng lâu dài bisphosphonate đã đề nghị áp dụng tạm ngưng thuốc bisphosphonate ở người có nguy cơ gãy xương thấp - trung bình & chuyển sang liệu pháp khác hoặc tiếp tục dùng bisphosphonate ở bệnh nhân có nguy cơ cao
 - Nên cá thể hóa việc ngưng điều trị tạm thời dựa trên đánh giá lợi ích và nguy cơ
- Khởi đầu điều trị bằng bisphosphonate để giảm nguy cơ gãy xương nên được cá thể hóa ở phụ nữ > 65 tuổi bị thiếu xương
- Bisphosphonate có thể có nguy cơ hoại tử xương hàm & gãy xương đùi không điển hình
- Bisphosphonate đường uống không nên dùng điều trị khởi đầu ở bệnh nhân có bệnh thực quản, có tiền sử không tuân thủ hướng dẫn dùng thuốc & bệnh nhân có bệnh thận mạn

Acid alendronic

- Dùng phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương hông, cột sống & xương ngoài đốt sống
- Được phê duyệt để điều trị loãng xương ở nam giới
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy cột sống
- Được phê duyệt để phòng ngừa (nguyên phát & thứ phát) & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid ở nam & nữ
 - Giảm nguy cơ gãy cột sống

Acid ibandronic

- Dùng phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương đốt sống

Acid risedronic

- Được phê duyệt để phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương hông, cột sống & xương ngoài đốt sống
- Có thể dùng điều trị loãng xương ở nam giới
 - Tăng BMD
 - Giảm nguy cơ gãy xương hông ở nam giới bị đột quỵ kèm loãng xương
 - Giảm nguy cơ gãy xương cột sống ở nam giới loãng xương vô căn
- Dùng phòng ngừa (nguyên phát & thứ phát) & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid ở nam & nữ
 - Giảm nguy cơ gãy cột sống

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Bisphosphonate (Tiếp theo)****Acid zoledronic**

- Dùng phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương đốt sống, xương ngoài đốt sống & xương hông
- Dùng phòng ngừa (nguyên phát & thứ phát) & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid ở nam & nữ
 - Nên xem xét dùng cho bệnh nhân loãng xương do sử dụng glucocorticoid không dung nạp với bisphosphonate đường uống hoặc người không thể tuân thủ liệu pháp điều trị đường uống
- Được chỉ định để phòng ngừa gãy xương mới trên lâm sàng ở bệnh nhân dễ gãy xương gần đây
- Được chỉ định để phòng ngừa & điều trị loãng xương ở bệnh nhân nữ dự định điều trị với glucocorticoid trong ít nhất 12 tháng
- Có thể áp dụng tạm ngưng dùng thuốc ở bệnh nhân dùng đường tĩnh mạch sau 3 liều (1 liều/năm) ở bệnh nhân nguy cơ trung bình & sau 6 liều (1 liều/năm) ở bệnh nhân nguy cơ cao & nguy cơ rất cao
 - Trong thời gian tạm ngưng dùng thuốc, có thể thay thế bằng một thuốc đồng hóa hoặc thuốc ức chế yếu sự hủy xương (raloxifene)

Liệu pháp nội tiết¹

- Chủ yếu được chỉ định để điều trị các triệu chứng mãn kinh vừa - nặng (như teo âm đạo, triệu chứng vận mạch) cho phụ nữ khỏe mạnh ở giai đoạn tiền mãn kinh hoặc mãn kinh & để phòng ngừa loãng xương
 - Tăng BMD ở đốt sống thắt lưng & cổ xương đùi, giảm nguy cơ gãy xương hông, xương đốt sống & các xương ngoài đốt sống
 - Bác sĩ & bệnh nhân phải cân nhắc giữa nguy cơ & lợi ích trước khi sử dụng liệu pháp nội tiết như là liệu pháp hàng đầu để phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ có các triệu chứng mãn kinh; trước tiên, nên cân nhắc các liệu pháp khác
- Khi dùng để điều trị loãng xương, nên dùng liệu pháp nội tiết ở liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất do các nguy cơ có thể có; không nên ngưng điều trị đột ngột
 - Dữ liệu hiện tại cho thấy triệu chứng tương tự tái phát khi giảm liều hoặc ngưng dùng đột ngột liệu pháp nội tiết
- Có thể xem xét dùng tibolone và liệu pháp nội tiết cho bệnh nhân <60 tuổi hoặc sau mãn kinh <10 năm, có nguy cơ thấp bị huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT), người không thích hợp dùng bisphosphonate hoặc denosumab, & không bị ung thư vú & không có tiền sử đột quỵ hoặc nhồi máu cơ tim
 - Có thể xem xét dùng ở phụ nữ >60 tuổi, không dung nạp hoặc không thích hợp dùng bisphosphonate hoặc denosumab
- Có thể xem xét dùng để phòng ngừa loãng xương & gãy xương ở phụ nữ mãn kinh sớm
- Estrogen không được khuyến dùng để phòng ngừa gãy xương ở bệnh nhân không có triệu chứng mãn kinh

Tibolone

- Là thuốc điều hòa chọn lọc hoạt động của estrogen ở mô
- Được phê duyệt để phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Dữ liệu cho thấy giảm gãy xương đốt sống & xương ngoài đốt sống & cải thiện BMD
- Là thuốc tổng hợp có đặc tính estrogen, progestogen & androgen yếu
- Giảm các triệu chứng mãn kinh nhưng không kích thích mô vú hoặc tử cung

Hormon cận giáp (PTH)**Abaloparatide**

- Là một peptide tương tự PTH người (PTHrP) vừa mới được phê duyệt chỉ định điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao bị gãy xương & ở bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với các liệu pháp chống loãng xương khác
- Các nghiên cứu cho thấy làm giảm gãy xương đốt sống & xương ngoài đốt sống khi điều trị kéo dài (lên đến 2 năm)
- Sau khi hoàn thành liệu trình điều trị, nên dùng thuốc chống hủy xương (như bisphosphonate hoặc denosumab) để duy trì BMD

Teriparatide (PTH người tái tổ hợp [1-34])

- Được phê duyệt để điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh & nam giới có nguy cơ cao & rất cao bị gãy xương & loãng xương nặng hoặc bệnh nhân loãng xương không đáp ứng với các liệu pháp điều trị khác
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy cột sống & xương ngoài đốt sống
- Khuyến cáo dùng để phòng ngừa gãy xương đốt sống & xương ngoài đốt sống cho phụ nữ sau mãn kinh bị loãng xương nặng
- Được phê duyệt để sử dụng trong tối đa 24 tháng
 - Tiếp tục điều trị bằng bisphosphonate hoặc thuốc khác chống hủy xương (như denosumab) để duy trì hoặc tăng BMD
- Được chỉ định để làm tăng BMD ở nam giới loãng xương nguyên phát hoặc loãng xương do suy sinh dục mà có nguy cơ gãy xương
- Có thể dùng trong phòng ngừa & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid
 - Tăng BMD, giảm gãy xương đốt sống
- Kích thích tạo xương mới ở xương đặc & xương xốp
- Có tác dụng đồng hóa trên xương
- Một thử nghiệm cho thấy teriparatide làm giảm gãy xương tốt hơn so với risedronate

¹Để biết thêm chi tiết về liệu pháp nội tiết ở phụ nữ mãn kinh, vui lòng xem Phác đồ Mãn kinh và Liệu pháp nội tiết.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Chất ức chế RANKL (Receptor Activator of Nuclear Factor Kappa-B Ligand - RANKL)****Denosumab**

- Được phê duyệt cho điều trị loãng xương ở nam giới & ở phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao bị gãy xương cũng như loãng xương do sử dụng glucocorticoid
 - Giảm biến cố gãy xương đốt sống, xương hông, xương ngoài đốt sống & cải thiện BMD
- Cũng được dùng trong điều trị mất xương ở phụ nữ ung thư vú đang điều trị với thuốc ức chế aromatase, mất xương ở nam giới đang điều trị ung thư tuyến tiền liệt mà có nguy cơ cao bị gãy xương & dùng để tăng khối lượng xương ở nam giới có nguy cơ cao bị gãy xương; cũng có thể dùng cho bệnh nhân không dung nạp hoặc chống chỉ định với các liệu pháp điều trị khác
- Ức chế sự hình thành, chức năng & sự tồn tại của tế bào hủy xương, dẫn đến làm giảm hủy xương
- Không nên tạm ngưng dùng thuốc đối với bệnh nhân điều trị với denosumab
- Phụ nữ sau mãn kinh bị loãng xương & đang dùng denosumab nên được đánh giá lại nguy cơ gãy xương mỗi 5-10 năm & người vẫn còn nguy cơ cao nên tiếp tục dùng denosumab hoặc các thuốc điều trị loãng xương khác
 - Bệnh nhân có nguy cơ thấp - trung bình có thể dùng bisphosphonate, sau đó có thời gian tạm ngưng dùng thuốc và đánh giá lại nguy cơ gãy xương mỗi 1-3 năm
- Không nên trì hoãn hoặc ngưng dùng thuốc quá 7 tháng mà không dùng thuốc chống hủy xương sau đó (như bisphosphonate, liệu pháp nội tiết, SERM) để phòng ngừa tình trạng đội ngược trong chu chuyển xương, làm giảm nguy cơ mất nhanh BMD & giảm nguy cơ gãy xương

Chất ức chế sclerostin**Romozosumab**

- Được chỉ định để điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao & rất cao bị gãy xương (loãng xương nặng với T-score <-2,5, có tiền sử gãy xương do loãng xương, bị gãy nhiều đốt sống, hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ gãy xương) hoặc điều trị thất bại hoặc không dung nạp với thuốc điều trị loãng xương khác
 - Giảm gãy xương đốt sống, xương hông & xương ngoài đốt sống
- Gắn kết và ức chế protein sclerostin để tăng tạo xương & giảm hủy xương
- Cần nhắc nguy cơ & lợi ích trước khi bắt đầu điều trị vì có thể có tác dụng không mong muốn trên tim mạch
 - Ngưng điều trị nếu bệnh nhân bị đột quy hoặc nhồi máu cơ tim
- Sau khi dùng romozosumab trong 12 tháng, nên xem xét tiếp tục điều trị với một thuốc chống hủy xương (như bisphosphonate hoặc denosumab) để duy trì giá trị BMD & giảm nguy cơ gãy xương

Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (SERM)**Bazedoxifene**

- Được chỉ định để phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao bị gãy xương
- Có thể dùng đơn trị hoặc phối hợp với một estrogen liên hợp

Lasofloxifene

- Là 1 SERM thế hệ 3, đang chờ được phê duyệt ở Hoa Kỳ để phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
- Gắn chọn lọc vào thụ thể estrogen, do đó giảm sản xuất & giảm tuổi thọ của tế bào hủy xương, kích thích hoạt động của tế bào tạo xương, có tác dụng điều hòa quá trình cân bằng calci nội môi
- Các nghiên cứu cho thấy làm giảm gãy xương đốt sống & xương ngoài đốt sống khi điều trị kéo dài

Raloxifene

- Cần nhắc dùng để điều trị sau khi dung nạp kém với liệu pháp hàng đầu
- Được phê duyệt cho cả phòng ngừa lẫn điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương đốt sống nhưng không giảm nguy cơ gãy xương ngoài đốt sống
- Khuyến cáo dùng raloxifene hoặc bazedoxifene cho phụ nữ <60 tuổi hoặc sau mãn kinh <10 năm, có nguy cơ thấp bị gãy xương hông, huyết khối tĩnh mạch sâu & đột quy, người không thích hợp dùng bisphosphonate hoặc denosumab, & có nguy cơ cao bị ung thư vú
 - Có thể xem xét dùng ở phụ nữ >60 tuổi không dung nạp hoặc không thích hợp dùng bisphosphonate hoặc denosumab
- Có thể là liệu pháp ưu tiên cho phụ nữ <65 tuổi và không có tiền sử gãy xương hông
- Gắn vào thụ thể estrogen ở cơ quan đích để tạo ra nhiều hiệu ứng estrogen
- Nếu ngưng raloxifene, chuyển sang dùng bisphosphonate để tránh giảm nhanh BMD & giảm nguy cơ gãy xương.

Strontium ranelate

- Được chỉ định để điều trị loãng xương nặng ở phụ nữ sau mãn kinh khi không thể dùng các thuốc điều trị loãng xương khác do chống chỉ định hoặc không dung nạp
 - Giảm nguy cơ gãy xương đốt sống & xương ngoài đốt sống
 - Giảm nguy cơ gãy xương hông ở phụ nữ ≥74 tuổi có BMD T-score <-3
 - Phòng ngừa mất xương & gãy xương đốt sống ở phụ nữ bị thiếu xương
- Cũng dùng ở nam giới để điều trị loãng xương nặng kèm tăng nguy cơ gãy xương
- Được xem là thuốc thay thế dùng đường uống cho bệnh nhân chống chỉ định hoặc không dung nạp với bisphosphonate đường uống
- Kích thích tạo mô xương mới & giảm hủy xương đã được chứng minh *in vitro* & qua các thử nghiệm ở động vật & các nghiên cứu lâm sàng dài hạn
- Nên đánh giá nguy cơ xuất hiện bệnh tim mạch trước khi điều trị & nên theo dõi mỗi 6-12 tháng
 - Nên ngưng điều trị nếu bệnh nhân tiến triển bệnh mạch máu não, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng HA không kiểm soát hoặc bệnh động mạch ngoại biên

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Vitamin D có hoạt tính**

- Dùng trong điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh
 - Cải thiện BMD & giảm tỷ lệ gãy xương đốt sống
- Dùng phòng ngừa (nguyên phát & thứ phát) & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid
 - Cải thiện BMD nhưng không có dữ liệu chứng minh tác dụng giảm gãy đốt sống
- Điều hòa quá trình cân bằng calci nội môi & sự tạo xương
- Liều calci dùng đồng thời nên <800 mg để giảm nguy cơ bệnh sỏi thận & tăng calci máu

Calcitonin

- Là hormon chứa 32 amino acid, tiết bởi tế bào C của tuyến giáp
- Được phê duyệt cho điều trị loãng xương ở phụ nữ đã mãn kinh >5 năm & không dung nạp bisphosphonate, liệu pháp nội tiết, tibolone, SERM, denosumab, abaloparatide hoặc teriparatide, hoặc khi các lựa chọn điều trị này không thích hợp
 - Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương sống
- Có thể xem xét dùng ở phụ nữ >60 tuổi, không dung nạp hoặc không thích hợp dùng bisphosphonate hoặc denosumab
- Trong điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid, chỉ cần nhắc dùng cho bệnh nhân không dung nạp với bisphosphonate (uống/tiêm) hoặc teriparatide
- Ức chế hoạt động của tế bào hủy xương & giảm quá trình hủy xương
- Không có tác dụng trong điều trị các triệu chứng mãn kinh
- Có tác dụng giảm đau cấp trong gãy xương do loãng xương
- Cần nhắc lợi ích so với nguy cơ khi điều trị, kể cả khả năng bị bệnh ác tính khi dùng kéo dài; giới hạn thời gian dùng <6 tháng

Testosterone

- Đề nghị dùng cho nam giới có nguy cơ gãy xương cao với nồng độ testosterone trong huyết thanh <200 ng/dL kèm các dấu hiệu hoặc triệu chứng thiếu hụt androgen hoặc suy sinh dục thể tạng
- Cũng dùng cho nam giới có nguy cơ gãy xương cao với nồng độ testosterone <200 ng/dL mà không đủ các tiêu chuẩn để chỉ định dùng liệu pháp testosterone nhưng chống chỉ định với các thuốc điều trị loãng xương đã được phê duyệt
- Nhiều nghiên cứu cho thấy liệu pháp thay thế giúp làm tăng BMD ở nam giới suy sinh dục; tuy nhiên, tác dụng làm giảm gãy xương thì chưa rõ ràng

Điều trị phối hợp

- Phối hợp 1 thuốc bisphosphonate với 1 thuốc không phải nhóm bisphosphonate có thể làm tăng nhẹ BMD so với đơn trị
- Phối hợp denosumab & teriparatide cho thấy cải thiện BMD tốt hơn so với dùng từng thuốc riêng lẻ mặc dù chưa có dữ liệu về gãy xương
- Cần nhắc dùng thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (bazedoxifene) phối hợp với estrogen liên hợp để phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh khi không phù hợp với các liệu pháp khác
- Nên cân nhắc giữa gia tăng chi phí & khả năng tăng tác dụng không mong muốn so với lợi ích đạt được

Các thuốc khác**Genistein**

- Là thuốc ức chế tyrosine kinase, dùng trong điều trị các triệu chứng mãn kinh
- Cần thêm các nghiên cứu để chứng minh lợi ích của genistein đối với xương & nguy cơ gãy xương

Natri fluoride

- Kích thích tạo xương
- Cần thêm các nghiên cứu để chứng minh hiệu quả làm giảm nguy cơ gãy xương của natri fluoride

C THEO DÕI

Mục tiêu của theo dõi là để tăng sự tuân thủ điều trị & để đánh giá đáp ứng đối với điều trị

Đo BMD

- Nên thực hiện mỗi 1-2 năm sau khi bắt đầu điều trị cho đến khi kết quả ổn định & mỗi 1-3 năm sau đó
- Việc đo BMD trong quá trình điều trị cho biết nguy cơ gãy xương hiện tại của bệnh nhân
- Phương pháp DXA để đo vùng cột sống hoặc xương hông là tiêu chuẩn vàng để đánh giá liên tục BMD
 - Nên thực hiện mỗi 2 năm
 - Nếu không thể đánh giá cột sống, xương hông, hoặc cả hai thì có thể đánh giá vị trí 33% xương quay
- Lý tưởng là nên thực hiện theo dõi bệnh nhân tại cùng một cơ sở và dùng cùng một máy
- Sự thay đổi BMD liên quan đến tuổi, bệnh lý & quá trình điều trị có thể được theo dõi bằng BMD của xương xốp đo bằng phương pháp chụp cắt lớp định lượng (QCT [Quantitative Computed Tomography])

Chất đánh dấu chu chuyển xương

- Chất đánh dấu của quá trình hủy xương (đoạn nối telopeptide tận cùng bằng C trong huyết thanh của collagen loại I) có thể đo trước khi bắt đầu điều trị & 3 hoặc 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị
- Chất đánh dấu của quá trình tạo xương (propeptide procollagen týp 1 tận cùng bằng N - P1NP) có thể đo trước khi khởi đầu điều trị & 6 tháng sau đó
- Nồng độ chất đánh dấu hủy xương cao có liên quan đến sự gia tăng nguy cơ gãy xương do loãng xương
 - Chất đánh dấu hủy xương có thể được dùng để đánh giá nguy cơ gãy xương ở một số bệnh nhân khi BMD & các yếu tố nguy cơ trên lâm sàng không đủ để ra quyết định điều trị

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

C THEO DÕI (TIẾP THEO)**Hình ảnh đốt sống**

- Chụp lại đốt sống được chỉ định cho những bệnh nhân sau:
 - Giảm chiều cao đã được ghi nhận
 - Có đau đốt sống
 - Thay đổi hình dáng cơ thể
 - Chụp X-quang ngực cho kết quả bất thường
 - Đến thời điểm đánh giá lại để có thể xem xét ngưng điều trị
 - Có gãy đốt sống trong khoảng thời gian ngưng điều trị

Đánh giá lại ở phụ nữ sau mãn kinh dùng bisphosphonate kéo dài

- Phụ nữ sau mãn kinh đang dùng bisphosphonate đường uống ≥ 5 năm hoặc bisphosphonate đường tĩnh mạch ≥ 3 năm nên được đánh giá lại xem có gãy xương hay không trước khi bắt đầu & trong quá trình điều trị
 - Liệu pháp điều trị với bisphosphonate có thể tiếp tục sau 3-5 năm ở những bệnh nhân ≥ 75 tuổi, đang điều trị glucocorticoid liều cao, có tiền sử gãy xương hông hoặc xương cột sống hoặc bị gãy xương nhẹ trong quá trình điều trị
- Nếu gãy xương xảy ra, có thể tiếp tục điều trị với bisphosphonate hoặc cân nhắc dùng các thuốc khác
- Nếu không bị gãy xương, đánh giá BMD T-score hoặc nguy cơ gãy xương
 - Nếu BMD T-score ở xương hông $\leq -2,5$ hoặc có nguy cơ cao gãy xương, cân nhắc tiếp tục dùng bisphosphonate hoặc có thể đổi sang thuốc thay thế khác
 - Nếu khối lượng xương bình thường & vẫn không bị gãy xương, có thể cân nhắc ngưng điều trị & khuyên bệnh nhân theo dõi mỗi 2-3 năm

Theo dõi loãng xương ở nam giới

- Bệnh nhân có thể được theo dõi bằng cách đo BMD như khuyến cáo dành cho phụ nữ sau mãn kinh
 - Có thể hạn chế sử dụng phương pháp DXA để đo BMD ở cột sống cho nam giới lớn tuổi do ảnh hưởng của gai xương & vôi hóa mạch máu khi đo ở cột sống

Điều trị thất bại

- Được định nghĩa là (sau khi loại trừ loãng xương thứ phát hoặc tuân thủ điều trị tối đa) khi có ≥ 2 biến cố gãy xương do chấn thương nhẹ; hoặc một biến cố gãy xương & nồng độ CTX hoặc P1NP huyết thanh ban đầu cao và giảm không đáng kể trong khi điều trị hoặc BMD giảm đáng kể hoặc cả hai; hoặc CTX hoặc P1NP huyết thanh giảm không đáng kể nhưng BMD giảm đáng kể
- Điều chỉnh liệu pháp điều trị bằng cách thay thuốc chống hủy xương hiệu lực thấp bằng một thuốc khác có hiệu lực cao hơn thuộc cùng nhóm thuốc, thay thuốc uống bằng thuốc tiêm, hoặc thay thuốc chống hủy xương hiệu lực mạnh bằng thuốc đồng hóa
- Đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân & giải quyết các vấn đề gây ra tuân thủ điều trị kém, ví dụ: Không giáo dục toàn diện cho bệnh nhân/người chăm sóc, xuất hiện các tác dụng không mong muốn

Chuyển khám chuyên khoa

- Cân nhắc chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa nếu:
 - Dễ gãy xương
 - Gãy xương không phải do chấn thương nặng ở bệnh nhân có BMD bình thường
 - Mất xương liên tục hoặc gãy xương tái phát xảy ra ở bệnh nhân đang điều trị nhưng chưa rõ nguyên nhân gây mất xương mà có thể điều trị được
 - Loãng xương có các đặc điểm không phổ biến, nặng hoặc có các tình trạng thứ phát hiếm gặp như cường tuyến cận giáp, tăng prolactin
 - Có tình trạng bệnh lý gây khó khăn cho điều trị, như bệnh thận mạn, kém hấp thu

D PHẪU THUẬT

- Như: tạo hình đốt sống gãy bằng xi măng sinh học, tạo hình gù
- Xử trí gãy xương do loãng xương nên bao gồm liệu pháp dùng thuốc & không dùng thuốc để điều trị loãng xương, xử trí đau, & chỉ phẫu thuật nếu cần thiết
- Xem xét khi điều trị gãy đốt sống cấp có triệu chứng không đáp ứng với điều trị bảo tồn
 - Không được xem là điều trị hàng đầu cho gãy xương đốt sống do tăng nguy cơ gãy các đốt sống lân cận
- Một số nghiên cứu cho thấy có cải thiện triệu chứng đau lưng sau khi điều trị bằng tạo hình đốt sống tăng cường xi măng sinh học
- Tạo hình gù có thể giúp phục hồi một phần biến dạng đốt sống & giúp giảm đau

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ẢNH HƯỞNG CHUYỂN HÓA XƯƠNG		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Bisphosphonate¹		
Acid alendronic (alendronate)	<p>Phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 5 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 35 mg, uống 1 lần/tuần</p> <p>Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh & loãng xương ở nam giới: 10 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 70 mg uống 1 lần/tuần</p> <p>Điều trị & phòng ngừa loãng xương do sử dụng glucocorticoid ở nam & phụ nữ có đủ estrogen (phụ nữ tiền mãn kinh hoặc phụ nữ sau mãn kinh có dùng liệu pháp thay thế hormone): 5 mg, uống mỗi 24 giờ</p> <p>Điều trị & phòng ngừa loãng xương do sử dụng glucocorticoid ở phụ nữ thiếu hụt estrogen (phụ nữ sau mãn kinh không dùng liệu pháp thay thế hormone): 10 mg, uống mỗi 24 giờ</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Đường tiêu hóa trên (khó chịu đường tiêu hóa, viêm thực quản, loét thực quản), Tác dụng khác (nổi mẩn [đôi khi kèm nhạy cảm với ánh sáng], hạ calci máu hoặc hạ phosphat máu nhẹ & thoáng qua, đau xương, khớp và/hoặc đau cơ nặng) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Đối với điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid, tiếp tục sử dụng thuốc khi còn dùng glucocorticoid Tránh dùng cho bệnh nhân suy thận nặng ($Cr_{Cl} < 35$ mL/phút) Dùng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh lý đường tiêu hóa trên Ngưng thuốc nếu bệnh nhân xuất hiện tình trạng khó nuốt, đau khi nuốt, đau sau xương ức hoặc ợ nóng mới mắc hoặc mức độ nặng FDA Hoa Kỳ thông báo: bisphosphonate - được phê duyệt cho điều trị loãng xương - có liên quan đến nguy cơ gãy dưới mấu chuyển không điển hình & gãy thân xương đùi Cần nhắc tái đánh giá định kỳ xem có cần tiếp tục sử dụng bisphosphonate hay không, nhất là ở bệnh nhân đã điều trị >5 năm
Acid alendronic (alendronate)/ colecalciferol	<p>Liều có sẵn:</p> <p>Viên nén chứa acid alendronic 70 mg/ colecalciferol 2.800 IU</p> <p>Viên nén chứa acid alendronic 70 mg/ colecalciferol 5.600 IU</p> <p>Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh & loãng xương ở nam giới khi có khuyến cáo bổ sung vitamin D: Acid alendronic 70 mg/colecalciferol 2.800-5.600 IU, uống 1 lần/tuần</p>	<ul style="list-style-type: none"> Uống thuốc với nước lọc trước khi ăn, uống, dùng thuốc lần đầu trong ngày ≥ 30 phút để tăng hấp thu Nuốt trọn viên thuốc ở tư thế thẳng đứng; không được nhai, nghiền hoặc ngậm Không được nằm, ăn uống hoặc dùng thuốc khác cho đến ≥ 30 phút sau khi uống thuốc để giúp thuốc dễ dàng di chuyển xuống dạ dày & để tránh kích ứng thực quản Không dùng thuốc khi đi ngủ hoặc khi còn đang nằm trên giường lúc mới thức dậy trong ngày Nên bổ sung calci & vitamin D nếu không được cung cấp đủ qua ăn uống. Dùng cách acid alendronic vài giờ
Acid ibandronic (ibandronate)	<p>Phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 150 mg, uống 1 lần/tháng</p> <p>Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 3 mg, tiêm TM mỗi 3 tháng</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (khó tiêu, đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn/nôn, viêm dạ dày, viêm thực quản, loét thực quản); Tác dụng khác (đau lưng, đau đầu, đau cơ, chuột rút, đau khớp, đau xương). <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng cho bệnh nhân suy thận nặng FDA Hoa Kỳ thông báo: bisphosphonate - được phê duyệt cho điều trị loãng xương - có liên quan đến nguy cơ gãy dưới mấu chuyển không điển hình & gãy thân xương đùi Cần nhắc định kỳ đánh giá lại xem có cần tiếp tục sử dụng bisphosphonate hay không, nhất là ở bệnh nhân đã điều trị >5 năm Uống với nước lọc 60 phút trước khi ăn, uống hay dùng thuốc lần đầu trong ngày Nuốt trọn viên thuốc ở tư thế thẳng đứng; không được nhai, nghiền hoặc ngậm Không được nằm cho đến 60 phút sau khi uống để thuốc dễ dàng đi đến dạ dày & để tránh kích ứng thực quản Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ

¹Các bisphosphonate khác chưa được phê duyệt cho phòng ngừa/điều trị loãng xương. Hiệp hội Nội tiết Lâm sàng Hoa Kỳ (AAACE) đề nghị acid pamidronic tiêm tĩnh mạch có thể là lựa chọn thay thế cho bệnh nhân không dung nạp với bisphosphonate đường uống.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ẢNH HƯỞNG CHUYỂN HÓA XƯƠNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Bisphosphonate¹ (Tiếp theo)		
Acid risedronic (risedronate)	<p>Phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 5 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 35 mg, uống 1 lần/tuần hoặc 75 mg, uống 2 ngày liên tiếp/tháng hoặc 150 mg, uống 1 lần/tháng</p> <p>Điều trị loãng xương ở nam: 35 mg, uống 1 lần/tuần</p> <p>Phòng ngừa & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid: 5 mg, uống mỗi 24 giờ</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Đường tiêu hóa trên (khó chịu ở bụng, viêm thực quản, loét thực quản); Tác dụng khác (đau đầu, đau xương, khớp và/hoặc đau cơ nặng) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng cho bệnh nhân suy thận nặng Trong điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid, tiếp tục dùng thuốc khi còn dùng glucocorticoid FDA Hoa Kỳ thông báo: bisphosphonate - được phê duyệt cho điều trị loãng xương - có liên quan đến nguy cơ gãy dưới máu chuyển không điển hình & gãy thân xương đùi Cần nhắc tái đánh giá định kỳ xem có cần tiếp tục sử dụng bisphosphonate hay không, nhất là ở bệnh nhân đã điều trị >5 năm Uống với nước lọc trước khi ăn, uống hay dùng thuốc lần đầu trong ngày ≥30 phút hoặc sau ăn ≥2 giờ, uống hay dùng thuốc ở bất kỳ thời điểm nào trong ngày hoặc trước khi đi ngủ ≥30 phút Nuốt trọn viên thuốc ở tư thế thẳng đứng; không được nhai, nghiền hoặc ngậm Không được nằm cho đến ≥30 phút sau khi uống để thuốc dễ dàng đi đến dạ dày & để tránh kích ứng thực quản Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ. Uống cách acid risedronic vài giờ
Acid zoledronic	<p>Phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 5 mg, truyền TM trong 15-30 phút, 2 năm/lần</p> <p>Điều trị loãng xương sau mãn kinh & loãng xương ở nam giới: 5 mg, truyền TM trong 15-30 phút, 1 lần/năm</p> <p>Phòng ngừa & điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid: 5 mg, truyền TM trong 15-30 phút, 1 lần/năm</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Cơ xương (tăng đau xương do thiếu hụt khoáng hóa, đau lưng, đau cơ, đau khớp); Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn); TKTU[*] (đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi); Tác dụng khác (khó thở, trầm cảm, đau mắt, hạ calci máu, sốt) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng trên bệnh nhân suy thận nặng Bệnh nhân nên được bổ sung nước đầy đủ trước & trong suốt quá trình điều trị FDA Hoa Kỳ thông báo: bisphosphonate - được phê duyệt cho điều trị loãng xương- có liên quan đến nguy cơ gãy dưới máu chuyển không điển hình & gãy thân xương đùi Cần nhắc định kỳ đánh giá lại xem có cần tiếp tục sử dụng bisphosphonate hay không, nhất là ở bệnh nhân đã điều trị >5 năm Không dùng chung đường truyền với các thuốc khác Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ
Calcitonin		
Calcitonin (calcitonin cá hồi, salcatonin)	<p>Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 50-100 IU, tiêm dưới da/tiêm bắp mỗi 24 giờ hoặc 50-100 IU, tiêm dưới da/tiêm bắp cách ngày hoặc 50-200 IU, nhỏ vào một bên mũi mỗi 24 giờ</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Đường tiêm: Tác dụng thoáng qua trên đường tiêu hóa sau khi tiêm thuốc (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau bụng); đỏ bừng mặt, chóng váng, đau đầu Đường mũi: Kích ứng & chảy máu mũi, viêm mũi, viêm xoang, đau lưng & đau đầu (không thường gặp) Dùng thuốc bằng đường mũi ít gặp tác dụng không mong muốn hơn <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Lần lượt chuyển đổi bên mũi nhỏ thuốc mỗi ngày Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ

¹Các bisphosphonate khác chưa được phê duyệt cho phòng ngừa/điều trị loãng xương. Hiệp hội nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ (AAACE) đề nghị acid pamidronic tiêm tĩnh mạch có thể là lựa chọn thay thế cho bệnh nhân không dung nạp với bisphosphonate đường uống.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ẢNH HƯỞNG CHUYỂN HÓA XƯƠNG (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Chất tương tự hormon cận giáp (PTH)		
Abaloparatide	Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 80 mcg, tiêm dưới da mỗi 24 giờ Thời gian điều trị: ≤24 tháng	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (buồn nôn, đau bụng trên); TKTU ¹ (đau đầu, chóng mặt); Tác dụng khác (hạ huyết áp tư thế, đánh trống ngực, mệt mỏi, tăng calci máu, phản ứng quá mẫn, phản ứng tại vị trí tiêm) Hướng dẫn đặc biệt • Tiêm dưới da ở quanh rốn • Khuyến bệnh nhân ngồi hoặc nằm nếu xảy ra triệu chứng hạ huyết áp tư thế sau khi tiêm thuốc • Tránh dùng ở bệnh nhân có nguy cơ cao bị u xương ác tính hoặc trước đó đã bị tăng calci máu & người đã biết có tiềm ẩn rối loạn tăng calci máu • Theo dõi nồng độ calci trong nước tiểu nếu trước đó đã bị calci niệu hoặc nghi ngờ đang bị sỏi tiết niệu • Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ
Teriparatide	Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh, loãng xương ở nam giới & loãng xương do sử dụng glucocorticoid: 20 mcg, tiêm dưới da mỗi 24 giờ Thời gian điều trị: 18-24 tháng	Tác dụng ngoại ý • Phản ứng tại vị trí tiêm • Tăng calci máu, hạ HA tư thế, chóng mặt, buồn nôn & đau đầu xảy ra khi dùng liều cao hơn Hướng dẫn đặc biệt • Tránh dùng ở bệnh nhân có nguy cơ cao bị u xương ác tính (bệnh Paget, xạ trị trước đó), tiền sử di căn xương, cường tuyến cận giáp, hoặc tăng calci máu đã có trước đó - Teriparatide có liên quan với việc gia tăng u xương ác tính theo các nghiên cứu trên động vật • Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ
Chất ức chế sclerostin		
Romosozumab	Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 210 mg (2 mũi tiêm riêng biệt, mỗi mũi 105 mg), tiêm dưới da 1 lần/tháng x 12 tháng	Tác dụng ngoại ý • Cơ xương (đau khớp, cơ thất cơ, hoại tử xương hàm, gãy dưới máu chuyển không điển hình & gãy thân xương đùi); Tác dụng khác (đau đầu, quá mẫn, hạ calci máu, phản ứng tại vị trí tiêm) • Có thể tăng nguy cơ đột quy, nhồi máu cơ tim & tử vong do tim mạch Hướng dẫn đặc biệt • Tiêm dưới da ở bụng, đùi, hoặc phía trên cánh tay; sau khi tiêm mũi 1, tiêm ngay mũi 2 nhưng ở vị trí khác • Không nên bắt đầu dùng ở bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim hoặc đột quy trong vòng 1 năm qua • Ngưng điều trị nếu xảy ra nhồi máu cơ tim, đột quy hoặc phản ứng dị ứng đáng kể trên lâm sàng • Chống chỉ định ở bệnh nhân hạ calci máu hoặc đã biết có phản ứng quá mẫn với romosozumab • Theo dõi dấu hiệu của gãy thân xương đùi không điển hình & hoại tử xương hàm • Nên bổ sung calci và vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ
Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (SERM)		
Bazedoxifene ¹	Phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 20 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Bốc hỏa, chuột rút ở cẳng chân, phù ngoại vi, biến cố thuyên tắc huyết khối (thuyên tắc tĩnh mạch sâu [DVT], thuyên tắc phổi) • Bazedoxifene: Khô miệng, buồn ngủ, tăng triglycerid & men gan Hướng dẫn đặc biệt
Raloxifene	Phòng ngừa & điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 60 mg, uống mỗi 24 giờ	• Chống chỉ định đối với bệnh nhân thuyên tắc huyết khối (DVT, thuyên tắc phổi, thuyên tắc tĩnh mạch mắt), tiểu máu không rõ nguyên nhân, có triệu chứng ung thư nội mạc tử cung • Nên bổ sung calci & vitamin D nếu chế độ ăn không cung cấp đủ

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với estrogen liên hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ẢNH HƯỞNG CHUYỂN HÓA XƯƠNG (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Chất tương tự vitamin D		
Alfacalcidol	Liều khởi đầu: 1 mcg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 0,25-2 mcg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Tăng calci máu có thể gây khát, tiểu nhiều, táo bón, yếu cơ, mệt mỏi & lú lẫn Hướng dẫn đặc biệt
Calcitriol ¹	Loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh 0,25 mcg, uống mỗi 12 giờ Có thể tăng liều mỗi tháng dựa trên đáp ứng của bệnh nhân Liều tối đa: 0,5 mcg, uống mỗi 12 giờ	• Alfacalcidol: Theo dõi nồng độ calci máu mỗi 1-4 tuần đầu tiên. Nếu tăng calci máu, ngưng điều trị ngay lập tức cho đến khi nồng độ calci máu trở lại bình thường (1 tuần), sau đó bắt đầu lại với nửa liều dùng trước đó • Calcitriol: Theo dõi nồng độ calci huyết thanh & creatinin sau 4 tuần, 3 tháng & 6 tháng, tiếp tục theo dõi mỗi 6 tháng sau đó. Nếu tăng calci máu, ngưng điều trị ngay lập tức cho đến khi nồng độ calci máu trở lại bình thường • Tránh bổ sung calci để ngăn ngừa nguy cơ tăng calci máu & sỏi thận
Colecalciferol (cholecalciferol) ²	800-1.000 IU, uống mỗi 24 giờ hoặc 25.000 IU, uống mỗi tháng	Tác dụng ngoại ý • Rối loạn tiêu hóa, phản ứng quá mẫn Hướng dẫn đặc biệt • Dùng thận trọng trên bệnh nhân có xơ vữa động mạch, bệnh tim, tăng lipid máu, bệnh gan, suy thận, sarcoidosis hoặc bệnh u hạt khác; dùng đồng thời với các chế phẩm có chứa calci & vitamin D khác, chất tương tự vitamin D hoặc thuốc lợi tiểu thiazide • Tránh dùng trên bệnh nhân tăng calci máu, vôi hóa di căn, suy thận nặng
Vitamin K		
Menatetrenone	15 mg, uống mỗi 8 giờ	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (đau bụng, khó chịu vùng thượng vị, khó tiêu, tiêu chảy); Tác dụng khác (nổi mẩn, đỏ da, ngứa, đau đầu) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh sử dụng ở bệnh nhân đang dùng warfarin • Ngừng sử dụng nếu nổi mẩn, đỏ da, ngứa trong quá trình điều trị
Các thuốc khác ảnh hưởng đến khoáng hóa & cấu trúc xương		
Denosumab	Điều trị loãng xương ở nam giới & ở phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao bị gãy xương & loãng xương do sử dụng glucocorticoid: 60 mg, tiêm dưới da liều duy nhất, 1 lần mỗi 6 tháng	Tác dụng ngoại ý • Da (chàm, viêm da, viêm mô tế bào); Cơ xương (đau khớp, đau lưng, hoại tử xương hàm, gãy xương đùi không điển hình); Tác dụng khác (tăng cholesterol máu, viêm bàng quang, đục thủy tinh thể) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh dùng trên bệnh nhân có hạ calci máu • Dùng thận trọng trên bệnh nhân suy gan & suy thận nặng, suy giảm miễn dịch • Nên bổ sung calci & vitamin D

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với alendronate. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp với muối calci & các vitamin/khoáng chất khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ẢNH HƯỞNG CHUYỂN HÓA XƯƠNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Các thuốc khác ảnh hưởng đến khoáng hóa & cấu trúc xương (Tiếp theo)		
Hợp chất hydroxyapatite (hợp chất ossein-hydroxyapatite) ¹	1.600-3.200 mg, uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Đôi khi có táo bón nhẹ, mất ngủ, rùng mình, giãn đồng tử, cảm thấy hưng phấn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng trên bệnh nhân có tăng calci máu & tăng calci niệu, suy thận nặng, sỏi đường niệu; dùng calci đường tiêm ở bệnh nhân đang sử dụng digitalis Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân suy giảm chức năng thận, tiền sử sỏi thận, liệt hai chân Theo dõi calci máu & calci niệu trong khi điều trị bằng đường tiêm Tránh dùng đồng thời với tetracycline & natri fluoride
Strontium ranelate	Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh & loãng xương ở nam giới: 2 g, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (đau đầu); Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy); Ngoài da (viêm da, chàm, nổi mẩn do thuốc kèm tăng bạch cầu ái toan và các triệu chứng toàn thân [DRESS]) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Pha loãng với 1 ly nước & uống trước khi ngủ Nên dùng cách 2 giờ sau khi ăn, uống sữa, uống các thuốc có chứa calci, & 2 giờ trước khi uống thuốc kháng acid Hoãn điều trị khi đang dùng tetracycline & quinolon đường uống Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có bệnh thận nặng, đang hoặc đã điều trị huyết khối, nằm bất động lâu ngày

¹Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp với muối calci & các vitamin/khoáng chất khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

TÁC NHÂN ĐỒNG HÓA

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Nandrolone decanoate	Điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh & loãng xương do thiếu hụt androgen ở nam giới bị suy tuyến sinh dục: 25-50 mg tiêm bắp sâu, 1 lần mỗi 3-4 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Nam hóa ở nữ (vô kinh), thiếu tinh & giảm thể tích xuất tinh, ức chế tạo tinh trùng, kích thích quá mức ở nam giới lớn tuổi, giữ nước & muối Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có suy tim, rối loạn chức năng gan hoặc thận, tăng huyết áp, động kinh, đau đầu migraine Tránh dùng trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư vú

ANDROGEN & CÁC THUỐC TỔNG HỢP TƯƠNG TỰ

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Testosterone ¹ undecanoate	Loãng xương do thiếu hụt androgen: Liều khởi đầu: 120-160 mg, uống mỗi 24 giờ trong 2-3 tuần Liều duy trì: 40-120 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Thiếu tinh & giảm thể tích xuất tinh, cương cứng kéo dài & có dấu hiệu kích thích quá mức ở nam giới lớn tuổi, giữ nước & muối Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh tim mạch, rối loạn chức năng gan hoặc thận, động kinh, đau đầu migraine, đái tháo đường Tránh dùng cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư vú

¹Trên thị trường có nhiều loại testosterone để điều trị tình trạng giảm gonadotropin. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CALCI ¹ & VITAMIN D				
Thuốc	Calci nguyên tố ²		Hàm lượng	Liều dùng/Lưu ý
	mg/g	mEq/g		
Calci acetate	253	12,63	1.000 mg/viên nén (calci nguyên tố 253 mg)	500-1.000 mg calci nguyên tố, uống mỗi 24 giờ Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (kích ứng đường tiêu hóa, táo bón)
Calci carbonate	400	19,96	1.250 mg/viên nén (calci nguyên tố 500 mg) 1.500 mg/viên nén (calci nguyên tố 600 mg)	
Calci citrate	211	10,53	950 mg/viên nén (calci nguyên tố 200 mg) 1.500 mg/viên nén (calci nguyên tố 315 mg)	
Calci gluconate	93	4,64	1.000 mg/viên nén (calci nguyên tố 90 mg)	
Calci lactate	130	6,5	325 mg/viên nén (calci nguyên tố 42 mg) 650 mg/viên nén (calci nguyên tố 84 mg)	
Vitamin D	-	-	Có nhiều hàm lượng & nhiều dạng phối hợp với các vitamin/khoáng chất khác	

¹Trên thị trường có các muối calci khác, có nhiều hàm lượng & nhiều dạng phối hợp với vitamin D & các vitamin/khoáng chất khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Tài liệu tham khảo: Weill Cornell Medical College. Calcium Equivalents. June 2011. <http://www-users.med.cornell.edu/>.

ESTROGEN KHÁC		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Tibolone	Phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xuất huyết âm đạo/có đốm xuất huyết bất thường xảy ra trong vài tháng đầu dùng thuốc, thay đổi cân nặng, phù mắt cá chân, phản ứng ngoài da, mọc lông ở mặt, đau đầu, rối loạn tiêu hóa, ảnh hưởng chức năng gan Hướng dẫn đặc biệt • Dùng trong ít nhất 3 tháng để có hiệu quả tối ưu - Nuốt nguyên viên, không nhai; dùng vào cùng 1 thời điểm mỗi ngày • Không nên dùng cho bệnh nhân nữ có khối u phụ thuộc nội tiết tố, bệnh tim mạch hoặc rối loạn mạch máu não (kể cả viêm tĩnh mạch huyết khối), xuất huyết âm đạo chưa được chẩn đoán, mang thai hoặc cho con bú, hoặc có bệnh gan nặng • Dùng thận trọng trên bệnh nhân có các rối loạn có thể bị nặng thêm do ứ dịch, tăng cholesterol máu, giảm dung nạp glucose • Không nên dùng trong vòng 12 tháng sau mãn kinh vì có thể gây xuất huyết âm đạo bất thường • Nên kiểm tra nếu bắt đầu chảy máu sau 3 tháng điều trị • Ngưng điều trị nếu có thuyên tắc huyết khối, xét nghiệm chức năng gan bất thường hoặc vàng da

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

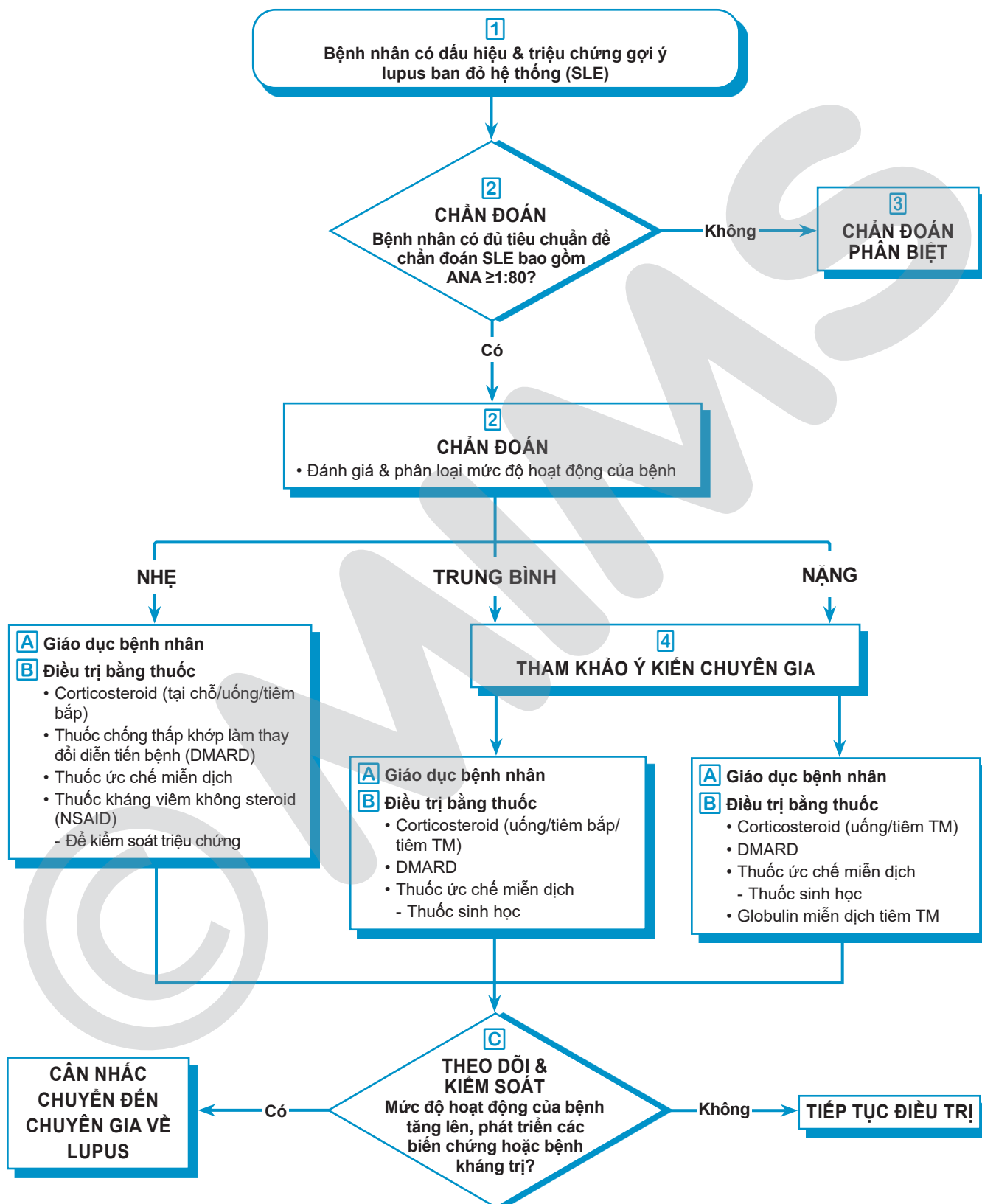
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Lupus Ban Đỏ Hệ Thống (1/14)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 LUPUS BAN ĐÒ HỆ THỐNG (SLE)

- Là bệnh lý viêm tự miễn mạn tính, tổn thương nhiều cơ quan, đặc trưng bởi sự hình thành các tự kháng thể trực tiếp chống lại kháng nguyên của bản thân & hình thành phức hợp miễn dịch
 - Bệnh có giai đoạn tái phát & thuyên giảm kèm theo tổn thương cơ quan do hoạt động của bệnh dai dẳng và liệu pháp trị liệu
 - SLE có thể được chẩn đoán khi có tổn thương một cơ quan đơn lẻ như viêm thận lupus
- Thương tổn trên lâm sàng khác nhau ở những bệnh nhân khác nhau & mức độ hoạt động của bệnh thay đổi theo thời gian ở một bệnh nhân với đợt cấp xảy ra thường xuyên dẫn đến tổn thương do viêm
 - Đa số bệnh nhân đau khớp bàn tay

Dịch tể

- SLE được chẩn đoán chủ yếu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản với tỷ lệ nữ:nam là 9:1
- Tỷ lệ lưu hành & tỷ lệ phát sinh bệnh khác nhau trên toàn thế giới, SLE thường gặp ở châu Á, châu Phi, người Caribê & gốc Tây Ban Nha
 - Tại khu vực châu Á - Thái Bình Dương, tỷ lệ phát sinh bệnh dao động trong khoảng 0,9 đến 8,4 & tỷ lệ lưu hành bệnh dao động trong khoảng 3,7 đến 127 trên 100.000 dân
- Bệnh nhân châu Á mắc SLE có mức hoạt động bệnh cao hơn, bệnh nặng hơn, tổn thương cơ quan nhiều hơn & tỷ lệ mắc bệnh liên quan đến thận cao hơn
- Bệnh nhân châu Á ít phát triển hội chứng kháng phospholipid liên quan đến SLE & huyết khối tĩnh mạch

Sinh lý bệnh

- Sự tương tác giữa các yếu tố di truyền và môi trường kích hoạt miễn dịch tự nhiên và miễn dịch thu được của bệnh nhân dẫn đến thay đổi hệ thống miễn dịch
 - Những bệnh nhân dễ bị tổn thương về mặt di truyền, mất khả năng dung nạp miễn dịch khi tiếp xúc với các yếu tố môi trường (như khói thuốc lá, silica, nhiễm virus Epstein-Barr, tia UVB, thuốc tránh thai đường uống, một số thuốc [như procainamide, hydralazine, isoniazid, minocycline, yếu tố hoại tử khối u alpha]) dẫn đến kích hoạt bất thường hệ thống tự miễn
- Điều này dẫn đến việc sản xuất tự kháng thể, hình thành phức hợp miễn dịch, sản xuất tế bào T & tế bào B tự hoạt hóa, hoạt hóa bổ thể & giải phóng các cytokine gây ra tổn thương mô, các hoạt động này có thể chỉ giới hạn ở một cơ quan, hoặc có thể ảnh hưởng toàn thân gây tổn thương & tử vong đáng kể

Thương tổn trên lâm sàng của SLE

- Tim mạch
 - Viêm nội tâm mạc
 - Viêm cơ tim
 - Viêm màng ngoài tim
- Triệu chứng thể tạng
 - Mệt mỏi
 - Sốt
 - Giảm cân
- Da
 - Rụng tóc
 - Hồng ban cánh bướm
 - Viêm mạch mạng xanh tím
 - Tổn thương niêm mạc
 - Nhạy cảm ánh sáng
 - Ban xuất huyết
 - Hiện tượng Raynaud
 - Mề đay
 - Viêm mạch
- Tiêu hóa
 - Đau bụng
 - Buồn nôn, nôn
 - Loét miệng
- Huyết học
 - Thiếu máu
 - Giảm bạch cầu
 - Giảm tiểu cầu
- Cơ xương
 - Đau khớp
 - Viêm khớp
 - Viêm cơ
- Tâm thần kinh
 - Rối loạn nhận thức
 - Bệnh thần kinh sợ não
 - Bệnh thần kinh ngoại biên
 - Rối loạn tâm thần
- Cơ giết
 - Đột quy
 - Viêm tủy ngang
- Phổi
 - Viêm màng phổi
 - Tăng áp động mạch phổi
 - Viêm phổi
 - Viêm thanh mạc
- Thận
 - Trụ niệu
 - Tiểu máu
 - Hội chứng thận hư
 - Tiểu đạm
- Hệ lưới nội mô
 - Gan to
 - Hạch to
 - Lách to

2 CHẨN ĐOÁN**Chẩn đoán SLE dựa trên triệu chứng lâm sàng & kết quả xét nghiệm**

- Khoảng 95% bệnh nhân SLE có kháng thể kháng nhân (ANA) dương tính
 - Xét nghiệm âm tính cho thấy xác suất mắc SLE trên lâm sàng thấp; chỉ có xét nghiệm ANA dương tính sẽ có giá trị chẩn đoán thấp nếu không có thương tổn lâm sàng của khớp tự miễn
- Tiêu chuẩn chẩn đoán ban đầu: Nồng độ ANA $\geq 1:80$ trong các tế bào HEP-2 hoặc xét nghiệm dương tính tương đương được đo ít nhất một lần; khuyến cáo thử nghiệm bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang trên tế bào HEP-2 hoặc xét nghiệm miễn dịch sàng lọc ANA pha rắn với hiệu suất ít nhất là tương đương
 - Nếu bệnh nhân âm tính với ANA, tiêu chuẩn chẩn đoán ban đầu thay thế có thể là nồng độ bổ thể thấp và &/ hoặc sự hiện diện kháng thể kháng phospholipid

Tiêu chuẩn phân loại SLE năm 2019 theo Liên đoàn chống Thấp khớp châu Âu (European League Against Rheumatism [EULAR])/ Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology [ACR])

- Một đặc điểm không được tính nếu có thể giải thích bằng một bệnh khác với SLE
- Đặc điểm xảy ra ít nhất 1 lần là đủ để đưa vào tiêu chuẩn phân loại
- Các đặc điểm không cần phải xảy ra đồng thời
- Đặc điểm có trọng số cao nhất trong mỗi nhóm sẽ được tính
- Phân loại là SLE nếu tổng điểm ≥ 10 kèm theo ít nhất 1 tiêu chuẩn lâm sàng và đạt được tiêu chuẩn chẩn đoán ban đầu
 - Nếu tổng điểm < 10 , có thể sử dụng tính nhạy cảm với ánh sáng theo tiêu chuẩn ACR 97 hoặc kết hợp các đặc điểm miễn dịch & lâm sàng để chẩn đoán SLE

Các nhóm tiêu chuẩn lâm sàng

- Triệu chứng thể tạng
 - Sốt (thân nhiệt $> 38,3^{\circ}\text{C}$) = 2
- Huyết học
 - Giảm bạch cầu (số lượng bạch cầu $< 4.000/\text{mm}^3$) = 3
 - Tan máu tự miễn (tăng bilirubin gián tiếp, tăng lactate dehydrogenase [LDH], haptoglobin thấp, tăng hồng cầu lưới và xét nghiệm Coombs [kháng globulin trực tiếp] dương tính) = 4
 - Giảm tiểu cầu (số lượng tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$) = 4
- Niêm mạc
 - Rụng tóc không sẹo (được quan sát bởi bác sĩ) = 2
 - Loét miệng (được quan sát bởi bác sĩ) = 2
 - Tổn thương bán cấp hoặc lupus dạng đĩa (được quan sát bởi bác sĩ) = 4
 - Lupus da cấp tính (phát ban dát sẩn ở má hoặc toàn thân được quan sát bởi bác sĩ) = 6
- Cơ xương
 - Tổn thương khớp (viêm bao hoạt dịch ≥ 2 khớp hoặc đau ở ≥ 2 khớp & cứng khớp vào buổi sáng tối thiểu 30 phút) = 6
- Tâm thần kinh
 - Mê sảng (thay đổi ý thức kèm theo giảm khả năng tập trung; triệu chứng phát triển trong vài giờ đến < 2 ngày hoặc thay đổi thất thường trong ngày; thay đổi nhận thức cấp hoặc bán cấp hoặc thay đổi hành vi, tâm trạng) = 2
 - Rối loạn tâm thần (ảo giác và/hoặc ảo tưởng, không sáng suốt & không mê sảng) = 3
 - Co giật (co giật toàn thể nguyên phát hoặc co giật cục bộ) = 5
- Thận
 - Protein niệu ($> 0,5$ g/24 giờ trong nước tiểu 24 giờ hoặc tỷ lệ protein/creatinin niệu bất kỳ tương đương) = 4
 - Viêm thận lupus loại II hoặc V trên sinh thiết thận = 8
 - Viêm thận lupus loại III hoặc IV trên sinh thiết thận = 10
- Thanh dịch
 - Tràn dịch màng phổi hoặc màng ngoài tim (có bằng chứng hình ảnh học) = 5
 - Viêm màng ngoài tim cấp (≥ 2 trong số các triệu chứng sau: Đau ngực màng ngoài tim, tiếng cọ màng ngoài tim, ECG với ST chênh lên lan rộng mới xuất hiện hoặc PR chênh xuống, hoặc tràn dịch màng ngoài tim mới hoặc nặng hơn được phát hiện thông qua chẩn đoán hình ảnh) = 6

Các nhóm tiêu chí miễn dịch

- Kháng thể kháng phospholipid
 - Kháng thể kháng cardiolipin (IgA, IgG, hoặc IgM) ở mức nồng độ trung bình hoặc cao HOẶC
 - Kháng thể kháng beta-2 glycoprotein 1 (IgA, IgG, hoặc IgM) HOẶC
 - Kháng đông lupus dương tính = 2
- Bổ thể
 - C3 thấp hoặc C4 thấp = 3
 - C3 thấp và C4 thấp = 4
- Kháng thể đặc hiệu SLE
 - Kháng thể kháng ADN chuỗi kép trong xét nghiệm miễn dịch đã được chứng minh nhạy $\geq 90\%$ đối với SLE so với các phương pháp chẩn đoán SLE khác HOẶC
 - Kháng thể anti-Smith = 6

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Chỉ số hoạt động của bệnh**

- Có một số công cụ đáng tin cậy & đã được kiểm chứng để đánh giá hoạt động của SLE
 - SLEDAI & BILAG là các chỉ số được sử dụng phổ biến & được kiểm chứng đầy đủ nhất

Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI)

- Chỉ số toàn thể để đánh giá hoạt động của bệnh 10 ngày trước đó
- Được sử dụng cho cả mục đích lâm sàng & nghiên cứu
- Chứa 24 mục: gồm các biểu hiện cụ thể của 9 hệ cơ quan với tổng điểm 105
- Các phiên bản khác của chỉ số này bao gồm: SELENA-SLEDAI, SLEDAI 2000 & Mex-SLEDAI

British Isles Lupus Assessment Group (BILAG)

- Đánh giá 9 hệ cơ quan; đồng thời cũng đánh giá nguy cơ tái phát
- BILAG 2004 bao gồm nhiều câu hỏi đánh giá theo thang điểm 0-4: 0 = không có, 1 = cải thiện, 2 = giống nhau, 3 = nặng hơn, 4 = biến cố mới
- Các đáp ứng được kết hợp thành 5 trạng thái hoạt động của bệnh:
 - A: Bệnh rất nặng cần dùng thuốc ức chế miễn dịch, corticosteroid liều trung bình hoặc cao hoặc thuốc kháng đông liều cao
 - B: Bệnh hoạt động vừa phải cần dùng liều thấp corticosteroid, thuốc chống sốt rét hoặc NSAID
 - C: Bệnh ít hoạt động chỉ cần điều trị triệu chứng
 - D: Bệnh không hoạt động tại thời điểm đánh giá nhưng trước đó bệnh đã hoạt động
 - E: Bệnh không hoạt động tại thời điểm hiện tại cũng như trước đó

Physician Global Assessment (PGA)

- Thang điểm nhìn hình đồng dạng (VAS) cho thấy phán đoán của bác sĩ trong hoạt động tổng thể của SLE
- Công cụ VAS phổ biến nhất nằm trong khoảng từ 0-3: 0 = không, 1 = nhẹ, 2 = trung bình, 3 = nặng
 - Một đợt bùng phát được biểu thị bằng sự gia tăng ≥ 1 điểm kể từ lần khám cuối cùng
- Độ tin cậy bị ảnh hưởng bởi thang đo được sử dụng vì thế cần chuẩn hóa thang điểm

European Consensus Lupus Activity Measurement (ECLAM)

- Đo lường hoạt động bệnh trong tháng trước đó
- Đánh giá 10 cơ quan & 2 kết quả xét nghiệm, ví dụ: Tốc độ lắng máu (ESR) & nồng độ bổ thể
- Bao gồm 33 mục được đánh giá từ 0,5 đến 2 dựa trên kiểu bệnh & tổng điểm kết hợp từ 0 đến 17,5

Phân loại hoạt động bệnh SLE**Nhẹ**

- Triệu chứng toàn thân, mệt mỏi, loét miệng, viêm khớp nhẹ, phát ban $\leq 9\%$ diện tích bề mặt cơ thể (BSA)
- Bệnh ổn định về mặt lâm sàng, không có tổn thương cơ quan đe dọa tính mạng
- Số lượng tiểu cầu $50-100 \times 10^3/\text{mm}^3$
- SLEDAI ≤ 6
- BILAG C hoặc ≤ 1 biểu hiện BILAG B

Trung bình

- Viêm khớp giống viêm khớp dạng thấp, viêm màng thanh dịch, phát ban 9-18% BSA, viêm mạch ngoài da $\leq 18\%$ BSA
- Số lượng tiểu cầu $20-50 \times 10^3/\text{mm}^3$
- SLEDAI 7-12
- ≥ 2 biểu hiện BILAG B

Nặng

- Bệnh đe dọa tính mạng hoặc cơ quan chính (như viêm não, viêm mạch mạc treo, viêm tủy, viêm thận, viêm phổi, viêm màng ngoài tim, bệnh tương tự xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, hội chứng thực bào máu cấp)
- Số lượng tiểu cầu $< 20 \times 10^3/\text{mm}^3$
- SLEDAI > 12
- ≥ 1 biểu hiện BILAG A

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các bệnh có triệu chứng giống với SLE nên được loại trừ:

<ul style="list-style-type: none"> - Nhiễm HIV - Lupus do thuốc - Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm - Đau cơ xơ hóa với ANA dương tính - Bệnh giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát 	<ul style="list-style-type: none"> - Các bệnh viêm mạch khác - Hội chứng Sjogren - Xơ cứng bì/xơ cứng bì hệ thống - Chứng đỏ mặt - Bệnh mô liên kết hỗn hợp
--	--

4 CHUYỂN ĐẾN CHUYÊN GIA

- Thiết lập tốt mối quan hệ giữa bác sĩ chăm sóc ban đầu, bác sĩ không chuyên về lupus (như bác sĩ nội tổng quát hoặc bác sĩ nhi), bác sĩ chuyên về lupus (như bác sĩ chuyên khoa thấp khớp), điều dưỡng, dược sĩ, các nhân viên y tế khác, bệnh nhân & gia đình bệnh nhân
 - Cách tiếp cận bệnh nhân theo nhóm giúp xác định sớm hơn các đợt bùng phát của bệnh & độc tính của thuốc
- Trước tiên, bệnh nhân sẽ đến gặp bác sĩ chăm sóc ban đầu, bác sĩ không chuyên về lupus, những người này có trách nhiệm:
 - Nhận biết các dấu hiệu & triệu chứng SLE ở bệnh nhân
 - Chẩn đoán ban đầu
 - Điều trị & theo dõi bệnh nhân SLE nhẹ
 - Giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa thấp khớp hoặc bác sĩ chuyên về lupus khác (như bác sĩ chuyên khoa thận) & tham gia vào các chẩn đoán chuyên sâu hơn của SLE, điều trị & theo dõi bệnh nhân SLE trung bình & nặng
- Nhóm điều trị SLE bắt buộc phải có bác sĩ chuyên về lupus
- Giới thiệu đến bác sĩ chuyên về lupus để:
 - Chẩn đoán xác định
 - Lên kế hoạch điều trị
 - Đánh giá định kỳ về hoạt động & độ nặng của bệnh
 - Điều trị bệnh và biến chứng bệnh chưa được kiểm soát
 - Điều trị bệnh đe dọa tính mạng hoặc bệnh liên quan đến các cơ quan
 - Phòng ngừa và/hoặc quản lý độc tính do điều trị
 - Đối tượng đặc biệt (như phụ nữ có thai, hội chứng kháng phospholipid, bệnh đe dọa tính mạng, đang nhiễm trùng & phẫu thuật)
- Chăm sóc đa ngành bao gồm giới thiệu bệnh nhân SLE đến bác sĩ thuộc các chuyên khoa: tâm lý, tâm thần, vật lý trị liệu, mắt, da liễu, tim mạch, ngoại chỉnh hình & các chuyên khoa khác, nếu cần

A GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Bệnh nhân nên được cung cấp thông tin, tư vấn & hỗ trợ
- Mời tất cả các thành viên trong gia đình bệnh nhân tham gia buổi tư vấn về bệnh
 - Gia đình phải hiểu rõ về bệnh, mức độ nguy hiểm và biến chứng có thể xảy ra & cách điều trị bệnh
- Bệnh nhân nên học cách đối phó & thường xuyên theo dõi bệnh
 - Bệnh nhân cần nhận ra dấu hiệu & triệu chứng trước khi xảy ra cơn bùng phát bệnh & đến gặp bác sĩ ngay
 - Giáo dục bệnh nhân về cách phòng ngừa các biến chứng tim mạch & các biến chứng khác có thể xảy ra do mang thai ngoài ý muốn, tuân thủ điều trị kém, sử dụng ma túy & nhiễm trùng
 - Đối với bệnh nhân đã lập gia đình, cần thực hiện các biện pháp tránh thai trong giai đoạn bệnh hoạt động
- Khuyến bệnh nhân tham gia cùng các bệnh nhân SLE khác trong các nhóm hỗ trợ
- Khuyến bệnh nhân mặc áo dài tay, sử dụng dù che hoặc kem chống nắng & hạn chế phơi nắng để phòng ngừa sự bùng phát của các triệu chứng về da
 - Sử dụng kem chống nắng có chỉ số SPF (sun-protection factor) tối thiểu từ 15-30 để ngăn ngừa các cơn bùng phát của bệnh về da & bệnh toàn thân do tiếp xúc với tia UV
- Bệnh nhân nên có chế độ ăn uống cân đối, hợp lý để phòng ngừa béo phì, loãng xương & rối loạn lipid máu
- Bệnh nhân đang điều trị corticosteroid nên có chế độ ăn không nhiều muối, ít chất béo & bổ sung đủ calci
- Khuyến bệnh nhân đến bệnh viện khi bị sốt
 - Điều trị SLE bằng thuốc ức chế miễn dịch làm tăng nguy cơ nhiễm trùng
- Khuyến khích bệnh nhân duy trì lối sống bình thường
 - Tập thể dục thường xuyên để duy trì cân nặng thích hợp & mật độ xương
 - Cho bệnh nhân biết là mệt mỏi & căng thẳng có liên quan với các đợt bùng phát
 - Khuyến cáo ngừng hút thuốc
- Nên đánh giá & quản lý thích hợp huyết áp, đường huyết & nồng độ lipid của bệnh nhân
- Cập nhật lịch tiêm chủng cho tất cả bệnh nhân
 - Bệnh nhân cần được chủng ngừa thích hợp (như cúm, phế cầu)
 - Bệnh nhân SLE thường thiếu hụt bổ thể & có nguy cơ nhiễm các chủng có vỏ
- Sử dụng kháng sinh dự phòng cho các đối tượng có nguy cơ nhiễm trùng cao (như bệnh nhân van tim bất thường hoặc đang điều trị thuốc ức chế miễn dịch) khi thực hiện các thủ thuật nha khoa, niệu-sinh dục & các thủ thuật xâm lấn khác
- Thường xuyên thăm khám phụ khoa, chăm sóc răng miệng & khám mắt, đặc biệt là những bệnh nhân đang điều trị với corticosteroid & hydroxychloroquine
- Cũng cần hỗ trợ về tâm lý cho bệnh nhân

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

Cá thể hóa điều trị tùy thuộc vào biểu hiện bệnh, mức độ hoạt động & độ nặng của bệnh

Mục tiêu điều trị

- Kiểm soát biểu hiện bệnh, nghĩa là giúp thuyên giảm bệnh hoặc giảm mức độ hoạt động của bệnh & ngăn ngừa đợt cấp
 - Thuyên giảm bệnh hoàn toàn nghĩa là bệnh không hoạt động trên lâm sàng (SLEDAI = 0) mà không sử dụng corticosteroid & thuốc ức chế miễn dịch
 - Bệnh hoạt động mức độ thấp khi SLEDAI ≤ 4 , PGA ≤ 1 , dùng liều prednisone $\leq 7,5$ mg/ngày, & dung nạp tốt với liệu duy trì của thuốc ức chế miễn dịch
- Giúp bệnh nhân kéo dài thời gian sống & có chất lượng cuộc sống tốt mà không có các đợt kịch phát nghiêm trọng
- Ngăn ngừa tổn thương cơ quan nghiêm trọng gây ảnh hưởng xấu đến chức năng hoặc thời gian sống của bệnh nhân
- Ngăn ngừa tác dụng không mong muốn của thuốc

Corticosteroid**Corticosteroid đường uống**

- Bệnh nhân SLE nhẹ thường không cần sử dụng corticosteroid đường toàn thân, tuy nhiên, có những trường hợp mà chất lượng cuộc sống không được cải thiện nếu không dùng corticosteroid liều thấp
 - Bệnh nhân đã thuyên giảm bệnh hoặc bệnh hoạt động mức độ thấp nên duy trì glucocorticoid với liều thấp nhất có thể
- Giảm viêm bằng cách ức chế hệ thống miễn dịch
 - Giảm số lượng & hoạt động của bạch cầu lympho, sự di chuyển của bạch cầu hạt trung tính, tính thấm mao mạch
- Được sử dụng như liệu pháp ban đầu khi điều trị lupus ban đỏ nặng hoặc viêm mạch lupus nặng
- Khi mệt & sốt, có thể kết hợp corticosteroid và hydroxychloroquine
- Cần dùng corticosteroid liều cao để điều trị các biểu hiện của SLE kháng trị & điều trị khi bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng đến các cơ quan có liên quan, đặc biệt là các biểu hiện ở thần kinh trung ương, thận, huyết học
 - Cải thiện khả năng sống còn ở những bệnh nhân viêm thận lupus nặng
 - Cũng có thể hữu ích trong điều trị giảm tiểu cầu & thiếu máu tán huyết nặng, đe dọa tính mạng
 - Cũng có thể hữu ích trong viêm màng phổi hoặc viêm màng ngoài tim
- Corticosteroid nên được dùng với liều $< 7,5$ mg/ngày (tương đương prednisone) trong quá trình điều trị lâu dài mạn tính & giảm liều dần (& ngừng thuốc nếu có thể) ngay khi đạt được đáp ứng mong muốn (kiểm soát được biểu hiện viêm) để tránh độc tính
 - Có thể giảm liều dần hoặc ngừng corticosteroid sớm hơn khi bắt đầu điều trị ngay bằng thuốc ức chế miễn dịch
 - Dùng liều cao trong thời gian $> 2-3$ tuần làm ức chế chức năng tuyến thượng thận

Corticosteroid dùng tại chỗ

- Hữu ích với tổn thương nhẹ trên da hoặc các tổn thương dạng đĩa, đặc biệt là ở da đầu
- Sử dụng steroid có hoạt lực thấp hơn trên mặt để tránh bị teo da

Corticosteroid đường tiêm

- Methylprednisolone liều cao dùng đường tĩnh mạch cho hiệu quả điều trị tức thời & cho phép khởi đầu điều trị corticosteroid đường uống với liều thấp hơn
- Có thể sử dụng corticosteroid liều cao đường tĩnh mạch có hoặc không kết hợp với liệu pháp ức chế miễn dịch để điều trị bệnh nhân có tổn thương cơ quan nặng hoặc có biểu hiện đe dọa tính mạng

Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh (DMARD)**Hydroxychloroquine**

- Là thuốc chống sốt rét thuộc nhóm 4-aminoquinolone có tác dụng điều hòa miễn dịch & kháng viêm trong điều trị SLE
- Ức chế hiện tượng hóa hướng động của bạch cầu ái toan, chuyển động của bạch cầu trung tính & giảm phản ứng kháng nguyên-kháng thể phụ thuộc bổ thể
- Khuyến cáo dùng cho tất cả bệnh nhân SLE nếu không có chống chỉ định
- Được dùng khi có biểu hiện ở da & khớp
 - Hữu ích đối với bệnh nhân có tổn thương da không đáp ứng với corticosteroid dùng tại chỗ & ở bệnh nhân có bệnh viêm khớp không đáp ứng với NSAID
- Khuyến cáo là liệu pháp cơ bản để điều trị lupus ban đỏ hệ thống loại III/IV kèm viêm thận
 - Bệnh nhân tiếp tục điều trị hydroxychloroquine được chứng minh là ít tổn thương thận hơn so với người dùng giả dược
- Cũng được sử dụng để phòng ngừa đợt cấp, giảm nguy cơ tim mạch và nhiễm trùng tái phát, & các triệu chứng thể tạng khác

Thuốc ức chế miễn dịch**Lựa chọn các thuốc ức chế miễn dịch tùy thuộc vào tính chất & độ nặng của biểu hiện bệnh**

- Các thuốc này có tính ức chế miễn dịch, gây độc tế bào & kháng viêm
- Cân nhắc bổ sung thuốc ức chế miễn dịch vào liệu pháp điều trị khi bệnh nhân không đáp ứng với hydroxychloroquine (kèm hoặc không kèm corticosteroid) hoặc không thể giảm liều corticosteroid xuống dưới mức có thể chấp nhận được khi sử dụng lâu dài
- Có thể được đưa vào điều trị ban đầu SLE có tổn thương cơ quan hoặc đe dọa tính mạng. Khi đó khởi đầu bằng thuốc ức chế miễn dịch cường độ cao, sau đó là liệu pháp điều trị lâu dài với cường độ thấp hơn để bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với trị liệu & ngăn ngừa tái phát
 - Có thể sử dụng glucocorticoid liều cao & thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị bệnh thần kinh trung ương nặng, viêm cầu thận nặng, giảm tiểu cầu & thiếu máu tán huyết
 - Kết hợp với corticosteroid cho phép giảm liều của thuốc ức chế miễn dịch

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thuốc ức chế miễn dịch (Tiếp theo)****Azathioprine**

- Đối kháng chuyển hóa purine & ức chế tổng hợp ADN, ARN & protein
- Có thể giảm sự tăng sinh của tế bào miễn dịch, do đó giảm hoạt động tự miễn
- Được sử dụng để điều trị SLE nhẹ - trung bình có tổn thương cơ quan (như thận, hệ thần kinh, hệ tạo máu) & ngăn ngừa đợt cấp
- Có thể dùng làm thuốc ức chế miễn dịch điều trị ban đầu cho viêm thận lupus

Thuốc ức chế calcineurin

- Như: ciclosporin, tacrolimus, voclosporin
- Có thể cân nhắc dùng cho bệnh nhân SLE trung bình - nặng có viêm khớp, bệnh ngoài da, giảm tế bào máu, viêm thanh mạc hoặc viêm mạch nếu điều trị với hydroxychloroquine là không đủ
- Cũng có thể cân nhắc dùng làm liệu pháp nối tiếp đối với bệnh nhân viêm thận loại V đơn thuần

Cyclophosphamide

- Là tác nhân alkyl hóa, tạo ra liên kết chéo trong ADN làm cản trở sự phát triển của tế bào bình thường & tế bào ung thư
- Dùng làm thuốc ức chế miễn dịch để điều trị ban đầu cho viêm thận lupus nặng
 - Kết hợp với prednisone là liệu pháp điều trị chuẩn đối với bệnh nhân viêm thận lupus vì giúp bảo tồn chức năng thận
- Hữu ích đối với bệnh SLE gây tổn thương nghiêm trọng đến cơ quan hoặc đe dọa tính mạng (như liên quan nhiều đến thần kinh trung ương, tim phổi hoặc thận) & được dùng như liệu pháp cứu vãn để điều trị các biểu hiện ở cơ quan không phải cơ quan chính, không đáp ứng với các thuốc ức chế miễn dịch khác
- Ngăn ngừa đợt bùng phát lupus

Methotrexate

- Ức chế tổng hợp purin & tăng nồng độ adenosine kháng viêm tại vị trí viêm
- Được dùng cho SLE nhẹ - trung bình không liên quan đến thận & ngăn ngừa đợt bùng phát lupus
- Có thể được dùng làm thuốc ức chế miễn dịch để điều trị ban đầu cho viêm khớp nặng

Mycophenolate mofetil

- Là chất ức chế không thuận nghịch inosine monophosphate dehydrogenase, giới hạn tốc độ tổng hợp mới purine
- Hiệu quả đối với cả lupus liên quan đến thận và lupus không liên quan đến thận & một số bệnh lý tâm thần kinh
 - Được dùng cho SLE không liên quan đến thận & ngăn ngừa đợt bùng phát lupus
 - Khuyến cáo là liệu pháp điều trị dẫn nhập & duy trì đối với bệnh nhân viêm thận lupus và được chứng minh có hiệu quả tốt hơn (ít biến cố bất lợi & nhiễm trùng) so với cyclophosphamide đường tĩnh mạch

Thuốc sinh học

- Cân nhắc dùng kháng thể đơn dòng cho bệnh nhân không đáp ứng với liều tối đa dung nạp được của thuốc ức chế miễn dịch

Anifrolumab

- Là kháng thể đơn dòng IgG1 kappa của người, ức chế tín hiệu của interferon loại I bằng cách liên kết với tiểu đơn vị 1 của thụ thể interferon loại I, kết quả là cải thiện triệu chứng của SLE
- Được sử dụng để điều trị SLE trung bình - nặng ở bệnh nhân người lớn đã được điều trị với phác đồ chuẩn, như NSAID, corticosteroid, thuốc trị sốt rét, và/hoặc thuốc ức chế miễn dịch (như: azathioprine, methotrexate hoặc mycophenolate)
- Không được khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân lupus TKTU' mức độ nặng đang hoạt động hoặc viêm thận lupus mức độ nặng đang hoạt động

Belimumab

- Là kháng thể đơn dòng của người, gắn kết với yếu tố hoạt hóa tế bào lympho B hòa tan để giảm hoạt động của bệnh
- Được sử dụng như liệu pháp điều trị bổ sung cho bệnh nhân SLE thể hoạt động, có tự kháng thể, mức độ hoạt động của bệnh cao (ví dụ: Có kháng thể kháng ADN chuỗi kép & nồng độ bổ thể thấp) mặc dù đã điều trị với liệu pháp chuẩn (phối hợp hydroxychloroquine & corticosteroid kèm hoặc không kèm thuốc ức chế miễn dịch)
- Được cân nhắc là liệu pháp bổ sung cho các bệnh ngoài thận hoạt động dai dẳng hoặc bùng phát, hoặc cho bệnh nhân bị tái phát thường xuyên và/hoặc bệnh vẫn còn hoạt động, cản trở việc giảm liều corticosteroid
- Các nghiên cứu đã chứng minh rằng bệnh nhân dùng belimumab sẽ giảm nguy cơ xuất hiện các cơn bùng phát nặng, cải thiện chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe & giảm nhu cầu sử dụng steroid so với bệnh nhân dùng giả dược
- Không khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân lupus TKTU' mức độ nặng đang hoạt động

Rituximab

- Là một thuốc sinh học, là kháng thể đơn dòng dạng khảm gắn đặc hiệu vào kháng nguyên CD20, điều hòa sự khởi động chu kỳ tế bào
- Được sử dụng như liệu pháp cứu vãn cho bệnh nhân SLE có đe dọa tổn thương cơ quan kháng trị hoặc không dung nạp hoặc chống chỉ định với thuốc ức chế miễn dịch tiêu chuẩn

Globulin miễn dịch đường tĩnh mạch (IVIg)

- Trung hòa kháng thể myelin lưu hành trong máu thông qua các kháng thể kháng idiotyp
 - Điều hòa giảm các cytokine tiền viêm, bao gồm interferon-gamma
 - Chẹn các thụ thể trên đại thực bào, ức chế các tế bào B & T cảm ứng và hoạt hóa tế bào T ức chế
 - Ngăn chặn dòng thác bổ thể, thúc đẩy quá trình tái tạo myelin & có thể tăng yếu tố kích thích cụm IgG
- Được sử dụng để điều trị cơn bùng phát SLE nghiêm trọng & lupus nặng, kháng trị
- Được cân nhắc dùng trong đợt cấp của giảm tiểu cầu do lupus nếu không đáp ứng đủ với corticosteroid liều cao hoặc dùng ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng do điều trị bằng corticosteroid

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)

- Ức chế phản ứng viêm & giảm đau bằng cách giảm tổng hợp prostaglandin
- Làm giảm triệu chứng sốt, viêm khớp & viêm thanh mạc nhẹ, kiểm soát triệu chứng trong bệnh lupus nhẹ, không liên quan đến thận
- Bệnh nhân SLE có nguy cơ cao bị độc tính trên gan do dùng NSAID

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

C THEO DÕI & GIÁM SÁT

Bệnh nhân SLE cần được theo dõi suốt đời. Tần suất thăm khám phụ thuộc vào mức độ hoạt động của bệnh, độ nặng & phạm vi ảnh hưởng, đáp ứng với điều trị, liệu pháp trị liệu & giám sát độc tính

- Bước quan trọng nhất trong quản lý SLE là đánh giá lâm sàng & xét nghiệm cẩn thận và thường xuyên để phát hiện các cơn bùng phát bệnh & tác dụng không mong muốn của thuốc, sự xuất hiện của nhiễm trùng & để điều chỉnh phác đồ điều trị dựa vào đáp ứng của bệnh nhân
 - Giám sát tích cực các bệnh nhiễm trùng cơ hội
 - Điều chỉnh phác đồ điều trị đang dùng (như corticosteroid & thuốc ức chế miễn dịch) tùy theo mức độ tổn thương cơ quan trong đợt bùng phát SLE
 - Cần theo dõi thường xuyên hơn đối với bệnh nhân SLE nặng, có biến chứng, có bệnh đi kèm & bị ảnh hưởng bởi độc tính của thuốc
- Mỗi lần thăm khám nên bao gồm: Ghi nhận quá trình dùng thuốc, khám thực thể & thực hiện xét nghiệm (như công thức máu toàn bộ, số lượng tiểu cầu, đo creatinin, phân tích nước tiểu, xét nghiệm chức năng gan & thận, miễn dịch học, điện tâm đồ, hình ảnh học)
 - Đối với SLE thể hoạt động, có thể theo dõi mỗi 1-3 tháng sau khi chẩn đoán hoặc sau đợt bùng phát. Đối với bệnh có mức độ hoạt động thấp hoặc không hoạt động hoặc liệu trình điều trị ổn định, có thể theo dõi mỗi 6-12 tháng
- Bác sĩ có thể sử dụng ít nhất một trong vài thang điểm đánh giá toàn thể hoặc đặc hiệu cho một hệ cơ quan để theo dõi SLE trong thời gian dài: SLEDAI, BILAG, PGA & ECLAM
- Kết quả xét nghiệm có thể dự báo đợt bùng phát:
 - Giảm nồng độ bạch cầu trong huyết thanh
 - Tăng kháng thể kháng ADN chuỗi kép
 - Tăng tốc độ lắng máu (ESR)
 - Giảm nồng độ hemoglobin, số lượng bạch cầu hoặc tiểu cầu
 - Tăng nồng độ creatin phosphokinase (CPK)
 - Tiểu máu vi thể hoặc protein niệu

Độc tính

- Bệnh nhân điều trị bằng glucocorticoid dài hạn nên được theo dõi:
 - Nồng độ chất điện giải, glucose, lipid để xác định tình trạng chuyển hóa
 - Đo mật độ xương để xác định loãng xương & theo dõi đáp ứng điều trị
- Bệnh nhân được điều trị với hydroxychloroquine nên được kiểm tra mắt (ví dụ: Kiểm tra thị trường &/hoặc chụp cắt lớp quang học kết hợp quang phổ) khi bắt đầu điều trị, sau 5 năm & sau đó kiểm tra hàng năm đối với bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ độc tính trên võng mạc
- Bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch nên được theo dõi về huyết học, độc tính gan, thận & biến cố nhiễm trùng

BIỂU HIỆN ĐẶC TRƯNG & BỆNH ĐI KÈM SLE**Biểu hiện đặc trưng của SLE****Viêm thận lupus**

- Bệnh nhân nghi ngờ mắc viêm thận lupus nên được làm sinh thiết thận ngay để xác định chẩn đoán, đánh giá độ nặng, tiên lượng & liệu pháp trị liệu
- Chỉ định sinh thiết thận ở bệnh nhân SLE có:
 - Tăng creatinin huyết thanh không rõ nguyên nhân, đã loại trừ các nguyên nhân như nhiễm trùng huyết, giảm thể tích, thuốc điều trị
 - Xác định protein niệu ≥ 1 g/24 giờ hoặc protein niệu lặp lại $\geq 0,5$ g/24 giờ kèm theo tiểu máu do bệnh cầu thận &/hoặc có trụ niệu
- Mục tiêu điều trị là đạt được protein niệu $<0,5-0,7$ g/24 giờ sau 12-24 tháng, cải thiện thấy được sau 3 tháng & giảm ít nhất 50% protein niệu sau 6 tháng
- Mycophenolate & cyclophosphamide liều thấp tiêm tĩnh mạch được khuyến cáo là liệu pháp hàng đầu trong điều trị dẫn nhập cho bệnh nhân mắc bệnh loại III-IV
 - Cân nhắc phác đồ tương tự hoặc cyclophosphamide liều cao tiêm tĩnh mạch cho bệnh nhân có nguy cơ suy thận cao hoặc có yếu tố tiên lượng bất lợi
- Đối với bệnh nhân mắc bệnh loại V đơn thuần, mycophenolate được khuyến cáo là liệu pháp hàng đầu trong điều trị dẫn nhập
 - Lựa chọn thay thế bao gồm cyclophosphamide & thuốc ức chế calcineurin (như: tacrolimus, ciclosporin, voclosporin) phối hợp với mycophenolate
 - Cũng có thể cân nhắc dùng rituximab cho bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc hàng thứ nhất
- Điều trị phối hợp ban đầu là 3 đợt tiêm tĩnh mạch methylprednisolone liều cao liên tiếp, sau đó uống prednisone giúp tăng hiệu quả & giảm tích lũy liều corticosteroid
- Có thể sử dụng mycophenolate kết hợp với liều thấp thuốc ức chế calcineurin đối với bệnh nhân mắc hội chứng thận hư nặng hoặc thận đáp ứng không hoàn toàn và không giảm độ lọc cầu thận (GFR), tăng huyết áp chưa kiểm soát được và/hoặc sinh thiết thận có chỉ số mạn tính cao
- Cũng có thể cân nhắc điều trị khởi đầu với hydroxychloroquine kết hợp kiểm tra mắt thường xuyên
- Có thể dùng belimumab kết hợp với liệu pháp ức chế miễn dịch tiêu chuẩn để điều trị viêm thận lupus thể hoạt động
 - Nên dùng kết hợp với corticosteroid & mycophenolate hoặc cyclophosphamide để điều trị dẫn nhập, hoặc azathioprine hoặc mycophenolate để điều trị duy trì
- Khi điều trị duy trì bằng thuốc ức chế miễn dịch, nên chọn azathioprine hoặc mycophenolate
 - Khuyến cáo điều trị duy trì bằng mycophenolate cho bệnh nhân đã điều trị dẫn nhập bằng mycophenolate
 - Khuyến cáo điều trị duy trì bằng azathioprine hoặc mycophenolate cho bệnh nhân đã điều trị khởi đầu bằng ciclosporin
 - Cũng có thể cân nhắc điều trị duy trì bằng thuốc ức chế calcineurin cho bệnh nhân viêm thận lupus loại V, sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

BIỂU HIỆN ĐẶC TRƯNG & BỆNH ĐI KÈM SLE (TIẾP THEO)**Biểu hiện đặc trưng của SLE (Tiếp theo)****Viêm thận lupus (Tiếp theo)**

- Khuyến cáo đơn trị hoặc phối hợp mycophenolate, ciclosporin & thuốc ức chế calcineurin khi điều trị bệnh kháng trị
 - Các nghiên cứu cho thấy rituximab, obinutuzumab, belimumab/mycophenolate, belimumab/rituximab & liều cao IVIg có thể là lựa chọn điều trị thay thế
 - Theo dõi viêm thận lupus bao gồm kiểm tra huyết áp & các xét nghiệm như phân tích nước tiểu, tỷ số protein/creatinin, creatinin huyết thanh, nồng độ C3/C4 & nồng độ kháng thể kháng ADN

Vui lòng xem Hướng dẫn điều trị Viêm Thận Lupus để biết thêm thông tin chi tiết

Biểu hiện tâm thần kinh trong SLE (NPSLE)

- Theo dõi biểu hiện thần kinh và/hoặc tâm thần ở bệnh nhân SLE cũng như ở bệnh nhân không có biểu hiện tâm thần kinh trong SLE
- Thường xuất hiện trong vòng 1 năm kể từ thời điểm chẩn đoán; cũng có thể xuất hiện trước hoặc ngay thời điểm chẩn đoán
- Quy trình chẩn đoán có thể bao gồm:
 - Chọc dò thất lưng
 - Đo tốc độ dẫn truyền thần kinh (NCS)
 - Đánh giá tâm thần kinh của chức năng nhận thức
 - Phân tích dịch não tủy
 - Điện não đồ (EEG)
 - Hình ảnh hệ thần kinh: Chụp cộng hưởng từ T1/T2, cộng hưởng từ khuếch tán, chuỗi xung T1 tăng tín hiệu với gadolinium
- Quá trình viêm trong NPSLE được điều trị bằng corticosteroid và/hoặc thuốc ức chế miễn dịch trong khi các biểu hiện bệnh liên quan đến huyết khối xơ vữa hoặc kháng phospholipid được điều trị bằng thuốc chống kết tập tiểu cầu/thuốc chống đông
- Bệnh nhân được phát hiện mắc NPSLE nên đến bác sĩ chuyên khoa tâm thần, tâm lý, thần kinh & thấp khớp để được thăm khám

Bệnh ngoài da

- Điều trị khởi đầu với các thuốc dùng tại chỗ (corticosteroid, thuốc ức chế calcineurin), thuốc trị sốt rét (hydroxychloroquine, quinacrine) kèm hoặc không kèm corticosteroid
- Cần nhắc thêm methotrexate, mycophenolate, dapsone hoặc retinoid vào phác đồ điều trị đối với bệnh nhân không đáp ứng hoặc cần phải dùng corticosteroid liều cao

Bệnh huyết học

- Giảm tiểu cầu do lupus có thể được điều trị khẩn cấp bằng corticosteroid với liều từ trung bình đến cao (bao gồm tiêm tĩnh mạch liều cao methylprednisolone) phối hợp với thuốc ức chế miễn dịch và/hoặc globulin miễn dịch đường tĩnh mạch
- Có thể điều trị duy trì bằng azathioprine, mycophenolate hoặc ciclosporin
- Có thể dùng rituximab hoặc cyclophosphamide cho bệnh nhân kháng trị

Bệnh đi kèm SLE**Bệnh tim mạch**

- Đánh giá thường xuyên bệnh nhân SLE về các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch (cả yếu tố truyền thống & yếu tố liên quan đến bệnh) như: Bệnh hoạt động dai dẳng, thời gian mắc bệnh kéo dài, sử dụng lâu dài corticosteroid, protein niệu dai dẳng và/hoặc GFR <60 mL/phút & kháng thể kháng phospholipid có hiệu giá trung bình - cao
- Ở bệnh nhân SLE, biến cố mạch máu có thể giảm khi huyết áp duy trì <140/90 mmHg
- Bệnh nhân SLE có thể dùng liều thấp aspirin và/hoặc thuốc hạ lipid máu tùy theo nguy cơ bệnh tim mạch của mỗi người

Bệnh nhiễm trùng

- Đánh giá bệnh nhân SLE về yếu tố nguy cơ nhiễm trùng nói chung & liên quan đến bệnh như: Tuổi cao, suy nhược, suy thận, đái tháo đường, sử dụng corticosteroid & liệu pháp ức chế miễn dịch
- Khuyến cáo chẩn đoán sớm & điều trị nhiễm trùng hoặc nhiễm trùng huyết và thực hiện các biện pháp phòng ngừa chung như tiêm ngừa

Hội chứng kháng phospholipid

- Có thể dùng thuốc ức chế kết tập tiểu cầu để dự phòng nguyên phát ở bệnh nhân SLE có nguy cơ cao mắc hội chứng kháng phospholipid, đặc biệt nếu có các yếu tố khác gây xơ vữa động mạch hoặc gây huyết khối, sau khi xem xét khả năng xuất huyết
- Dự phòng thứ phát (huyết khối, sảy thai/biến chứng) nên được thực hiện giống với hội chứng kháng phospholipid nguyên phát

U ác tính

- Có thể bao gồm u lympho không Hodgkin, ung thư tuyến giáp, phổi, gan, tử cung & âm hộ
- Thực hiện tầm soát & điều trị bệnh ung thư theo các hướng dẫn của từng bệnh cụ thể

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - TÁC DỤNG TOÀN THÂN		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	0,5-9 mg, uống mỗi 24 giờ, chia nhiều lần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (viêm dạ dày); Cơ xương (yếu cơ, teo cơ, loãng xương, chèn ép đốt sống & gãy xương dài); Chuyển hóa (mất cân bằng điện giải, giảm dung nạp carbohydrate); TKTU (chóng mặt, đau đầu); Mắt (tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, lồi mắt); Da (ban đỏ trên mặt, đốm xuất huyết, tăng tiết mồ hôi); Tác dụng khác (tăng cân, đau, suy nhược, dễ nhiễm trùng, chậm lành vết thương) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống cùng bữa ăn Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân đang nhiễm trùng, stress, đái tháo đường, suy tuyến giáp, xơ gan
Dexamethasone	0,5-16 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 0,05-0,2 mg/kg, tiêm bắp/tiêm TM mỗi 24 giờ	
Hydrocortisone	100-500 mg, tiêm TM trong 30 giây-10 phút Có thể lặp lại sau mỗi 2-6 giờ	
Methylprednisolone	Bệnh nặng/tổn thương cơ quan: 250-1.000 mg/ngày, tiêm TM liều cao trong 1-3 ngày Tiếp tục 0,5-0,7 mg prednisone/kg/ngày, uống và giảm dần liều	
Prednisolone	5-60 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc chia nhiều lần	
Prednisone	Bệnh nhẹ đến trung bình: Bắt đầu với liều ≤0,5 mg/kg/ngày, uống và giảm dần liều Tất cả các trường hợp: Tránh khởi đầu với liều uống 1 mg/kg/ngày. Liều duy trì: ≤7,5 mg/ngày	
Triamcinolone	Liều khởi đầu: 60 mg, tiêm bắp mỗi 24 giờ Chính liều tùy thuộc đáp ứng của bệnh nhân Khoảng liều thường dùng: 40-80 mg, tiêm bắp mỗi 24 giờ hoặc 4-48 mg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 3-30 mg/ngày	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

CORTICOSTEROIDS - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý	
Hoạt lực rất mạnh				
Clobetasol propionate	Kem, gel, thuốc mỡ, thuốc dùng cho da đầu 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	<p>Cách sử dụng</p> <ul style="list-style-type: none"> Nên thoa 1-2 lần/ngày đối với đa số thuốc. Có thể cần thoa nhiều lần hơn ở lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân Thoa cách ngày hoặc thoa vào mỗi cuối tuần được áp dụng khi điều trị bệnh mạn tính Độ dài của phần kem/ thuốc mỡ bóp ra từ tuýp thuốc có thể được đo bằng đơn vị đầu ngón tay (FTU), là khoảng cách tính từ đầu ngón tay trở của người lớn đến nếp gấp đầu tiên 1 FTU (khoảng 500 mg) đủ để bao phủ 2 lần diện tích bàn tay của người trưởng thành Khuyến cáo sử dụng thuốc có hoạt lực rất mạnh trong 1-2 tuần (tối đa 3 tuần), sau đó chuyển sang thuốc có hoạt lực yếu hơn khi tình trạng bệnh đã cải thiện <p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Thuốc có hoạt lực càng mạnh thì nguy cơ xuất hiện tác dụng không mong muốn càng cao Tác dụng tại chỗ: Mỏng da có thể hồi phục sau khi ngừng thuốc, làm nặng thêm tình trạng nhiễm trùng tiềm ẩn, viêm da tiếp xúc, mụn trứng cá tại vị trí thoa thuốc, giảm sắc tố da có thể hồi phục, giãn mao mạch không hồi phục, rạn da Tác dụng toàn thân: Hấp thụ qua da có thể gây ức chế trục tuyến yên-tuyến thượng thận, chậm tăng trưởng, tăng huyết áp, hội chứng Cushing <ul style="list-style-type: none"> Hấp thụ thuốc tăng lên ở vùng da mỏng và/hoặc da non, vùng nếp gấp hoặc được băng kín Hấp thụ thuốc dễ xảy ra khi thoa trên diện rộng <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Thuốc có hoạt lực rất mạnh không nên dùng cho bệnh nhân <1 tuổi Thuốc có hoạt lực mạnh hiếm khi gây ra tác dụng không mong muốn nếu sử dụng <3 tháng (ngoại trừ sử dụng trên mặt hoặc vùng nếp gấp) Ưu tiên điều trị gián đoạn hơn điều trị liên tục kéo dài 	
Hoạt lực mạnh				
Beclomethasone dipropionate	Kem 0,025%	Thoa mỗi 24 giờ		
Betamethasone	Kem 0,1%	Thoa mỗi 8-12 giờ		
Betamethasone valerate ¹	Kem, gel, lotion, thuốc mỡ, dung dịch 0,1%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
Fluocinolone acetonide	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,01%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
	Kem 0,2%	Thoa mỗi 8-12 giờ		
	Kem, gel, thuốc mỡ 0,025%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
Fluocinonide	Kem, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 8-12 giờ		
Fluticasone propionate	Kem 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ		

¹Trên thị trường có dạng kết hợp với acid fusidic. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn phẩm MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI ĐIỂN TIẾN BỆNH (DMARD)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Hydroxychloroquine	Liều khởi đầu: 400 mg, uống mỗi 24 giờ, chia thành 2 lần Liều duy trì: 100-400 mg/ngày Liều tối đa 5 mg/kg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy); Tác dụng khác (đau đầu, phát ban da, ngứa); Hiếm khi thay đổi tâm thần Tác dụng không mong muốn nghiêm trọng: Rối loạn thị giác ví dụ bệnh giác mạc có thể hồi phục & bệnh võng mạc không thể hồi phục Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân rối loạn chức năng gan hoặc thận, rối loạn tiêu hóa nặng, vảy nến, nhược cơ, thiếu G6PD & rối loạn thần kinh đặc biệt là động kinh Khám mắt định kỳ mỗi 6-24 tháng và tầm soát triệu chứng yếu cơ

SẢN PHẨM LÀM MỀM, LÀM SẠCH & BẢO VỆ DA

Thuốc	Dạng thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Titanium dioxide	Kem	Thoa một lớp mỏng mỗi 24 giờ hoặc thoa thường xuyên nếu cần	<ul style="list-style-type: none"> Không xảy ra viêm da tiếp xúc hoặc dị ứng ánh sáng khi sử dụng titanium dioxide Độ mờ đục có thể gây tác dụng không mong muốn về mặt thẩm mỹ

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Azathioprine	Liều khởi đầu: 1-3 mg/kg/ngày, uống Liều duy trì: <1-3 mg/kg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (rối loạn tủy xương, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, thiếu máu); Tiêu hóa (buồn nôn, viêm tụy, ứ mật); Tác dụng khác (tăng nguy cơ nhiễm trùng thứ phát & nhiễm trùng mới, phản ứng quá mẫn) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Theo dõi công thức máu toàn bộ tối thiểu một lần/tuần trong tháng đầu tiên; 2 lần/tháng trong tháng thứ 2 và 3 & theo dõi mỗi tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thay đổi liều hoặc chuyển sang liệu pháp khác Bệnh nhân nên báo cáo ngay với bác sĩ nếu xuất hiện bất kỳ dấu hiệu nhiễm trùng, bầm tím hoặc chảy máu, hoặc các biểu hiện khác của suy tủy xương; hầu hết giảm bạch cầu trung tính liên quan đến thuốc ức chế miễn dịch xảy ra không thường xuyên nhiều tháng sau khi bắt đầu điều trị Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm thủy đậu/herpes zoster Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân suy gan hoặc thận
Cyclophosphamide	Liều dẫn nhập cho viêm thận lupus: 500 mg tiêm TM vào tuần 0, 2, 4, 6, 8 & 10 Bệnh tổn thương cơ quan: 0,75-1 g/m ² BSA tiêm TM mỗi tháng trong 6 tháng	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Da (rụng tóc, tăng sắc tố da & móng); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, viêm niêm mạc); Tác dụng khác (tiết ADH không thích hợp, rối loạn chuyển hóa carbohydrate, ức chế tuyến sinh dục, xơ phổi mô kẽ) Phản ứng nặng: Phản ứng phản vệ, suy tủy, suy giảm miễn dịch nặng, nhiễm độc đường niệu, độc tính cho tim, hạ natri máu, viêm bàng quang xuất huyết Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân nên nhanh chóng báo cáo nếu có bất kỳ dấu hiệu nhiễm trùng, bầm tím hoặc chảy máu, hoặc các biểu hiện suy tủy xương; hầu hết giảm bạch cầu trung tính liên quan đến thuốc ức chế miễn dịch xảy ra không thường xuyên nhiều tháng sau khi bắt đầu điều trị Chống chỉ định đối với bệnh nhân suy chức năng tủy, viêm bàng quang, tắc nghẽn đường tiểu & đang nhiễm trùng Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân suy thận hoặc gan, đái tháo đường, ức chế miễn dịch nặng

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Acid mycophenolic (mycophenolate mofetil)	Liều dẫn nhập cho bệnh tổn thương cơ quan hoặc bệnh thận lupus: 750-1.500 mg uống mỗi 12 giờ (liều mỗi ngày có thể tăng đến 3 g) Bệnh nhẹ - trung bình hoặc liệu duy trì cho bệnh thận lupus 500-1.000 mg uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (tăng huyết áp, hạ huyết áp, phù ngoại biên, đau ngực, nhịp tim nhanh); TKTU' (đau, đau đầu, mất ngủ, choáng váng, lo âu); Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn/nôn); Chuyển hóa (tăng đường huyết, tăng cholesterol máu, hạ magiê máu, hạ kali máu, hạ calci máu, tăng kali máu); Tác dụng khác (phát ban, sốt) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân suy thận nặng, rối loạn tiêu hóa, & ở bệnh nhân có đặt dụng cụ tử cung (vì tăng nguy cơ nhiễm trùng) Tăng nguy cơ nhiễm trùng & hoạt hóa virus tiềm ẩn; giảm bạch cầu trung tính (bao gồm giảm bạch cầu trung tính nặng) có thể xảy ra, cần giảm liều hoặc ngừng điều trị
Thuốc sinh học		
Anifrolumab	300 mg truyền TM 300 mg trong 30 phút mỗi 4 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (viêm mũi họng, nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm phế quản, ho); Tác dụng khác (phản ứng liên quan đến truyền thuốc, herpes zoster) Phản ứng quá mẫn nghiêm trọng bao gồm phù mạch & sốc phản vệ đã được ghi nhận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh khởi đầu điều trị ở bệnh nhân đang nhiễm trùng & tránh sử dụng vắc-xin sống giảm độc lực Trước khi kê đơn anifrolumab, cân nhắc lợi ích-nguy cơ khi điều trị bệnh nhân có yếu tố nguy cơ mắc bệnh lý ác tính đã biết Chống chỉ định ở bệnh nhân có tiền sử sốc phản vệ với anifrolumab-fnia
Belimumab	SLE 10 mg/kg, truyền TM trong 1 giờ vào ngày 0, 14 & 28, sau đó truyền mỗi 4 tuần hoặc 200 mg tiêm dưới da x 1 lần/tuần Chuyển từ truyền TM sang tiêm dưới da: Tiêm dưới da mũi đầu tiên vào 1-4 tuần sau lần truyền TM cuối cùng Bệnh thận lupus 10 mg/kg truyền TM trong 1 giờ mỗi 2 tuần cho 3 liều đầu, sau đó truyền mỗi 4 tuần hoặc Điều trị khởi đầu với belimumab: 400 mg tiêm dưới da (hai mũi 200 mg tiêm dưới da) x 1 lần/tuần cho 4 liều, sau đó 200 mg tiêm dưới da x 1 lần/tuần Điều trị tiếp tục với belimumab: 200 mg, tiêm dưới da một lần/tuần Chuyển từ truyền TM sang tiêm dưới da: 200 mg tiêm dưới da x 1 lần/tuần Chuyển từ truyền TM sang tiêm dưới da: Có thể chuyển bất cứ lúc nào sau khi dùng 2 liều truyền TM đầu tiên Tiêm dưới da 200 mg, mũi đầu tiên vào 1-2 tuần sau lần truyền TM cuối cùng	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (đau đầu migraine); Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy); Tâm thần (tự tử/có ý định tự tử, trầm cảm); Ngoài da (phát ban, mày đay, ngứa, phản ứng quá mẫn); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm phế quản); Tác dụng khác (sốt, giảm bạch cầu, phản ứng tại vị trí tiêm, nhiễm trùng đường tiểu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không khuyến cáo dùng cho bệnh nhân mắc bệnh lupus thần kinh trung ương mức độ nặng thể hoạt động, HIV, tiền sử viêm gan B/C, giảm gamma globulin máu hoặc thiếu hụt IgA, có tiền sử ghép cơ quan lớn, ghép tế bào gốc tạo máu/tủy hoặc cấy ghép thận Tình trạng bệnh nhân nên được đánh giá liên tục Không nên tiêm tĩnh mạch bolus

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế calcineurin		
Tacrolimus	Viêm thận lupus: 3 mg, uống mỗi 24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> • TKTU' (đau đầu, run, dị cảm, mất thính lực, rối loạn thị giác, bệnh thần kinh ngoại biên, co giật); Tim mạch (tăng huyết áp, ngừng tim, suy tim, loạn nhịp thất, đánh trống ngực, bệnh cơ tim); Tiêu hóa (nôn, tiêu chảy, khó tiêu, táo bón, xuất huyết & loét tiêu hóa); Hô hấp (khó thở, bệnh lý nhu mô phổi, tràn dịch màng phổi, ho, nghẹt mũi, viêm họng, hen phế quản); Ngoài da (mụn trứng cá, rụng tóc, phát ban da, ngứa); Cơ xương (chuột rút cơ, suy nhược, đau khớp); Huyết học (giảm huyết cầu, mất bạch cầu hạt, rối loạn đông máu); Tác dụng khác (suy thận, tăng lipid máu, sốt, phù, rối loạn chức năng gan) • Có khả năng gây tử vong: nhiễm virus polyoma, thủng đường tiêu hóa <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân suy thận & suy gan, bệnh nhân có yếu tố nguy cơ kéo dài khoảng QT
Voclosporin	Viêm thận lupus: 23,7 mg, uống mỗi 12 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiêu hóa (tiêu chảy, đau bụng, khó tiêu, loét miệng); Thận (giảm GFR, suy thận, tổn thương thận cấp); Tác dụng khác (tăng huyết áp, đau đầu, thiếu máu, ho, nhiễm trùng đường tiêu, rụng tóc, mệt mỏi, run, chán ăn) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tính toán chính xác độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) ban đầu & đo HA trước khi bắt đầu dùng voclosporin; chỉnh liều dựa trên eGFR • Chống chỉ định ở bệnh nhân có tiền sử phản ứng quá mẫn mức độ nặng hoặc nghiêm trọng với voclosporin hoặc bất kỳ tá dược nào của nó, dùng cùng ketoconazole, itraconazole hoặc clarithromycin • Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tăng kali máu hoặc kéo dài khoảng QT • Theo dõi các bất thường về thần kinh, tương tác thuốc, chức năng thận, nồng độ kali huyết thanh • Cân nhắc ngừng điều trị nếu không mang lại hiệu quả điều trị sau 24 tuần • Tránh dùng vắc-xin sống

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

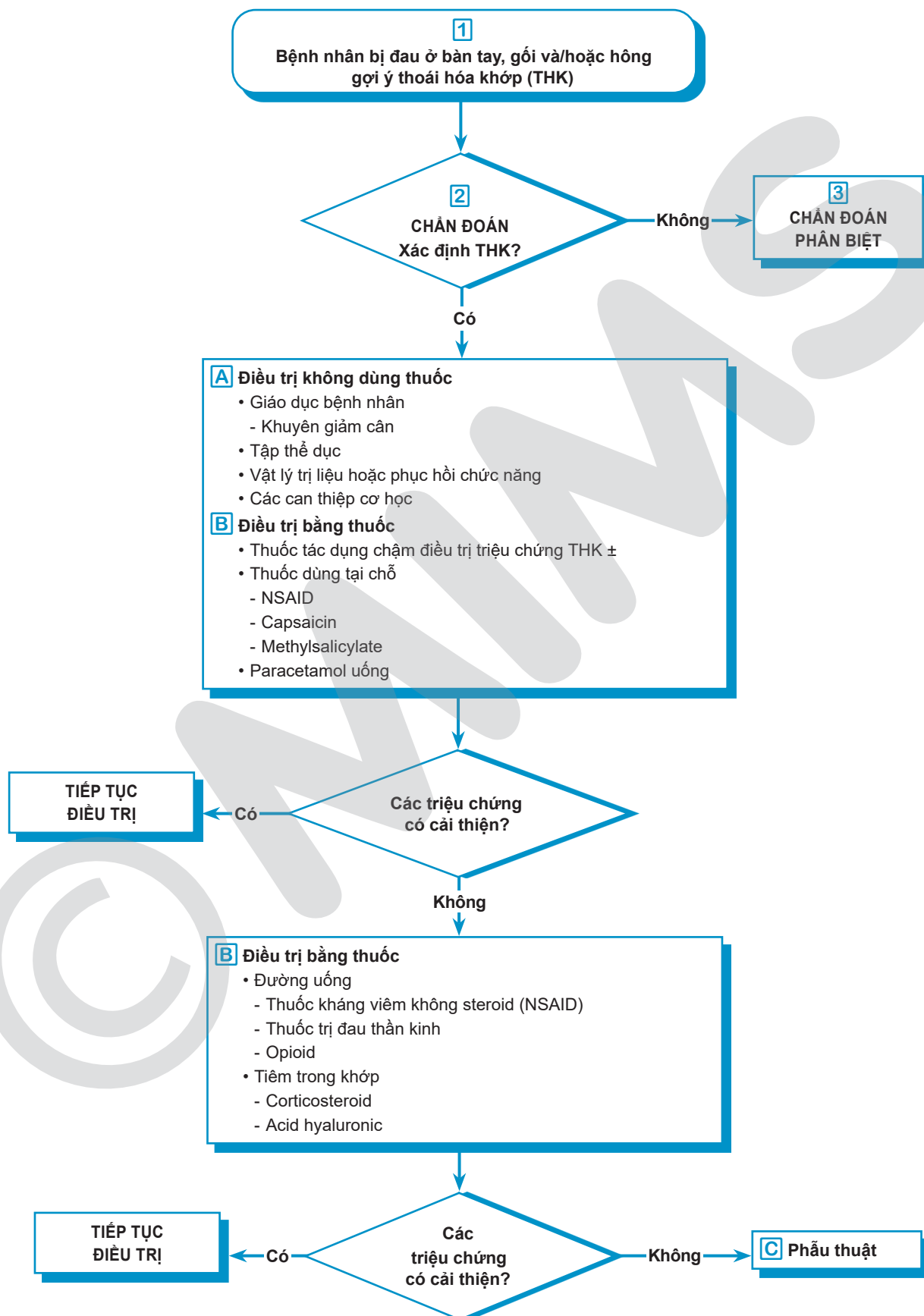
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Thoái Hóa Khớp (1/18)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 THOÁI HÓA KHỚP (THK)

- Là hội chứng lâm sàng của đau khớp, có giới hạn chức năng ở các mức độ khác nhau & làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân
- Là dạng thường gặp nhất của viêm khớp
- Nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật chi dưới ở người lớn tuổi
- Có thể không phải do lão hóa & không tự động tiến triển
- Thường xảy ra ở bàn tay (các đầu ngón tay & ngón tay cái), cột sống (vùng cổ & thắt lưng), đầu gối & hông
- Được phân loại là nguyên phát hoặc thứ phát dựa vào nguyên nhân hoặc yếu tố chính dẫn đến THK; cả hai đều có biến đổi sinh lý của sụn
 - THK nguyên phát là dạng thường gặp nhất và không rõ nguyên nhân
 - THK thứ phát có thể xác định bệnh nguyên nhưng về bệnh học thì tương tự với THK nguyên phát
 - Nguyên nhân thường gặp: bệnh chuyển hóa (ví dụ: Bệnh thừa sắt, bệnh to đầu chi), nguyên nhân về giải phẫu (ví dụ: trật khớp háng tiến triển), chấn thương (phẫu thuật khớp, gãy xương trong khớp, tổn thương sụn chêm hoặc dây chằng, liền xương sai lệch), hoặc biến chứng của rối loạn viêm (viêm khớp nhiễm trùng, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp & viêm khớp vảy nến)

Dịch tễ học

- Trên thế giới có gần 3,8% trường hợp THK gối, số biến cố tăng lên theo độ tuổi, chiếm >10% ở người >60 tuổi
- THK vai thường gặp hơn ở phụ nữ & thường xảy ra ở bệnh nhân >60 tuổi

Sinh bệnh học

- Là quá trình mềm hóa diễn tiến hoặc mất sụn khu trú kèm với điều chỉnh lại của các xương liền kề & sửa chữa chuyển hóa không thích hợp làm cho cấu trúc của khớp thay đổi gây ra đau & mất chức năng

Yếu tố nguy cơ**Độ tuổi**

- Xảy ra ở >80% người trên 75 tuổi; ít gặp ở bệnh nhân <40 tuổi trừ khi có tiền sử chấn thương

Nữ giới

- Nguy cơ THK gối cao hơn sau mãn kinh, không rõ nguyên nhân nhưng có thể do liên quan với nội tiết, di truyền hoặc các yếu tố không xác định khác

Di truyền

- Ảnh hưởng của yếu tố di truyền thay đổi trong các phân nhóm khác nhau của THK, tỷ lệ từ 40-70%

Béo phì

- Làm tăng nguy cơ THK tiến triển & có triệu chứng
 - Tăng nguy cơ THK gối do tăng stress cơ học trên các khớp & biến đổi cơ sinh học khớp do thay đổi tư thế, dáng đi & mức độ hoạt động thể lực
 - Tăng cứng khớp ở các xương dưới sụn và dễ vỡ sụn

Khớp bị chấn thương hoặc sắp xếp sai lệch

- Làm THK phát triển nhanh hoặc bắt đầu quá trình gây ra THK có triệu chứng về sau
- Một số hoạt động liên quan với công việc và có tính lặp lại, môn thể thao có tính va chạm cao sẽ ảnh hưởng nhiều đến tổn thương khớp, từ đó tăng nguy cơ THK ở chi dưới

2 CHẨN ĐOÁN

- Đánh giá lâm sàng đầy đủ & kỹ lưỡng bệnh nhân giúp đưa ra chẩn đoán, mức độ nặng của bệnh & liệt kê các rủi ro
- Chẩn đoán lâm sàng dựa trên tiền sử & thăm khám thực thể, cùng với các xét nghiệm & X-quang được thực hiện để loại trừ các chẩn đoán khác

Tiền sử

- Các đặc điểm chủ yếu của THK: đau, cứng khớp, giảm chuyển động, viêm, tạo xương khớp và không có các dấu hiệu & triệu chứng toàn thân (như sốt)
 - Đau do THK thường nặng hơn khi hoạt động & giảm khi nghỉ ngơi; không thường xảy ra vào ban đêm hoặc trong khi nghỉ ngơi nhưng bệnh nhân có thể bị đau sau nhiều giờ vận động khớp, ở bệnh nhân THK tiến triển & khi xảy ra đợt viêm cấp tính
 - Cứng khớp xảy ra vào buổi sáng, kéo dài vài phút nhưng <30 phút, sau thời gian nghỉ ngơi, hoặc vào buổi tối và thường hết trong vòng 10 phút vận động

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Khám thực thể**

- Kết quả khám bình thường không loại trừ THK
- Các đặc điểm gợi ý chẩn đoán THK gồm có:
 - Đau thường xảy ra ở khớp
 - Có tiếng lạo xạo khi cử động khớp
 - Cử động hạn chế
 - Xương nở rộng ở vùng khớp ngón tay (như các nốt Heberden hoặc Bouchard)
 - Đau khi cử động thụ động hoặc đè nén khớp
 - Biến dạng khớp (ví dụ: Gập góc ở các khớp ngón tay, vẹo vào trong, vẹo ra ngoài)
 - Khớp không ổn định
 - Yếu cơ quanh khớp (như cơ tứ đầu)

Xét nghiệm cận lâm sàng

- Thường có kết quả bình thường; không đáng tin cậy và cũng không cần thiết để xác nhận chẩn đoán THK
- Có thể giúp loại trừ chẩn đoán khác & theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc
- Nên cân nhắc xét nghiệm công thức máu toàn phần (CBC), xét nghiệm chức năng gan (LTF), nồng độ creatinin (Cr) trước khi điều trị với NSAID, đặc biệt ở người già & ở bệnh nhân có các bệnh mạn tính khác
- Có thể thực hiện hút hoạt dịch để loại trừ chẩn đoán khác như viêm khớp nhiễm trùng, gout, giả gout
 - Dịch thường trong, nhầy & số lượng bạch cầu $<2.000/mm^3$

Hình ảnh học

- Hỗ trợ chẩn đoán THK
- Nên thực hiện ở bệnh nhân ≥ 45 tuổi, có đau khớp đặc biệt lúc cử động, & có cứng khớp buổi sáng kéo dài >30 phút

X-quang đơn thuần

- Là xét nghiệm hình ảnh chính để xác định chẩn đoán THK, xếp loại mức độ bệnh & theo dõi tiến triển của bệnh
 - Mức độ bệnh thấy được trên X-quang không tương quan nhiều với mức độ nặng của các triệu chứng hoặc tình trạng mất chức năng
 - Không có đặc điểm trên X-quang không loại trừ THK
 - Có thể dùng để loại trừ các chẩn đoán khác (như chấn thương)
- Đa phần các trường hợp chỉ cần chụp X-quang là đủ để chẩn đoán THK
- Các đặc điểm trên X-quang chứng tỏ là có THK mặc dù có thể không quan sát thấy dấu hiệu trong giai đoạn sớm của bệnh bao gồm:
 - Khe khớp hẹp, thường không đều hoặc bất đối xứng
 - Xơ cứng dưới sụn biểu hiện bằng sự tăng mật độ xương dưới sụn
 - Tăng sinh xương & có gai xương
 - Có hình ảnh các nang trong tủy xương dưới sụn liền kề hoặc đôi khi khởi phát từ khớp thường được quan sát thấy trong những trường hợp muộn
 - Thay đổi của mô mềm (có ít dịch, hóa vôi & sưng mô mềm)
- Chụp ở tư thế đứng trước-sau & tư thế nghiêng; nên được diễn giải cùng với biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân

Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI)

- Dùng để nghiên cứu đồng thời các khớp, sụn, xương dưới sụn & mô hoạt dịch
- Có thể giúp tìm ra nguyên nhân thứ phát gây THK (ví dụ: Rách sụn chêm, tổn thương dây chằng trước đó) hoặc xác định bất kỳ thể bất thường trong khớp

Siêu âm

- Có thể giúp kiểm tra những thay đổi trong cấu trúc khớp & để hướng dẫn tiêm steroid trong khớp nhưng không nên dùng thường quy

Tiêu chuẩn chẩn đoán THK của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR - American College of Rheumatology)**Thoái hóa khớp bàn tay**

- Đau, nhức hay cứng khớp tay *cộng với* ít nhất 3 trong số các đặc điểm sau đây:
 - Mô cứng giãn rộng ở ≥ 2 khớp chọn lọc (khớp cổ tay - ngón tay cái, khớp gian đốt ngón xa [DIP] của ngón 2 hoặc ngón 3 ở hai bên, hoặc khớp gian đốt ngón gần [PIP] của ngón 2 & ngón 3)
 - Mô cứng giãn rộng trên ≥ 2 khớp gian đốt xa
 - <3 khớp xương đốt bàn tay - ngón tay sưng lên
 - Biến dạng ít nhất 1 khớp chọn lọc (khớp cổ tay-ngón tay cái, DIP 2 hoặc 3 ở hai bên, hoặc PIP 2 & 3)
- Độ nhạy 94% & độ đặc hiệu 87%

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Thoái hóa khớp gối (đặc điểm lâm sàng & X-quang)**

- Đau khớp gối *cộng với* 1 trong các đặc điểm sau đây:
 - Bệnh nhân >50 tuổi
 - Cứng khớp <30 phút
 - Lạo xạo khớp
 - Gai xương trên X-quang
- Độ nhạy 91% & độ đặc hiệu 86%

Thoái hóa khớp hông

- Đau khớp hông *cộng với* ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau đây:
 - Tốc độ lắng máu (ESR) <20 mm/giờ
 - Có gai xương ở ổ cối và xương đùi trên X-quang
 - Có hẹp khe khớp trên, trực và/hoặc giữa trên X-quang
- Độ nhạy 89% & độ đặc hiệu 91%

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm khớp dạng thấp
 - Các đặc điểm phân biệt:
 - Cứng khớp buổi sáng kéo dài ≥ 60 phút
 - Dương tính với yếu tố thấp và/hoặc kháng thể kháng peptid citrulline mạch vòng (anti-CCP)
 - Tăng ESR & protein C hoạt hóa
- Viêm khớp nhiễm trùng
 - Cấy hoạt dịch dương tính
- Viêm khớp huyết thanh âm tính
 - Các bệnh khớp do viêm ảnh hưởng >1 khớp
 - Viêm cột sống dính khớp
 - Viêm khớp phản ứng
 - Tiền sử mới bị nhiễm trùng (thường là nhiễm trùng đường niệu), trước khi đau khớp
 - Viêm khớp vảy nến
 - Có bệnh vảy nến
- Các bệnh khớp tinh thể
 - Gout
 - Tăng nồng độ acid uric huyết thanh
 - Có hạt tophi
 - Giả gout
 - Có tinh thể calci pyrophosphate khi phân tích hoạt dịch
- Tổn thương dây chằng
 - Đau khởi phát đột ngột sau hoạt động nặng

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

- Mục tiêu điều trị bệnh nhân THK gồm giảm đau khớp & cứng khớp, duy trì & cải thiện vận động khớp, giảm suy yếu thể lực, cải thiện chất lượng cuộc sống, hạn chế tiến triển của tổn thương khớp, giúp bệnh nhân hiểu bản chất của bệnh & kiểm soát bệnh
- Áp dụng cùng với trị liệu bằng thuốc để giảm đau và cải thiện chức năng & chất lượng cuộc sống

Giáo dục bệnh nhân

- Giáo dục bệnh nhân về tình trạng bệnh & khuyến khích họ tham gia các chương trình tự kiểm soát bệnh
 - Nhằm tăng sự tuân thủ điều trị & kiểm soát những ảnh hưởng về tâm lý xã hội của bệnh như lo âu, trầm cảm hoặc cảm giác bất lực
 - Khuyến cáo bệnh nhân THK bàn tay, gối &/hoặc hông tham gia các chương trình giúp tự kiểm soát & xây dựng niềm tin vào năng lực bản thân
- Giáo dục bệnh nhân về nguy cơ cao bị té ngã & cách phòng ngừa hoặc giảm thiểu té ngã
- Khuyến khích bệnh nhân tuân thủ với biện pháp điều trị không dùng thuốc

Vận động

- Như làm mạnh cơ cục bộ, tập luyện có kháng lực, tập aerobic hoặc các bài tập luyện tính dẻo dai
- Được khuyến cáo mạnh mẽ thực hiện trong chiến lược điều trị cho bệnh nhân THK bàn tay, gối và/hoặc hông để đồng thời phòng ngừa & điều trị các triệu chứng
- Nên cá thể hóa tùy theo nhu cầu, khả năng, sở thích của bệnh nhân & điều kiện vật chất có sẵn

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Vận động (Tiếp theo)**

- Cải thiện sức khỏe thể chất toàn thể, giảm nguy cơ xuất hiện bệnh mạn tính & giúp kiểm soát cân nặng
 - Cũng có thể cải thiện chất lượng sống tổng thể của bệnh nhân qua các lợi ích về mặt tâm lý & xã hội
 - Giúp cải thiện chức năng thể chất & giảm đau ở bệnh nhân THK gối thông qua việc tăng sức cơ, tăng phạm vi cử động khớp, tăng khả năng tiêu thụ oxy & tăng sức chịu đựng
- Bằng chứng có chất lượng cao từ các nghiên cứu khác nhau cho thấy liệu pháp vận động giúp giảm đau & cải thiện chức năng tức thì sau điều trị THK hông hoặc gối
- Các hướng dẫn đã khuyến cáo mạnh mẽ về các hình thức tập luyện làm tăng sức mạnh cơ, đi bộ, rèn luyện thần kinh cơ & các bài tập dưới nước cho bệnh nhân THK gối hoặc hông
- Hai hình thức vận động trên mặt đất & dưới nước đều được khuyến cáo cho bệnh nhân THK gối & hông có triệu chứng
 - Lựa chọn các hình thức vận động trên mặt đất hay dưới nước tùy thuộc vào sở thích & khả năng của bệnh nhân
 - Ưu tiên hình thức vận động dưới nước cho bệnh nhân THK hông vì ít áp lực lên khớp hơn nhờ lợi dụng lực nổi trong nước
- Một số nghiên cứu cho thấy tình trạng đau & chức năng được cải thiện ở bệnh nhân tập thái cực quyền hoặc yoga

Giảm cân

- Bệnh nhân THK có triệu chứng, đặc biệt là ở khớp gối và/hoặc hông, nên giảm tối thiểu 5% cân nặng cơ thể & duy trì cân nặng ở mức thấp hơn bằng kế hoạch điều chỉnh chế độ ăn & luyện tập thích hợp
- Có thể giúp giảm trọng lượng tích lũy ảnh hưởng lên các khớp của chi dưới

Vật lý trị liệu

- Ví dụ: Các bài tập về phạm vi cử động của khớp, vận động mô mềm, tăng sức cơ, kéo giãn & giúp cơ linh hoạt
- Bổ sung cho các chương trình tập luyện chủ động nhằm làm giảm đau & cứng khớp, điều chỉnh khớp bị lệch & không ổn định, cải thiện cử động khớp & cải thiện chức năng toàn bộ
- Các bài luyện tập giữ thăng bằng được khuyến cáo tùy trường hợp cho bệnh nhân THK gối và/hoặc hông

Liệu pháp nhiệt

- Là liệu pháp hỗ trợ được khuyến cáo tùy trường hợp cho bệnh nhân THK bàn tay, gối và/hoặc hông
- Là việc chườm nóng hoặc chườm lạnh tại chỗ để điều trị triệu chứng THK ở tay, gối và hông
- Chườm lạnh hiệu quả nhất trong giai đoạn đau cấp của THK nhờ làm giảm viêm & đau, ức chế các xung thần kinh & tình trạng co cứng cơ bám vào khớp
 - Áp vào vùng bị đau trong 20 phút, 5 ngày/tuần trong 2 tuần
- Chườm nóng áp dụng trong 15-20 phút có thể làm giảm đau & cứng khớp nhờ làm tăng giãn cơ, giúp khớp mềm dẻo & tăng lượng máu đến khớp
 - Paraffin có thể được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK bàn tay

Các biện pháp can thiệp cơ học**Các thiết bị hỗ trợ**

- Dụng cụ mở nắp chai, xoay chìa khóa & vòng nắp lon bia dùng cho bệnh nhân THK bàn tay

Đai hỗ trợ cổ tay

- Khuyến cáo dùng đai bằng neoprene hoặc đai cứng cho khớp cổ tay-ngón tay cái; đai hỗ trợ cho các khớp ngón tay khác được khuyến cáo tùy trường hợp
- Màng nẹp được khuyến cáo tùy trường hợp cho bệnh nhân THK xương thang bàn tay

Các loại nẹp gối

- Giữ khớp ở một vị trí cố định & thay đổi hướng của lực để giảm áp lực lên khớp
- Có thể dùng để cải thiện chức năng, giảm đau & cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân THK gối
- Có thể làm tăng tính ổn định, nâng đỡ cho các cơ & khớp yếu, & tái phân bố tải trọng lên khớp
 - Cũng có thể giúp giảm nguy cơ té ngã
- Nẹp gối cố định xương chày-đùi được khuyến cáo dùng khi bị THK xương chày-đùi, trong khi nẹp gối cố định xương bánh chè-đùi được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK xương bánh chè-đùi

Băng bảo vệ

- Băng bảo vệ xương bánh chè có thể được dùng ngắn hạn, điều trị gián đoạn THK gối nhờ ổn định khớp gối, phân bố sang chấn & áp lực lên khớp
 - Băng bảo vệ xương bánh chè ở vị trí ngang được khuyến cáo cho THK gối
- Phương pháp băng dán Kinesio cho phép khớp hoạt động trong một giới hạn xác định
 - Được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK bàn tay (khớp cổ tay-ngón tay cái) và/hoặc gối

Dụng cụ hỗ trợ đi bộ

- Khuyến cáo bệnh nhân THK gối và/hoặc hông sử dụng gậy khi có ≥ 1 khớp bị thoái hóa gây đau hoặc ảnh hưởng đến khả năng vận động hoặc độ ổn định của khớp

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Các biện pháp can thiệp cơ học (Tiếp theo)****Đế lót chêm**

- Có thể xem là biện pháp hỗ trợ để giảm đau & cải thiện khả năng đi bộ ở bệnh nhân THK gối và/hoặc hông
- Đế lót chêm ở giữa - được khuyến cáo tùy trường hợp cho bệnh nhân THK ngăn ngoài
- Dựa trên các thử nghiệm lâm sàng, dùng đế lót chêm 1 bên không mang lại lợi ích lâm sàng trong điều trị đau do THK gối giữa

Liệu pháp thay thế**Châm cứu**

- Được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK bàn tay, gối và/hoặc hông
- Có thể sử dụng để hỗ trợ giảm đau & cải thiện chức năng gối nhờ kích thích sản sinh opioid nội sinh
 - Dùng trong trường hợp bệnh nhân THK gối có triệu chứng đau mạn tính mức độ vừa đến nặng nhưng không muốn hoặc không phù hợp để làm phẫu thuật tạo hình khớp gối

Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT)

- Được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK bàn tay, gối và/hoặc hông vì có ít bằng chứng cho thấy liệu pháp nhận thức hành vi có thể giúp giảm đau do THK

Liệu pháp dùng sóng xung kích ngoài cơ thể

- Có thể cân nhắc là liệu pháp điều trị hỗ trợ để cải thiện đau & chức năng ở bệnh nhân THK gối

Điều trị bằng tia laser

- Điều trị bằng tia laser như đã được Cơ quan quản lý Thuốc & Thực phẩm Hoa Kỳ (US FDA) chấp thuận, có thể cân nhắc điều trị hỗ trợ để cải thiện đau & chức năng ở bệnh nhân THK gối

Liệu pháp thủ công

- Như: Giãn cơ, xoa bóp, nắn chỉnh bằng tay, massage
- Có thể xem là liệu pháp hỗ trợ khi THK gối và/hoặc hông

Kích thích thần kinh bằng điện dưới da (PENS)/liệu pháp dùng trường xung điện từ (PEMF)

- PENS có thể được cân nhắc là điều trị hỗ trợ để cải thiện đau & chức năng ở bệnh nhân THK gối
 - Là can thiệp xâm lấn tối thiểu, thực hiện bằng cách đưa vào cơ thể những cây kim rất mỏng
- Thiết bị PEMF an toàn và có thể dùng để giảm đau & viêm ở bệnh nhân THK gối

Đốt bằng sóng cao tần

- Một vài nghiên cứu cho thấy khả năng có tác dụng giảm đau nhưng thiếu dữ liệu về an toàn lâu dài
- Được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK gối

Kích thích thần kinh bằng điện qua da (TENS)

- Có thể xem là biện pháp hỗ trợ giảm đau ở bệnh nhân THK
- Là liệu pháp không xâm lấn, giảm đau nhờ ức chế dẫn truyền kích thích gây đau
- Giảm đau ngắn hạn trong THK gối, giảm cứng khớp & cải thiện phạm vi cử động khớp
 - Tác dụng kéo dài 4 tuần

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

- Nên được cá thể hóa; điều trị bằng thuốc để giảm đau có hiệu quả nhất khi phối hợp với liệu pháp không dùng thuốc
- Thuốc giảm đau giúp kiểm soát triệu chứng, dẫn đến cải thiện chức năng và tình trạng hạn chế vận động
- Khởi đầu nên dùng thuốc có ít khả năng nhất gây độc tính hoặc phơi nhiễm toàn thân, tùy theo tình trạng sức khỏe & lựa chọn của bệnh nhân
- Có thể cân nhắc liệu pháp phối hợp nếu bệnh nhân đáp ứng không đầy đủ với đơn trị liệu; bệnh nhân nên được đánh giá thường xuyên & chế độ điều trị được điều chỉnh dựa trên đáp ứng của bệnh nhân

Thuốc giảm đau dùng tại chỗ

- Dùng điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối hoặc bàn tay, có triệu chứng đau từ nhẹ đến trung bình, không đáp ứng với thuốc tác dụng chậm điều trị triệu chứng THK và/hoặc paracetamol & không muốn sử dụng liệu pháp toàn thân
- Không khuyến cáo dùng cho THK hông
- Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy NSAID dùng tại chỗ có hiệu quả tương tự NSAID dùng đường uống trong điều trị đau do THK
 - Cho nồng độ cao tại chỗ, giảm tác dụng không mong muốn toàn thân
 - Là một trong các biện pháp điều trị khởi đầu được khuyến cáo cho THK gối (mức độ mạnh) hoặc cho THK bàn tay (tùy trường hợp)
 - Đối với bệnh nhân ≥ 75 tuổi, nên dùng NSAID tác dụng tại chỗ hơn là NSAID đường uống

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thuốc giảm đau dùng tại chỗ (Tiếp theo)**

- Kem chứa capsaicin gây tiêu hủy neuropeptid chất P làm giảm cảm giác đau tại chỗ
 - Có thể xem là điều trị hỗ trợ cho THK gối (khuyến cáo tùy trường hợp) và/hoặc THK bàn tay
- Các sản phẩm chứa salicylate có lợi ích ngắn hạn làm giảm cảm giác đau nhờ tăng dòng máu đến vị trí bị đau

Thuốc giảm đau đường uống**Paracetamol (acetaminophen)**

- Là thuốc giảm đau không opioid đường uống được lựa chọn cho bệnh nhân đau nhẹ-vừa do hiệu quả & tính an toàn
 - Nên xem xét đầu tiên trước khi dùng NSAID hoặc opioid
 - Là lựa chọn để giảm đau ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận
- Chỉ giảm đau đơn thuần, không có đặc tính làm thay đổi diễn tiến bệnh
- Là thuốc giảm đau ưu tiên để sử dụng lâu dài, nhưng nên dùng thận trọng ở bệnh nhân suy gan
- Nên dùng liều thấp nhất có hiệu quả trên lâm sàng do có độc tính tương đối trên gan

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)

- Như (dẫn chất của acid acetic) aceclofenac, acemetacin, diclofenac, etodolac, indomethacin, proglumetacin, sulindac, tolmetin; (các coxib) celecoxib, etoricoxib; (dẫn chất của acid fenamic) meclofenamate, acid mefenamic; (dẫn chất của oxicam) lornoxicam, meloxicam, piroxicam, tenoxicam; (dẫn chất của acid propionic) dexketoprofen, fenoprofen, flurbiprofen, ibuprofen, ketoprofen, loxoprofen, naproxen, acid tiaprofenic; (các NSAID khác) diflunisal, nabumetone, nimesulide
- Dùng điều trị đau cấp tính do có tác dụng kháng viêm & chống thụ cảm đau, không có tác dụng làm thay đổi diễn tiến bệnh
- Khuyến cáo nên dùng NSAID đường uống cho bệnh nhân THK bàn tay, gối và/hoặc hông
- Dùng cho bệnh nhân có triệu chứng khi điều trị hiện thời với glucosamine sulfate kết tinh & bổ sung NSAID dùng tại chỗ và/hoặc paracetamol không đủ hoặc không hiệu quả để giảm đau ban đầu cho THK
- Phối hợp với paracetamol có hiệu quả trong xử trí đau với liều NSAID thấp hơn
- Thay thế cho paracetamol để kiểm soát đau do THK vì thuốc có độc tính tương đối ít
 - Có thể dùng đơn trị bất kỳ NSAID nào nếu bệnh nhân ít có nguy cơ mắc bệnh đường tiêu hóa & bệnh tim mạch
 - Đối với bệnh nhân có nguy cơ bệnh tim mạch cao nhưng nguy cơ bệnh đường tiêu hóa thấp, có thể dùng naproxen hoặc NSAID chọn lọc trên COX-2
 - Celecoxib được ưu tiên hơn NSAID không chọn lọc vì có ít tác dụng không mong muốn hơn
 - Đối với bệnh nhân có nguy cơ bệnh đường tiêu hóa cao nhưng nguy cơ bệnh tim mạch thấp, có thể dùng NSAID chọn lọc COX-2 đơn độc hoặc NSAID không chọn lọc phối hợp với 1 thuốc ức chế bơm proton
 - Ở bệnh nhân có nguy cơ cao cả về bệnh tim mạch & bệnh đường tiêu hóa hoặc có thể trạng yếu, nên hoãn dùng NSAID
 - Nên sử dụng trong thời gian ngắn nhất có thể và ở liều thấp nhất có hiệu quả
 - Chỉ tăng đến liều kháng viêm tối đa nếu liều thấp hơn không đủ làm giảm triệu chứng
- Nếu giảm đau không đủ hoặc không hiệu quả ở bệnh nhân THK cần dùng aspirin liều thấp, nên xem xét dùng các thuốc giảm đau khác trước khi thêm vào hoặc thay thế với một thuốc NSAID hoặc thuốc ức chế COX-2 (dùng đồng thời với PPI)

Thuốc trị đau thần kinh

- Như duloxetine
- Các nghiên cứu cho thấy duloxetine giảm đau đáng kể & cải thiện chức năng ở bệnh nhân bị đau do THK gối
- Được khuyến cáo để điều trị đau cơ xương mạn tính & tình trạng khó chịu do THK gây ra
- Được khuyến cáo tùy trường hợp cho bệnh nhân THK bàn tay và/hoặc hông, THK gối đã thất bại sau điều trị khởi đầu, & bệnh nhân có triệu chứng THK gối không đáp ứng lâm sàng đầy đủ với các phương pháp điều trị không dùng thuốc & dùng thuốc và cũng không muốn hoặc không phù hợp để phẫu thuật tạo hình toàn bộ khớp

Opioid

- Như: dihydrocodeine, oxycodone, tramadol
- Cơ đau cấp thường có thể xử trí không cần opioid; opioid thường chỉ cần kê toa ≤ 3 ngày và không quá 7 ngày là đủ vì lo ngại về tính an toàn & nguy cơ lệ thuộc thuốc
- Khuyến cáo dùng cho bệnh nhân đau do THK mức độ trung bình-nặng, không đáp ứng hoặc không dung nạp với liệu pháp dùng thuốc & không dùng thuốc, không mong muốn hoặc không thích hợp để thực hiện phẫu thuật tạo hình toàn bộ khớp
- Tùy trường hợp mà tramadol được khuyến cáo ưu tiên hơn các opioid khác cho bệnh nhân THK bàn tay và/hoặc hông
- Opioid không gây nghiện có thể được phối hợp với paracetamol để cho hiệu quả giảm đau tương tự
 - Nếu dùng trong cơn đau cấp, nên sử dụng các opioid dạng phóng thích tức thời với liều thấp nhất có thể có hiệu quả & với liều lượng chính xác
- Các opioid gây nghiện có thể là lựa chọn để điều trị bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ hoặc chống chỉ định với các thuốc giảm đau khác
- Có thể gây ức chế TKTU' hoặc gây nghiện & thiếu đặc tính thay đổi bệnh trạng

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thuốc giảm đau đường uống (Tiếp theo)****Các thuốc tác dụng chậm điều trị triệu chứng THK**

- Chondroitin & glucosamine
 - Hiện diện tự nhiên trong sụn khớp, tác động lên quá trình hình thành & sửa chữa sụn khớp
 - Một số nghiên cứu lâm sàng cho thấy đây là thuốc làm thay đổi diễn tiến bệnh THK
 - Cần 4-12 tuần trị liệu trước khi ghi nhận có cải thiện triệu chứng
 - Nên ngưng điều trị sau 6 tháng sử dụng nếu không có đáp ứng rõ rệt
 - Chỉ dùng chondroitin & glucosamine được dụng được kê đơn cho THK gối
 - Dạng bào chế glucosamine sulfate kết tinh được cho thấy cải thiện đau & chức năng ở bệnh nhân THK gối
 - Phối hợp glucosamine/chondroitin có thể có nhiều chất lượng dược phẩm khác nhau nhưng một vài thử nghiệm đã cho thấy hiệu quả của chúng trên bệnh nhân THK gối
 - Chondroitin sulfate được khuyến cáo tùy trường hợp cho THK bàn tay
- Diacerein
 - Được chuyển hóa thành rhein, chất này kích thích tổng hợp prostaglandin E2 và ức chế sản xuất interleukin-1
 - Ít có tác dụng trên lâm sàng nhưng cải thiện có ý nghĩa thống kê triệu chứng đau do THK gối và/hoặc hông
 - Gây tác dụng không mong muốn ở hệ tiêu hóa
- Dầu trái bơ & dầu đậu nành không xà phòng hóa (ASU)
 - Là dạng phối hợp của 1/3 dầu trái bơ & 2/3 dầu đậu nành, được dùng như thực phẩm bổ sung
 - Có thể giảm đau, giảm cứng khớp khi đi bộ & trong các hoạt động hàng ngày khác, & cải thiện chức năng khớp ở bệnh nhân THK gối và/hoặc hông

Thuốc tiêm trong khớp

- Chỉ sử dụng nếu thất bại hoặc chống chỉ định với các liệu pháp không dùng thuốc & liệu pháp toàn thân

Corticosteroid

- Được chỉ định để giảm nhanh & ngắn hạn (2-4 tuần) đau & sưng khớp
- Khuyến cáo mạnh cho bệnh nhân THK gối (có tràn dịch hoặc viêm bao hoạt dịch) và/hoặc hông (tiêm với sự hỗ trợ của siêu âm), khuyến cáo tùy trường hợp cho THK bàn tay
- Đầu tiên hoạt dịch được hút ra khỏi khớp để giảm sưng, giúp cho nồng độ thuốc cao hơn ở vị trí có tác dụng với nguy cơ tác dụng không mong muốn toàn thân thấp hơn
- Không nên tiêm >3 lần/năm vào các khớp lớn và >4 lần/năm vào các khớp nhỏ
- Khoảng thời gian giữa các lần tiêm vào cùng 1 khớp không nên dưới 3 tháng

Acid hyaluronic

- Là chất tự nhiên có trong khớp giúp đàn hồi, bôi trơn hoạt dịch & sụn trong các khớp
 - Sự cân bằng của khớp được tái lập thông qua sự sản xuất nội sinh của acid hyaluronic
- Hiện được chỉ định là sản phẩm bổ sung chất nhờn và tăng tính đàn hồi
- Khuyến cáo tùy trường hợp cho THK gối nhưng không khuyến cáo cho THK hông hoặc thoái hóa đa khớp
 - Giảm đau khi dùng ≥ 12 tuần & cho thấy an toàn khi dùng lâu dài

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

C PHẪU THUẬT

- Bệnh nhân THK có triệu chứng nặng không cải thiện với điều trị nội khoa & hoạt động hàng ngày bị hạn chế dần dần nên được chuyển đến bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình để được đánh giá & xử trí
- Quá trình ra quyết định điều trị nên được chia sẻ giữa bác sĩ và bệnh nhân, cũng như quyết định khi nào tiến hành phẫu thuật tạo hình toàn bộ khớp
- Đối với bệnh nhân THK có triệu chứng mức độ trung bình đến nặng hoặc hoại tử xương có đáp ứng không đủ với điều trị không phải phẫu thuật, tùy trường hợp mà khuyến cáo thực hiện những điều sau đây để xác định thời điểm thích hợp cho lựa chọn phẫu thuật tạo hình toàn bộ khớp hông hoặc khớp gối
 - Không nên trì hoãn phẫu thuật tạo hình toàn bộ khớp
 - Để tiếp tục thêm các điều trị không phải phẫu thuật bao gồm vật lý trị liệu, NSAID, đai hỗ trợ và/hoặc dụng cụ hỗ trợ di chuyển & tiêm (như tiêm trong khớp glucocorticoid hoặc chất bổ sung độ nhớt)
 - Để đạt được giảm cân ở bệnh nhân béo phì; không nên có yêu cầu về cân nặng hoặc chỉ số khối cơ thể (BMI) để thực hiện phẫu thuật
 - Ở bệnh nhân mất xương, xương biến dạng nghiêm trọng hoặc bệnh khớp do nguyên nhân thần kinh
 - Có thể trì hoãn phẫu thuật tạo hình toàn bộ khớp
 - Để đạt được giảm hoặc ngưng sử dụng nicotine ở bệnh nhân phụ thuộc nicotine
 - Để cải thiện kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 kiểm soát kém; không có khuyến cáo về số đo chuyên biệt hoặc ngưỡng kiểm soát đường huyết

Phẫu thuật nội soi mở ổ

- Một vài nghiên cứu cho thấy có giảm triệu chứng ngắn hạn, nhưng không hiệu quả trên chức năng khớp & tình trạng cứng khớp
- Có thể có ích ở bệnh nhân có tiền sử bị kẹt khớp cơ học hoặc lỏng lẻo khớp, có thể do rách sụn chêm hoặc do các thể trong khớp thấy được trên X-quang

Phẫu thuật thay khớp

- Khuyến cáo cho bệnh nhân đau nặng & giảm chức năng, thất bại với điều trị bảo tồn & điều trị bằng thuốc
 - Có thể đề nghị thực hiện ngay khi có dấu hiệu đầu tiên của hạn chế chức năng & có biểu hiện đau nặng
- Hiệu quả trong giảm đau, giúp chỉnh hình biến dạng & cải thiện chất lượng cuộc sống
- Phẫu thuật thay thế toàn bộ khớp gối cho thấy có hiệu quả lâu dài tốt hơn so với các can thiệp phẫu thuật khác ở bệnh nhân THK gối
 - Có thể cân nhắc cho bệnh nhân đang dùng NSAID đường uống và có nguy cơ cao tác dụng không mong muốn toàn thân
- Nên dựa trên mức độ đau & mất chức năng, độ tuổi & các bệnh đồng mắc
- Thay thế toàn bộ khớp vai cho thấy giúp cải thiện ngắn hạn & trung hạn đau & chức năng tốt hơn so với thay thế một nửa khớp vai ở bệnh nhân THK vai

Phẫu thuật thay thế 1 lõi cầu/1 ngăn khớp gối

- Sử dụng khi chỉ 1 trong 2 ngăn chính của khớp gối bị ảnh hưởng nghiêm trọng
- Những ưu điểm so với thay thế toàn bộ khớp gối:
 - Ít mất xương khi phẫu thuật
 - Dễ sửa lại khi & nếu cần thiết
 - Thời gian phẫu thuật & thời gian hồi phục thường ngắn hơn

Thủ thuật cắt xương

- Phẫu thuật cắt xương chày cao là biện pháp thay thế ở bệnh nhân trẻ có THK nặng ở ngăn trong và ít liên quan đến ngăn khớp ngoài, gây ra biến dạng vẹo chân vào trong
 - Làm chậm nhu cầu thay khớp trong 10 năm & tỷ lệ thất bại chung chỉ là 25% sau 10 năm
- Mang lại hiệu quả ngắn hạn cho bệnh nhân THK gối

Cắt bỏ xương thang

- Là thủ thuật được lựa chọn khi THK cổ tay-ngón tay cái

Thủ thuật làm cứng khớp hoặc thay thế khớp ngón tay

- Có thể cân nhắc ở bệnh nhân có THK gian đốt ngón
- Thay thế khớp là thủ thuật được khuyến cáo cho khớp gian đốt ngón gần (PIP) ngoại trừ PIP-2
- Thủ thuật làm cứng khớp được khuyến cáo cho khớp gian đốt ngón xa (DIP) và cho PIP-2

THEO DÕI

- Nên đánh giá lâm sàng thường xuyên (lý tưởng là mỗi 3 tháng) cho những bệnh nhân sau đây:
 - Đau khớp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống
 - Đang điều trị THK
 - Ảnh hưởng >1 khớp
 - Có >1 bệnh đi kèm

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC GIẢM ĐAU (KHÔNG OPIOID) & HẠ SỐT		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Anilide		
Paracetamol ¹ (acetaminophen)	325 mg-1 g, uống mỗi 4-6 giờ Dạng phóng thích kéo dài: 1,33 g, uống mỗi 8 giờ Liều tối đa: 4 g/ngày hoặc 300-450 mg, tiêm TM mỗi 4 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Đường uống: Ngoài da (phát ban); Chuyển hóa (có thể tăng acid uric, glucose); Huyết học (thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính); Gan (tăng bilirubin, phosphatase kiềm); Tác dụng khác (bệnh thận, phản ứng quá mẫn) Đường TM: Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, táo bón); Tim mạch (phù, hạ HA/tăng HA); TKTU¹ (đau đầu, mất ngủ, bồn chồn); Tác dụng khác (ngứa, phát ban, giảm albumin máu, giảm kali máu, thiếu máu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân có bệnh gan hoạt động hoặc bệnh gan nặng Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy dinh dưỡng mạn tính, bệnh gan do rượu, thiếu G6PD, suy thận nặng
Acid salicylic & các dẫn chất		
Aspirin (acetylsal, acid acetylsalicylic)	Liều khởi đầu: 4-8 g/ngày, uống chia nhỏ liều Liều duy trì: 3,6-5,4 g/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, khó tiêu, loét, nôn ra máu); Huyết học (thiếu máu thiếu sắt sau khi sử dụng lâu dài, giảm prothrombin máu); Ngoài da (mày đay, phù mạch); Phản ứng quá mẫn (co thắt phế quản, khó thở); Tác dụng khác (độc tính trên gan) Nhiễm độc salicylat (chóng mặt, ù tai, điếc, vã mồ hôi, buồn nôn/nôn, đau đầu, lú lẫn) có thể xảy ra sau khi dùng liều cao nhiều lần Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng cùng thức ăn để giảm tác dụng trên đường tiêu hóa Tránh sử dụng ở bệnh nhân có bệnh máu khó đông hoặc các rối loạn khác về xuất huyết, tiền sử dị ứng với các NSAID khác, suy gan hoặc suy thận nặng, phụ nữ mang thai (đặc biệt trong 3 tháng cuối thai kỳ) Dùng thận trọng ở bệnh nhân dễ bị khó tiêu, có loét dạ dày, hen hoặc các rối loạn dị ứng, suy gan hoặc suy thận, mất nước, tăng HA không kiểm soát được, thiếu men G6PD, đái tháo đường Nên ngưng aspirin vài ngày trước khi phẫu thuật theo chương trình
Salsalate (salicyl salicylate)	Liều khởi đầu: Lên đến 3 g/ngày, uống chia nhỏ liều Liều duy trì: 2-4 g/ngày	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với các thuốc giảm đau khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC GIẢM ĐAU (KHÔNG OPIOID) & HẠ SỐT (TIẾP THEO)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Các tác nhân khác được dùng như thuốc giảm đau tại chỗ			
Capsaicin	Kem, gel, lotion 0,025% Gel 0,0125% Kem, lotion 0,075%	Thoa mỗi 6-8 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tác dụng tại chỗ (đỏ da, đau, khô da, ngứa, bóng nước, phù, sưng); Tim mạch (tăng HA); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn); Hô hấp (viêm mũi họng, viêm xoang, viêm phế quản) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng HA không kiểm soát được, tiền sử có biến cố tim mạch hoặc mạch máu não Không nên thoa trên vùng da bị rách hoặc bị kích ứng Vùng da điều trị không được tiếp xúc với nhiệt hoặc ánh nắng trực tiếp

THUỐC GIẢM ĐAU (OPIOID)¹

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Các alkaloid thuốc phiện có nguồn gốc tự nhiên		
Dihydrocodeine tartrate	30 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 60 mg/liều	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, táo bón, khô miệng); TKTU² (ngáy ngật, lú lẫn, chóng mặt, đau đầu, thay đổi cảm xúc); Tim mạch (nhịp tim chậm, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực) Liều cao có thể gây ức chế/suy hô hấp, hạ HA, hôn mê sâu, suy thận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng cho bệnh nhân bị suy hô hấp cấp, bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí, ngộ độc rượu cấp tính, rối loạn co giật, chấn thương đầu, tăng áp lực nội sọ, nguy cơ liệt ruột, hoặc ở bệnh nhân cần tỉnh táo (ví dụ: lái xe, vận hành máy móc) Dùng thận trọng ở bệnh nhân nhược giáp, suy thận, hen, suy gan hoặc suy thận, tăng sản tiền liệt tuyến, hạ HA, sốc, bệnh tắc nghẽn hoặc viêm đường ruột, nhược cơ Oxycodone: Chống chỉ định ở bệnh nhân <18 tuổi
Oxycodone	5 mg, uống mỗi 4-6 giờ Có thể tăng liều khi cần Dạng phóng thích kéo dài: 5-10 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày Dung nạp với opioid: 60-80 mg, uống mỗi 12 giờ Chưa dùng opioid: 10 mg, uống mỗi 12 giờ	
Opioid khác		
Tramadol	50-100 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp các thuốc giảm đau opioid khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

HORMON CORTICOSTEROID - TIÊM TRONG KHỚP		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	Khớp nhỏ: 0,25-0,5 mL, tiêm trong khớp Khớp trung bình: 0,5-1 mL, tiêm trong khớp Khớp lớn: 1-2 mL, tiêm trong khớp	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tác dụng tại chỗ (cơn bùng phát sau khi tiêm, viêm tĩnh mạch huyết khối, áp xe vô trùng) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Luôn xem xét tình trạng hấp thu toàn thân Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh lý tâm thần trước đó, suy tim, đái tháo đường, các bệnh đường tiêu hóa, suy gan kể cả xơ gan, nhược cơ, đục thủy tinh thể và/hoặc tăng nhãn áp, loãng xương, suy thận, tiền sử rối loạn co giật, bệnh lý tuyến giáp, sau nhồi máu cơ tim cấp Cần nhắc vị trí và kích thước khớp khi dùng các liều lặp lại
Dexamethasone	Khớp nhỏ: 0,8-1 mg, tiêm trong khớp Khớp lớn: 2-4 mg, tiêm trong khớp	
Methylprednisolone	Khớp nhỏ: 4-10 mg, tiêm trong khớp Khớp trung bình: 10-40 mg, tiêm trong khớp Khớp lớn: 20-80 mg, tiêm trong khớp <i>Cách khoảng >1-5 tuần</i>	
Prednisolone	5-25 mg, tiêm trong khớp	
Triamcinolone acetoneide	Khớp nhỏ: 2,5-5 mg, tiêm trong khớp Liều tối đa: 10 mg, tiêm trong khớp Khớp lớn: 5-15 mg, tiêm trong khớp Liều tối đa: 40 mg, tiêm trong khớp	
Triamcinolone hexacetoneide	Khớp nhỏ: 2-5 mg, tiêm trong khớp Khớp trung bình: 5-10 mg, tiêm trong khớp Khớp lớn: 10-20 mg, tiêm trong khớp	

THUỐC TRỊ ĐAU THẦN KINH		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Duloxetine	Liều khởi đầu: 30 mg, uống mỗi 24 giờ trong 1 tuần Liều duy trì: 60 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 60 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khô miệng); TKTU' (đau đầu, ngày ngật, chóng mặt); Tâm thần (mất ngủ, bồn chồn, lo âu, giấc mơ bất thường); Tim mạch (đánh trống ngực); Gan (tăng phosphatase kiềm, aspartat aminotransferase, alanin transaminase, tổn thương gan); Niệu-sinh dục (khối cảm bất thường, giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương, xuất huyết phụ khoa, tiểu thường xuyên) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Hướng dẫn bệnh nhân nuốt nguyên viên; không được nhai, nghiền, mở viên nang hoặc trộn với thức ăn hay nước uống Tránh dùng cho bệnh nhân bị tăng nhãn áp góc hẹp và/hoặc tăng áp lực nội nhãn Dùng thận trọng trên bệnh nhân có tiền sử hưng cảm, rối loạn lưỡng cực, trầm cảm, co giật, tăng HA, suy thận, hạ natri máu, và bệnh nhân đang dùng thuốc kháng đông

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - ĐƯỜNG UỐNG			
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý	
Dẫn chất của acid acetic			
Aceclofenac ¹	100 mg, uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích có kiểm soát: 200 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khó chịu đường tiêu hóa, tiêu chảy, loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa); TKTU¹ (đau đầu, chóng mặt, choáng váng, căng thẳng, ù tai, trầm cảm, ngầy ngật, mất ngủ); Phản ứng quá mẫn (phù mạch, co thắt phế quản, phát ban, hội chứng Stevens-Johnson hiếm khi xảy ra); Huyết học (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (độc tính trên gan, độc tính trên thận, tiểu ra máu, ứ dịch, nhạy cảm với ánh sáng, viêm tụy) Các thuốc nhóm coxib ít có tác dụng trên đường tiêu hóa hơn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng cùng thức ăn để giảm tác dụng trên đường tiêu hóa Tránh dùng ở bệnh nhân đang bị loét dạ dày, suy tim nặng, tiền sử dị ứng với aspirin hoặc các NSAID khác <ul style="list-style-type: none"> Không nên dùng coxib cho bệnh nhân suy tim mức độ trung bình, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh động mạch ngoại biên, bệnh mạch máu não Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng HA, nhiễm trùng, hen hoặc có các rối loạn dị ứng, rối loạn xuất huyết, suy gan hoặc suy thận <ul style="list-style-type: none"> Các coxib nên được dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thất trái, phù, có tiền sử suy tim, có các yếu tố nguy cơ phát triển bệnh tim 	
Acemetacin	60-180 mg/ngày, uống chia thành 1-3 liều Dạng phóng thích kéo dài: 90 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 90 mg uống mỗi 12 giờ nếu cần		
Diclofenac	35 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc 50 mg, uống mỗi 8-12 giờ Dạng phóng thích chậm: 75-150 mg/ngày, uống chia thành 2-3 liều Dạng phóng thích kéo dài: 75 mg, uống mỗi 12-24 giờ hoặc 100 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 150 mg/ngày		
Etodolac	600 mg-1 g/ngày, uống chia nhỏ liều Dạng phóng thích kéo dài: 400 mg-1 g, uống mỗi 24 giờ		
Indometacin (indomethacin)	25-50 mg, uống mỗi 6-12 giờ Liều tối đa: 150-200 mg/ngày, chia nhỏ liều		
Proglumetacin	Liều khởi đầu: 450-600 mg/ngày, uống chia mỗi 12 giờ Liều duy trì: 300-450 mg/ngày, uống chia mỗi 12 giờ		
Sulindac	150-200 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày		
Tolmetin	Liều khởi đầu: 400 mg, uống mỗi 8 giờ Liều duy trì: 600 mg-1.800 mg/ngày, chia thành 3 liều		
Các coxib			
Celecoxib	200 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc chia mỗi 12 giờ Có thể tăng đến 200 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày		
Etoricoxib	30-60 mg, uống mỗi 24 giờ		
Dẫn chất của acid fenamic			
Acid mefenamic	500 mg, uống mỗi 8 giờ		

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với paracetamol. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý	
Dẫn chất của oxicam			
Lornoxicam	12-16 mg/ngày, uống chia thành 2-3 liều	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khó chịu đường tiêu hóa, tiêu chảy, loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa); TKTU¹ (đau đầu, chóng mặt, choáng váng, bồn chồn, ù tai, trầm cảm, ngầy ngật, mất ngủ); Phản ứng quá mẫn (phù mạch, co thắt phế quản, phát ban, hội chứng Stevens-Johnson hiếm khi xảy ra); Huyết học (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (độc tính trên gan, độc tính trên thận, tiểu ra máu, ứ dịch, nhạy cảm với ánh sáng, viêm tụy) 	
Meloxicam	7,5-15 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 15 mg/ngày		
Piroxicam	10-20 mg, uống mỗi 24 giờ		
Tenoxicam	20 mg, uống mỗi 24 giờ		
Dẫn chất của acid propionic			
Dexketoprofen	12,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ hoặc 25 mg, uống mỗi 8 giờ Liều tối đa: 75 mg/ngày	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng cùng thức ăn để giảm tác dụng trên đường tiêu hóa Tránh dùng ở bệnh nhân đang bị loét dạ dày, suy tim nặng, tiền sử dị ứng với aspirin hoặc các NSAID khác Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng HA, nhiễm trùng, hen hoặc có các rối loạn dị ứng, rối loạn xuất huyết, suy gan hoặc suy thận 	
Fenoprofen	300-600 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 3,2 g/ngày		
Flurbiprofen	150-200 mg/ngày, uống chia nhiều liều Liều tối đa: 300 mg/ngày, uống chia nhiều liều		
Ibuprofen ¹	400-800 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 3,2 g/ngày Dạng phóng thích điều chỉnh: Lên đến 1,6 g/ngày Nếu cần, có thể tăng thêm đến 2,4 g/ngày, chia thành 2 liều		
Ketoprofen	Dạng phóng thích tức thời: 25-50 mg, uống mỗi 6-12 giờ hoặc 75 mg, uống mỗi 8 giờ Liều tối đa: 300 mg/ngày, uống chia nhiều liều Dạng phóng thích kéo dài: 100-200 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 200 mg/ngày		
Loxoprofen	60 mg, uống mỗi 8 giờ		
Naproxen ²	250-500 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 275-550 mg, uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích chậm: 375-500 mg, uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích kéo dài: 750-1.000 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 1.500 mg/ngày trong thời gian giới hạn lên đến 6 tháng		
Acid tiaprofenic	200 mg uống mỗi 8 giờ		
Acid salicylic & dẫn chất			
Diflunisal	Liều khởi đầu: 500 mg-1 g/ngày, uống chia thành 2 liều Liều tối đa: 1,5 g/ngày		
Các NSAID khác			
Nabumetone	1 g, uống mỗi 24 giờ vào lúc đi ngủ Có thể dùng thêm 500 mg-1 g vào buổi sáng nếu cần Liều tối đa: 2 g/ngày, chia thành 1-2 liều		
Nimesulide	100-200 mg, uống mỗi 12 giờ		

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với paracetamol. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có dạng phối hợp với esomeprazole & omeprazole. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - DẠNG TIÊM

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Diclofenac Na	75 mg/3 mL	1 ống tiêm bắp vào góc phần tư phía trên bên ngoài của cơ mông Có thể tăng đến 2 ống ở trường hợp nặng Liều tối đa: 150 mg/ngày Thời gian tối đa: 2 ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (loét dạ dày, kích ứng tiêu hóa, xuất huyết kín đường tiêu hóa) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân đã biết quá mẫn với thuốc hoặc bất kỳ thành phần nào trong công thức, bao gồm người đã bị hen, phù mạch, mày đay hoặc viêm mũi do dùng aspirin hoặc bất kỳ NSAID nào khác, tránh dùng liều cao trong >4 tuần cho bệnh nhân đã biết có bệnh tim mạch, tăng HA không kiểm soát được, loét dạ dày Dùng thận trọng cho bệnh nhân có triệu chứng của bệnh đường tiêu hóa, tiền sử gợi ý viêm loét đại tràng, bệnh Crohn, đã có rối loạn tạo máu hoặc rối loạn đông máu, suy nặng gan, tim hoặc thận
Ketoprofen	50 mg/mL	50 mg, tiêm bắp mỗi 6-8 giờ	

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng ¹	Liều dùng	Lưu ý
Diclofenac	Gel 0,1%; gel 1%	Thoa 2-4 g mỗi 6-8 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Có thể gây tác dụng tại chỗ (ngứa, phát ban, viêm da tiếp xúc, khô da, đau, tróc da, dị cảm, rụng lông tóc, phù, nhạy cảm ánh sáng) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân đã biết quá mẫn với thuốc hoặc với bất kỳ thành phần nào trong công thức, bao gồm người đã bị hen, phù mạch, mày đay, hoặc viêm mũi do dùng aspirin hoặc bất kỳ NSAID nào khác Không thoa lên vùng da không nguyên vẹn hoặc da bị tổn thương (ví dụ: viêm da tiết dịch, chàm, vết thương nhiễm trùng, các vết bỏng hoặc vết thương)
	Extra gel 1%	Thoa 2-4 g mỗi 6-8 giờ	
	Emulgel 1%	Thoa lên vùng tổn thương mỗi 6-8 giờ	
	Emulgel 23,2%	Thoa lên vùng tổn thương mỗi 12 giờ	
	Dạng bột 1%	Thoa một lớp mỏng lên vùng tổn thương mỗi 6-8 giờ	
	Kem-gel 1,17%	Thoa lên vùng tổn thương mỗi 6-12 giờ	
	Lotion 1%	Thoa lên vùng tổn thương mỗi 8 giờ	
	Miếng dán 1%	Dán 1 miếng mỗi 12-24 giờ	
	Cao dán 180 mg	Dán 1-2 miếng mỗi 24 giờ	
Thuốc xịt 1%	Xịt lên vùng tổn thương mỗi 6-8 giờ		
Esflurbiprofen	Miếng dán 40 mg	Dán lên vùng tổn thương mỗi 24 giờ Liều tối đa: 2 miếng/ngày	
Etofenamate	Gel 5%	Thoa 5-10 cm mỗi 6-8 giờ	
	Thuốc xịt 1%, 5%	Xịt 7 lần (18,4 mg) lên vùng tổn thương mỗi 4-8 giờ	
Flurbiprofen	Cao dán 40 mg	Dán 1 miếng mỗi 12 giờ	
Ibuprofen	Gel 5%	Thoa 50-125 mg (4-10 cm) mỗi 4-6 giờ	

¹Trên thị trường có nhiều hàm lượng. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - DÙNG TẠI CHỖ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Hàm lượng ¹	Liều dùng	Lưu ý
Indomethacin	Thuốc xịt 8 mg/mL	Xịt lên vùng tổn thương 3-5 lần mỗi ngày Liều tối đa: 25 mL/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Có thể gây tác dụng tại chỗ (ngứa, phát ban, viêm da tiếp xúc, khô da, đau, tróc da, dị cảm, rụng lông tóc, phù, nhạy cảm ánh sáng) Trolamine salicylate có thể gây kích ứng nhẹ hay đỏ vùng da được thoa thuốc Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân đã biết quá mẫn với thuốc hoặc với bất kỳ thành phần nào trong công thức, bao gồm người đã bị hen, phù mạch, mày đay, hoặc viêm mũi do dùng aspirin hoặc bất kỳ NSAID nào khác Không thoa lên vùng da không nguyên vẹn hoặc da bị tổn thương (ví dụ: viêm da tiết dịch, chàm, vết thương nhiễm trùng, các vết bỏng hay vết thương) Ngưng sử dụng trolamine salicylate nếu kích ứng da nặng hơn hoặc kéo dài >7 ngày
	Thuốc xịt 10 mg/mL	Xịt lên vùng tổn thương 3-5 lần mỗi ngày	
	Kem 1%	Xoa đều 1,3-3,8 cm lên vùng tổn thương mỗi 5-8 giờ	
Ketoprofen	Miếng dán 2%	Thoa mỗi 24 giờ	
	Gel 2,5%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
	Cao dán 30 mg	Dán 1 miếng mỗi 12 giờ	
	Thuốc đạn 100 mg	Đơn trị: đặt 1 viên mỗi 12 giờ Phối hợp với thuốc uống: đặt 1 viên lúc đi ngủ	
Nimesulide	Gel 10 mg/g	Thoa lên vùng tổn thương mỗi 8-12 giờ	
Piroxicam	Gel 0,5%	Xoa bóp 1-3 g (hoặc 1,5-4,5 cm) mỗi 6-8 giờ	
	Miếng dán 48 mg	Dán 1 miếng mỗi 48-72 giờ	
Trolamine salicylate (triethanolamine salicylate)	Gel 12%	Thoa lên vùng tổn thương mỗi 6-8 giờ	

¹Trên thị trường có nhiều hàm lượng. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ CƠ XƯƠNG - TIÊM TRONG KHỚP

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Hylan G-F 20	THK gối: 16 mg, tiêm trong khớp 1 lần mỗi tuần trong 3 tuần hoặc 48 mg tiêm trong khớp liều duy nhất THK hông, mắt cá, vai: Bắt đầu 16 mg, tiêm trong khớp, mỗi thứ 2 có thể dùng sau 1-3 tháng	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (bầm chỗ tiêm, đỏ da, đau, sưng, ngứa); Thần kinh cơ & xương (đau khớp) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tháo dịch khớp (nếu có) trước khi tiêm Không tiêm ngoài khớp hoặc vào trong hoạt dịch gối Tránh dùng ở bệnh nhân có nhiễm trùng khớp, bệnh ngoài da ở vị trí tiêm Sử dụng thận trọng nếu có ứ trệ tĩnh mạch hoặc mạch bạch huyết ở chân Tránh các hoạt động nặng trong 48 giờ sau tiêm

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ CƠ XƯƠNG - TIÊM TRONG KHỚP (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Natri hyaluronate (acid hyaluronic acid) ¹	20 mg, tiêm trong khớp 1 lần/tuần trong 3-5 tuần hoặc 24 mg, tiêm trong khớp 1 lần/tuần trong 2 tuần hoặc 20-25 mg, tiêm trong khớp 1 lần/tuần trong 3-5 tuần hoặc lên đến 30 mg, tiêm trong khớp 1 lần/tuần trong 3-4 tuần Có thể lặp lại sau 6 tháng tùy vào tình trạng bệnh nhân hoặc 60 mg, tiêm trong khớp liều duy nhất	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (bầm chỗ tiêm, đỏ da, đau, sưng, ngứa); Thần kinh cơ & xương (đau khớp) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tháo dịch khớp (nếu có) trước khi tiêm Không tiêm ngoài khớp hoặc vào trong hoạt dịch gối Tránh dùng ở bệnh nhân có nhiễm trùng khớp, bệnh ngoài da ở vị trí tiêm Sử dụng thận trọng nếu có ứ trệ tĩnh mạch hoặc mạch bạch huyết ở chân Tránh các hoạt động nặng trong 48 giờ sau tiêm

¹Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ CƠ XƯƠNG - ĐƯỜNG UỐNG

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Chondroitin/ glucosamine ²	Viên nén: Chondroitin 400 mg/ glucosamine 500 mg 1 viên nén, uống mỗi 6-8 giờ Chondroitin 300 mg/glucosamine 500 mg 1 viên nén, uống mỗi 8 giờ Bột pha dung dịch uống: Chondroitin 600 mg/glucosamine 750-942 mg 2 gói, uống mỗi 24 giờ hoặc chia làm 2 liều Chondroitin 1.200 mg/glucosamine 1.500-1.884 mg 1 gói, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (khó tiêu, buồn nôn, đầy hơi, táo bón, tiêu chảy); TKTU¹ (đau đầu, ngày ngật); Tác dụng khác (phát ban, ngứa, ban đỏ, phù ngoại biên, nhịp tim nhanh) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử chảy máu, có rối loạn cầm máu, hoặc các vấn đề về cầm máu liên quan đến thuốc Sử dụng thận trọng khi đang điều trị đồng thời với thuốc chống đông hoặc chống tiểu cầu
Glucosamine ²	Triệu chứng nhẹ - trung bình: 500 mg, uống mỗi 12 giờ trong ≥6 tuần Triệu chứng nặng: Liều khởi đầu: 500 mg, uống mỗi 8 giờ trong ≥8 tuần Liều duy trì: 500 mg, uống mỗi 12 giờ trong 3-4 tháng Dạng glucosamine sulfate viên nén/bột pha dung dịch uống: 1.500 mg, uống mỗi 24 giờ dùng liều duy nhất hoặc chia thành 2-3 liều	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Thỉnh thoảng có báo cáo về khó chịu nhẹ trên đường tiêu hóa hay khó chịu ở dạ dày Có thể gây ra ngứa gà, ngày ngật, hoặc mất ngủ Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống cùng thức ăn Viên sủi bọt: Hòa tan trong ít nhất 100 mL nước; bột pha dung dịch uống: Hòa tan trong ít nhất 250 mL nước Tránh dùng ở bệnh nhân dị ứng với sò hến, tôm cua; đang có tình trạng chảy máu (ví dụ: loét dạ dày, chảy máu nội sọ) Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, có tiền sử chảy máu, rối loạn cầm máu, hoặc các vấn đề về cầm máu có liên quan đến thuốc Sử dụng thận trọng khi đang điều trị đồng thời với thuốc chống đông hoặc chống tiểu cầu, ở bệnh nhân cần tỉnh táo (ví dụ: lái xe hoặc vận hành máy móc)

²Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ CƠ XƯƠNG - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Diacerein	50 mg, uống mỗi 24 giờ trong 1 tháng đầu, sau đó là 50 mg, uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn, đau thượng vị) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống cùng thức ăn Tránh dùng ở bệnh nhân có viêm ruột (như bệnh Crohn, loét đại tràng), tắc ruột, suy gan & thận nặng
Collagen type 2 không biến tính (UC-II)/chiết xuất nhựa cây <i>Boswellia serrata</i> (aflapin)	Collagen type 2 không biến tính (UC-II) 40 mg/chiết xuất nhựa cây <i>Boswellia serrata</i> (aflapin) 100 mg 1 viên nang, uống mỗi 24 giờ trong 3-6 tháng	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân quá mẫn với hoạt chất hoặc bất kỳ tá dược nào Không nên dùng cho phụ nữ có thai & cho con bú
Dầu trái bơ & dầu đậu nành không xà phòng hóa	300 mg, uống mỗi 24 giờ trong 3-6 tháng	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hiếm gặp các rối loạn trên đường tiêu hóa, gan mật & hệ miễn dịch Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Nên uống cùng thức ăn Tránh dùng ở bệnh nhân <18 tuổi

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ CƠ XƯƠNG - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Acid béo cetyl hóa (CFA)	Kem 7,5%	Thoa kem lên vùng khớp bị ảnh hưởng mỗi 12 giờ	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thoa lên vùng da nguyên vẹn Dùng thận trọng ở phụ nữ mang thai & cho con bú & trẻ em <12 tuổi
Phosphatidylcholine (phosphatidylcholine đậu nành, phosphatidyl choline)	Gel	Thoa gel lên vùng khớp bị ảnh hưởng mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Có báo cáo về các trường hợp kích ứng da nhẹ Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thoa trên da khô và chờ thuốc khô Tránh thoa trên vết thương hở & vùng da bị nhiễm trùng Không thoa vào mắt, mũi hoặc miệng Sử dụng thận trọng ở phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú & trẻ em

CÁC LIỆU PHÁP BỔ TRỢ & THỰC PHẨM CHỨC NĂNG

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Collagen thủy phân ¹	1.200 mg, uống mỗi 24 giờ lúc đi ngủ	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Nên uống lúc bụng đói Chống chỉ định ở bệnh nhân có bệnh gan hoặc thận, theo chế độ ăn ít đạm; có thai & cho con bú

¹Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

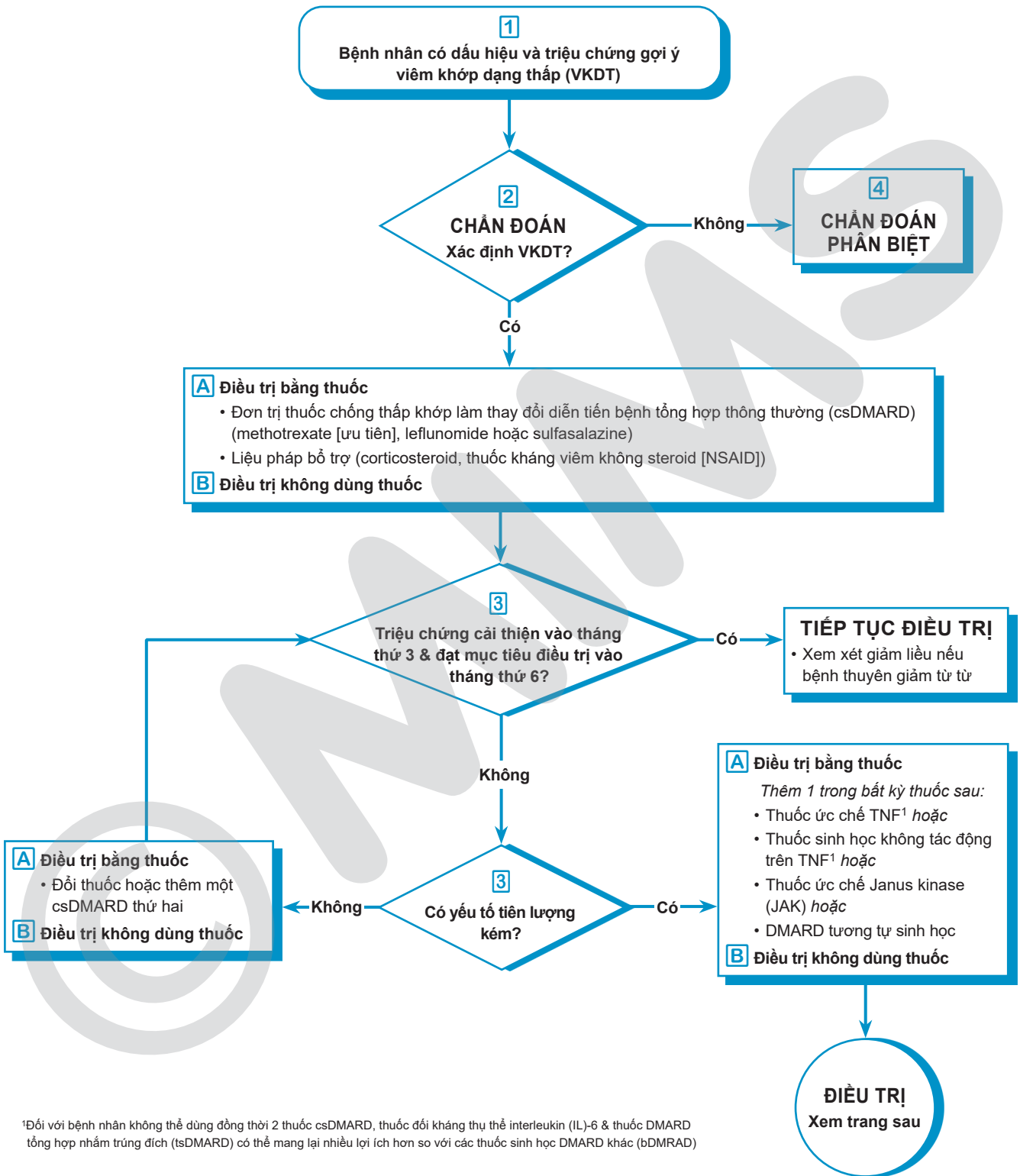
Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

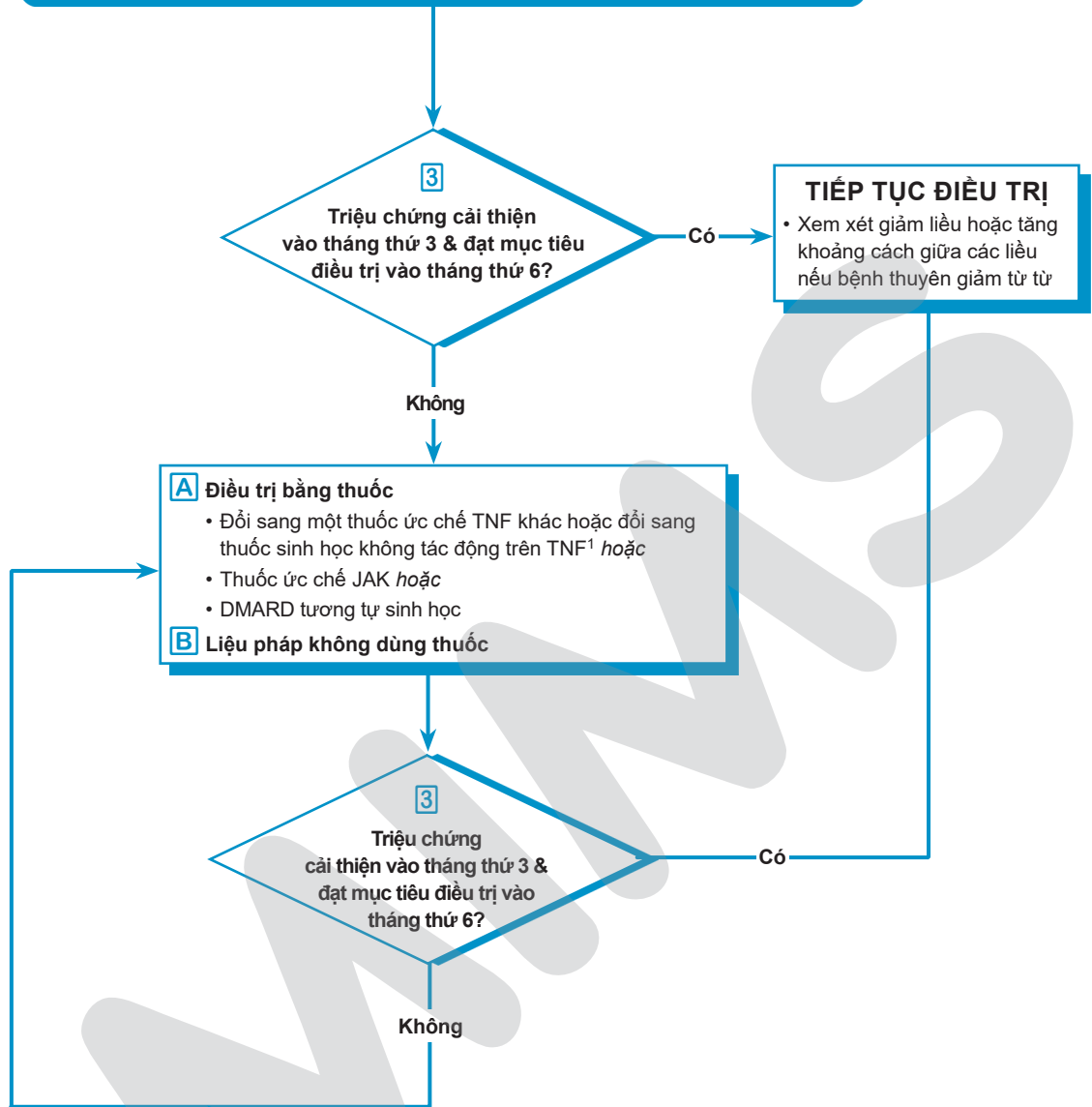
Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Viêm Khớp Dạng Thấp (1/22)



¹Đối với bệnh nhân không thể dùng đồng thời 2 thuốc csDMARD, thuốc đối kháng thụ thể interleukin (IL)-6 & thuốc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích (tsDMARD) có thể mang lại nhiều lợi ích hơn so với các thuốc sinh học DMARD khác (bDMARD)

ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CÓ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG KÉM (TIẾP THEO)



¹Ở bệnh nhân thất bại khi điều trị với 1 thuốc ức chế TNF, xem xét dùng thêm 1 thuốc ức chế TNF thứ hai hoặc đổi sang thuốc thuộc nhóm dược lý khác

1 VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (VKDT)

- Là tình trạng viêm mạn tính ở khớp, không rõ nguyên nhân
 - Là bệnh viêm khớp tự miễn thường gặp nhất ở người lớn
 - Tình trạng viêm màng hoạt dịch kéo dài dẫn đến tiến triển phá hủy và gây biến dạng khớp
 - Có thể là kết quả của sự tương tác giữa yếu tố di truyền & môi trường

Dịch tễ học

- Tỷ lệ hiện mắc trên thế giới khoảng 0,24%
- Ít phổ biến nhất ở người ở khu vực Đông/Đông Nam Á so với các nhóm dân tộc Tây Âu và Bắc Mỹ
- Thường gặp ở phụ nữ hơn so với nam giới. Nguy cơ mắc bệnh tăng khi lớn tuổi

Sinh bệnh học

- Sự kích hoạt hệ thống tự miễn hoặc nhiễm trùng có thể gây tăng sinh nguyên bào sợi & đại thực bào trong màng hoạt dịch
 - Các vùng quanh mạch máu bị thâm nhiễm bởi các tế bào lympho & tế bào nội mô tăng sinh sau đó là sự tăng sinh mạch máu mới, các mạch máu này bị tắc bởi các tế bào viêm hoặc các cục máu đông nhỏ
 - Sự phát triển không đều của mô hoạt dịch bị viêm phát triển theo thời gian cùng với sự hình thành pannus xâm lấn
 - Sụn & xương sau đó bị phá hủy bởi sự xâm lấn của pannus, cùng với sự bào mòn xương do hoạt hóa hủy cốt bào bởi nguyên bào sợi và tế bào viêm nhiễm
 - Tiếp tục phá hủy thêm khớp và phát triển các biến chứng toàn thân khi giải phóng một số cytokine, interleukin (IL), yếu tố tăng trưởng & proteinase
- Kháng thể kháng protein citrulline hóa (ACPA) xuất hiện ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp gắn kết với các gốc được citrulline hóa trên các protein trong cơ thể (như fibrinogen, collagen type 2) dẫn đến hoạt hóa bổ thể
 - Sự hiện diện kháng thể trong bệnh viêm khớp dạng thấp được gọi là viêm khớp dạng thấp huyết thanh dương tính
- Kích hoạt lặp đi lặp lại hệ miễn dịch bẩm sinh của bệnh nhân cũng được xem là cơ chế gây bệnh viêm khớp dạng thấp do môi trường

Yếu tố nguy cơ

- Bao gồm: Nữ giới, lớn tuổi, gia đình (người thân hàng thứ 1) & di truyền (ví dụ: Gen kháng nguyên bạch cầu người [HLA]-DRB1, chế độ ăn nhiều calo ít chất xơ, ít hoạt động thể chất, béo phì, tình trạng kinh tế-xã hội & dân trí thấp, stress
- Các yếu tố nguy cơ từ môi trường bao gồm hút thuốc lá, phơi nhiễm qua đường hô hấp (như silica, phân bón hóa học), bệnh niêm mạc hoặc nha chu (rối loạn vi khuẩn) mạn tính, và nhiễm trùng do vi khuẩn và virus
 - Hút thuốc làm tăng tỉ lệ mắc VKDT ở bệnh nhân có ACPA
 - Vi khuẩn (như: *Escherichia coli*, *Helicobacter pylori*, *Proteus mirabilis*, *Mycobacteria*, *Mycoplasma*, *Streptococcus*), virus (như: virus Epstein-Barr, rubella, parvovirus B19) & bệnh nha chu (*Porphyromonas gingivalis*) cũng có mối liên quan mật thiết với tỷ lệ VKDT

Biểu hiện lâm sàng**Biểu hiện chung**

- Đau và/hoặc sưng khớp
- Cứng khớp vào buổi sáng, kéo dài ≥ 1 giờ
- Đau cơ, mệt mỏi, sụt cân, sốt nhẹ, trầm cảm
- Thường xuất hiện ở các khớp ngón tay, cổ tay, ngón chân
 - Cũng gặp ở các khớp chi trên & chi dưới (như khớp vai, khớp khuỷu tay, đầu gối và cổ chân)
- Đôi khi cũng gặp hội chứng đau đa cơ dạng thấp

Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm

- Các dấu hiệu và triệu chứng xuất hiện <6 tháng & phù hợp với tiêu chuẩn phân loại của VKDT

Viêm khớp dạng thấp giai đoạn toàn phát

- Các dấu hiệu và triệu chứng xuất hiện ≥ 6 tháng & phù hợp với tiêu chuẩn phân loại của VKDT

Hội chứng thấp tái phát

- Theo kiểu từng giai đoạn
 - Khớp có thể bị tổn thương trong vài giờ đến vài ngày, sau đó là giai đoạn không có triệu chứng kéo dài từ vài ngày đến vài tháng

Viêm khớp không chuyên biệt

- Có thể là khởi phát của bệnh lý đa khớp
 - Thời gian từ viêm một khớp chuyển thành viêm đa khớp có thể từ vài ngày đến vài tuần ở bệnh nhân đang có bệnh tiến triển
- Thường xuất hiện ở các khớp lớn (như khớp vai, cổ tay, hông, đầu gối, cổ chân)
- Tiền căn chấn thương khớp có thể là biến cố gây khởi phát bệnh

Triệu chứng ngoài khớp

- Thiếu máu, mệt mỏi, viêm màng ngoài tim-màng phổi, bệnh phổi kẽ, bệnh thần kinh, viêm móng mắt, hội chứng Sjogren, viêm mạch máu
- Xuất hiện các nốt thấp dưới da trên cơ duỗi ở vùng khuỷu tay & trên gân gót Achilles
- Lách to

Mức độ bệnh

- VKDT có thể phân loại là thể nhẹ, trung bình hoặc nặng, áp dụng tốt nhất cho bệnh nhân chưa điều trị

Bệnh nhẹ

- Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn của VKDT, có <6 khớp bị viêm, không có triệu chứng ngoài khớp & không có bằng chứng của bào mòn khớp hoặc mất sụn thấy được trên X-quang

Bệnh trung bình

- Bệnh nhân có 6-10 khớp bị viêm
- Có một vài trong số các đặc điểm sau: Tăng tốc độ lắng máu (ESR) và/hoặc CRP, có yếu tố thấp và/hoặc ACPA, X-quang cho thấy có viêm cũng như hẹp khe khớp nhẹ & bào mòn lượng ít ở ngoại vi, không có bệnh ngoài khớp

Bệnh nặng

- Bệnh nhân có >20 khớp bị viêm, tăng ESR và/hoặc CRP
- Có ≥ 1 đặc điểm lâm sàng sau: Thiếu máu do bệnh mạn tính và/hoặc hạ albumin máu, có yếu tố thấp và/hoặc ACPA, X-quang cho thấy có bào mòn xương & mất sụn, có bệnh ngoài khớp

2 CHẨN ĐOÁN

- Dựa trên thăm khám thực thể & tiền sử bệnh toàn diện của bệnh nhân (dấu hiệu & triệu chứng lâm sàng), kết quả xét nghiệm và hình ảnh học
- Cần chẩn đoán sớm để giảm ảnh hưởng của bệnh trên nhiều hệ cơ quan khác

Khám lâm sàng

- Đau & sưng khớp là đặc điểm chính của VKDT
- Giới hạn hoặc hạn chế phạm vi chuyển động của khớp
- Các tổn thương khớp ở bàn tay & bàn chân thường xuất hiện trong giai đoạn sớm của VKDT
 - Viêm đa khớp đối xứng ở khớp gian đốt ngón tay, khớp bàn tay-ngón tay, và/hoặc khớp gian đốt gần của bàn tay và khớp đốt bàn chân-ngón chân gợi ý khả năng cao mắc VKDT
- Biến dạng khớp do khớp & dây chằng bị phá hủy là những biểu hiện muộn của VKDT
 - Bàn tay lệch ra ngoài hoặc “bàn tay giò thỏ”
 - Cổ tay lệch vào trong
 - Ngón tay hình thoi & ngón tay “hình cổ cò”
 - Ngón chân hình búa
 - Chứng cứng khớp (ít gặp)
 - Gối vẹo ngoài hoặc vẹo trong cũng có thể nhìn thấy do tình trạng bào mòn ở giữa lõi cầu xương đùi & đầu trên xương chày

Xét nghiệm**Yếu tố thấp (RF-Rheumatoid factor)**

- Có ở khoảng 60-80% bệnh nhân VKDT
- Không dùng để theo dõi bệnh nhân VKDT nhưng giúp chẩn đoán, đặc biệt nếu đo cùng với ACPA
 - Bệnh nghiêm trọng hơn khi có cả RF và ACPA
- Nồng độ yếu tố thấp hiếm khi thay đổi theo mức độ hoạt động của bệnh

Kháng thể kháng protein citrulline hóa (ACPA-Anti-citrullinated protein antibody)

- Tiến hành test ACPA khi yếu tố thấp âm tính
- Có độ nhạy trong chẩn đoán tương tự như yếu tố thấp nhưng độ đặc hiệu cao hơn (khoảng 95-98%)
- Không khuyến cáo dùng để theo dõi bệnh nhân VKDT

Các chất phản ứng giai đoạn cấp

- Chỉ dấu viêm ESR & CRP không đặc hiệu cho VKDT nhưng phản ánh mức độ viêm màng hoạt dịch
- Theo dõi các chất phản ứng giai đoạn cấp này có thể đánh giá mức độ hoạt động của bệnh

Công thức máu toàn bộ

- Có thể cho thấy thiếu máu do bệnh mạn tính, tăng bạch cầu & tăng tiểu cầu

Hình ảnh học**X-quang**

- Thường dùng để đánh giá tổn thương khớp thứ phát do VKDT
- Những thay đổi sớm như sưng mô mềm & mất chất khoáng đầu xương cạnh khớp
- Những thay đổi muộn như bào mòn vỏ xương & quanh rìa khớp
- Giảm độ nhạy nếu chụp trong 6 tháng đầu của tiến trình bệnh

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Nhạy hơn X-quang thông thường để phát hiện phá hủy xương
- Phát hiện bào mòn xương & viêm màng hoạt dịch cận lâm sàng sớm hơn trong tiến trình bệnh
- Có thể dùng cho bệnh nhân nghi ngờ bệnh tủy sống cổ

Siêu âm

- Là phương pháp thay thế để ước lượng mức độ viêm và lượng mô bị viêm
- Khi thực hiện cùng với MRI sẽ cho thấy các đặc điểm của viêm khớp mà không có chứng cứ trên thực thể (như viêm màng hoạt dịch cận lâm sàng khiến nghi ngờ có VKDT) & phát hiện bào mòn xương trong giai đoạn sớm của bệnh
- Cũng có thể dùng để đánh giá khớp khi tiến hành tiêm steroid trong khớp
- Không nên dùng thường quy để đánh giá & theo dõi mức độ hoạt động bệnh VKDT ở người lớn

Tiêu chuẩn phân loại mới cho viêm khớp dạng thấp

- Do Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology-ACR) & Liên đoàn Chống Thấp khớp Châu Âu (Board of Directors & European League Against Rheumatism-EULAR) ban hành
- Có thể áp dụng tại nhiều vị trí để đánh giá bệnh nhân khi có tiến triển các dấu hiệu & triệu chứng bệnh
- Chỉ áp dụng cho bệnh nhân có viêm màng hoạt dịch trên lâm sàng ở ít nhất 1 khớp & tình trạng viêm này không phải do bệnh lý khác gây ra
- Bệnh nhân được xác định là có VKDT khi có tổng số điểm $\geq 6/10$
- Số lượng và vị trí các khớp bị tổn thương
 - 5 điểm khi có tổn thương >10 khớp, trong đó có ít nhất 1 khớp nhỏ¹
 - 3 điểm khi có tổn thương 4-10 khớp nhỏ¹
 - 2 điểm khi có tổn thương 1-3 khớp nhỏ¹
 - 1 điểm khi có tổn thương 2-10 khớp lớn (như vai, khuỷu tay, hông, gối, cổ chân)
- Bất thường huyết thanh học (cần ít nhất 1 kết quả xét nghiệm)
 - 3 điểm khi có nồng độ yếu tố thấp hoặc ACPA cao (>3 lần giới hạn trên của giá trị bình thường)
 - 2 điểm khi có nồng độ yếu tố thấp hoặc ACPA thấp (≤ 3 lần giới hạn trên của giá trị bình thường)
- Bất thường về các chất phản ứng giai đoạn cấp tính (cần ít nhất 1 kết quả xét nghiệm)
 - 1 điểm khi có protein phản ứng C (CRP) hoặc tốc độ lắng máu (ESR) bất thường
- Thời gian xuất hiện triệu chứng
 - 1 điểm khi thời gian ≥ 6 tuần

¹Ví dụ: Khớp bàn tay-ngón tay, khớp gian đốt gần, khớp bàn chân-ngón chân thứ 2 đến thứ 5, khớp gian đốt ngón tay cái, cổ tay

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

3 ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH

- Một vài chỉ số được dùng để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh, giúp theo dõi đáp ứng với điều trị & để xác định lui bệnh
- Các thang điểm thường dùng trên lâm sàng để đo hoạt động của VKDT bao gồm: Thang điểm mức độ hoạt động bệnh (Disease Activity Score) 28 điểm (DAS28) kèm nồng độ ESR hoặc CRP, Chỉ số hoạt động bệnh rút gọn (SDAI - Simplified Disease Activity Index), Chỉ số hoạt động bệnh trên lâm sàng (CDAI-Clinical Disease Activity Index), Thang đo hoạt động của bệnh nhân-II & Nhóm chỉ số đánh giá bệnh thường quy (Routine Assessment Patient Index Data) nhóm 3
- Các điểm số giúp phân loại mức độ hoạt động của bệnh là yếu, trung bình & mạnh

Thang điểm mức độ hoạt động bệnh 28 điểm (DAS28)

- Đánh giá mức độ hoạt động bệnh VKDT dựa trên các tiêu chí sau:
 - Số lượng khớp sưng ở bàn tay (khớp gian đốt ngón tay cái, khớp bàn tay-ngón tay và/hoặc khớp gian đốt gàn), cổ tay, vai, gối, khuỷu tay & chân (khớp bàn chân-ngón chân thứ 2 đến thứ 5)
 - Tốc độ lắng máu (ESR) và protein phản ứng C (CRP) trong huyết thanh
 - Điểm số VAS (Visual Analogue Score) để phân tích đánh giá tổng quát của bệnh nhân về mức độ hoạt động của bệnh trong ngày khám
- Các kết quả được tổng hợp & đánh giá dựa trên tổng điểm:
 - <2,6: Lui bệnh
 - 2,6 - 3,2: Bệnh hoạt động nhẹ
 - 3,2 - 5,1: Bệnh hoạt động trung bình
 - >5,1: Bệnh hoạt động mạnh

Lui bệnh trên lâm sàng

- Mục đích điều trị là lui bệnh trên lâm sàng (đạt được sau 6 tháng điều trị) hoặc nếu không đạt được, thì ít nhất là làm giảm mức độ hoạt động của bệnh
 - Thay đổi điều trị nếu bệnh không cải thiện như mong muốn (mức độ hoạt động <50%) sau 3 tháng điều trị

Định nghĩa lui bệnh trong các thử nghiệm lâm sàng về viêm khớp dạng thấp

- Có 2 định nghĩa được đưa ra bởi ACR/EULAR để định nghĩa lui bệnh VKDT trên lâm sàng, được đề nghị dùng làm tiêu chí đánh giá kết quả trong các nghiên cứu lâm sàng:
 - 1 định nghĩa dựa theo Boolean
 - 1 định nghĩa dựa trên thang điểm tổng hợp đo mức độ hoạt động của VKDT
- Định nghĩa dựa theo Boolean - có thể thực hiện ở bất kỳ thời điểm nào, bệnh nhân cần đạt tất cả các tiêu chí sau:
 - Số khớp đau ≤ 1 (bao gồm cả các khớp bàn chân & cổ chân trong quá trình đánh giá các khớp)
 - Số khớp sưng ≤ 1 (bao gồm cả các khớp bàn chân & cổ chân trong quá trình đánh giá các khớp)
 - CRP ≤ 1 mg/dL
 - Đánh giá tổng quát bệnh nhân ≤ 1 (theo thang điểm 0-10): Dựa trên cảm giác hiện tại của bệnh nhân về bệnh
- Định nghĩa dựa trên thang điểm - thực hiện ở bất kỳ thời điểm nào, bệnh nhân cần có điểm số SDAI $\leq 3,3$ & điểm số CDAI $\leq 2,8$
- Lui bệnh từ từ là ≥ 6 tháng theo định nghĩa dựa trên Boolean hoặc dựa trên thang điểm theo ACR/EULAR
- Lui bệnh ổn định theo ACR/EULAR nghĩa là có nguy cơ bùng phát thất nhất & ít điều chỉnh liều nhất

Yếu tố tiên lượng kém

- Có nhiều khớp bị sưng
- Có bằng chứng sớm bị mòn khớp
- Có RF và/hoặc ACPA, đặc biệt khi nồng độ cao
- Nồng độ chất phản ứng giai đoạn cấp cao
- Bệnh hoạt động mức độ trung bình hoặc cao, kéo dài mặc dù đã điều trị với DMARD tổng hợp thông thường, dựa trên phối hợp nhiều cách đánh giá bao gồm đếm số khớp viêm
- Điều trị thất bại với ≥ 2 DMARD tổng hợp thông thường
- Các yếu tố khác như giới tính nữ, tuổi cao, tiền sử hút thuốc & bị béo phì hoặc thiếu máu

4 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Các bệnh hệ thống: <ul style="list-style-type: none"> - Sốt thấp khớp - Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn - Bệnh Still - Bệnh u hạt (sarcoidosis) • Các hội chứng mô liên kết khác <ul style="list-style-type: none"> - Xơ cứng bì - Hội chứng Sjogren - Lupus ban đỏ hệ thống - Viêm mạch máu hệ thống - Bệnh mô liên kết hỗn hợp | <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh viêm khớp đốt sống • Viêm khớp vảy nến • Viêm khớp phản ứng • Viêm khớp nhiễm trùng • Viêm khớp do tinh thể • Các bệnh nội tiết • Đau xơ cơ • Thoái hóa khớp • Bệnh thừa sắt • Hội chứng cận ung |
|---|--|

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**Mục tiêu của việc điều trị sớm**

- Nhằm đạt lui bệnh từ từ trên lâm sàng & thấy được trên hình ảnh X-quang
 - Mục tiêu ban đầu có thể là làm giảm mức độ hoạt động của bệnh & sau đó làm thuyên giảm bệnh tùy vào tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân & sau khi đánh giá bệnh nhân một cách toàn diện
 - Bệnh hoạt động nhẹ trong vòng 6 tháng là mục tiêu điều trị thay thế trong trường hợp bệnh kéo dài
- Giảm các giới hạn về chức năng & tổn thương khớp về lâu dài

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nên dựa trên việc cùng chia sẻ với bệnh nhân để đưa ra quyết định điều trị tùy theo lựa chọn của bệnh nhân, mức độ hoạt động của bệnh, độ an toàn, các yếu tố liên quan đến bệnh nhân (như bệnh đi kèm), tiến triển của tổn thương cấu trúc, giá thành & tính sẵn có của thuốc
- Nên khởi trị sớm với DMARD ngay khi khẳng định có VKDT để kiểm soát các dấu hiệu & triệu chứng của VKDT & để hạn chế các tổn thương thấy được trên X-quang
 - Nên thực hiện tất cả các xét nghiệm cần thiết (ví dụ: Công thức máu toàn bộ, tốc độ lắng máu, CRP, chức năng gan, thận, X-quang ngực) trước khi khởi trị với DMARD
 - Tầm soát viêm gan B & C trước khi khởi trị với DMARD tổng hợp thông thường & tầm soát viêm gan B, HIV & bệnh lao nhiễm khuẩn (ví dụ: Xét nghiệm da tuberculin & xét nghiệm phóng thích interferon-gamma) trước khi khởi trị với DMARD sinh học, tổng hợp nhắm trúng đích hoặc tương tự sinh học
 - ACR & EULAR khuyến cáo tiêm vắc-xin bất hoạt (phế cầu, cúm, viêm gan B), vắc-xin tái tổ hợp (HPV) & vắc-xin sống giảm độc lực (Herpes zoster [ngoại trừ khi dùng thuốc ức chế TNF & thuốc sinh học không tác động trên TNF]) trước khi khởi trị với DMARD
 - Vắc-xin bất hoạt & vắc-xin tái tổ hợp có thể tiêm trong lúc điều trị với DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
 - Vắc-xin chữa Herpes zoster sống, giảm độc lực nên được tiêm trước khi khởi trị 4 tuần & không bao giờ dùng trong lúc điều trị với DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
- Nên dùng chiến lược điều trị theo mục tiêu, đặc biệt đối với bệnh nhân trước đó chưa điều trị với DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
- Nên thường xuyên theo dõi mức độ hoạt động của bệnh, mỗi 1-3 tháng
- Mục tiêu điều trị là cải thiện tối thiểu 50% trong vòng 3 tháng điều trị & đạt mục tiêu cải thiện hoàn toàn sau 6 tháng
 - Trong 3-6 tháng, cần theo dõi cẩn thận & tăng cường liệu pháp hiện tại hoặc chuyển liệu pháp khác nếu không cải thiện hoặc không đạt mục tiêu
- Ở bệnh nhân chưa điều trị với DMARD, nên cân nhắc đơn trị với DMARD tổng hợp thông thường
- Phác đồ điều trị đầu tiên ở bệnh nhân VKDT giai đoạn sớm & giai đoạn toàn phát nên có methotrexate
 - Nên dùng leflunomide hoặc sulfasalazine khi bệnh nhân có chống chỉ định với methotrexate
- Khi điều trị ngắn hạn trong giai đoạn đầu, sử dụng corticosteroid liều thấp hoặc NSAID ở dạng đơn trị hoặc phối hợp với DMARD cho thấy có lợi ích trong kiểm soát triệu chứng
- Nếu không đạt mục tiêu điều trị với DMARD tổng hợp thông thường đầu tiên, trong trường hợp không có các yếu tố tiên lượng xấu, nên cân nhắc đổi hoặc dùng thêm một DMARD tổng hợp thông thường khác
 - Nếu có yếu tố tiên lượng xấu, nên cân nhắc dùng thêm DMARD sinh học hoặc thuốc ức chế JAK
- Đối với bệnh nhân không dung nạp với các phối hợp DMARD tổng hợp thông thường, điều trị với thuốc đối kháng thụ thể IL-6 & DMARD tổng hợp nhắm trúng đích có thể mang lại nhiều lợi ích hơn so với các DMARD sinh học khác
- Nếu điều trị thất bại với DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích, cân nhắc chuyển sang DMARD sinh học thuộc nhóm khác hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích khác
- Có thể cân nhắc điều trị với thuốc ức chế TNF khác/đối kháng thụ thể IL-6 khác hoặc DMARD khác nếu bệnh nhân không đáp ứng với thuốc ức chế TNF hoặc thuốc đối kháng thụ thể IL-6 dùng trước đó

A ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC**DMARD tổng hợp thông thường**

- Có khả năng làm giảm hoặc ngăn ngừa diễn tiến bệnh thấy được trên X-quang, cải thiện chức năng khớp, duy trì tính nguyên vẹn của khớp, và cải thiện các dấu hiệu & triệu chứng của VKDT
- Lựa chọn khởi trị bằng DMARD nên dựa trên mong muốn của bệnh nhân & các bệnh đi kèm
- Nên bắt đầu điều trị với methotrexate, leflunomide hoặc sulfasalazine càng sớm càng tốt vào thời điểm chẩn đoán
- Có thể mất 8 tuần để thuốc có hiệu quả, do đó cần điều trị bổ trợ với corticosteroid trong giai đoạn này
- Đối với bệnh nhân chưa từng điều trị với DMARD có mức độ hoạt động của bệnh từ trung bình đến cao, khuyến cáo lựa chọn liệu pháp khởi đầu với DMARD tổng hợp thông thường mà không cần dùng glucocorticoid dài hạn (≥ 3 tháng) hơn là liệu pháp glucocorticoid dài hạn

Methotrexate

- Nên được xem là lựa chọn hàng đầu trong số các DMARD tổng hợp thông thường để khởi trị trừ khi có chống chỉ định
- Khi bắt đầu điều trị ở những bệnh nhân chưa từng sử dụng DMARD có mức độ hoạt động của bệnh từ trung bình đến cao, đơn trị liệu bằng methotrexate được khuyến cáo ưu tiên hơn so với:
 - Sulfasalazine hoặc hydroxychloroquine (lựa chọn khởi trị ở bệnh nhân có mức độ hoạt động của bệnh thấp)
 - Đơn trị với DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
 - Phối hợp giữa methotrexate & DMARD sinh học không tác động trên TNF hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
- Là thuốc ưu tiên cho hầu hết các phối hợp & là DMARD thường được lựa chọn vì có hiệu quả & tính an toàn tốt hơn
- Có thể làm tăng hiệu quả của các DMARD sinh học khi điều trị phối hợp
- Được xem là một trong các thuốc có tác động tốt nhất về tần suất lui bệnh & thời gian khởi phát tác dụng

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**DMARD tổng hợp thông thường (Tiếp theo)****Leflunomide, sulfasalazine**

- Nên dùng trong phác đồ điều trị khởi đầu ở bệnh nhân có chống chỉ định hoặc không dung nạp sớm với methotrexate
- Sulfasalazine là một trong các thuốc có tác động tốt nhất về tần suất lui bệnh & thời gian khởi phát tác dụng
 - Có tỷ số nguy cơ-lợi ích tốt

Các DMARD tổng hợp thông thường khác

- Như: azathioprine, chloroquine, ciclosporin, muối vàng (đường tiêm), hydroxychloroquine
- Azathioprine có thể được sử dụng để điều trị viêm khớp dạng thấp đang hoạt động; aspirin, NSAID và/hoặc corticosteroid liều thấp có thể tiếp tục dùng khi điều trị bằng azathioprine
- Ciclosporin có thể được dùng để điều trị viêm khớp dạng thấp nặng ở bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp thông thường, dùng đơn trị hoặc phối hợp với methotrexate khi bệnh chưa đáp ứng đầy đủ với methotrexate
- Muối vàng có thể được xem là một phần của chiến lược điều trị sớm ở bệnh nhân có chống chỉ định hoặc không dung nạp methotrexate
 - Cho thấy có cải thiện trên bệnh nhân thông qua sự biến mất các nốt thấp, giảm sưng khớp & giảm nồng độ CRP
- Hydroxychloroquine là lựa chọn điều trị được dùng như một phần của chiến lược điều trị sớm cho bệnh nhân VKDT mức độ nhẹ nếu không có hoặc không dung nạp methotrexate
 - Trong các trường hợp nhẹ hoặc trong hội chứng thấp tái phát mà không có tiên lượng xấu, hydroxychloroquine là thuốc thay thế cho methotrexate đường uống, leflunomide hoặc sulfasalazine
 - Có hiệu quả cả khi dùng đơn trị hoặc phối hợp

DMARD sinh học

- Thường nhắm vào các cytokine hoặc các thụ thể của cytokine, hoặc trực tiếp chống lại các phân tử khác trên bề mặt tế bào
- Nên phối hợp với DMARD tổng hợp thông thường

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

- Như: adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliximab
- Gắn với TNF- α & ngăn sự tương tác với các thụ thể TNF- α trên bề mặt tế bào để trung hòa chức năng sinh học của chất này (nghĩa là làm thay đổi sự kết dính ở mức độ phân tử, gây nên tình trạng điều hướng bạch cầu)
- Dùng phối hợp với DMARD tổng hợp thông thường ở bệnh nhân có yếu tố tiên lượng kém & thất bại sau khi khởi đầu điều trị với DMARD tổng hợp thông thường
- Có thể chuyển sang một thuốc ức chế TNF khác hoặc thuốc sinh học không tác động trên TNF nếu thất bại với liệu pháp đang dùng
- Tất cả các thuốc này đều cho thấy có hiệu quả tương tự nhau về lui bệnh trên lâm sàng
- Đánh giá lại hiệu quả điều trị sau mỗi 3 tháng
- Cho thấy làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nghiêm trọng & nguy cơ mắc bệnh ác tính
- Chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim sung huyết nặng

Thuốc sinh học không tác động trên TNF

- Như: abatacept (thuốc ức chế đồng kích thích); rituximab (thuốc kháng tế bào B); sarilumab, tocilizumab (thuốc đối kháng thụ thể IL-6)
- Dùng phối hợp với DMARD tổng hợp thông thường ở bệnh nhân có yếu tố tiên lượng kém & thất bại sau khi khởi trị với DMARD tổng hợp thông thường
- Có thể chuyển sang một thuốc không tác động trên TNF khác hoặc sang thuốc ức chế TNF nếu thất bại với liệu pháp đang dùng
- Đánh giá lại hiệu quả điều trị của rituximab sau 6 tháng thay vì 3 tháng do thuốc sinh học không tác động trên TNF có thời gian đạt nồng độ đỉnh dài hơn
 - Khoảng cách giữa 2 đợt điều trị rituximab không nên >6 tháng
 - Nên dùng lại hoặc bắt đầu sử dụng rituximab ở bệnh nhân VKDT trước đó đã điều trị ung thư da hắc tố, tăng sản lympho ác tính, u đặc ác tính hoặc ung thư da không hắc tố trong vòng 5 năm qua
- Abatacept & rituximab không được ưu tiên dùng ở bệnh nhân VKDT huyết thanh âm tính nhưng có lợi ở bệnh nhân có ACPA
- Sarilumab được phê duyệt sử dụng cho bệnh nhân VKDT trung bình-nặng đã điều trị thất bại với ≥ 1 DMARD
- Các thuốc sinh học không tác động trên TNF khác hiện đang được nghiên cứu sử dụng cho VKDT là clazakizumab, & sirukumab, một số nghiên cứu đã cho thấy chúng có hiệu quả & tính an toàn tương tự tocilizumab
 - Các nghiên cứu cho thấy hiệu quả hứa hẹn của sirukumab trong VKDT trung bình-nặng, nhưng thuốc chưa được phê duyệt sử dụng do có những báo cáo về tăng tỷ lệ tử vong

DMARD tương tự sinh học

- Hiện có thuốc tương tự sinh học của adalimumab, etanercept, infliximab & rituximab
- Các thuốc này có độ tương đồng cao với thuốc sinh học tham chiếu của chúng và tương tự về an toàn & hiệu quả
- Được xem là thuốc thay thế hiệu quả cho DMARD sinh học & DMARD tổng hợp nhằm trúng đích, đặc biệt cho bệnh nhân chưa dùng thuốc sinh học trước đó
- Không sử dụng thuốc tương tự sinh học nếu đã có đáp ứng không đầy đủ với thuốc sinh học gốc (hoặc thuốc tương tự sinh học khác của cùng một phân tử) hoặc ngược lại

DMARD tổng hợp nhắm trúng đích

- Như: baricitinib, tofacitinib, upadacitinib
- Thuốc ức chế Janus kinase được khuyến cáo phối hợp với DMARD tổng hợp thông thường cho bệnh nhân điều trị thất bại với đơn trị DMARD tổng hợp thông thường
- Các thuốc ức chế JAK mới gồm peficitinib đã được chấp thuận sử dụng ở Nhật & filgotinib đang được cơ quan quản lý đánh giá
- Khi kê đơn thuốc ức chế JAK, cần xem xét các yếu tố nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch & khối u ác tính

Baricitinib

- Là thuốc ức chế JAK-1 & JAK-2, một số nghiên cứu cho thấy có hiệu quả tốt hơn so với giả dược & các DMARD khác
 - Trong một nghiên cứu trên bệnh nhân có VKDT hoạt động và đang dùng methotrexate, điều trị với baricitinib cho thấy cải thiện rõ rệt hơn trên lâm sàng khi so sánh với giả dược & adalimumab ở bệnh nhân VKDT đáp ứng không đầy đủ với methotrexate
 - Cần có thêm nghiên cứu để chứng minh ưu thế của baricitinib so với các DMARD sinh học

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**DMARD tổng hợp nhắm trúng đích (Tiếp theo)****Tofacitinib**

- Là thuốc ức chế hoạt động của JAK-1 & JAK-3, nhưng cũng có thể ảnh hưởng trên tất cả các đồng dạng JAK, được chứng minh mang lại hiệu quả điều trị trong một số nghiên cứu lâm sàng
 - Trong nghiên cứu ORAL Standard, dùng tofacitinib cho thấy làm giảm đáng kể dấu hiệu & triệu chứng ở bệnh nhân VKDT hoạt động có tiền sử dùng methotrexate so với người dùng giả dược hoặc adalimumab
 - Trong các nghiên cứu ORAL Solo & Step, nghiên cứu ORAL Scan & Sync, tỷ lệ đáp ứng ACR20 cao hơn rõ rệt ở bệnh nhân dùng tofacitinib phối hợp methotrexate sau 3 & 6 tháng tương ứng, so với dùng giả dược phối hợp methotrexate
 - Kết quả của nghiên cứu ORAL Start cho thấy điều trị với tofacitinib cải thiện rõ rệt các tiêu chí đánh giá trên lâm sàng ở nhiều nhóm bệnh nhân trong vòng 24 tháng so với điều trị methotrexate
 - Trong nghiên cứu ORAL Strategy, ACR50 đạt được khi điều trị với phối hợp tofacitinib và methotrexate trong 6 tháng, so với phối hợp adalimumab và methotrexate & tofacitinib đơn trị
 - Cần có thêm nghiên cứu để chứng minh ưu thế của tofacitinib so với các DMARD sinh học

Upadacitinib

- Là thuốc ức chế JAK-1 đã thực hiện thử nghiệm lâm sàng pha III, dùng đơn trị & phối hợp trong nhiều nhóm dân số VKDT
 - Kết quả của nghiên cứu Long-Term Extension (LTE) SELECT-MONOTHERAPY cho thấy đơn trị upadacitinib giúp cải thiện liên tục dấu hiệu & triệu chứng của VKDT trong 84 tuần khi so sánh với bệnh nhân sử dụng liên tục methotrexate
 - Kết quả của nghiên cứu LTE SELECT-COMPARE cho thấy bệnh nhân dùng phối hợp upadacitinib và methotrexate có cải thiện trên lâm sàng tốt hơn bao gồm lui bệnh trong 72 tuần so với dùng phối hợp adalimumab và methotrexate
 - Cả nghiên cứu SELECT-EARLY & SELECT-COMPARE chứng minh bệnh nhân dùng đơn trị upadacitinib hoặc phối hợp upadacitinib với methotrexate có tác dụng ức chế tổn thương cấu trúc khớp thấy được trên X-quang ở xấp xỉ 96 tuần
 - Trong thử nghiệm SELECT-COMPARE, upadacitinib vượt trội so với adalimumab về các tiêu chí: Điểm DAS28-CRP $\leq 3,2$, tỷ lệ đáp ứng ACR50, thay đổi về điểm mức độ đau và thay đổi về Bảng câu hỏi đánh giá sức khỏe-Chỉ số khuyết tật (HAQ-DI) ở tuần 12
 - Trong thử nghiệm lâm sàng SELECT-CHOICE, upadacitinib được chứng minh là vượt trội so với abatacept có các tiêu chí: Thay đổi DAS28-CRP so với giá trị ban đầu & đạt được sự thuyên giảm trên lâm sàng ở tuần 12 ở bệnh nhân bị VKDT & không đáp ứng đủ với DMARD sinh học nhưng có liên quan đến các biến cố bất lợi nghiêm trọng hơn
- Được chỉ định cho VKDT hoạt động mức độ trung bình-nặng ở người lớn có đáp ứng không đủ hoặc không dung nạp với ≥ 1 DMARD (kèm hoặc không kèm methotrexate hoặc DMARD tổng hợp thông thường khác)

Điều trị phối hợp

- Nên cân nhắc phối hợp điều trị DMARD (hơn là đơn trị tuần tự) ở bệnh nhân đáp ứng không đủ với liệu pháp DMARD khởi đầu
- Hầu hết các phối hợp điều trị đều dùng methotrexate làm thuốc cơ bản
- Phối hợp các DMARD tổng hợp thông thường (bao gồm methotrexate và DMARD khác cùng với corticosteroid ngắn hạn) được xem như liệu pháp điều trị hàng đầu
- Các phối hợp được khuyến cáo gồm phác đồ 2 thuốc và 3 thuốc (methotrexate hoặc leflunomide, hydroxychloroquine & sulfasalazine)
 - Ví dụ điều trị phối hợp hai DMARD là methotrexate & hydroxychloroquine, methotrexate & leflunomide, methotrexate & sulfasalazine, và sulfasalazine & hydroxychloroquine
- Các phối hợp DMARD tổng hợp thông thường và DMARD sinh học được dùng để điều trị VKDT mức độ trung bình-nặng
- Có thể cân nhắc phối hợp methotrexate và DMARD sinh học cho bệnh nhân chưa dùng DMARD & có yếu tố tiên lượng kém
- Đối với bệnh nhân không thích hợp để điều trị phối hợp DMARD, bắt đầu với DMARD đơn trị

Điều trị bổ trợ**Thuốc giảm đau**

- Như: paracetamol, aspirin
- Là liệu pháp bổ trợ cho DMARD & NSAID để giảm đau

Corticosteroid

- Đường uống: methylprednisolone, prednisone, prednisolone; tiêm nội khớp: betamethasone, dexamethasone, methylprednisolone, prednisolone, triamcinolone
- Nên xem xét dùng phối hợp corticosteroid đường uống liều thấp (tương đương $<7,5$ mg prednisone/ngày) với DMARD
 - Cho thấy cải thiện nhanh các triệu chứng của VKDT & làm giảm tổn thương thấy được trên X-quang
- Có thể cân nhắc dùng ở bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động trung bình-mạnh
- Cần giảm liều & ngưng thuốc đúng lúc vì dùng corticosteroid kéo dài thường gây tác dụng không mong muốn
 - Nên cân nhắc dùng ngắn hạn (<3 tháng) trong giai đoạn khởi đầu hoặc khi chuyển sang DMARD tổng hợp thông thường khác, nhưng giảm dần liều nhanh nhất có thể theo đáp ứng lâm sàng
 - Có thể tiếp tục dùng kéo dài ở bệnh nhân có bệnh toàn phát nếu đã dùng tất cả các lựa chọn điều trị (bao gồm DMARD sinh học & DMARD tổng hợp nhắm trúng đích) vì đã biết rõ các biến chứng lâu dài
 - Trong trường hợp lui bệnh ổn định sau khi điều trị phối hợp với DMARD, trước tiên nên giảm sử dụng corticosteroid
 - Ngưng điều trị bác cầu corticosteroid ngắn hạn khi điều trị với DMARD tổng hợp thông thường trong vòng 3-6 tháng; tránh điều trị bác cầu khi bắt đầu điều trị DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích do tăng nguy cơ nhiễm trùng
- Sau khi ngừng corticosteroid, có thể xem xét giảm liều DMARD ở bệnh nhân có lui bệnh duy trì
- Tiêm corticosteroid vào khớp được dùng để giảm nhanh triệu chứng ở khớp được tiêm
 - Có thể sử dụng ở bất kỳ khớp nào và không quá 3-4 lần/năm
- Nên uống bổ sung calci (1.000-1.200 mg) & vitamin D (600-800 IU) mỗi ngày để hạn chế tình trạng mất khoáng ở xương
- Nên đánh giá nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân có & không có loãng xương nhưng có nguy cơ gãy xương trung bình-cao

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Điều trị hỗ trợ (Tiếp theo)****Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID)**

- Như: aceclofenac, acemetacin, diclofenac, etodolac, indomethacin, proglumetacin, sulindac (dẫn xuất acid acetic); phenylbutazone (butylpyrazolidine); celecoxib, etoricoxib (các coxib); meloxicam, piroxicam, tenoxicam (dẫn xuất oxicam); dexketoprofen, flurbiprofen, ibuprofen, ketoprofen, loxoprofen, naproxen (dẫn xuất acid propionic); nabumetone (NSAID khác)
- Ngăn cản quá trình tổng hợp prostaglandin bằng cách ức chế men cyclooxygenase
- Giảm đau, sưng & cứng khớp do VKDT và cải thiện chức năng khớp
- Nên dùng thuốc bảo vệ dạ dày ở bệnh nhân VKDT có nguy cơ loét dạ dày tá tràng do NSAID
- Sử dụng liều NSAID thấp nhất thích hợp để làm giảm triệu chứng và dùng trong thời gian ngắn nhất có thể
 - Giảm liều hoặc ngừng điều trị nếu triệu chứng đã thuyên giảm khi điều trị với DMARD

B ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC**Giáo dục bệnh nhân**

- Giáo dục bệnh nhân về bản chất của bệnh, các nguy cơ tổn thương khớp & mất chức năng, kế hoạch điều trị, tiến triển & biến chứng của bệnh
- Nhấn mạnh những lợi ích & nguy cơ của các phương thức điều trị hiện tại & khuyến khích tuân thủ điều trị
- Khuyến bệnh nhân ngừng hút thuốc, kiểm tra răng miệng thường xuyên & mang dụng cụ bảo hộ đường hô hấp nếu có khả năng phơi nhiễm với khí độc hại
- Khuyến bệnh nhân trì hoãn mang thai cho đến khi hoạt động của bệnh ở mức độ thấp hoặc bệnh thuyên giảm và duy trì ít nhất trong 6 tháng
 - Nên tư vấn trước khi mang thai về các tác dụng không mong muốn của thuốc trong thời kỳ mang thai, cho con bú & hoạt động của bệnh trong thời kỳ hậu sản
- Nên tư vấn tâm lý để giúp bệnh nhân điều chỉnh theo tình trạng bệnh
 - Có thể đề xuất liệu pháp nhận thức hành vi và/hoặc phương pháp tiếp cận tâm trí-cơ thể

Vận động

- Cho thấy làm tăng sức cơ, cải thiện chức năng cơ & độ bền của khớp, tăng khả năng vận động trong thời gian dài & hoạt động thể chất
- Xây dựng kế hoạch tập thể dục nhất quán & các bài tập bao gồm: thể dục nhịp điệu, thể dục dưới nước, tập sự linh hoạt, thể dục đối kháng hoặc bài tập tâm trí-cơ thể
- Có thể cải thiện kiểm soát đau toàn diện & chất lượng cuộc sống mà không làm tăng mức độ hoạt động của bệnh
- Các bài tập làm tăng phạm vi cử động giúp phục hồi hoặc bảo tồn khả năng hoạt động của khớp
- Chương trình tập luyện nên được thiết kế riêng cho từng bệnh nhân tùy theo mức độ nặng của bệnh, vóc dáng & mức độ hoạt động trước đó của bệnh nhân

Vật lý trị liệu

- Nhằm làm giảm đau, giảm viêm, bảo tồn sự nguyên vẹn & chức năng của khớp
- Bao gồm các bài tập vận động chủ động & thụ động để cải thiện & duy trì phạm vi cử động của khớp (như các bài tập cho tay), chườm nóng hoặc lạnh & các kỹ thuật giãn cơ
- Nên đề nghị khám bàn chân cho tất cả bệnh nhân
 - Khuyến tất cả bệnh nhân VKDT người lớn sử dụng miếng lót giày chức năng hoặc mang vớ trị liệu

Phục hồi chức năng

- Giúp bệnh nhân vận động thể chất tối đa & cải thiện mức độ độc lập
- Tập trung vào các hoạt động của chi trên
- Có thể giáo dục về kỹ thuật bảo vệ khớp & tự chăm sóc bản thân, và hướng dẫn dùng các dụng cụ hỗ trợ
- Cũng có thể xem xét phục hồi chức năng nghề nghiệp, tức là đánh giá và/hoặc điều chỉnh tại nơi làm việc

Liệu pháp dinh dưỡng và kiểm soát cân nặng

- Khuyến bệnh nhân tập thể dục thường xuyên và thực hiện chế độ ăn uống cân bằng
- Khuyến khích bệnh nhân béo phì giảm cân & duy trì cân nặng giúp cơ thể khỏe mạnh
- Thức ăn giàu dầu cá hoặc acid eicosapentaenoic hoặc acid docosahexaenoic có thể giúp làm giảm các triệu chứng
- Bệnh nhân có thể tuân theo các nguyên tắc của chế độ ăn Địa Trung Hải (nhiều bánh mì, trái cây, cá & rau, ít thịt, & dầu thực vật)

Nẹp

- Nẹp chỉ khi nghỉ ngơi & khi vận động cho thấy giúp giảm đau, tăng độ bền cho khớp & cải thiện chức năng

Các phương pháp can thiệp tích hợp khác

- Có thể bao gồm nẹp, băng, nén và/hoặc sử dụng nẹp chỉnh hình, châm cứu hoặc liệu pháp xoa bóp

PHẪU THUẬT

- Nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ ngoại khoa trước khi tổn thương hoặc biến dạng tiến triển đến mức không phục hồi được trong các trường hợp sau:
 - Đã hoặc sắp đứt dây chằng khớp
 - Chèn ép dây thần kinh (như: hội chứng ống cổ tay)
 - Rạn xương

Chỉ định

- Chỉ định phẫu thuật cho những bệnh nhân có:
 - Đau không thể chịu được
 - Viêm màng hoạt dịch khu trú kéo dài
 - Chức năng khớp xấu dần (mất khả năng giữ vững hoặc giới hạn vận động khớp quá nhiều) & tổn thương khớp
 - Biến dạng khớp tiến triển

Lợi ích

- Phòng ngừa biến dạng khớp
- Cải thiện chức năng khớp và/hoặc phòng ngừa suy giảm thêm nữa chức năng khớp
- Giảm đau

Các phương pháp phẫu thuật**Thủ thuật làm cứng khớp**

- Ưu điểm: Ổn định khớp & giảm đau
- Chỉ định: Bệnh nhân trẻ, hoạt động nhiều, có tổn thương nặng ở một bên khớp
- Chống chỉ định: Tổn thương ở khớp hông đối bên

Phẫu thuật tạo hình khớp

- Tạo hình toàn bộ khớp gối là lựa chọn điều trị phẫu thuật cho phần lớn bệnh nhân VKDT ở khớp gối
 - Giảm đau & có thể tăng phạm vi cử động ở bệnh nhân VKDT tiến triển mà không có lợi khi cắt bao hoạt dịch
- Chỉ định: Bệnh nhân VKDT nhóm III hoặc IV, không có bệnh ở nhiều khớp, khớp hông hoặc khớp cổ chân cùng bên, hoặc khớp đối bên hoặc cả 2 khớp gối
- Biến chứng:
 - Nhiễm trùng vết thương sâu
 - Có bệnh ở nhiều khớp làm giới hạn khả năng phục hồi
 - Quá trình lành mô kém
 - Co cứng gập khớp, lỏng khớp & thiếu xương nặng
- Có thể giảm thiểu biến chứng bằng cách dùng xi măng xương có chứa kháng sinh & tối ưu dinh dưỡng trước khi phẫu thuật

Cắt bao hoạt dịch

- Chỉ định trong trường hợp đáp ứng không đủ với thuốc điều trị sau 6 tháng
- Bệnh giới hạn ở màng hoạt dịch nhưng có thể lan một ít đến sụn hoặc xương hoặc nếu X-quang cho thấy có hẹp khe khớp
- Tỷ lệ thất bại cao ở VKDT giai đoạn tiến triển nếu thực hiện cắt bao hoạt dịch muộn
- Cắt bao hoạt dịch khớp gối qua nội soi khớp giúp kiểm soát viêm bao hoạt dịch, giảm đau & bảo tồn phạm vi cử động đang có
- Ưu điểm của cắt bao hoạt dịch qua nội soi khớp:
 - Vết rạch nhỏ
 - Cắt bỏ hoàn toàn bao hoạt dịch
 - Giảm tỷ lệ nhiễm trùng, tụ máu trong khớp
 - Tăng hoặc duy trì phạm vi cử động
 - Giữ nguyên vẹn cơ tứ đầu đùi
 - Ít phải tập vật lý trị liệu sau phẫu thuật hơn
 - Có hiệu quả kinh tế, đa số bệnh nhân chấp nhận được chi phí thực hiện

Các thủ thuật khác

- Giải phóng ống cổ tay
- Làm dính đốt sống cổ C1-C2
- Làm dính các khớp ngón nhỏ/phẫu thuật tạo hình khớp
- Thay khớp
- Tái tạo dây chằng
- Chuyển dây chằng
- Tạo hình toàn bộ khớp
- Cắt bỏ dây chằng-bao hoạt dịch

C THEO DÕI**Theo dõi độc tính thuốc**

- Gồm công thức máu toàn phần, creatinin huyết thanh, chức năng gan, tầm soát viêm gan B & C, khám mắt (khi điều trị với hydroxychloroquine), tầm soát lao tiềm ẩn (bằng X-quang phổi, khi dùng các DMARD sinh học)
- Khuyến cáo thực hiện trước khi dùng lại hoặc tăng liều điều trị DMARD
- Cần phải theo dõi độc tính thuốc do nguy cơ có tác dụng không mong muốn nghiêm trọng khi dùng DMARD
- Theo dõi điều trị mỗi 2-4 tuần đối với trị liệu VKDT <3 tháng & mỗi 8-12 tuần đối với trị liệu 3-6 tháng
- Khuyến cáo dùng liệu pháp kháng virus dự phòng nhiễm viêm gan B hơn là chỉ theo dõi thường xuyên đối với bệnh nhân HBV mạn tính (HBsAg dương tính) & tiềm ẩn (HBsAg âm tính, anti-HBc dương tính & HBV DNA dương tính) khi bắt đầu điều trị bằng DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích

Giảm điều trị

- Trước khi giảm điều trị, hoạt động của bệnh nên ở mức độ thấp hoặc bệnh thuyên giảm trong ít nhất 6 tháng
- Khuyến cáo giảm liều (giảm liều hoặc tăng khoảng cách giữa các lần dùng thuốc) hơn là ngưng dần từng thuốc DMARD, & nên thực hiện đánh giá chặt chẽ bệnh nhân trong bất kỳ đợt giảm điều trị nào
- Đối với bệnh nhân đang lui bệnh ổn định trong 12 tháng, có thể cân nhắc giảm liều DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích, đặc biệt trong các phối hợp với DMARD tổng hợp thông thường, sau khi giảm liều glucocorticoid
 - Cũng có thể cân nhắc giảm liều DMARD tổng hợp thông thường sau khi ngưng liệu pháp DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích
- Để giảm nguy cơ xảy ra đợt bùng phát, thận trọng khi giảm điều trị & nên ngưng dần các thuốc sinh học
 - Nguy cơ xảy ra đợt bùng phát tỷ lệ nghịch với mức độ hoạt động của bệnh & thời gian đáp ứng duy trì
- Vì khi ngưng điều trị đột ngột sẽ có nguy cơ cao xảy ra các cơn bùng phát, có thể giảm dần liều hoặc tăng khoảng cách giữa các liều đối với tất cả các DMARD sinh học & DMARD nhắm trúng đích để có ít nguy cơ bị cơn bùng phát
 - Phần lớn bệnh nhân khi bị cơn bùng phát có thể đáp ứng tốt giống như trước đó khi dùng lại DMARD sinh học hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích đã sử dụng
- Ngưng điều trị với các DMARD tổng hợp thông thường gây tăng tần suất đợt bùng phát, do đó nên giảm điều trị một cách thận trọng & nên đánh giá nghiêm ngặt

Theo dõi mức độ hoạt động của bệnh

- Mức độ hoạt động của bệnh cần được đo lường thường xuyên & ghi lại định kỳ
 - Bệnh hoạt động trung bình-mạnh: hàng tháng
 - Bệnh hoạt động thấp, duy trì: mỗi 6 tháng
 - Lui bệnh trên lâm sàng: mỗi 6 tháng (với DAS & DAS28)
 - Lui bệnh duy trì: mỗi 3-6 tháng
- Đánh giá các biến chứng của VKDT (ví dụ: Nhiễm trùng, bệnh tim mạch, loãng xương, bệnh ác tính) & kiểm tra thêm khi có chỉ định
- Xem xét sự thay đổi cấu trúc, các bệnh đi kèm & tổn thương chức năng khi ra quyết định điều trị trong quá trình theo dõi

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC GIẢM ĐAU KHÔNG OPIOID		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Anilide		
Paracetamol ¹ (acetaminophen)	325-650 mg, uống mỗi 4-6 giờ hoặc 1.000 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 4 g/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính); Ngoài da (phát ban); Gan (tăng bilirubin, phosphatase kiềm); Chuyển hóa (tăng acid uric, glucose); Tác dụng khác (bệnh thận, phản vệ) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân suy gan nặng hoặc có bệnh gan đang hoạt động Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy dinh dưỡng mạn tính, suy thận nặng, bệnh gan do rượu, thiếu G6PD
Acid salicylic & các dẫn xuất		
Aspirin (acid acetylsalicylic)	300-900 mg, uống mỗi 4-6 giờ Đau & viêm do rối loạn cơ xương khớp Liều khởi đầu: 2,4-3,6 g/ngày, chia nhỏ liều để uống Liều duy trì: 3,6-5,4 g/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, khó tiêu, loét, nôn ra máu); Huyết học (thiếu máu do thiếu sắt khi dùng kéo dài, giảm prothrombin máu); Ngoài da (mề đay, phù mạch); Phản ứng quá mẫn (co thắt phế quản, khó thở); Tác dụng khác (độc gan) Hội chứng nhiễm salicylic (chóng mặt, ù tai, điếc, đỏ mồm, buồn nôn/nôn, đau đầu, lú lẫn) có thể xảy ra sau khi dùng lặp lại liều cao Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng cùng thức ăn để giảm tác dụng lên hệ tiêu hóa Tránh dùng ở bệnh nhân dễ bị xuất huyết hoặc các rối loạn xuất huyết khác, tiền sử dị ứng với các NSAID khác, suy gan hoặc thận nặng, có thai (đặc biệt là 3 tháng cuối) Dùng thận trọng ở bệnh nhân dễ bị khó tiêu, có loét dạ dày, hen phế quản hoặc các rối loạn dị ứng khác, suy gan hoặc thận, mất nước, tăng huyết áp chưa kiểm soát được, thiếu G6PD, đái tháo đường Nên ngưng aspirin vài ngày trước khi phẫu thuật

¹Trên thị trường có dạng kết hợp với các thuốc giảm đau opioid khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

THUỐC GIẢM ĐAU OPIOID		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Tramadol ²	50-100 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, táo bón, khô miệng); TKTU¹ (ngây ngật, lú lẫn, chóng mặt, đau đầu, thay đổi tính tình); Tim mạch (nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, đánh trống ngực) Liều cao có thể gây ức chế/suy hô hấp, suy thận, tụt huyết áp, hôn mê sâu Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân suy hô hấp cấp, tắc nghẽn đường thở, ngộ độc rượu cấp tính, rối loạn co giật, chấn thương đầu, tăng áp lực nội sọ, có nguy cơ liệt ruột, hoặc ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe, vận hành máy móc) Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy giáp, hen, suy gan hoặc thận, suy võ thượng thận, tăng sản tuyến tiền liệt, hạ huyết áp, sốc, viêm hoặc tắc ruột, bệnh nhược cơ

²Trên thị trường có dạng kết hợp với paracetamol. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

HORMON CORTICOSTEROID - TIÊM NỘI KHỚP		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone (betamethasone Na phosphate)	Khớp nhỏ: 0,25-0,5 mL, tiêm nội khớp Khớp trung bình: 0,5-1,0 mL, tiêm nội khớp Khớp lớn: 1-2 mL, tiêm nội khớp	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (sưng đau sau khi tiêm, áp xe vô khuẩn, viêm tắc tĩnh mạch) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Luôn xem xét khả năng hấp thu toàn thân Dùng thận trọng ở bệnh nhân đã có bệnh lý tâm thần, suy tim, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa, suy gan bao gồm cả xơ gan, nhược cơ, đục thủy tinh thể và/hoặc tăng nhãn áp, loãng xương, suy thận, tiền căn rối loạn co giật, bệnh tuyến giáp, sau nhồi máu cơ tim cấp
Dexamethasone	2-6 mg/liều, tiêm nội khớp một lần mỗi 3-5 ngày đối với bao hoạt dịch hoặc một lần mỗi 2-3 tuần đối với khớp hoặc Khớp nhỏ: 0,8-1 mg, tiêm nội khớp Khớp lớn: 2-4 mg, tiêm nội khớp	
Methylprednisolone (methylprednisolone acetate)	Khớp nhỏ: 4-10 mg/liều, tiêm nội khớp Khớp trung bình: 10-40 mg/liều, tiêm nội khớp Khớp lớn: 20-80 mg/liều, tiêm nội khớp	
Prednisolone	5-25 mg/liều, tiêm nội khớp tại mỗi vị trí, mỗi 1-3 tuần	
Triamcinolone (triamcinolone acetonide)	Khớp nhỏ: 2,5-5 mg, tiêm nội khớp Liều tối đa: 10 mg Khớp lớn: 5-15 mg, tiêm nội khớp Liều tối đa: 40 mg	

HORMON CORTICOSTEROID - ĐƯỜNG UỐNG		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	1,5-3 mg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 0,5-1,5 mg/ngày, chia nhỏ liều, giảm 0,25 mg mỗi 2-3 ngày đến liều thấp nhất có thể duy trì đáp ứng lâm sàng thích hợp	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Nội tiết (ức chế tuyến thượng thận, loãng xương, đái tháo đường); Tác dụng khác (rối loạn tâm thần, đục thủy tinh thể, tăng huyết áp, loét dạ dày, teo da, đau & yếu cơ, dễ nhiễm trùng, rối loạn lạnh vết thương) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy tim, nhồi máu cơ tim cấp, đái tháo đường, bệnh lý đường tiêu hóa, suy gan/thận, nhược cơ, rối loạn co giật, loãng xương, bệnh lý tuyến giáp, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp Tránh dùng ở bệnh nhân có bệnh cấp tính do virus, nhiễm nấm toàn thân, loét dạ dày & tá tràng, tiêm vắc-xin virus sống
Dexamethasone	0,75-9 mg, uống mỗi 24 giờ, chia thành 2-4 liều hoặc VKDT hoạt động với đợt tiến triển nặng: 12-16 mg, uống mỗi 24 giờ nếu tốc độ phá hủy khớp nhanh 6-12 mg, uống mỗi 24 giờ nếu biểu hiện ngoài khớp	
Methylprednisolone	4-48 mg, uống mỗi 24 giờ, liều đơn hoặc chia nhỏ liều	
Prednisone	5-10 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng lên 15-20 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (tăng bạch cầu, giảm bạch cầu lympho, giảm bạch cầu ái toan, đa hồng cầu); Nội tiết (suy vỏ thượng thận); Tim mạch/Thận (tăng huyết áp, giữ muối/nước, tăng thải kali); Tác dụng khác (dễ nhiễm trùng) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân nhiễm nấm toàn thân, nhiễm virus cấp tính (như Herpes zoster, viêm giác mạc, thủy đậu) Khởi trị ở liều thấp nhất có thể Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy tim sung huyết, tăng huyết áp, suy thận, suy giáp, loét dạ dày, viêm túi thừa, nổi ruột, viêm loét đại tràng, tăng nguy cơ loãng xương, tiền căn dễ bị loạn thần/cảm xúc không ổn định, tăng nhãn áp góc đóng/mở Theo dõi áp lực nội nhãn, creatin kinase, mật độ khoáng xương trong quá trình điều trị
Prednisolone	Liều khởi đầu: 5-7,5 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng mỗi lần 1 mg sau mỗi vài tuần Liều tối đa: 60 mg/ngày	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DMARD)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc sinh học - kháng TNF		
Adalimumab (adalimumab-adaz, adalimumab-adbm, adalimumab-afzb, adalimumab-atto, adalimumab-bwwd)	40 mg, tiêm dưới da liều duy nhất, cách tuần Có thể tăng tần suất liều lên 40 mg/ tuần hoặc 80 mg cách tuần nếu không điều trị phối hợp với methotrexate	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • TKTU¹ (đau đầu, chóng mặt); Tiêu hóa (khó chịu ở bụng, buồn nôn/nôn); Tác dụng khác (phản ứng tại vị trí tiêm) • Các phản ứng dị ứng/quá mẫn hiếm khi xảy ra <ul style="list-style-type: none"> - Phản ứng quá mẫn có thể xảy ra trong vòng 2 giờ sau khi truyền infliximab • Rối loạn tự miễn hiếm gặp cũng được ghi nhận • Nhiễm trùng nghiêm trọng & có khả năng gây tử vong (như nhiễm vi khuẩn, nhiễm lao, nhiễm virus, nhiễm nấm) cũng được ghi nhận <ul style="list-style-type: none"> - Đã có các báo cáo tái hoạt hóa nhiễm lao tiềm ẩn & nhiễm mới - Hiếm gặp tái hoạt hóa nhiễm virus viêm gan B cũng đã xảy ra • U lympho & các bệnh ác tính khác <ul style="list-style-type: none"> - Có báo cáo về tăng nguy cơ phát triển u lympho tế bào T ở gan-lách, đặc biệt là ở trẻ vị thành niên & người trẻ tuổi • Các phản ứng nghiêm trọng trên gan được ghi nhận khi dùng infliximab
Certolizumab pegol	Liều khởi đầu: 400 mg, tiêm dưới da mỗi 24 giờ, ở tuần 0, 2 & 4 Liều duy trì: 200 mg, tiêm dưới da mỗi 2 tuần hoặc 400 mg, tiêm dưới da mỗi 4 tuần	
Etanercept (etanercept-szsz, etanercept-ykro)	25 mg, tiêm dưới da 2 lần/tuần hoặc 50 mg, tiêm dưới da 1 lần/tuần	
Golimumab	50 mg, tiêm dưới da 1 lần/tháng hoặc Liều khởi đầu: 2 mg/kg, truyền TM trong 30 phút, dùng phối hợp với methotrexate Liều tiếp theo: dùng sau đó 4 tuần & sau đó dùng mỗi 8 tuần	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Không dùng ở bệnh nhân nhiễm trùng mạn tính đang hoạt động hoặc nhiễm trùng tại chỗ • Dùng thận trọng ở bệnh nhân rối loạn huyết học, suy tim, tiền căn nhiễm trùng mới/tái phát, có tình trạng dễ bị nhiễm trùng (như đái tháo đường), rối loạn thoái hóa myelin ở hệ thần kinh trung ương <ul style="list-style-type: none"> - Infliximab nên được dùng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử cơ giật • Nên chuẩn bị sẵn thuốc & các thiết bị điều trị tức thời cho các phản ứng quá mẫn • Theo dõi các dấu hiệu & triệu chứng của bệnh ác tính (như lách to, gan to, đau bụng, sốt kéo dài, đổ mồ hôi đêm, sụt cân) • Ngưng tạm thời điều trị etanercept ở bệnh nhân phơi nhiễm đáng kể với virus thủy đậu <ul style="list-style-type: none"> - Có thể điều trị bằng globulin miễn dịch varicella zoster • Ngưng điều trị infliximab ở bệnh nhân có các tác dụng không mong muốn đáng kể trên thần kinh trung ương, vàng da hoặc men gan tăng ≥ 5 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN) • Nên tầm soát viêm gan và lao trước khi điều trị • Hoàn tất tiêm chủng theo lịch trình cho bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị
Infliximab (infliximab-abda, infliximab-axxq, infliximab-dyyb, infliximab-qbtq)	Phối hợp với methotrexate: Liều khởi đầu: 3 mg/kg, truyền TM trong 2 giờ; tiếp theo, truyền thêm liều 3 mg/kg ở tuần thứ 2 & 6 sau liều truyền đầu tiên, sau đó truyền mỗi 8 tuần Có thể tăng liều đến 10 mg/kg.	

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DMARD) (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc sinh học - không tác động trên TNF		
Abatacept	<p><60 kg: 500 mg 60-100 kg: 750 mg >100 kg: 1.000 mg</p> <p>Liều dùng tính theo cân nặng và truyền tĩnh mạch trong 30 phút Lặp lại liều ở tuần thứ 2 & 4 sau lần truyền đầu tiên & mỗi 4 tuần sau đó</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (đau đầu, chóng mặt, sốt); Tiêu hóa (khó chịu ở bụng, buồn nôn); Tác dụng khác (nhiễm trùng, tăng huyết áp, nổi ban, đau lưng, phản ứng do truyền thuốc) Các phản ứng dị ứng có thể xảy ra Việc dùng thuốc có thể ảnh hưởng đến khả năng đề kháng với các bệnh ác tính <ul style="list-style-type: none"> Các thử nghiệm lâm sàng đã ghi nhận tăng nguy cơ mắc bệnh u lympho & ung thư phổi <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân COPD, có tiền sử nhiễm trùng mới/tái phát, có tình trạng khiến dễ bị nhiễm trùng Tầm soát viêm gan & lao trước khi điều trị Hoàn tất tiêm chủng theo lịch trình trước khi bắt đầu điều trị
Rituximab (rituximab-abbs, rituximab-pvvr)	<p>Ở bệnh nhân dùng rituximab kèm glucocorticoid (methylprednisolone 100 mg tiêm TM hoặc tương đương): Tiêm glucocorticoid 30 phút trước mỗi lần truyền để làm giảm tần suất và độ nặng của các phản ứng do truyền thuốc</p> <p>Khi dùng kết hợp với methotrexate: Rituximab 1 g, truyền TM vào ngày 1 & 15 (cho tổng 2 liều/đợt điều trị) Đợt tiếp theo của rituximab & methotrexate có thể dùng mỗi 24 tuần hoặc tùy theo đánh giá lâm sàng, nhưng không được sớm hơn mỗi 16 tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (tăng huyết áp, phù); TKTU' (sốt, mệt mỏi, đau đầu); Ngoài da (phát ban, ngứa, phù mạch); Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy, tăng cân, đau bụng) Nhiễm mới/tái hoạt hóa tình trạng nhiễm virus, các phản ứng do truyền thuốc, phản ứng quá mẫn & phản ứng da niêm cũng được ghi nhận <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân đã bị bệnh tim mạch & bệnh phổi, bệnh nhân có bằng chứng nhiễm HBV (ví dụ: HBsAg dương tính bất kể trạng thái kháng thể, HBsAg âm tính nhưng anti-HBc dương tính) Không chủng ngừa bằng vắc-xin virus sống Nên tầm soát viêm gan trước khi điều trị <ul style="list-style-type: none"> Khuyến cáo dùng liệu pháp kháng virus dự phòng nhiễm viêm gan B hơn là chỉ theo dõi thường xuyên đối với bệnh nhân có anti-HBc dương tính (bất kể trạng thái HBsAg) khi bắt đầu điều trị rituximab
Sarilumab	200 mg, tiêm dưới da mỗi 24 giờ mỗi 2 tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm mũi họng); Chuyển hóa (tăng cholesterol máu, tăng triglyceride máu, tăng transaminase); Tác dụng khác (nhiễm trùng tiểu, nhiễm herpes ở miệng, ngứa & đỏ tại chỗ tiêm) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thận nặng & suy gan, nhiễm trùng đang hoạt động, thủng đường tiêu hóa, tăng nguy cơ bệnh ác tính, phản ứng quá mẫn; tăng nguy cơ rối loạn tim mạch Theo dõi ALT, AST, lipid, số lượng bạch cầu trung tính, tiểu cầu
Tocilizumab	<p>Liều khởi đầu: 4 mg/kg, truyền TM trong 1 giờ mỗi 4 tuần Có thể tăng liều đến 8 mg/kg, truyền TM mỗi 4 tuần</p> <p>Liều tối đa: 800 mg/liều, mỗi 4 tuần hoặc 162 mg, tiêm dưới da một lần mỗi tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (tăng huyết áp, phù); Ngoài da (ngứa, mề đay); TKTU' (đau đầu, chóng mặt); Tiêu hóa (khó chịu ở bụng, viêm miệng, tăng cân); Tác dụng khác (giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu, tăng triglyceride, tăng men gan, các phản ứng liên quan tiêm truyền) Một trường hợp phản vệ gây tử vong đã được báo cáo Nhiễm trùng nặng & có khả năng gây tử vong (như nhiễm vi khuẩn, lao, virus, nấm) cũng đã được ghi nhận <ul style="list-style-type: none"> Các báo cáo đã ghi nhận nhiễm lao tái hoạt động khi có bệnh tiềm ẩn & nhiễm lao mới xuất hiện <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Không khuyến cáo dùng ở bệnh nhân suy gan Dùng thận trọng ở bệnh nhân bị rối loạn thoái hóa myelin ở hệ thần kinh trung ương hoặc có nguy cơ thủng đường tiêu hóa Tầm soát lao tiềm ẩn trước khi điều trị

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DMARD) (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc tổng hợp thông thường		
Auranofin	6 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 3 mg, uống mỗi 12 giờ Có thể tăng liều lên 3 mg, uống mỗi 8 giờ sau 4-6 tháng Liều tối đa: 9 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý • Ngoài da (nổi ban, ngứa, tổn thương màng nhầy); Tiêu hóa (tiêu chảy kéo dài, viêm loét đại tràng, viêm miệng, chán ăn); Huyết học (thiếu máu, mất bạch cầu hạt); Tác dụng khác (rụng tóc, tăng men gan, tiểu máu, tiểu đạm) Hướng dẫn đặc biệt • Chống chỉ định ở bệnh nhân có bệnh thận, tiền sử rối loạn tạo máu, suy tim sung huyết, viêm da tróc vảy, viêm ruột hoại tử, có tiền sử phản ứng phản vệ • Ngưng điều trị nếu tiểu cầu giảm <100.000/mm ³ , bạch cầu <4.000/mm ³ , hoặc nếu bạch cầu hạt <1.500/mm ³
Azathioprine	1 mg/kg/ngày, chia liều uống mỗi 12-24 giờ Có thể tăng liều mỗi lần 0,5 mg/kg/ngày sau mỗi 4 tuần Liều tối đa: 2,5 mg/kg/ngày	Tác dụng ngoại ý • TKTU' (sốt, khó chịu); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy); Huyết học (giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu); Tác dụng khác (tăng men gan, đau cơ, hiếm gặp viêm tụy cấp) • Tăng nguy cơ hình thành khối u khi sử dụng kéo dài Hướng dẫn đặc biệt • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có suy gan hoặc thận, thiếu men thiopurine S-methyltransferase (TPMT) • Đã có ghi nhận làm tăng nguy cơ phát triển u lympho tế bào T ở gan-lách, đặc biệt ở trẻ vị thành niên & người trẻ tuổi - Theo dõi các dấu hiệu & triệu chứng hoặc bệnh ác tính (như gan to, lách to, đau bụng, sốt kéo dài, đổ mồ hôi đêm, sụt cân) • Theo dõi công thức máu toàn bộ & số lượng tiểu cầu, men gan, bilirubin toàn phần, kiểu gen hoặc kiểu hình của thiopurine S-methyltransferase
Chloroquine	150 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 2,5 mg/kg/ngày	Tác dụng ngoại ý • TKTU' (choáng váng, đau đầu, rối loạn tâm thần, co giật); Ngoài da (rụng tóc, nhạy cảm với ánh sáng, ngứa, mề đay); Tiêu hóa (kích ứng tiêu hóa, viêm gan); Huyết học (giảm bạch cầu, hiếm khi thiếu máu bất sản); Tác dụng khác (rối loạn thị giác, ù tai, bệnh cơ, hạ kali máu) Hướng dẫn đặc biệt • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận, thiếu men G6PD, vẩy nến, bệnh về hệ tạo máu hoặc hệ thần kinh trung ương • Tránh dùng ở bệnh nhân rối loạn chuyển hóa porphyrin, tổn thương võng mạc, đang dùng thuốc có độc tính trên gan
Ciclosporin (cyclosporine)	3 mg/kg/ngày, uống chia mỗi 12 giờ x 6 tuần Liều tối đa: 5 mg/kg/ngày hoặc 2,5 mg/kg/ngày, uống chia mỗi 12 giờ, trong 6-8 tuần Nếu đáp ứng lâm sàng không đầy đủ, có thể tăng đến liều tối đa Liều tối đa: 4 mg/kg/ngày Ngưng điều trị nếu không có đáp ứng sau 3-4 tháng sử dụng	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn, khó tiêu); TKTU' (run, đau đầu); Tim mạch (tăng huyết áp, phù); Tác dụng khác (tăng sinh nướu, rậm lông, hội chứng người sói, rối loạn chức năng thận, bệnh thận, tăng creatinin, tăng triglyceride, nhiễm trùng) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh tiếp xúc trong thời gian dài với ánh nắng mặt trời, bỏng nhuộm da & đèn mặt trời • Tránh dùng ở bệnh nhân rối loạn chức năng thận, tăng huyết áp chưa kiểm soát được, nhiễm trùng chưa kiểm soát được, tăng creatinin kéo dài, bệnh ác tính, rối loạn chuyển hóa porphyrin • Theo dõi thường xuyên chức năng gan & thận, huyết áp, điện giải & lipid huyết thanh • Không khuyến cáo chủng ngừa bằng vắc-xin chứa virus sống • Trên thị trường có rất nhiều sản phẩm dạng uống có sinh khả dụng khác nhau; cần thận trọng khi chuyển từ sản phẩm này sang sản phẩm khác

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DMARD) (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc tổng hợp thông thường (Tiếp theo)		
Hydroxychloroquine	Liều khởi đầu: 400-800 mg, uống mỗi 24 giờ, chia nhỏ liều Liều duy trì: 200-400 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 6,5 mg/kg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • TKTU^r (choáng váng, đau đầu, bồn chồn, cơ giật, chóng mặt); Ngoài da (rụng tóc, phát ban); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, đau bụng); Tác dụng khác (các triệu chứng ở thị giác, yếu cơ) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc thận, thiếu G6PD, vảy nến, rối loạn chuyển hóa porphyrin • Khám mắt trước khi điều trị & mỗi 3 tháng • Kiểm tra định kỳ tình trạng yếu cơ • Nên đánh giá chức năng gan & thận trước khi điều trị
Leflunomide	Liều nạp: 100 mg, uống mỗi 24 giờ x 3 ngày Liều duy trì: 10-20 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn); Tim mạch (tăng huyết áp, đau ngực, phù, đánh trống ngực); TKTU^r (đau đầu, choáng váng); Tác dụng khác (dễ nhiễm trùng, rụng tóc); Hiếm gặp: các ảnh hưởng ở gan, phản ứng ở da (như hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử biểu bì nhiễm độc) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có rối loạn huyết học, suy thận • Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan đáng kể, loạn sản tử • Tầm soát lao trước khi điều trị • Theo dõi công thức máu toàn bộ, chức năng gan
Methotrexate	7,5 mg, uống 1 lần mỗi tuần, chỉnh liều khi cần hoặc 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ x 3 liều/tuần hoặc 7,5 mg, tiêm dưới da, 1 lần/tuần, chỉnh liều khi cần Liều tối đa: 20-25 mg, uống 1 lần/tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • TKTU^r (choáng váng, sốt, cơ giật); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, chán ăn, đau bụng, tiêu chảy); Huyết học (thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu); Tác dụng khác (rụng tóc, suy giảm chức năng sinh sản, giảm tinh trùng); Phản ứng có thể gây tử vong: độc tính trên gan, viêm phổi kê cấp hoặc mạn tính, phản ứng nghiêm trọng trên da như hoại tử biểu bì nhiễm độc & hội chứng Stevens-Johnson • Liều thấp methotrexate có thể làm tăng nguy cơ mắc u lympho ác tính • Việc sử dụng có thể khiến bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng cơ hội • Liều >20 mg/tuần có thể làm tăng tỉ lệ và độ nặng của tác dụng không mong muốn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân bị bệnh gan do rượu, đã có loạn sản máu trước đó • Dùng thận trọng ở bệnh nhân bị loét dạ dày, viêm loét đại tràng, suy thận • Có thể gây thiếu acid folic - Một số chuyên gia khuyến nghị dùng đồng thời acid folic 5 mg/tuần, trừ ngày dùng methotrexate • Theo dõi công thức máu toàn bộ có đếm số lượng tiểu cầu, creatinin huyết thanh & men gan
Penicillamine	4 tuần đầu: 150-250 mg, uống mỗi 24 giờ 4 tuần thứ 2: 250-450 mg, uống mỗi 24 giờ 4 tuần thứ 3: 300-600 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng thêm mỗi lần 50-150 mg sau mỗi 4-12 tuần để đạt tổng liều là 750 mg/ngày Liều duy trì: 300-450 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Tim mạch (viêm mạch); TKTU^r & hành vi (sốt, lo âu, bồn chồn, rối loạn tâm thần); Ngoài da (viêm da-cơ, viêm da tróc vảy); Tiêu hóa (chán ăn, tiêu chảy, đau thượng vị, buồn nôn/nôn); Huyết học (thiếu máu bất sản, tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu hạt); Tác dụng khác (rụng tóc, hạ đường huyết, viêm tuyến giáp, tiểu đạm) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận • Dùng thận trọng ở bệnh nhân đang dùng các thuốc khác gây ức chế quá trình tạo máu • Theo dõi công thức máu và kiểm tra các thành phần vi thể trong nước tiểu

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DMARD) (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc tổng hợp thông thường (Tiếp theo)		
Sulfasalazine	Liều khởi đầu: 500 mg, uống mỗi 24 giờ x 1 tuần Tăng liều mỗi lần 500 mg sau mỗi tuần Liều duy trì: 2 g/ngày, uống, chia mỗi 12 giờ Liều tối đa: 3 g/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • TKTU' & hành vi (đau đầu, choáng váng, sốt, mất ngủ, trầm cảm); Ngoài da (ngứa, mề đay, phát ban như hoại tử biểu bì nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, phát ban do thuốc kèm giảm bạch cầu ái toan & các triệu chứng toàn thân); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, chán ăn, đau bụng); Huyết học (thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu); Tác dụng khác (giảm tinh trùng, chứng xanh tím, mắt màu dịch cơ thể, viêm màng não vô trùng, các biến chứng ở mắt, rụng tóc) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa porphyrin, tắc nghẽn đường tiêu hóa hoặc tiết niệu - sinh dục, loạn sản máu • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có dị ứng nặng hoặc hen phế quản, thiếu G6PD, suy gan & thận • Có thể gây thiếu acid folic, cân nhắc bổ sung thêm folate • Nên theo dõi chức năng gan & công thức máu toàn bộ trong 3 tháng đầu điều trị & theo dõi định kỳ chức năng thận
Thuốc tổng hợp nhắm trúng đích		
Baricitinib	4 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Tiêu hóa (nôn, viêm túi thừa, thủng đường tiêu hóa); Huyết học (giảm bạch cầu lympho, thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (tăng lipid máu, nhiễm trùng đường hô hấp trên, đau đầu, u ác tính, tăng tiểu cầu) • Tăng nguy cơ biến cố tim mạch chính (đột tử do bệnh tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quỵ) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có nguy cơ bệnh tim mạch, đã biết có bệnh ác tính, nhiễm trùng mạn tính, hoạt động, hoặc tái phát, số lượng tế bào máu bất thường, lipid & men gan bất thường, nguy cơ cao bị thuyên tắc huyết khối • Trước khi bắt đầu điều trị, tầm soát lao phổi & điều trị nếu dương tính • Không chủng ngừa với vắc-xin chứa virus sống & không dùng cùng DMARD hoặc thuốc ức chế Janus kinase khác
Tofacitinib	Viên nén phóng thích tức thời: 5 mg, uống mỗi 12 giờ Viên nén phóng thích kéo dài: 11 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Tim mạch (giảm nhịp tim, kéo dài khoảng PR); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, ho, viêm mũi-họng, viêm phổi, lao, khó thở, sung huyết xoang); Tiêu hóa (tiêu chảy, đau bụng, khó tiêu, buồn nôn/nôn, viêm dạ dày); Ngoài da (viêm mô tế bào, đỏ da, phát ban, ngứa); Huyết học (giảm bạch cầu trung tính, thiếu máu); Tác dụng khác (u ác tính, huyết khối, nhiễm trùng tiểu, nhiễm herpes zoster, tăng men gan, tăng lipid, tăng huyết áp, đau đầu, mệt mỏi) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có nhiễm trùng đang hoạt động, tăng nguy cơ thủng đường tiêu hóa, nguy cơ bệnh tim mạch, u lympho & các bệnh ác tính khác, suy gan nặng, nguy cơ cao bị thuyên tắc huyết khối • Theo dõi công thức máu toàn bộ & lipid huyết
Upadacitinib	15 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, ho, bệnh lao); Tiêu hóa (buồn nôn, kích ứng tiêu hóa); TKTU' (đau đầu, choáng váng); Huyết học (giảm bạch cầu trung tính, thiếu máu); Tác dụng khác (nhiễm trùng bao gồm các dạng nhiễm trùng cơ hội, tăng lipid máu, sốt, tăng cân, tăng CPK, ALT và AST, tăng HA, bệnh ác tính, huyết khối) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có nhiễm trùng đang hoạt động, nguy cơ bệnh lý tim mạch, u lympho & các bệnh ác tính khác, nguy cơ cao bị thuyên tắc huyết khối • Không nên dùng cho bệnh nhân suy gan nặng • Không tiêm vắc-xin sống trong lúc hoặc ngay trước khi điều trị với upadacitinib • Theo dõi công thức máu toàn bộ & lipid huyết

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Tacrolimus	3 mg, uống mỗi 24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (đau đầu, run, dị cảm, mất thính lực, rối loạn thị giác, bệnh thần kinh ngoại biên, co giật); Tim mạch (tăng huyết áp, ngừng tim, suy tim, loạn nhịp thất, đánh trống ngực, bệnh cơ tim); Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy, khó tiêu, táo bón, loét & xuất huyết tiêu hóa); Hô hấp (Khó thở, rối loạn nhu mô phổi, tràn dịch màng phổi, ho, nghẹt mũi, viêm họng, hen phế quản); Ngoài da (mụn trứng cá, rụng tóc, phát ban, ngứa); Cơ xương (chuột rút cơ, suy nhược, đau khớp); Huyết học (thiếu máu bất sản, mất bạch cầu hạt, rối loạn đông máu); Tác dụng khác (suy thận, tăng lipid máu, sốt, phù, rối loạn chức năng gan) Có thể gây tử vong: Nhiễm virus polyoma, thủng đường tiêu hóa <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thận, suy gan, có yếu tố nguy cơ kéo dài khoảng QT

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - TÁC DỤNG TOÀN THÂN

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Dẫn xuất acid acetic		
Aceclofenac	100 mg, uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích có kiểm soát: 200 mg, uống mỗi 24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khó chịu đường tiêu hóa, tiêu chảy, loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa); TKTU' (đau đầu, chóng mặt, choáng váng, bồn chồn, ù tai, trầm cảm, ngáy ngạt, mất ngủ); Các phản ứng quá mẫn (phù mạch, co thắt phế quản, phát ban, hội chứng Stevens-Johnson hiếm khi xảy ra); Huyết học (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (độc gan, độc thận, tiểu máu, ứ dịch, nhạy cảm với ánh sáng, viêm tụy) Nhóm coxib ít có tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa hơn <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng với thức ăn để giảm tác động trên đường tiêu hóa Tránh dùng ở bệnh nhân bị loét dạ dày đang hoạt động, suy tim nặng, tiền sử dị ứng với aspirin hoặc các NSAID khác <ul style="list-style-type: none"> Không nên dùng coxib ở bệnh nhân suy tim trung bình, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh động mạch ngoại biên, bệnh mạch máu não Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng huyết áp, nhiễm trùng, hen hoặc dị ứng, rối loạn xuất huyết, suy gan hoặc thận <ul style="list-style-type: none"> Coxib nên được dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thất trái, phù, tiền sử suy tim, có các yếu tố nguy cơ phát triển bệnh tim
Acemetacin	60-180 mg/ngày, uống chia thành 1-3 lần Dạng phóng thích kéo dài: 90 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 90 mg, uống mỗi 12 giờ nếu cần	
Diclofenac (diclofenac kali, diclofenac natri) ¹	50 mg, uống mỗi 8-12 giờ hoặc 35 mg, uống mỗi 8 giờ Dạng phóng thích trì hoãn: 75-150 mg/ngày, uống chia thành 2-3 lần Dạng phóng thích kéo dài: 75 mg, uống mỗi 12-24 giờ hoặc 100 mg uống mỗi 24 giờ hoặc 75 mg, tiêm vào cơ mông mỗi 24 giờ, tối đa 2 ngày Liều tối đa: 150 mg/ngày	
Etodolac	Liều khởi đầu: 600-1.000 mg/ngày, uống chia nhỏ liều Chỉnh liều theo đáp ứng của bệnh nhân Dạng phóng thích kéo dài: 400-1.000 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 1,2 g/ngày	
Indometacin	25-50 mg, uống mỗi 8-12 giờ	
Proglumetacin	Liều khởi đầu: 450-600 mg/ngày, uống, chia liều mỗi 12 giờ, trong ≥2 tuần Điều trị tiếp theo: 300-450 mg/ngày, uống chia mỗi 12 giờ	
Sulindac	100-200 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 400 mg/ngày	

¹Trên thị trường có dạng thuốc tiêm kết hợp diclofenac natri & lidocaine HCl. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - TÁC DỤNG TOÀN THÂN (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Butylpyrazolidine		Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khó chịu đường tiêu hóa, tiêu chảy, loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa); TKTU* (đau đầu, chóng mặt, choáng váng, bồn chồn, ù tai, trầm cảm, ngáy ngật, mất ngủ); Các phản ứng quá mẫn (phù mạch, co thắt phế quản, phát ban, hội chứng Stevens-Johnson hiếm khi xảy ra); Huyết học (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (độc gan, độc thận, tiểu máu, ứ dịch, nhạy cảm với ánh sáng, viêm tụy) Nhóm coxib ít có tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa hơn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng với thức ăn để giảm tác động trên đường tiêu hóa Tránh dùng ở bệnh nhân bị loét dạ dày đang hoạt động, suy tim nặng, tiền sử dị ứng với aspirin hoặc các NSAID khác <ul style="list-style-type: none"> Không nên dùng coxib ở bệnh nhân suy tim trung bình, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh động mạch ngoại biên, bệnh mạch máu não Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng huyết áp, nhiễm trùng, hen hoặc dị ứng, rối loạn xuất huyết, suy gan hoặc thận <ul style="list-style-type: none"> Coxib nên được dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thất trái, phù, tiền sử suy tim, có các yếu tố nguy cơ phát triển bệnh tim
Phenylbutazone	300-600 mg/ngày, uống chia mỗi 8-12 giờ Liều duy trì: 300-400 mg/ngày	
Coxib		
Celecoxib	100-200 mg, uống mỗi 12 giờ	
Etoricoxib	90 mg, uống mỗi 24 giờ	
Dẫn xuất acid fenamic		
Acid mefenamic	500 mg, uống mỗi 8 giờ	
Dẫn xuất oxicam		
Meloxicam	15 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể giảm liều còn 7,5 mg/ngày	
Piroxicam	10-20 mg, uống mỗi 24 giờ	
Tenoxicam	20 mg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 10 mg/ngày	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - TÁC DỤNG TOÀN THÂN (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Dẫn xuất acid propionic		
Dexketoprofen	12,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ hoặc 25 mg, uống mỗi 8 giờ Liều tối đa: 75 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, khó chịu đường tiêu hóa, tiêu chảy, loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa); TKTU¹ (đau đầu, chóng mặt, choáng váng, bồn chồn, ù tai, trầm cảm, ngày ngật, mất ngủ); Phản ứng quá mẫn (phù mạch, co thắt phế quản, phát ban, hội chứng Stevens-Johnson hiếm khi xảy ra); Huyết học (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính); Tác dụng khác (độc gan, độc thận, tiểu máu, ứ dịch, nhạy cảm với ánh sáng, viêm tụy) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể dùng cùng thức ăn để giảm tác động trên đường tiêu hóa Tránh dùng ở bệnh nhân loét dạ dày đang hoạt động, suy tim nặng, tiền căn dị ứng với aspirin hoặc các NSAID khác Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng huyết áp, nhiễm trùng, hen hoặc dị ứng, rối loạn xuất huyết, suy gan hoặc thận
Flurbiprofen	150-200 mg, uống chia nhiều liều Liều tối đa: 300 mg/ngày, uống chia nhiều liều	
Ibuprofen ¹	Liều khởi đầu: 400-800 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều duy trì: 600-1.200 mg/ngày Liều tối đa: 3,2 g/ngày Dạng phóng thích biến đổi: Liều lên đến 1,6 g, uống mỗi 24 giờ (vào buổi tối) Liều tối đa: 2,4 g/ngày	
Ketoprofen	Liều khởi đầu: 75 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc 50 mg, uống mỗi 6 giờ hoặc 100 mg, uống mỗi 12 giờ Liều duy trì: 150-300 mg/ngày, uống chia mỗi 6-8 giờ Dạng phóng thích kéo dài: 100-200 mg, uống mỗi 24 giờ, vào buổi sáng hoặc buổi tối hoặc 50 mg, tiêm bắp mỗi 4 giờ hoặc 100-200 mg, tiêm bắp mỗi 24 giờ trong tối đa 12 ngày Liều tối đa: 200 mg/ngày	
Loxoprofen	60 mg, uống mỗi 8 giờ	
Naproxen ²	250-500 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 275-550 mg, uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích tri hoãn: 375-500 mg, uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích kéo dài: 750-1.000 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 1.500 mg/ngày, giới hạn thời gian điều trị tối đa trong 6 tháng	
Acid salicylic & dẫn xuất		
Diflunisal	500-1.000 mg/ngày, uống, chia mỗi 12-24 giờ Liều tối đa: 1.500 mg/ngày	
Các NSAID khác		
Nabumetone	1.000 mg, uống liều duy nhất trước khi đi ngủ Có thể thêm 500-1.000 mg vào buổi sáng nếu triệu chứng nặng hoặc kéo dài Liều tối đa: 2 g/ngày	

¹Trên thị trường có dạng kết hợp với paracetamol. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có dạng kết hợp với esomeprazole & omeprazole. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) - TÁC DỤNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Diclofenac	Gel 0,1%; gel 1%	2-4 g, thoa mỗi 6-12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Có thể gây tác dụng tại chỗ (ngứa, phát ban, viêm da tiếp xúc, khô da, đau, tróc da, dị cảm, rụng lông, phù, nhạy cảm với ánh sáng) Trolamine salicylate có thể gây kích ứng nhẹ hoặc đỏ da ở vùng thoa thuốc, đây là các tác dụng có thể gặp phải Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân đã biết quá mẫn với hoạt chất hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc, cả những người có đợt cấp hen phế quản, phù mạch, mê đay, hoặc viêm mũi do dùng aspirin hoặc bất kỳ NSAID nào khác Không nên dùng trên vùng da bị tổn thương hoặc không còn nguyên vẹn (như viêm da tiết dịch, chàm, các tổn thương có nhiễm trùng, bỏng hoặc vết thương) Ngưng dùng trolamine salicylate nếu kích ứng nặng hơn hoặc kéo dài >7 ngày
	Extra gel 1%	2-4 g, thoa mỗi 6-8 giờ	
	Dạng bột 1%	Thoa một lớp mỏng lên vùng bị tổn thương, mỗi 6-8 giờ	
	Kem 1,16% Kem gel (creamagel) 1,17%	Thoa lên vùng bị tổn thương, mỗi 6-12 giờ	
	Miếng dán 1%	Dán 1 miếng mỗi 12-24 giờ	
	Cao dán 180 mg	Dán 1-2 miếng mỗi 24 giờ	
	Dạng xịt 1%	Xịt lên vùng bị tổn thương mỗi 6-8 giờ	
Etofenamate	Gel 5%	Thoa 5-10 cm mỗi 6-8 giờ	
	Dạng xịt 1%	Xịt 7 lần (18,4 mg) lên vùng bị tổn thương mỗi 4-8 giờ	
Flurbiprofen	Cao dán 40 mg	Dán 1 miếng mỗi 12 giờ	
Ibuprofen	Gel 5%	50-125 mg (4-10 cm), thoa mỗi 4-6 giờ	
Indomethacin	Dạng xịt 8 mg/mL	Xịt lên vùng bị tổn thương mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 25 mL/ngày	
	Dạng xịt 10 mg/mL	Xịt lên vùng bị tổn thương mỗi 6-8 giờ	
	Kem 1%	Thoa lên vùng bị tổn thương mỗi 5-8 giờ	
Ketoprofen	Miếng dán 20 mg (2%), 40 mg	Dán mỗi 24 giờ	
	Gel 2,5%	Dùng mỗi 12-24 giờ	
	Cao dán 30 mg	Dán 1 miếng mỗi 12 giờ	
Piroxicam	Gel 0,5%	1-3 g (hoặc 1,5-4,5 cm), xoa bóp mỗi 6-8 giờ	
	Miếng dán 48 mg	Dán 1 miếng mỗi 48-72 giờ	
Trolamine salicylate (triethanolamine salicylate)	Gel 12%	Thoa lên vùng bị tổn thương mỗi 6-8 giờ	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

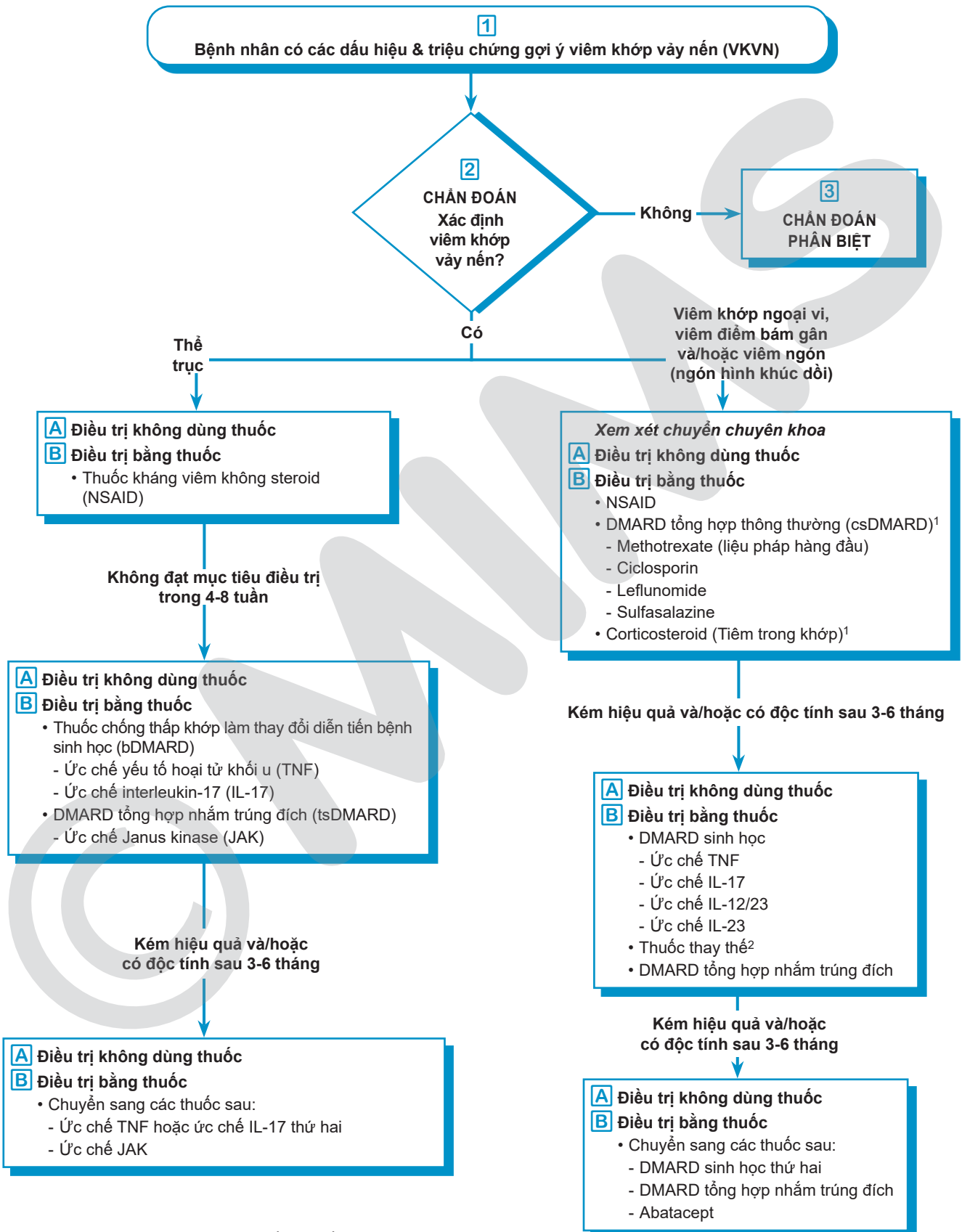
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Viêm Khớp Vảy Nền (1/18)



¹Bệnh nhân VKVN có triệu chứng ngoại vi chiếm ưu thế.
² tsDMARD có thể là liệu pháp thay thế khi bDMARD bị chống chỉ định hoặc bệnh nhân ưa thích dùng đường uống hơn.
 Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
 Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 VIÊM KHỚP VẢY NÉN

- Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính do viêm mạn tính có liên quan đến vảy nến
- 6-41% bệnh nhân vảy nến tiến triển viêm khớp vảy nến
- Thường phát triển trung bình sau 12 năm có biểu hiện trên da
 - Bác sĩ da liễu nên theo dõi dấu hiệu & triệu chứng của viêm khớp vảy nến khi thăm khám
 - Tất cả bệnh nhân viêm khớp vảy nến nên được thăm khám bởi các bác sĩ chuyên khoa thấp khớp để chẩn đoán sớm bệnh, giúp giảm thiểu mức độ tổn thương khớp
- Tỷ lệ hiện mắc trong cộng đồng từ 0,1-1%
- Có thể phát triển ở bất kỳ độ tuổi nào kể cả thời thơ ấu nhưng thường xảy ra nhất trong khoảng 30-50 tuổi
- Ảnh hưởng đến nam và nữ với tỷ lệ ngang nhau
 - Viêm khớp ngoại vi phổ biến hơn ở phụ nữ & bệnh thể trực phổ biến hơn ở nam giới
 - Phụ nữ có bệnh ít tiến triển hơn trên hình ảnh X-quang nhưng đau đớn hơn, mệt mỏi & khả năng hoạt động kém hơn so với nam giới
- Dấu hiệu & triệu chứng bao gồm:
 - Đau khớp ngoại vi, cứng & sưng khớp (ở khuỷu tay, cổ tay, bàn tay và bàn chân)
 - Đau trực khớp (ở vai, cột sống & hông)
 - Đau khớp, dây chằng & gân xung quanh
 - Xuất hiện tổn thương da & móng
 - Viêm điểm bám gân, viêm bao gân & viêm ngón (ngón hình khúc dồi)
 - Các biểu hiện ngoài khớp (viêm màng bồ đào)
- Các triệu chứng từ nhẹ đến rất nặng:
 - Mức độ nặng của bệnh ngoài da không liên quan đến tình trạng viêm khớp
 - Bệnh móng thường gặp ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến đặc biệt ở khớp gian đốt xa
 - Bệnh nhân tổn thương thể trực thường khởi phát viêm khớp sớm hơn, ly móng nặng hơn, có triệu chứng đau lưng do viêm & bệnh viêm ruột
 - Viêm khớp vảy nến có thể khởi đầu từ từ với triệu chứng nhẹ hoặc xảy ra sau một tổn thương khớp

Sinh bệnh học

- Kết quả từ sự tương tác giữa các yếu tố di truyền, môi trường (ví dụ: Căng thẳng cơ sinh học, nhiễm trùng, hút thuốc, béo phì), các yếu tố tại chỗ theo vị trí bệnh (khớp, da, cột sống, điểm bám gân), yếu tố miễn dịch bẩm sinh & miễn dịch thu được
- Kích hoạt hệ thống miễn dịch gây viêm bao hoạt dịch, viêm điểm bám, bào mòn và tổn thương ở khớp sụn & da

2 CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán dựa trên tiền sử bệnh, khám thực thể, kết quả xét nghiệm & chẩn đoán hình ảnh
 - Xuất hiện tổn thương da & móng đặc trưng cho bệnh vảy nến
 - Một số dạng viêm khớp đặc hiệu: Viêm khớp đoạn xa, viêm ít khớp không đối xứng, viêm đa khớp đối xứng, viêm khớp biến dạng nặng & viêm khớp cột sống (viêm khớp xương cùng-xương hông & viêm đốt sống)
 - Tập hợp phân nhóm & biểu hiện bệnh thay đổi theo thời gian
 - Cứng khớp kéo dài >30-45 phút vào buổi sáng hoặc sau một thời gian dài không vận động (như ngủ hoặc ngồi khi đi du lịch)
 - Đau lưng do viêm là triệu chứng điển hình của bệnh nhân viêm khớp thể trực
 - Biểu hiện khác của bệnh bao gồm viêm điểm bám gân (viêm ở nơi tiếp hợp giữa gân và xương), viêm bao gân, viêm ngón (ngón hình khúc dồi) (ngón bị viêm và sưng)
- Bảng câu hỏi sàng lọc bệnh nhân: Sàng lọc dịch tễ vảy nến (Psoriasis Epidemiology Screening Tool [PEST]), Đánh giá & sàng lọc viêm khớp vảy nến (Screening & Evaluation Tool [PASE]), & Sàng lọc viêm khớp vảy nến Toronto (Toronto Psoriatic Arthritis Screen [ToPAS]) có thể được sử dụng để phát hiện sớm bệnh viêm khớp vảy nến tại các phòng khám da liễu hoặc cơ sở chăm sóc ban đầu

Tiêu chí phân loại**Phân loại viêm khớp vảy nến (CASPAR)**

- Bệnh nhân viêm khớp có biểu hiện tình trạng cứng khớp kéo dài vào buổi sáng hoặc cứng khớp do bất động, đau & sưng khớp, kèm với ≥3 đặc điểm sau:
 - Đang bị vảy nến = 2 điểm
 - Tiền sử bị vảy nến (trừ khi hiện tại đang bị vảy nến) = 1 điểm
 - Tiền sử gia đình bị vảy nến (trừ khi hiện tại đang mắc bệnh vảy nến hoặc có tiền sử bản thân bị vảy nến) = 1 điểm
 - Đang bị viêm ngón (ngón hình khúc dồi) hoặc có tiền sử bị viêm ngón, được ghi nhận bởi bác sĩ khớp = 1 điểm
 - Tạo xương mới cạnh khớp = 1 điểm
 - Yếu tố thấp âm tính = 1 điểm
 - Loạn dưỡng móng do vảy nến điển hình bao gồm: ly móng, rỗ móng, tăng sừng hóa = 1 điểm

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Tiêu chí phân loại (Tiếp theo)****Tiêu chí Moll & Wright**

- Bệnh nhân vảy nến & viêm khớp, huyết thanh âm tính với viêm khớp dạng thấp & có 1 trong 5 phân nhóm lâm sàng dưới đây:
 - Viêm đa khớp, đối xứng
 - Ảnh hưởng khoảng 15% bệnh nhân viêm khớp vảy nến
 - Liên quan đến nhiều cặp khớp đối xứng ở bàn tay & bàn chân
 - Giống viêm khớp dạng thấp
 - Viêm ít khớp (<5 khớp), không đối xứng
 - Loại viêm khớp vảy nến phổ biến nhất, chiếm >70% bệnh nhân
 - Thường liên quan <5 khớp & có thể ảnh hưởng bất kỳ khớp nào
 - Bàn tay & bàn chân có thể có viêm ngón (ngón hình khúc dòi) to ra
 - Tổn thương khớp gian đốt xa
 - Loại cổ điển chiếm khoảng 5% trường hợp
 - Liên quan đến khớp xa của ngón chân & ngón tay
 - Thường có thay đổi ở móng tay
 - Viêm đốt sống chiếm ưu thế
 - Viêm cột sống gây cứng cổ, đau thắt lưng, đau vùng cùng chậu
 - Bệnh khớp ngoại vi có thể có hoặc không có ở phân nhóm này, chiếm khoảng 5%
 - Viêm khớp biến dạng nặng
 - Loại viêm khớp vảy nến nặng, biến dạng, ảnh hưởng 5% bệnh nhân
 - Ảnh hưởng một vài khớp ở bàn tay & bàn chân
 - Kết hợp với viêm khớp mụn mủ

Quy trình chẩn đoán**Huyết thanh học**

- Không có xét nghiệm huyết thanh cụ thể để chẩn đoán viêm khớp vảy nến
- Không có yếu tố thấp là một đặc điểm hỗ trợ chẩn đoán, tuy nhiên, một số bệnh nhân bị viêm khớp vảy nến vẫn có thể có yếu tố thấp

Chụp X-quang đơn thuần

- Giúp chẩn đoán viêm khớp vảy nến
- Thể hiện mức độ, vị trí tổn thương khớp & phân biệt viêm khớp vảy nến với các loại viêm khớp khác
- Đặc điểm thấy được trên X-quang của viêm khớp vảy nến:
 - Bào mòn khớp thường bắt đầu ở rìa khớp & sau đó tiến triển dần về phía trung tâm
 - Hẹp khe khớp
 - Tăng sinh xương bao gồm viêm màng xương quanh khớp & trục
 - Tiêu xương bao gồm biến dạng “bút chì trong cốc”, tiêu xương đầu chi, cứng khớp, hình thành gai & viêm đốt sống
 - Thay đổi bào mòn khớp gian đốt xa
 - Viêm ngón (ngón hình khúc dòi) ở bàn chân, phân bố bất đối xứng
- Những thay đổi xảy ra sớm trong quá trình viêm khớp vảy nến
- Phổ viêm khớp rất lớn từ thể trực đến ngoại vi, viêm bao hoạt dịch & mô mềm lân cận, viêm điểm bám, viêm xương, phát hiện tạo xương mới & tiêu xương nặng, và các kết quả này chồng chéo nhau
- Có thể dùng để theo dõi hiệu quả điều trị

Chụp cộng hưởng từ (MRI) & chụp cắt lớp vi tính

- Phát hiện bệnh nhân không triệu chứng
- Giúp chẩn đoán sớm viêm khớp cùng chậu mà trên hình ảnh X-quang đơn thuần không phát hiện bất thường
- Phát hiện sớm các tổn thương bào mòn trong quá trình diễn tiến của bệnh
- Độ nhạy cao hơn so với chụp X-quang đơn thuần trong phát hiện viêm khớp, viêm quanh khớp & mô mềm

Siêu âm

- Phương pháp thay thế để ước tính mức độ viêm khớp và thể tích khớp bị viêm
- Nhạy hơn trong việc phát hiện viêm bao hoạt dịch khớp gối & bệnh gân-dây chằng chi dưới
- Có thể được sử dụng trong quá trình hút/tiêm kèm với siêu âm

Diễn tiến bệnh

- Diễn tiến viêm khớp vảy nến thay đổi từ nhẹ & không phá hủy khớp đến bào mòn khớp, bệnh khớp nặng & gây suy nhược
 - Viêm khớp bào mòn & biến dạng khớp xảy ra ở 40-60% bệnh nhân & có thể tiến triển sớm ngay trong năm đầu chẩn đoán bệnh
 - Đặc trưng bởi các đợt bùng phát & thuyên giảm bệnh
 - Có thể viêm dai dẳng, tổn thương khớp tiến triển, hạn chế thể chất nghiêm trọng, tàn tật và tăng tỷ lệ tử vong nếu không được điều trị
- Bệnh nhân có nguy cơ cao mắc các bệnh đi kèm: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh tim, viêm ruột, ung thư hạch & trầm cảm
- Yếu tố tiên lượng xấu bao gồm: Sưng ≥5 khớp, tăng protein phản ứng C (CRP) > 3 tháng, tiền sử sử dụng corticosteroid đường uống và/hoặc tổn thương cấu trúc khớp do bệnh

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Chất lượng cuộc sống**

- Các thang đo cụ thể: Chỉ số chất lượng sống của viêm khớp vảy nến (Psoriatic Arthritis Quality of Life index) hoặc một số thang đo tổng quát khác (ví dụ: Short form-36, Câu hỏi đánh giá sức khỏe (Health Assessment Questionnaire [HAQ]) & Đánh giá chức năng của liệu pháp điều trị bệnh mạn tính) được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm khớp vảy nến
- Các công cụ này đã được thẩm định, đáng tin cậy và đáp ứng với sự thay đổi của bệnh

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm khớp dạng thấp
- Thoái hóa khớp
- Viêm khớp do gout
- Viêm cột sống dính khớp
- Viêm khớp do viêm ruột
- Viêm khớp phản ứng
 - Trước đây là hội chứng Reiter

4 ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG**ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM KHỚP VẢY NÉN**

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Viêm khớp ngoại vi	<5 khớp Không có tổn thương thấy được trên X-quang Không mất chức năng thể chất Ảnh hưởng tối thiểu đến chất lượng cuộc sống Viêm khớp vảy nến mức độ nhẹ khi khám	≥5 khớp bị sưng hoặc đau Tổn thương thấy được trên X-quang Mất chức năng thể chất mức độ trung bình Ảnh hưởng trung bình đến chất lượng cuộc sống Viêm khớp vảy nến mức độ trung bình khi khám Đáp ứng không đủ với điều trị thể bệnh nhẹ	≥5 khớp bị sưng hoặc đau Tổn thương mức độ nặng thấy được trên X-quang Mất chức năng thể chất mức độ nặng Ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (ví dụ: Đau & rối loạn chức năng khi thực hiện các công việc hàng ngày) Viêm khớp vảy nến mức độ nặng khi khám Đáp ứng không đủ với điều trị thể bệnh nhẹ-trung bình như đơn trị liệu DMARD hoặc thuốc ức chế TNF
Bệnh ngoài da	BSA <5, PASI <5, không triệu chứng	Không đáp ứng với thuốc điều trị tại chỗ, DLQI, PASI <10	BSA >10, DLQI >10, PASI >10
Bệnh cột sống	Đau nhẹ Không mất chức năng	Mất chức năng hoặc BASDAI >4	Không đáp ứng
Viêm điểm bám gân	1-2 vị trí Không mất chức năng	>2 vị trí Mất chức năng	>2 vị trí & không đáp ứng Mất chức năng
Viêm ngón (ngón hình khúc dôi)	Không đau đến đau nhẹ Chức năng bình thường	Bào mòn xương & khớp Mất chức năng	Không đáp ứng

BSA (body surface area-điện tích bề mặt cơ thể); BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disability Activity Index-Chỉ số đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm cột sống dính khớp); PASI (Psoriasis Activity Severity Index Score-Chỉ số về diện tích da bị vảy nến & độ nặng của bệnh); DLQI (Dermatology Life Quality Index-Thang điểm chất lượng cuộc sống của người có bệnh ngoài da)

Tài liệu tham khảo: Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2009; 68:1387-1394.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Điều trị viêm khớp vảy nến nên dựa trên quyết định chung giữa bác sĩ và bệnh nhân khi xem xét lựa chọn, tiền sử bệnh, hiệu quả, tính an toàn và chi phí của thuốc nhằm đạt hiệu quả điều trị tối ưu
- Nên điều trị ngay từ đầu dựa vào mức độ nặng của bệnh bao gồm: Mức độ hoạt động của bệnh, tổn thương & ảnh hưởng đến bệnh nhân, sau đó chú ý đến vùng bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất như viêm khớp ngoại vi hoặc thể trục
 - Điều trị viêm khớp vảy nến thể trục (bao gồm: cột sống & khớp cùng chậu) phụ thuộc vào độ nặng của bệnh & đáp ứng của bệnh nhân với liệu pháp điều trị
- Nên phối hợp đa chuyên khoa khi điều trị và bệnh nhân nên điều trị ngay khi được chẩn đoán viêm khớp vảy nến để giảm biểu hiện bệnh, ngăn ngừa tổn thương cấu trúc, trì hoãn tiến triển bệnh, tránh hoặc giảm thiểu các biến chứng do bệnh không được điều trị hoặc do điều trị, bình thường hóa chức năng & giúp bệnh nhân có thể hòa nhập xã hội, tối ưu hóa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân
- Xem xét & quản lý phù hợp mỗi biểu hiện cơ xương khớp
- Các biểu hiện ngoài cơ xương hoặc ngoài khớp như viêm màng bồ đào, viêm ruột, biểu hiện ngoài da cũng như bệnh đi kèm như bệnh tim mạch, hội chứng chuyển hóa, bệnh thận mạn, loãng xương, gan nhiễm mỡ hoặc trầm cảm nên được xem xét, theo dõi & quản lý phù hợp
 - Khuyến cáo điều trị viêm màng bồ đào bằng thuốc ức chế TNF, điều trị viêm ruột bằng thuốc ức chế TNF hoặc thuốc ức chế IL-12/23
- Mục tiêu điều trị: Thuyên giảm bệnh trên lâm sàng hoặc làm giảm, tối thiểu hóa mức độ hoạt động của bệnh bằng cách đánh giá hoạt động bệnh thường xuyên & điều chỉnh liệu pháp điều trị phù hợp
 - Điều trị đạt mục tiêu khi giảm 50% các chỉ số tổng hợp trong vòng 3 tháng & đạt mục tiêu trong vòng 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị
 - Mục tiêu điều trị nên được cá thể hóa tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng cụ thể
 - Hoạt động bệnh thấp hoặc ở mức tối thiểu nếu đạt 5 trong 7 tiêu chuẩn sau:
 - ≤1 khớp đau
 - ≤1 khớp sưng
 - ≤1 vị trí viêm điểm bám gân
 - Điểm PASI ≤1 hoặc BSA ≤3
 - ≤20 mm theo thang điểm Patient global visual analogue score (PG-VAS)
 - ≤15 mm theo thang điểm đau VAS
 - HAQ ≤0,5
 - Bệnh nhân được xem là thuyên giảm bệnh nếu đáp ứng tất cả 7 tiêu chí trên
- Việc lựa chọn DMARD tùy thuộc vào hoạt động và mức độ nặng của bệnh vảy nến cũng như tình trạng viêm khớp
 - Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, cân nhắc chuyển sang thuốc khác cùng nhóm; nếu không dung nạp có thể cân nhắc chuyển sang nhóm thuốc khác
- Thận trọng khi giảm liều DMARD ở bệnh nhân thuyên giảm bệnh duy trì (thuyên giảm bệnh ≥6 tháng liên tiếp)
 - Giúp ngăn ngừa một số rủi ro liên quan đến điều trị, đáp ứng mong muốn & nhu cầu của bệnh nhân & giảm chi phí điều trị
- Điều trị DMARD được xem là thất bại khi thất bại với ≥1 DMARD đơn trị hoặc phối hợp trong một liệu trình đầy đủ (điều trị ≥3 tháng, trong đó ≥2 tháng điều trị với liều mục tiêu)

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC**Giáo dục bệnh nhân**

- Nâng cao hiểu biết của bệnh nhân về bệnh, tuân thủ dùng thuốc & sự hài lòng với liệu pháp điều trị
- Giải thích cho bệnh nhân về khái niệm viêm khớp vảy nến, mối liên quan đến bệnh vảy nến, tính tái phát và khó dự đoán của bệnh
- Giải thích cho bệnh nhân rằng viêm khớp vảy nến là bệnh tiến triển lâu dài nhưng có thể kiểm soát bằng liệu pháp điều trị thích hợp
- Thảo luận với bệnh nhân các vấn đề về chất lượng cuộc sống & trấn an họ rằng không phải bệnh nhân nào cũng gặp phải những vấn đề này
 - Đau & mệt
 - Vấn đề gặp phải tại nơi làm việc & ảnh hưởng của việc điều trị đến công việc
 - Có thể bị kì thị & ảnh hưởng đến công việc hàng ngày
 - Cuộc sống gia đình & các mối quan hệ
 - Vấn đề cảm xúc (như trầm cảm, lo âu, căng thẳng)
- Thông báo với bệnh nhân về nguy cơ mắc các bệnh lý đi kèm (như bệnh tim mạch, đái tháo đường) & cần được thăm khám & theo dõi định kỳ
- Duy trì lối sống lành mạnh
 - Tập thể dục thường xuyên
 - Kiểm soát cân nặng (chỉ số khối cơ thể [BMI] 18,5-22,9 kg/m²)
 - Ngừng hút thuốc
 - Hạn chế rượu
 - Kiểm soát huyết áp
- Nhấn mạnh mục tiêu điều trị là kiểm soát đau khớp, cứng khớp & tổn thương khớp
 - Có thể xem xét chương trình phục hồi chức năng bao gồm tập thể dục nhẹ nhàng & vật lý trị liệu

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Giáo dục bệnh nhân (Tiếp theo)**

- Thảo luận các liệu pháp điều trị khác nhau bao gồm liệu pháp phẫu thuật & đảm bảo quyết định điều trị dựa trên ý kiến của bệnh nhân
- Giải thích những lợi ích, biến cố bất lợi & rủi ro của liệu pháp trị liệu, giúp bệnh nhân đồng ý hợp tác điều trị
 - Hỏi bệnh nhân về các thuốc bổ sung hoặc thay thế đã sử dụng & giải thích cho bệnh nhân rằng không có đủ bằng chứng để khuyến cáo sử dụng chúng, ảnh hưởng của những thuốc này đến hiệu quả và tính an toàn của liệu pháp không dùng thuốc & liệu pháp điều trị bằng thuốc, rủi ro & kết cục xấu khi trì hoãn dùng các thuốc đã được chứng minh hiệu quả
- Giải thích tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị & thảo luận để khắc phục những rào cản ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị
- Thảo luận về những yêu cầu theo dõi, đánh giá bệnh & kết quả
- Xác định & tránh các yếu tố kích hoạt
- Đưa ra các giải pháp để đối phó với cơn bùng phát

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC**Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)**

- Giúp giảm triệu chứng tốt trong thời gian ngắn ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến ngoại vi nhẹ
- Được khuyến cáo để điều trị cho bệnh nhân có bệnh thể trực nhẹ bao gồm đau lưng do viêm không ảnh hưởng đến chức năng & cho bệnh nhân viêm điểm bám gân
- Không ức chế sự phá hủy cấu trúc khớp
- Nên dùng liều thấp nhất có hiệu quả của NSAID hoặc thuốc ức chế chọn lọc cyclooxygenase-2 (COX-2) trong thời gian ngắn nhất để kiểm soát triệu chứng do có khả năng gây độc cho tim

Corticosteroid

- Giúp giảm triệu chứng tốt trong bệnh viêm khớp vảy nến nhẹ nhưng corticosteroid không thể ức chế sự phá hủy khớp
- Tiêm glucocorticoid được xem là liệu pháp hỗ trợ trong điều trị viêm khớp vảy nến
- Tiêm nội khớp corticosteroid được sử dụng cho bệnh nhân viêm màng hoạt dịch dai dẳng (viêm 1 khớp hoặc viêm ít khớp) hoặc được sử dụng như liệu pháp bắc cầu trong thời gian đợi liệu pháp toàn thân phát huy tác dụng
 - Có thể được sử dụng khi chỉ có vài khớp bị tổn thương
- Không khuyến cáo dùng corticosteroid toàn thân cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến thể trực, viêm điểm bám gân hoặc viêm ngón (ngón hình khúc dổi)
- Các nghiên cứu cho thấy không có bằng chứng ủng hộ việc sử dụng corticosteroid toàn thân cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến ngoại vi

Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh tổng hợp thông thường (csDMARD) hoặc DMARD không phải là thuốc sinh học

- Như: ciclosporin, leflunomide, methotrexate, sulfasalazine
- Được khuyến cáo để khởi trị nhanh ở bệnh nhân viêm đa khớp & bệnh nhân kháng trị với NSAID & glucocorticoid đường tiêm
- Được sử dụng cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến trung bình-nặng lan rộng hoặc hoạt động nhiều cần điều trị tích cực hơn
- Có thể là một lựa chọn điều trị cho bệnh nhân viêm đơn khớp hoặc viêm ít khớp có yếu tố tiên lượng xấu như tốc độ lắng máu (ESR) hoặc CRP cao, tổn thương cấu trúc, viêm ngón (ngón hình khúc dổi) hoặc có liên quan đến móng
- Có thể có hiệu quả đối với viêm ngón (ngón hình khúc dổi), nhưng ít có bằng chứng trong điều trị viêm khớp vảy nến thể trực & viêm điểm bám gân
- Lựa chọn DMARD nên dựa trên lựa chọn của bệnh nhân, mức độ nghiêm trọng của bệnh khớp & da, hiệu quả, bệnh đi kèm, nguy cơ xảy ra biến cố bất lợi, chi phí thuốc & theo dõi
- Không có khả năng phòng ngừa hoặc làm chậm diễn tiến tổn thương thấy được trên X-quang

Ciclosporin

- Hiệu quả đối với các triệu chứng ngoài da & khớp ngoại vi, viêm loét đại tràng kháng trị & viêm màng bồ đào trước
- Có thể xem xét dùng cho bệnh nhân viêm khớp hoạt động không đáp ứng với ≥ 2 DMARD thông thường
- Hạn chế sử dụng do các vấn đề về độc tính

Leflunomide

- Ức chế tổng hợp pyrimidine chọn lọc, nhắm vào các tế bào lympho T đã được hoạt hóa
- Được khuyến cáo để điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi hoạt động; hiệu quả đối với viêm ngón (ngón hình khúc dổi) & bệnh Crohn
- Điều trị thay thế cho bệnh nhân không muốn dùng hoặc không đáp ứng với methotrexate
- Có thể sử dụng như DMARD hàng đầu ở bệnh nhân vảy nến có tổn thương da không nghiêm trọng
 - Hiệu quả điều trị tổn thương da kém hơn so với methotrexate

Methotrexate

- cDMARD cơ bản trong điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi
- Là liệu pháp hàng đầu cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến thể hoạt động mức độ trung bình-nặng
- Hiệu quả trong điều trị tổn thương da & khớp
 - DMARD ưu tiên cho bệnh nhân viêm đa khớp có tổn thương da lan rộng ($>10\%$)
 - Các nghiên cứu cho thấy giúp giảm sưng, đau khớp & giảm ESR
 - Methotrexate được bác sĩ đánh giá có hiệu quả vượt trội so với giả dược trong điều trị viêm khớp hoạt động
- Cũng có hiệu quả đối với các biểu hiện ngoài khớp, như viêm màng bồ đào & bệnh Crohn

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**DMARD tổng hợp thông thường hoặc DMARD không phải thuốc sinh học (Tiếp theo)****Sulfasalazine**

- Hiệu quả không đáng kể trên bệnh nhân viêm khớp vảy nến
- Được sử dụng như liệu pháp thay thế trong điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi
 - Có hiệu quả trong điều trị triệu chứng ngoài da & triệu chứng tại khớp trong viêm khớp vảy nến ngoại vi, viêm màng bồ đào & viêm loét đại tràng
- Có tác động tích cực đáng kể đối với đánh giá của bệnh nhân & bác sĩ về hoạt động của bệnh

DMARD tổng hợp thông thường khác

- Cần có thêm nghiên cứu để chứng minh hiệu quả của azathioprine & d-penicillamine trong điều trị viêm khớp vảy nến

DMARD sinh học (bDMARD)

- Như: Thuốc ức chế TNF, thuốc ức chế IL-17, thuốc ức chế IL-12/23, thuốc ức chế IL-23
- Được sử dụng khi bệnh tiến triển; thuốc có khả năng hạn chế tổn thương khớp, phục hồi chức năng nhanh chóng
- Được khuyến cáo dùng cho bệnh nhân viêm khớp ngoại vi không đáp ứng hoặc không dung nạp với ≥ 1 DMARD tổng hợp thông thường & bệnh nhân có biểu hiện bệnh nặng (ví dụ: Tổn thương nhiều khớp, bệnh bào mòn xương, khớp, hạn chế chức năng)
- Có thể là lựa chọn điều trị đối với bệnh nhân có bệnh thể trực đang hoạt động chiếm ưu thế & không đáp ứng đủ với NSAID & bệnh nhân viêm điểm bám gân rõ không đáp ứng đủ với NSAID hoặc glucocorticoid đường tiêm tác dụng tại chỗ
- Có thể được sử dụng cho bệnh nhân viêm ngón (ngón hình khúc dòi) nặng (ảnh hưởng nhiều ngón & cản trở chức năng)
- Nếu bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với 1 thuốc DMARD sinh học, chuyển sang thuốc DMARD sinh học khác hoặc DMARD tổng hợp nhắm trúng đích như thuốc ức chế JAK
 - Việc chuyển sang một DMARD sinh học khác thuộc cùng nhóm có thể thực hiện 1 lần

Thuốc ức chế TNF

- Như: adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliximab
- Ức chế cytokine tiền viêm gây viêm da, viêm màng hoạt dịch & dịch khớp
- Hội Thấp Khớp Hoa Kỳ/Tổ chức về Bệnh Vảy Nén Hoa Kỳ (American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation) khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế TNF như liệu pháp hàng đầu cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến thể hoạt động chưa từng điều trị
- Là thuốc hàng đầu điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi nặng đang hoạt động
- Được khuyến cáo để điều trị viêm ngón (ngón hình khúc dòi) ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến
- Được khuyến cáo để điều trị cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến thể hoạt động không đáp ứng hoặc không dung nạp ≥ 2 DMARD hoặc 1 DMARD kèm yếu tố tiên lượng xấu & cho bệnh nhân kháng trị hoặc không cải thiện với DMARD không phải thuốc sinh học sau 3 tháng điều trị
- Có thể là lựa chọn ưu tiên điều trị cho bệnh nhân có bệnh thể trực đang hoạt động chiếm ưu thế hoặc cho bệnh nhân có bệnh thể trực mức độ trung bình-nặng không đáp ứng với NSAID
 - Bệnh nhân có bệnh thể trực & không đáp ứng với thuốc ức chế TNF thứ nhất có thể chuyển sang điều trị với thuốc ức chế TNF thứ hai & nếu vẫn không đáp ứng, có thể chuyển sang điều trị với một thuốc DMARD sinh học khác
- Đã được chứng minh trong các nghiên cứu lâm sàng làm giảm mức độ hoạt động của viêm khớp, giảm tiến triển bệnh thấy được trên X-quang & cải thiện chức năng thể chất
- Đắt hơn so với DMARD khác nhưng tiết kiệm chi phí hơn khi điều trị lâu dài
- Mang lại các lợi ích lâu dài sau:
 - Giảm nhu cầu phẫu thuật thay khớp
 - Giảm nhu cầu sử dụng các dịch vụ y tế, điều dưỡng & trị liệu
 - Giảm nhu cầu sử dụng các loại thuốc khác
 - Giảm nhu cầu về các dịch vụ xã hội & nghề nghiệp
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống
 - Nâng cao khả năng duy trì công việc
 - Tăng tuổi thọ
- Cá thể hóa trong việc lựa chọn thuốc ức chế TNF, dựa trên mức độ nghiêm trọng của tổn thương da
 - Các yếu tố khác cần xem xét: Chi phí, lựa chọn của bệnh nhân & bác sĩ
- Hầu hết bác sĩ lâm sàng chọn lựa phối hợp thuốc ức chế TNF & methotrexate là liệu pháp điều trị chuẩn của viêm khớp vảy nến
 - Methotrexate kết hợp với adalimumab, golimumab hoặc infliximab có thể làm giảm sự hình thành kháng thể kháng thuốc, do đó kéo dài thời gian lưu giữ thuốc trong cơ thể & giảm tác dụng không mong muốn
- FDA cảnh báo về sự xuất hiện u lympho tế bào T ở gan, lách, đây là một bệnh lý ác tính hiếm gặp, được ghi nhận ở bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế TNF (ví dụ: adalimumab, etanercept, golimumab)
- Adalimumab
 - Là kháng thể đơn dòng của người kháng TNF
 - Hiệu quả trong điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi trung bình-nặng
 - Các nghiên cứu cho thấy một số lợi ích đáng kể: tỷ lệ đáp ứng tốt hơn, giảm tiến triển bệnh khớp bàn tay & bàn chân và cải thiện tình trạng tàn tật
- Certolizumab pegol
 - Là một mảnh Fab của kháng thể đơn dòng của người kháng TNF, được gắn với polyethylene glycol

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**DMARD sinh học (bDMARD) (Tiếp theo)****Thuốc ức chế TNF (tiếp theo)**

- Etanercept
 - Là protein dung hợp gồm 2 phần là tiểu phần p75 của thụ thể TNF-alpha và tiểu phần Fc, có khả năng liên kết với TNF
 - Hiệu quả trong điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi trung bình-nặng
 - Các nghiên cứu cho thấy thuốc cải thiện dấu hiệu & triệu chứng như giảm số lượng khớp đau, khớp sưng & cứng khớp vào buổi sáng
 - Cũng được ghi nhận làm giảm nồng độ CRP, ức chế tiến triển bệnh thấy được trên X-quang & được bác sĩ và bệnh nhân lựa chọn nhiều hơn
- Golimumab
 - Là kháng thể đơn dòng của người kháng TNF
 - Được khuyến cáo điều trị viêm khớp vảy nến thể hoạt động & tiến triển
 - Các nghiên cứu cho thấy cải thiện có ý nghĩa thống kê trong điều trị bệnh khớp so với giả dược
- Infliximab
 - Là kháng thể đơn dòng chimeric người-chuột kháng TNF-alpha
 - Hiệu quả trong điều trị viêm khớp vảy nến ngoại vi trung bình-nặng
 - Kết hợp hoặc không kết hợp với methotrexate
 - Được khuyến cáo tiếp tục điều trị với methotrexate khi bệnh nhân đang dùng infliximab để giảm nguy cơ giảm đáp ứng với infliximab theo thời gian
 - Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đáp ứng tốt hơn, giảm viêm ngón (ngón hình khúc dòi) & giảm viêm điểm bám gân và ức chế tiến triển bệnh thấy được trên X-quang

Thuốc ức chế IL-17

- Như: brodalumab, ixekizumab, secukinumab
- Lựa chọn ưu tiên trong điều trị viêm khớp ngoại vi có tổn thương da lan rộng, không đáp ứng hoặc không dung nạp với ≥ 1 thuốc DMARD tổng hợp thông thường
- Được khuyến cáo để điều trị cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến có viêm ngón (ngón hình khúc dòi)
- Có thể là lựa chọn điều trị ưu tiên cho bệnh nhân có bệnh thể trực hoạt động chiếm ưu thế, có tổn thương da nghiêm trọng & không đáp ứng đủ với NSAID
- Brodalumab
 - Là kháng thể đơn dòng của người kháng IL-17A
- Ixekizumab
 - Là kháng thể kháng thụ thể IL-17A
 - Có hiệu quả đối với bệnh nhân tổn thương da lan rộng & có thể được sử dụng cho bệnh nhân có chống chỉ định hoặc đề kháng với thuốc ức chế TNF
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân không đáp ứng với 2 thuốc ức chế TNF khác nhau
 - Được chứng minh giảm tiến triển bệnh thấy được trên X-quang & cải thiện bệnh vảy nến trong một số nghiên cứu
- Secukinumab
 - Là kháng thể đơn dòng kháng IL-17A
 - Là thuốc thay thế ức chế TNF trong điều trị viêm khớp ngoại vi nặng
 - Hiệu quả đối với bệnh nhân có tổn thương da & có thể sử dụng ở những bệnh nhân chống chỉ định hoặc đề kháng với thuốc ức chế TNF
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân không đáp ứng với 2 thuốc ức chế TNF khác nhau
 - Được chứng minh có hiệu quả đối với bệnh nhân viêm khớp cột sống thể trực cũng như bệnh nhân viêm khớp vảy nến thể trực chiếm ưu thế
 - Có thể kết hợp hoặc không kết hợp với methotrexate
 - Được chứng minh làm giảm đáng kể tiến triển bệnh thấy được trên X-quang & giảm tần suất viêm điểm bám gân và viêm ngón (ngón hình khúc dòi)

Thuốc ức chế IL-12/23

- Như: ustekinumab
 - Là kháng thể đơn dòng của người nhắm mục tiêu IL-12 & IL-23
 - Lựa chọn điều trị ưu tiên cho bệnh nhân viêm khớp ngoại vi có tổn thương da lan rộng, không đáp ứng hoặc không dung nạp với ≥ 1 DMARD tổng hợp thông thường
 - Có thể cân nhắc sử dụng nếu bệnh nhân không đáp ứng đủ, không dung nạp hoặc chống chỉ định với thuốc ức chế TNF hoặc thuốc ức chế IL-17
 - Có thể thay thế thuốc ức chế TNF trong điều trị viêm khớp ngoại vi nặng; hiệu quả đối với bệnh nhân có tổn thương da
 - Có thể đơn trị hoặc phối hợp với methotrexate
 - Được khuyến cáo để điều trị viêm ngón (ngón hình khúc dòi) ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến
 - Được chứng minh làm giảm đáng kể tổn thương khớp tiến triển thấy được trên X-quang & cải thiện bệnh vảy nến, viêm điểm bám gân & viêm ngón (ngón hình khúc dòi)

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**DMARD sinh học (bDMARD) (Tiếp theo)****Thuốc ức chế IL-23**

- Như: guselkumab, risankizumab
- Là kháng thể đơn dòng nhắm mục tiêu đơn vị protein p19 của IL-23, kháng đặc hiệu IL-23
- Được chỉ định để điều trị viêm khớp vảy nến thể hoạt động
- Được khuyến cáo để điều trị viêm ngón (ngón hình khúc dồi) ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến
- Có thể đơn trị hoặc phối hợp với DMARD không phải thuốc sinh học

DMARD tổng hợp nhắm trúng đích (tsDMARD)

- Được sử dụng khi bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với tất cả các thuốc sinh học

Thuốc ức chế Janus kinase (JAK)

- Như: tofacitinib, upadacitinib
- Còn được gọi là thuốc ức chế chuyển đổi tín hiệu & hoạt hóa phiên mã (STAT)
- Ức chế con đường cytokine thông qua tác động của thuốc với JAK3 & JAK1, con đường cytokine đóng vai trò quan trọng trong bệnh vảy nến
- Được chỉ định cho bệnh nhân trưởng thành bị viêm khớp vảy nến thể hoạt động, không dung nạp hoặc không đáp ứng với ≥ 1 DMARD
- Được khuyến cáo để điều trị cho bệnh nhân có bệnh thể trực chiếm ưu thế
- Được khuyến cáo để điều trị cho bệnh nhân viêm khớp vảy nến có viêm ngón (ngón hình khúc dồi)
- Phối hợp với methotrexate mặc dù upadacitinib có thể dùng đơn trị

Thuốc ức chế phosphodiesterase-4 (PDE-4)

- Như: apremilast
- Là adenoside monophosphate vòng (cAMP) ức chế đặc hiệu PDE-4, ức chế các chất trung gian tiền viêm
- Là lựa chọn điều trị đối với bệnh nhân viêm khớp vảy nến thể hoạt động
 - Dùng cho bệnh nhân viêm khớp nhẹ-trung bình, mong muốn tránh điều trị bằng DMARD hoặc ưa thích liệu pháp đường uống hơn
 - Dùng cho bệnh nhân chưa từng điều trị, bị viêm khớp vảy nến thể hoạt động có viêm điểm bám gân là chủ yếu & chống chỉ định với thuốc ức chế TNF, bị nhiễm trùng tái phát hoặc ưa thích liệu pháp đường uống hơn
 - Ưu tiên hoặc dành cho bệnh nhân bệnh nhẹ (ví dụ: Liên quan ≤ 4 khớp, tổn thương da hạn chế), không dung nạp hoặc không đáp ứng với ≥ 1 csDMARD & không thích hợp sử dụng DMARD sinh học hoặc thuốc ức chế JAK
- Được khuyến cáo để điều trị bệnh nhân viêm khớp vảy nến có viêm ngón (ngón hình khúc dồi)
- Không khuyến cáo dùng cho bệnh nhân có bệnh lý bào mòn xương khớp
- Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ít bị đau, sưng khớp & cải thiện chức năng thể chất tốt hơn khi điều trị với apremilast

DMARD khác**Abatacept**

- Là một globulin miễn dịch CTLA4
- Điều biến kích thích tế bào T chọn lọc
- Là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với một thuốc DMARD sinh học
- Có hiệu quả tương đối thấp

Hướng dẫn về liều dùng

HORMON CORTICOSTEROID		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	1,5-5 mg, uống mỗi 24 giờ trong 1-3 tuần, sau đó giảm đến liều tối thiểu có hiệu quả	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Loãng xương, loét dạ dày, hoại tử xương vô khuẩn, tổn thương & xơ hóa khớp Sử dụng lâu dài steroid liều cao có thể gây đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, mỏng da, dễ bị bầm tím, ức chế tuyến thượng thận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định với bệnh nhân mắc cảm, đang điều trị bệnh lý nhiễm trùng Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy giáp, xơ gan, tăng huyết áp, suy tim sung huyết, viêm loét đại tràng, rối loạn huyết khối tắc mạch, loãng xương, đái tháo đường, loét dạ dày
Dexamethasone	0,8-4 mg, tiêm nội khớp tùy thuộc vào kích thước khớp bị tổn thương	
Hydrocortisone	5-50 mg, tiêm nội khớp tùy thuộc vào kích thước khớp bị tổn thương	
Methylprednisolone	Khớp nhỏ: 4-10 mg, tiêm nội khớp mỗi 1-5 tuần Khớp trung bình (khủy tay, cổ tay): 10-40 mg, tiêm nội khớp mỗi 1-5 tuần Khớp lớn (gối, cổ chân): 20-80 mg, tiêm nội khớp mỗi 1-5 tuần hoặc 4-48 mg/ngày, uống chia thành 4 liều tùy thuộc vào đáp ứng & độ nặng của bệnh	
Triamcinolone acetonide	Khớp nhỏ: Liều khởi đầu: 2,5-5 mg, tiêm nội khớp Liều tối đa: 10 mg Khớp lớn: Liều khởi đầu: 5-15 mg, tiêm nội khớp Liều tối đa: 40 mg	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI ĐIỂN TIẾN BỆNH (DMARD)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Abatacept	<p>Liều nạp: <60 kg: 500 mg, truyền TM 30 phút mỗi 24 giờ ≥60-≤100 kg: 750 mg, truyền TM 30 phút mỗi 24 giờ >100 kg: 1 g, truyền TM 30 phút mỗi 24 giờ Lặp lại liều ở tuần thứ 2 & 4 sau lần truyền đầu tiên & mỗi 4 tuần sau đó hoặc 125 mg, tiêm dưới da mỗi tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> • TKTU¹ (chóng mặt, nhức đầu, mệt mỏi, trầm cảm, lo âu, dị cảm); Tim mạch (tăng/hạ huyết áp, đồ bưng mặt, rối loạn nhịp tim); Tiêu hóa (buồn nôn, khó tiêu, loét miệng, tiêu chảy); Hô hấp (đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD], khô khè, khó thở, viêm mũi họng, ho, viêm phế quản); Huyết học (giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu); Tác dụng khác (tái hoạt virus, xét nghiệm chức năng gan bất thường, phản ứng tại chỗ tiêm) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm trùng nặng, không kiểm soát được, sử dụng đồng thời với thuốc ức chế TNF & thuốc ức chế miễn dịch sinh học • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng tái phát, COPD • Nên tầm soát bệnh viêm gan siêu vi & lao trước khi điều trị • Theo dõi công thức máu toàn bộ (CBC), chức năng gan, creatinin trước khi bắt đầu điều trị • Theo dõi dấu hiệu & triệu chứng nhiễm trùng
Leflunomide	<p>Liều nạp: 100 mg, uống mỗi 24 giờ trong 3 ngày Liều duy trì: 10-20 mg, uống mỗi 24 giờ</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn/nôn); Huyết học (giảm tiểu cầu, tăng bạch cầu ái toan, giảm bạch cầu, thiếu máu bất sản); TKTU¹ (nhức đầu, chóng mặt, chán ăn, suy nhược, dị cảm); Hô hấp (viêm phế quản, viêm họng, viêm mũi, viêm xoang); Cơ xương (đau khớp, rối loạn khớp, chuột rút, viêm bao hoạt dịch, viêm bao gân); Niệu-sinh dục (nhiễm trùng tiểu); Tác dụng khác (phát ban, rụng tóc, khô da, chàm, ngứa, hạ kali máu, giảm cân, tăng huyết áp, nấm miệng, viêm miệng, sốc phản vệ) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định đối với bệnh nhân suy gan nặng, suy giảm chức năng miễn dịch, quá mẫn cảm (rối loạn sinh tủy, nhiễm trùng nặng không kiểm soát được), tiêm chủng đồng thời vắc-xin sống • Hạn chế uống rượu • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy gan, suy thận • Sử dụng thận trọng ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản • Theo dõi thường xuyên công thức máu, chức năng gan & huyết áp

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DMARD) (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Methotrexate	7,5-25 mg, uống/tiêm bắp/tiêm TM một lần/tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (tiêu chảy, khó chịu đường tiêu hóa, loét miệng, viêm miệng); Cơ xương (đau khớp, hoại tử mô mềm & xương); Huyết học (suy tủy xương, thiếu máu hồng cầu to); Tác dụng khác (phản ứng da, rụng tóc, kích ứng mắt, loãng xương, có khả năng gây đái tháo đường, sỏi thận, suy giảm khả năng sinh sản, bệnh phổi kẽ) Nếu dùng lâu dài có nguy cơ gây độc gan & thận <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định đối với bệnh nhân suy gan hoặc thận nặng, ức chế tủy xương nặng trước đó, bệnh gan do rượu, AIDS, rối loạn tạo máu trước đó Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận, suy tủy xương, cao tuổi, loét đường tiêu hóa Cảnh báo của FDA: Bệnh nhân nên được theo dõi chặt chẽ độc tính tủy xương, gan, phổi & thận. Bệnh nhân nên được thông báo về những rủi ro liên quan & được bác sĩ chăm sóc trong suốt quá trình điều trị
Sulfasalazine	<p>Liều khởi đầu: 500 mg, uống mỗi 24 giờ trong 1 tuần, sau đó tăng đến liều 500 mg mỗi 12 giờ mỗi tuần</p> <p>Liều tối đa: 3 g/ngày, chia thành 2-4 liều nhỏ</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (chán ăn, nôn mửa tiêu chảy, đau bụng); Niệu- sinh dục (tình thế trong nước tiểu, giảm số lượng tinh trùng có thể hồi phục); TKTU' (nhức đầu, nhạy cảm ánh sáng); Tác dụng khác (kính áp tròng, da, nước tiểu & dịch cơ thể khác chuyển màu vàng-cam, rụng tóc, rối loạn tạo máu, phản ứng quá mẫn, độc gan & thận, viêm phế nang xơ hóa) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định đối với bệnh nhân tắc ruột hoặc tắc nghẽn đường tiết niệu, rối loạn tạo máu, có tiền sử giảm bạch cầu khi điều trị bằng muối vàng Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc thận, thiếu hụt G6PD, hen phế quản dị ứng

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế interleukin-12/23 (IL-12/23)		
Ustekinumab	<p>≤100 kg: 45 mg, tiêm dưới da vào tuần 0 & 4, sau đó tiêm mỗi 12 tuần</p> <p>>100 kg: 90 mg, tiêm dưới da vào tuần 0 & 4, sau đó tiêm mỗi 12 tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (viêm đường hô hấp trên, viêm mũi họng, viêm xoang, đau hầu họng); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy); TKTU' (nhức đầu, chóng mặt); Cơ xương (đau khớp, đau lưng, đau cơ); Tác dụng khác (đau chỗ tiêm hoặc ban đỏ, mệt mỏi, ngứa) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định với những bệnh nhân quá mẫn nghiêm trọng với ustekinumab, đang nhiễm trùng (như bệnh lao), sử dụng đồng thời vắc-xin sống Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát, suy gan & thận, cao tuổi, có tiền sử bệnh lý ác tính Theo dõi sự xuất hiện các khối u ác tính trong quá trình điều trị Tầm soát bệnh lao trước khi điều trị; tiếp tục theo dõi triệu chứng & dấu hiệu của nhiễm trùng trong & sau khi điều trị
Thuốc ức chế interleukin-17 (IL-17)		
Ixekizumab	<p>Liệu khởi đầu: 160 mg, tiêm dưới da (tiêm 2 liều đơn 80 mg) vào tuần đầu tiên sau đó</p> <p>Liệu duy trì: 80 mg, tiêm dưới da mỗi 4 tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, đau hầu họng); Tác dụng khác (phản ứng chỗ tiêm, nhiễm virus herpes simplex, buồn nôn, nhiễm nấm da) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định với bệnh nhân quá mẫn nghiêm trọng với ixekizumab, đang nhiễm trùng (ví dụ như bệnh lao) Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát Tầm soát bệnh lao trước khi điều trị; tiếp tục theo dõi triệu chứng & dấu hiệu của nhiễm trùng trong & sau khi điều trị
Secukinumab	<p>Liệu khởi đầu: 150 mg, tiêm dưới da vào tuần 0, 1, 2, 3 & 4</p> <p>Liệu duy trì: 150 mg, tiêm dưới da mỗi tháng. Có thể tăng đến liều 300 mg, tiêm dưới da mỗi tháng.</p> <p><u>Kèm theo bệnh vảy nến mảng vừa đến nặng hoặc không đáp ứng khi điều trị với thuốc ức chế TNF-α:</u></p> <p>Liệu khởi đầu: 300 mg, tiêm dưới da (tiêm 2 mũi 150 mg) vào tuần 0, 1, 2, 3 & 4</p> <p>Liệu duy trì: 300 mg, tiêm dưới da (tiêm 2 mũi 150 mg) mỗi tháng</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp, sổ mũi); Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn); Tác dụng khác (mụn rộp ở miệng, nấm chân, nhức đầu, mệt mỏi) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định với những bệnh nhân quá mẫn nghiêm trọng với secukinumab, đang nhiễm trùng (ví dụ: bệnh lao), sử dụng đồng thời vắc-xin sống Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát Tầm soát bệnh lao trước khi điều trị; tiếp tục theo dõi triệu chứng & dấu hiệu của nhiễm trùng trong & sau khi điều trị

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế interleukin-23 (IL-23)		
Guselkumab	Liệu khởi đầu: 100 mg, tiêm dưới da vào tuần 0 & 4 Liệu duy trì: 100 mg, tiêm dưới da mỗi 8 tuần Cân nhắc tiêm dưới da 100 mg mỗi 4 tuần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao bị phá hủy khớp	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp); Tác dụng khác (nhiễm trùng, tăng men gan, nhức đầu, tiêu chảy, đau khớp, phản ứng tại chỗ tiêm) Hướng dẫn đặc biệt • Chống chỉ định đối với bệnh nhân đang nhiễm trùng (như bệnh lao) • Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát • Tầm soát bệnh lao trước khi điều trị; tiếp tục theo dõi triệu chứng & dấu hiệu của nhiễm trùng trong & sau khi điều trị. • Xét nghiệm chức năng gan khi bắt đầu điều trị
Risankizumab (risankizumab-rzaa)	150 mg, tiêm dưới da vào tuần 0, 4 & sau đó mỗi 12 tuần	Tác dụng ngoại ý • TKTU ¹ (nhức đầu); Tác dụng khác (nhiễm trùng đường hô hấp trên, mệt mỏi, nổi mụn, phản ứng chỗ tiêm) Hướng dẫn đặc biệt • Tầm soát bệnh lao trước khi điều trị • Tránh dùng ở bệnh nhân đang nhiễm trùng trên lâm sàng. • Tránh dùng chung với vắc-xin sống
Thuốc ức chế Janus kinase (JAK)		
Tofacitinib	Viên nén phóng thích tức thời: 5 mg, uống mỗi 12 giờ Viên nén phóng thích kéo dài: 11 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp, ho, viêm mũi họng, viêm phổi, lao, khó thở, tắc nghẽn xoang) Hướng dẫn đặc biệt • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân đang nhiễm trùng, tăng nguy cơ thủng đường tiêu hóa, u lympho & các bệnh lý ác tính khác, suy gan nặng, có nguy cơ huyết khối cao • Tầm soát viêm gan virus & lao trước khi điều trị; tiếp tục theo dõi dấu hiệu & triệu chứng nhiễm trùng trong & sau điều trị • Theo dõi sự xuất hiện u ác tính trong quá trình điều trị
Upadacitinib	15 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp, ho, lao); Tiêu hóa (buồn nôn, rối loạn tiêu hóa); Huyết học (giảm bạch cầu trung tính, thiếu máu); Tác dụng khác (nhiễm trùng cơ hội, tăng lipid máu, sốt, tăng cân, tăng nồng độ CPK, ALT & AST, bệnh lý ác tính, huyết khối) Hướng dẫn đặc biệt • Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng cơ hội, có yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch, u lympho & bệnh lý ác tính khác, có nguy cơ huyết khối cao • Không khuyến cáo dùng cho bệnh nhân suy gan nặng • Tầm soát bệnh lao, viêm gan virus & theo dõi khả năng tái hoạt động của virus trước khi điều trị. • Kiểm tra da định kỳ ở bệnh nhân có nguy cơ ung thư da

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.
Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế phosphodiesterase-4 (PDE-4)		
Apremilast	<p>Ngày 1: 10 mg, uống vào buổi sáng</p> <p>Ngày 2: 10 mg, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Ngày 3: 10 mg, uống vào buổi sáng, 20 mg, uống vào buổi tối</p> <p>Ngày 4: 20 mg, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Ngày 5: 20 mg, uống vào buổi sáng, 30 mg, uống vào buổi tối</p> <p>Liều duy trì: 30 mg, uống mỗi 12 giờ bắt đầu từ ngày thứ 6</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn); tâm thần-thần kinh (thay đổi tâm trạng, có ý định & hành vi tự tử, trầm cảm); Nội tiết (giảm cân); TKTU' (nhức đầu); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân đang dùng thuốc có thể dẫn đến hạ huyết áp hoặc giảm thể tích tuần hoàn, có tiền sử trầm cảm và/hoặc có ý định tự tử; suy thận, tuổi cao (≥ 65 tuổi) Theo dõi cân nặng thường xuyên
Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF)		
Adalimumab (adalimumab-afzb)	40 mg, tiêm dưới da, liều duy nhất, cách tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn/nôn, khó tiêu, viêm thực quản, viêm dạ dày, khó nuốt, rối loạn vị giác, loét miệng); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, ho, đau họng, hen phế quản, khó thở, viêm xoang); TKTU' (nhức đầu, buồn ngủ, chóng mặt, kích động, run, mất ngủ, dị cảm, đau dây thần kinh, suy nhược); Tim mạch (tăng huyết áp, đau ngực); Cơ xương (đau khớp, đau lưng, triệu chứng giống cúm, đau lưng); Nội tiết/chuyển hóa (tăng lipid máu, tăng cholesterol máu, hạ kali máu, tăng acid uric máu, rong kinh); Niệu-sinh dục (tiểu nhiều lần, nhiễm trùng tiểu, protein niệu, tiểu máu); Tác dụng khác (phát ban, phản ứng tại chỗ tiêm, bầm máu, rối loạn thị giác, rụng tóc, đổ mồ hôi, tăng phosphatase kiềm) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định đối với bệnh nhân mắc bệnh lao thể hoạt động hoặc nhiễm trùng nặng khác (ví dụ: Nhiễm trùng máu, nhiễm trùng cơ hội), suy tim trung bình-nặng Dùng thận trọng ở bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng, suy tim, rối loạn thần kinh trung ương mất bao myelin Theo dõi hemoglobin hoặc hematocrit để phát hiện dấu hiệu thiếu máu Theo dõi sự xuất hiện của các khối u ác tính khi dùng thuốc ức chế TNF Sàng lọc bệnh lao & viêm gan B trước khi bắt đầu điều trị với adalimumab; tiếp tục theo dõi các dấu hiệu & triệu chứng nhiễm trùng trong và sau khi điều trị

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF) (Tiếp theo)		
Certolizumab pegol	Liều nạp: 400 mg, tiêm dưới da (chia thành 2 mũi 200 mg tiêm vào đùi hoặc bụng) vào tuần 0, 2 & 4 Liều duy trì: 200 mg, tiêm dưới da mỗi 2 tuần hoặc 400 mg, tiêm dưới da mỗi 4 tuần nếu có đáp ứng lâm sàng	Tác dụng ngoại ý • Huyết học (giảm bạch cầu, rối loạn tăng bạch cầu ái toan); TKTU' (nhức đầu, cảm giác bất thường); Ngoài da (phát ban, ngứa); Tác dụng khác (nhiễm vi khuẩn & virus, tăng huyết áp, viêm gan, suy nhược, đau, sốt, phản ứng tại chỗ tiêm) Hướng dẫn đặc biệt • Tương tự adalimumab
Etanercept	25 mg, tiêm dưới da 2 lần/tuần hoặc 50 mg, tiêm dưới da 1 lần/tuần	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên); TKTU' (nhức đầu, chóng mặt); Tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn/nôn); Huyết học (giảm toàn bộ huyết cầu, thiếu máu bất sản); Tác dụng khác (phản ứng tại chỗ tiêm, ngứa, hình thành tự kháng thể, lupus dạng đĩa, nhiễm trùng, sốt) Hướng dẫn đặc biệt • Tương tự adalimumab
Golimumab	50 mg, tiêm dưới da 1 lần/tháng hoặc 2 mg/kg, truyền TM trong 30 phút vào tuần 0 & 4, sau đó truyền mỗi 8 tuần	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm phế quản, viêm mũi xoang); Tim mạch (tăng huyết áp); TKTU' (chóng mặt, sốt, dị cảm); Tiêu hóa (táo bón, tăng men gan); Tác dụng khác (phản ứng tại chỗ tiêm, nhiễm virus hoặc nấm, hình thành kháng thể) Hướng dẫn đặc biệt • Tương tự adalimumab
Infliximab	Liều khởi đầu: 5 mg/kg, truyền TM trong 2 giờ vào tuần 0, 2 & 6 Liều duy trì: 5 mg/kg, truyền TM mỗi 8 tuần	Tác dụng ngoại ý • TKTU' (nhức đầu, mệt mỏi, đau, sốt); Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên); Cơ xương khớp (đau khớp, đau lưng); Niệu-sinh dục (nhiễm trùng tiểu); Tác dụng khác (phản ứng truyền dịch, hình thành áp xe, tự kháng thể, phát ban, ngứa) Hướng dẫn đặc biệt • Tương tự adalimumab

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Dẫn xuất acetic		
Diclofenac (diclofenac kali, diclofenac natri)	75-150 mg/ngày, uống chia nhỏ liều Bệnh nhân không thể uống: 75-150 mg/ngày, thuốc đạn đặt trực tràng hoặc 75 mg, tiêm bắp mỗi 12-24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (nguy cơ loét & xuất huyết tiêu hóa, buồn nôn/nôn); Huyết học (thiếu máu, ức chế kết tập tiểu cầu); Tim mạch (phù ngoại biên, giữ nước); TKTU' (chóng mặt, nhức đầu, căng thẳng); Da (phát ban như hoại tử thượng bì nhiễm độc & hội chứng Stevens-Johnson); Tác dụng khác (ù tai, phản ứng quá mẫn, rối loạn chức năng gan, bệnh thận) Tăng nguy cơ biến cố huyết khối, tim mạch như nhồi máu cơ tim & tai biến mạch máu não gây tử vong. Nguy cơ có thể gia tăng do kéo dài thời gian sử dụng và các yếu tố nguy cơ tim mạch đã có trước đó Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim, suy gan nặng, loét dạ dày-tá tràng, rối loạn huyết học, quá mẫn cảm với NSAID bao gồm những người lên cơn hen suyễn, phù mạch, mê đay, hoặc viêm mũi do thuốc NSAID đã dùng trước đó Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân tăng huyết áp, suy thận hoặc gan, tiền sử bệnh tiêu hóa (loét hoặc xuất huyết)
Etodolac	200-400 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 1 g/ngày	
Indometacin (indomethacin)	Liều khởi đầu: 25-50 mg, uống mỗi 8-12 giờ Có thể tăng liều 25-50 mg/ngày mỗi tuần Liều tối đa: 150-200 mg/ngày Đề giảm chứng cứng khớp vào buổi sáng & đau vào buổi tối: 100 mg, uống hoặc đặt trực tràng vào buổi tối Liều tối đa: 200 mg/ngày (kết hợp liều uống & đặt trực tràng) Giảm liều hoặc ngừng uống khi cơn đau thuyên giảm	
Sulindac	100-200 mg, uống mỗi 12 giờ Có thể giảm liều tùy theo đáp ứng Liều tối đa: 400 mg/ngày	
Tolmetin	Liều khởi đầu: 400 mg, uống mỗi 8 giờ Liều duy trì: 600-1.800 mg/ngày, uống chia nhỏ liều Liều tối đa: 1.800 mg/ngày	
Coxib		
Celecoxib	Liều khởi đầu: 400 mg, uống 1 lần sau đó uống 200 mg nếu cần trong ngày đầu Liều duy trì: 200 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 400 mg, uống mỗi 24 giờ	
Etoricoxib	Liều khởi đầu: 60-90 mg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 60 mg, uống mỗi 24 giờ	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID) (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý	
Dẫn xuất acid fenamic			
Acid mefenamic	Liều khởi đầu: 500 mg, uống Liều duy trì: 250 mg, uống mỗi 6 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (nguy cơ loét & xuất huyết tiêu hóa, buồn nôn/nôn); Huyết học (thiếu máu, ức chế kết tập tiểu cầu); Tim mạch (phù ngoại biên, giữ nước); TKTU¹ (chóng mặt, nhức đầu, căng thẳng); Da (phát ban như hoại tử thượng bì nhiễm độc & hội chứng Stevens-Johnson); Tác dụng khác (ù tai, phản ứng quá mẫn, rối loạn chức năng gan, bệnh thận) Tăng nguy cơ biến cố huyết khối, tim mạch như nhồi máu cơ tim & tai biến mạch máu não gây tử vong. Nguy cơ có thể gia tăng do kéo dài thời gian sử dụng và các yếu tố nguy cơ tim mạch đã có trước đó Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim, suy gan nặng, loét dạ dày-tá tràng, rối loạn huyết học, quá mẫn cảm với NSAID bao gồm những người có cơn hen suyễn, phù mạch, mê đay, hoặc viêm mũi do NSAID trước đó Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân tăng huyết áp, suy thận hoặc gan, có tiền sử bệnh tiêu hóa (loét hoặc xuất huyết) 	
Dẫn xuất oxicam			
Lornoxicam	8-16 mg/ngày, uống chia nhỏ mỗi 8-12 giờ		
Meloxicam	7,5-15 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 15 mg/ngày		
Piroxicam	Liều khởi đầu: 40 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc chia nhỏ liều, uống trong 2 ngày Liều duy trì: 20 mg, uống mỗi 24 giờ trong 1-2 tuần		
Tenoxicam	20 mg, uống mỗi 24 giờ Liều duy trì: 10 mg, uống mỗi 24 giờ		
Dẫn xuất acid propionic			
Fenbufen	900 mg/ngày, 450 mg, uống vào buổi sáng & 450 mg, uống vào buổi tối hoặc 300 mg, uống vào buổi sáng & 600 mg uống vào buổi tối		
Ibuprofen ¹	1.200-1.800 mg/ngày, uống chia nhỏ liều Liều duy trì: 600-1.800 mg/ngày, uống chia nhỏ liều Có thể tăng liều khi cần Liều tối đa: 2,4 g/ngày		
Ketoprofen	25-50 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 300 mg/ngày Đối với bệnh nhân không thể dùng đường uống: 100 mg, đặt trực tràng mỗi 12-24 giờ		
Loxoprofen	60 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc 60-120 mg uống mỗi 24 giờ		
Naproxen	Liều khởi đầu: 500 mg, uống Liều duy trì: 250 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 1 g/ngày		
Acid salicylic & dẫn xuất			
Diflunisal	Liều khởi đầu: 0,5-1 g, uống Liều duy trì: 250-500 mg, uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 1,5 g/ngày		
NSAID khác			
Nabumetone	1 g, uống 1 liều trước ngủ Thêm 0,5-1 g vào buổi sáng trong trường hợp nặng		
Nimesulide	100 mg, uống mỗi 12 giờ		

¹Trên thị trường có sẵn chế phẩm chứa ibuprofen & paracetamol. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

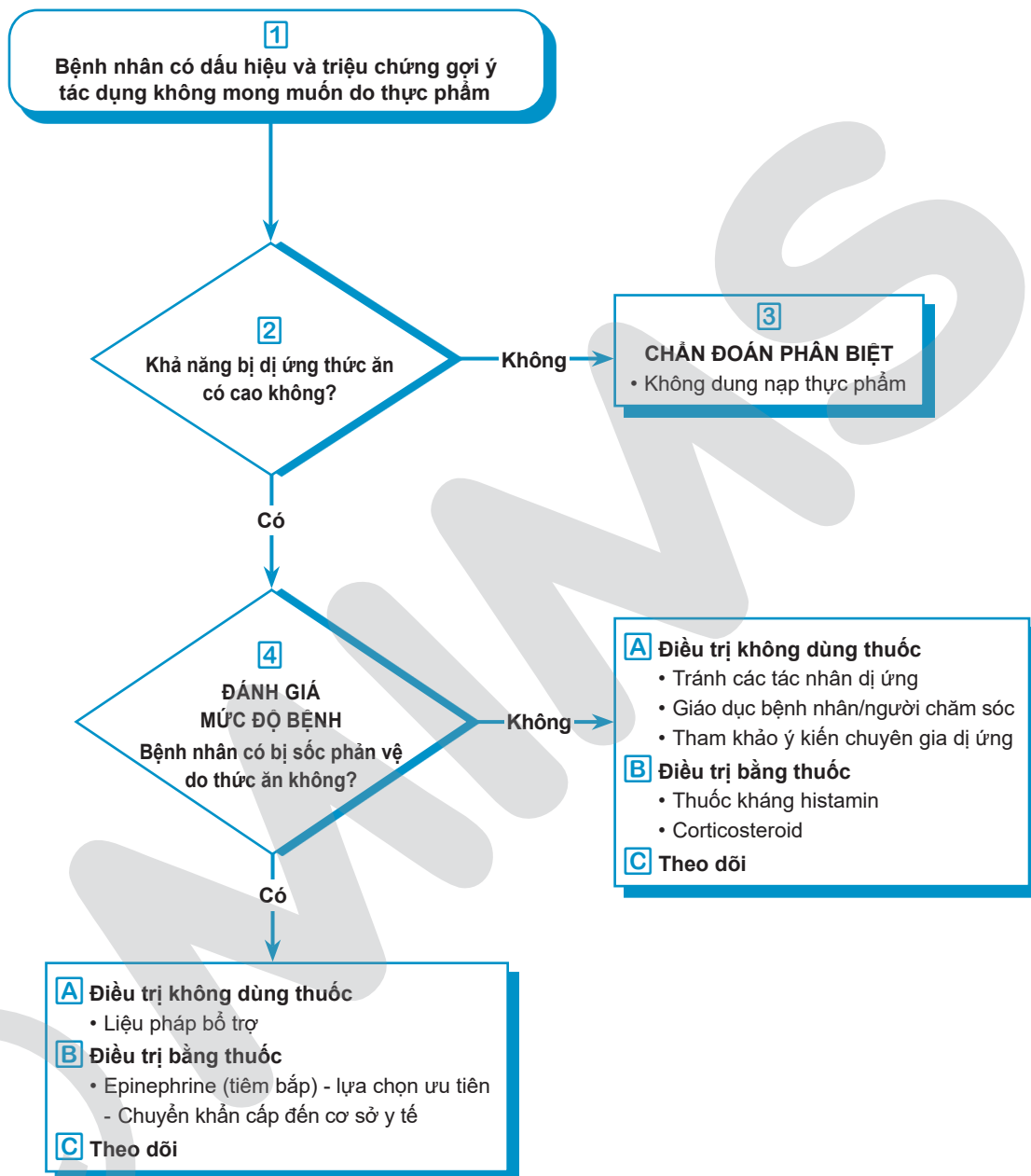
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Dị Ứng Thức Ăn (1/14)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 DỊ ỨNG THỨC ĂN

- Là tác dụng không mong muốn liên quan đến đáp ứng miễn dịch cụ thể, có thể tái phát khi tiếp xúc với một số loại thực phẩm nhất định
- Cơ chế miễn dịch
 - Qua trung gian IgE (như hội chứng miệng dị ứng)
 - Không qua trung gian IgE (như viêm ruột do protein trong thức ăn, bệnh celiac) - có thể do một số bệnh mạn tính gây ra
 - Hỗn hợp qua IgE & không qua IgE (như viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan, bệnh chàm)
- Có thể đe dọa đến tính mạng và là nguyên nhân phổ biến nhất của sốc phản vệ ở trẻ em
- Nên phân biệt với tình trạng không dung nạp thực phẩm, trong đó các tác dụng không mong muốn do tiếp xúc với thực phẩm phát sinh từ các cơ chế không miễn dịch

Biểu hiện lâm sàng

- Xảy ra từ vài phút đến vài giờ (khởi phát tức thì) hoặc vài giờ đến vài ngày (khởi phát muộn) sau khi ăn
- Da: Đỏ bừng mặt, ban đỏ, ngứa, mày đay, phù mạch, phát ban dạng sởi, phát ban dạng chàm
- Mắt: Ngứa, ban đỏ kết mạc, chảy nước mắt, phù quanh mắt
- Hô hấp: Hắt hơi, chảy nước mũi, nghẹt mũi, ngứa, ho khan, phù nề thanh quản, khàn giọng, khó thở, thở khò khè, tức ngực, co rút cơ liên sườn, co kéo cơ hô hấp phụ
- Tiêu hóa: Phù môi, lưỡi hoặc vòm họng, ngứa họng, sưng lưỡi, khó chịu ở họng, khó nuốt, buồn nôn/nôn, trào ngược, đau bụng, tiêu chảy, đi ngoài ra máu, khó chịu & bỏ ăn và giảm cân ở trẻ nhỏ
- Tim mạch: Tụt huyết áp, chóng mặt, nhịp tim nhanh (đôi khi nhịp tim chậm trong sốc phản vệ), sắc mặt xanh xao, lạnh đầu chi, ngất xỉu, mất ý thức, ngưng tim
- Biểu hiện khác: Co thắt tử cung, chóng mặt, liệt nửa người (ở người lớn), cảm giác “điều tồi tệ sắp xảy ra”

Phân loại dị ứng thức ăn (dựa trên cơ chế miễn dịch tiềm ẩn)

Dị ứng thức ăn qua trung gian IgE

- Phổ biến hơn ở trẻ em, chiếm đến 6% trẻ em <5 tuổi
- Thường xuyên ảnh hưởng đến trẻ em bị viêm da cơ địa
 - Các nghiên cứu cho thấy khả năng dị ứng thức ăn cao hơn ở trẻ em có viêm da cơ địa vừa đến nặng
- Phản ứng dị ứng xảy ra ngay lập tức, trong vòng vài phút đến 1-2 giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên
- Các phản ứng tái phát khi tiếp xúc nhiều lần; một lượng nhỏ thức ăn có thể gây phản ứng nghiêm trọng
- **Hội chứng dị ứng miệng do thức ăn (hội chứng dị ứng phấn hoa-thực phẩm)**
 - Gặp ở những bệnh nhân dị ứng với phấn hoa bị phản ứng chéo với những chất có trong rau và trái cây tươi
 - Tiếp xúc tại hầu họng với dị nguyên thực phẩm dẫn đến ngứa, chàm chích & phù môi, lưỡi, vòm họng và cổ họng
- **Quá mẫn tức thì tại đường tiêu hóa**
 - Phổ biến nhất là sau khi ăn các loại protein sau: Sữa, trứng, đậu phộng, đậu nành, lúa mì và cá
 - Xảy ra vài phút đến vài giờ sau khi ăn phải dị nguyên
 - Buồn nôn, đau bụng co thắt, nôn mửa, tiêu chảy hoặc kết hợp các triệu chứng này có thể xảy ra sau khi ăn phải dị nguyên
- Các biểu hiện ngoài đường tiêu hóa bao gồm phản ứng trên da, hô hấp và/hoặc tim mạch & phản vệ toàn thân
- Các phản ứng đe dọa tính mạng thường liên quan đến đậu phộng, các loại hạt, cá và động vật có vỏ

Dị ứng thức ăn không qua trung gian IgE

- Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tế bào T đóng vai trò trung gian trong cơ chế bệnh sinh của một số kiểu dị ứng thức ăn
- Thường xuất hiện các triệu chứng ở bụng (như nôn mửa, đau bụng, đi ngoài ra máu)
- Các triệu chứng xảy ra vài giờ đến vài ngày sau khi ăn thực phẩm gây dị ứng
- **Hội chứng viêm ruột do protein thực phẩm**
 - Các triệu chứng phát triển trong vòng 1-4 giờ sau khi ăn
 - Thường xảy ra trong vài năm đầu đời & phân có thể có vệt máu ở trẻ thường xuyên bú sữa mẹ
- **Viêm trực-kết tràng do dị ứng protein thực phẩm**
 - Là một bệnh thoáng qua thường gặp ở trẻ sơ sinh, thường tự khỏi trong vòng 2 năm đầu đời
 - Xảy ra khi uống sữa bò, đậu nành hoặc sữa mẹ ở trẻ sơ sinh
 - Có thể có các biểu hiện như phân có vệt máu, nhầy, tiêu chảy, nôn mửa & chậm phát triển
- **Hội chứng viêm ruột do protein từ thực phẩm**
 - Đặc trưng bởi tình trạng kém hấp thu chất dinh dưỡng nói chung, dẫn đến tiêu chảy mạn tính, sụt cân & chậm phát triển ở trẻ sơ sinh; các triệu chứng thường biến mất sau 2-3 tuổi
 - Thường do dị ứng sữa, ngoài ra, đậu nành, thịt gà, cá và gạo cũng có thể là dị nguyên
- **Viêm da tiếp xúc dị ứng**
 - Phản ứng dị ứng qua trung gian tế bào với thực phẩm hoặc chất nhiễm vào thực phẩm
 - Phản ứng dị ứng do tiếp xúc với các thành phần hóa học có trong thực phẩm

Dị ứng thức ăn qua trung gian IgE & không qua trung gian IgE

- Nghi ngờ mắc phải khi các triệu chứng xảy ra với tính chất mạn tính hơn, lâu khỏi hoặc không liên quan chặt chẽ với việc ăn phải thức ăn gây dị ứng
- **Viêm đường tiêu hóa tăng bạch cầu ái toan dị ứng**
 - Đặc trưng bởi sự thâm nhập mạnh mẽ của bạch cầu ái toan vào các cơ quan cụ thể có liên quan (như thực quản, dạ dày, ruột non)
 - Các triệu chứng bao gồm nôn mửa, chán ăn, đau bụng, nôn ra máu, trào ngược, sụt cân, thiếu máu & chậm phát triển

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 DỊ ỨNG THỨC ĂN (TIẾP THEO)

Dị ứng thức ăn cụ thể

- Các dị nguyên thực phẩm phổ biến là glycoprotein
- Mặc dù bất kỳ thực phẩm nào cũng có thể gây ra phản ứng dị ứng qua trung gian IgE, nhưng một số thực phẩm lại dễ gây dị ứng hơn những loại khác
- Đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, các dị nguyên phổ biến là sữa bò, trứng, đậu phộng, các loại hạt, lúa mì & đậu nành; đối với người lớn là đậu phộng, các loại hạt, cá, động vật giáp xác và động vật thân mềm

Dị ứng sữa bò

- Tác động đến 2-3% dân số chung
- Có thể xuất hiện từ lúc mới sinh & ngay cả ở trẻ sơ sinh bú sữa mẹ hoàn toàn; không phải tất cả các phản ứng bất lợi với sữa bò đều có bản chất là dị ứng
- 90% những người dị ứng với sữa bò cũng dị ứng với sữa dê, cừu hoặc các loại động vật có vú khác do phản ứng chéo ở mức độ cao
- Nên cho trẻ bú mẹ hoàn toàn đến 4-6 tháng tuổi, trừ khi bị chống chỉ định cho con bú vì lý do y tế
- Để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của trẻ sơ sinh bị dị ứng sữa bò, nên kê đơn một loại sữa công thức thay thế cho đến khi trẻ được ít nhất 2 tuổi
 - Sữa công thức thủy phân hoàn toàn là lựa chọn hàng đầu cho trẻ sơ sinh <6 tháng tuổi, ngoại trừ bệnh nhân bị sốc phản vệ & viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan do sử dụng sữa công thức acid amin
 - Sữa công thức từ đậu nành có thể thay thế cho sữa công thức thủy phân hoàn toàn ở trẻ sơ sinh >6 tháng tuổi và không bị dị ứng đậu nành
- Các yếu tố dự đoán khả năng dung nạp bao gồm giảm nồng độ IgE đặc hiệu với sữa trong huyết thanh, không bị hen phế quản hoặc viêm mũi dị ứng và chưa từng được bú sữa công thức
- Có khoảng 80-85% trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng, khả năng dung nạp đạt được khi trẻ 3-5 tuổi

Dị ứng động vật giáp xác

- Các tropomyosin của động vật không xương sống là chất chủ yếu gây ra phản ứng dị ứng chéo
 - Bệnh nhân dị ứng với động vật giáp xác không nhất thiết dị ứng với cá có xương sống & các loài nhuyễn thể
- Nên tránh tất cả các thực phẩm có nguồn gốc từ các loài giáp xác

Dị ứng trứng

- Có liên quan mật thiết với viêm da cơ địa
- Chủng ngừa vắc-xin MMR (vắc-xin sởi, quai bị, rubella) có thể xem là an toàn cho bệnh nhân bị dị ứng trứng
- Bệnh nhân 18-49 tuổi bị dị ứng trứng ở mức độ nhẹ-nặng nên tiêm phòng cúm
- Bệnh nhân có tiền sử phản vệ với trứng khi cần tiêm vắc-xin cúm nên đến cơ sở y tế có kinh nghiệm trong việc kiểm tra dị ứng và xử trí phản vệ
- Có khoảng 67% trẻ em bị ảnh hưởng, khả năng dung nạp đạt được khi trẻ 5 tuổi

Dị ứng đậu phộng

- Kéo dài suốt đời, thường nghiêm trọng và có khả năng gây tử vong
- Bệnh nhân thường có thể dung nạp với các loại đậu khác, kể cả đậu nành
- Các bằng chứng hiện nay cho thấy nguy cơ bị dị ứng đậu phộng ở trẻ sơ sinh có nguy cơ cao có thể giảm thông qua việc cho trẻ ăn đậu phộng sớm từ 4-12 tháng tuổi
- Không cần tránh các loại đậu khác vì các phản ứng chéo trên lâm sàng là không phổ biến; tuy nhiên, vẫn nên tránh các loại hạt khác

Dị ứng các loại hạt

- Như quả óc chó, hạt điều, hạt phỉ, hồ đào, hạnh nhân, quả hồ trăn
- Có thể nghiêm trọng & đe dọa tính mạng; dị ứng thường kéo dài suốt đời
- Thường gặp ở trẻ em bị dị ứng đậu phộng (30-50%)

2 CHẨN ĐOÁN

Tiền sử bệnh

- Điều quan trọng khi chẩn đoán là thu thập thông tin về tiền sử dị ứng của bệnh nhân
- Thu thập các thông tin sau:
 - Thực phẩm nghi ngờ/thực phẩm gây ra tác dụng không mong muốn và các triệu chứng dị ứng
 - Khoảng thời gian từ lúc ăn đến lúc phát triển các triệu chứng
 - Lượng thức ăn gây ra phản ứng
 - Khả năng tái phát liên quan đến việc sử dụng lại loại thực phẩm đó
 - Đồng yếu tố khác (như tập thể dục, uống rượu, nhiễm trùng, sử dụng thuốc [NSAID])
 - Khoảng thời gian từ phản ứng dị ứng trước
 - Thông tin chi tiết về các loại thuốc trước đây dùng để điều trị các triệu chứng hiện tại, bao gồm đáp ứng với các loại thuốc này
 - Đối với trẻ em, hãy xem tiền sử cho bú (nếu trẻ bú sữa mẹ, hãy xem xét chế độ ăn của người mẹ), bao gồm cả tuổi ăn dặm

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Tiền sử bệnh (Tiếp theo)**

- Quan trọng là xác định các bệnh đi kèm, các yếu tố nguy cơ & các yếu tố có khả năng gây dị ứng tái phát (như tiền sử phản ứng phản vệ trước đây, tiền sử dị ứng [viêm da dị ứng, viêm mũi dị ứng], hen phế quản ngay cả khi được kiểm soát tốt, tiền sử gia đình mắc bệnh dị ứng hoặc bất kỳ loại dị ứng thức ăn nào)
 - Tiền sử gia đình người thân trực hệ vẫn là đặc điểm thiết thực và hữu ích nhất trong việc xác định trẻ sơ sinh có dễ bị dị ứng không
 - Sự hiện diện của các bệnh dị ứng ở cha hoặc mẹ hoặc cả hai người & ở anh chị em ruột làm tăng khả năng bị dị ứng ở trẻ
- Hữu ích hơn trong việc chẩn đoán dị ứng do thức ăn ngay lập tức hơn là phản ứng chậm
- Mặc dù là đặc điểm hữu ích, không dùng tiền sử bệnh đơn độc để chẩn đoán dị ứng thức ăn

Khám thực thể

- Khám thực thể chuyên biệt có thể cho biết dấu hiệu phù hợp với phản ứng có hại do thực phẩm gây ra; tuy nhiên, không có phát hiện cụ thể nào được dùng để chẩn đoán
- Phân biệt và nhận biết các đặc điểm của phản vệ với các phản ứng dị ứng thức ăn ít nghiêm trọng hơn
- Ở những bệnh nhân có phản ứng dị ứng cấp tính với thức ăn, nên kiểm tra đường thở xem có bị tắc nghẽn do phù nề thanh quản & co thắt phế quản không

Xét nghiệm chẩn đoán

- Các xét nghiệm được lựa chọn dựa trên tiền sử bệnh, sẽ gợi ý cơ chế dị ứng có thể liên quan & nên tập trung vào thực phẩm bị nghi ngờ gây ra phản ứng dị ứng
- Tại phòng cấp cứu, xét nghiệm có giá trị hạn chế để xác định bản chất dị ứng vì điều trị mới là điều quan trọng hàng đầu
- Phân biệt nhạy cảm với thực phẩm và dị ứng thức ăn trên lâm sàng để tránh hạn chế chế độ ăn uống không cần thiết & chẩn đoán quá mức dị ứng thức ăn
- Test lấy da & xét nghiệm IgE huyết thanh nên được xem xét trước khi tiến hành thử nghiệm ăn thử thực phẩm ở những bệnh nhân có nguy cơ trung bình trước thử nghiệm hoặc khi các biểu hiện lâm sàng gợi ý nguy cơ cao trước thử nghiệm
 - Không nên dùng cho những bệnh nhân có nguy cơ thấp hoặc rất thấp trước thử nghiệm
- Xét nghiệm lấy da hoặc IgE huyết thanh phát hiện dị ứng thức ăn nhưng có độ đặc hiệu thấp; cần thiết xem xét tương quan trên lâm sàng

Chế độ ăn loại trừ

- Có thể hữu ích trong việc xác định thực phẩm gây ra một số loại dị ứng thức ăn không qua trung gian IgE
- Được cân nhắc dùng để chẩn đoán & điều trị ở những bệnh nhân có phản ứng bất lợi với thực phẩm, bất kể cơ chế tác động nào
- Khi kết hợp với tiền sử có nhiều bằng chứng thuyết phục, chế độ ăn loại trừ có thể đủ (nhưng không chỉ phụ thuộc vào đó) để chẩn đoán dị ứng thức ăn trong một vài rối loạn dị ứng do thực phẩm
- Nếu được áp dụng trong thời gian dài, đảm bảo rằng bệnh nhân không bị thiếu hụt dinh dưỡng

Xét nghiệm lấy da

- Giúp xác định các loại thực phẩm gây ra phản ứng dị ứng qua trung gian IgE
- Không thể chẩn đoán nếu chỉ dùng đơn độc test lấy da
- Hữu ích trong việc xác định thực phẩm gây ra dị ứng qua trung gian IgE ở những bệnh nhân đã được chẩn đoán dị ứng thức ăn
- Bệnh nhân nên ngừng dùng thuốc kháng histamin trước khi xét nghiệm da để tránh kết quả âm tính giả
 - Nên tránh dùng thuốc kháng histamin tác dụng kéo dài (như cetirizine) trong 10 ngày; trong khi thuốc kháng histamin tác dụng ngắn (như chlorpheniramine) nên tránh dùng trong 3 ngày trước khi kiểm tra da
- Có giá trị dự đoán dương tính thấp trong chẩn đoán ban đầu của dị ứng thức ăn nhưng giá trị dự đoán âm tính cao
- Xét nghiệm dương tính nghĩa là có sự hiện diện của IgE đặc hiệu với dị nguyên liên kết với bề mặt của tế bào mast trên da; trong khi xét nghiệm âm tính ở bệnh nhân có thể mang ý nghĩa là đây là dị ứng thức ăn không qua trung gian IgE
- Xét nghiệm lấy da dương tính khi sẩn có đường kính trung bình ≥ 3 mm so với mẫu chứng âm
- Xét nghiệm lấy da khác với xét nghiệm nội bì - có liên quan hơn đến nguy cơ cao xảy ra các phản ứng dị ứng có hại toàn thân & không được khuyến cáo trong chẩn đoán dị ứng thức ăn

Xét nghiệm IgE đặc hiệu dị nguyên

- Phương pháp tiêu chuẩn để xác định sự nhạy cảm với dị nguyên
- Giúp xác định các loại thực phẩm gây ra phản ứng dị ứng qua trung gian IgE
- IgE huyết thanh đơn độc không có giá trị chẩn đoán
- Hữu ích khi không thể thực hiện xét nghiệm lấy da
 - Khi bệnh nhân bị viêm da trên diện rộng hoặc có bệnh da vẩy nổi nặng
 - Khi bệnh nhân không thể ngừng sử dụng thuốc kháng histamin
 - Bệnh nhân đã từng có phản ứng phản vệ và có nguy cơ cao ngay cả khi kiểm tra trên da
 - Không có sẵn chiết xuất hoặc thuốc thử để thử nghiệm trên da
- Các mức độ có thể được sử dụng để đánh giá sự nhạy cảm với thức ăn gồm: Tăng lên, ổn định hay suy giảm theo thời gian
 - Có thể dự đoán khả năng xảy ra phản ứng nhưng không dự đoán được mức độ nặng

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)

Xét nghiệm chẩn đoán (tiếp theo)

Thử nghiệm ăn thử thực phẩm

- Được xem là thử nghiệm đáng tin cậy nhất để chẩn đoán dị ứng thức ăn qua trung gian IgE
- Có thể là thử nghiệm mở, mù đơn hoặc mù đôi & so sánh với giả dược
- Thử nghiệm mù đôi, ăn thử thực phẩm, so sánh với giả dược (DBPCFC) là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán dị ứng thức ăn
 - Nhược điểm là tốn kém chi phí, nguy cơ phản ứng dị ứng nghiêm trọng và tốn thời gian
- Thử nghiệm mở hoặc mù đơn có thể được sử dụng trong bối cảnh lâm sàng vì DBPCFC có thể rất đắt và bất tiện
 - Khi kết quả âm tính, có thể có giá trị chẩn đoán để loại trừ dị ứng thức ăn
 - Khi kết quả dương tính, có thể có giá trị chẩn đoán xác định nếu tiền sử và xét nghiệm cũng ủng hộ giả thiết này
- Có thể xem xét khi ngưỡng xét nghiệm lấy da & IgE huyết thanh <50% giá trị tiên đoán âm tính để loại trừ dị ứng thức ăn hoặc khi kết quả xét nghiệm ban đầu cho thấy không có hoặc hết dị ứng
- Thử nghiệm nên được thực hiện dưới sự giám sát y tế & tại nơi có sẵn các phương tiện hồi sức để ghi lại liều lượng gây ra phản ứng và tiến hành điều trị nếu xảy ra phản ứng có hại, bao gồm cả phản vệ
- Kết quả xét nghiệm xác nhận phương pháp ăn thử thực phẩm dương tính (không bắt buộc):
 - Bạch cầu trung tính (>3.500 tế bào/mL)
 - Tăng số lượng bạch cầu trung tính trong phân
 - Tăng bạch cầu ái toan
 - Có máu trong phân

Thử nghiệm Arachis Hypogaea 2 (Ara h 2)

- Ở những bệnh nhân nghi ngờ dị ứng đậu phộng, xét nghiệm Ara h 2 nên được cân nhắc dùng nếu chỉ được sử dụng một xét nghiệm chẩn đoán duy nhất
- Có độ chính xác trong chẩn đoán cao đối với IgE đặc hiệu cho đậu phộng nhưng có độ nhạy thấp hơn so với xét nghiệm lấy da & IgE huyết thanh

Xét nghiệm áp bì

- Có thể được sử dụng để đánh giá các dị nguyên thực phẩm ở trẻ em bị viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan nhưng các xét nghiệm này không được tiêu chuẩn hóa và công nhận rộng rãi

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Không dung nạp thực phẩm

- Phản ứng có hại từ thực phẩm hoặc các thành phần thực phẩm, phát sinh từ các cơ chế không phải miễn dịch
- Cơ chế không miễn dịch
 - Chuyển hóa: Không dung nạp lactose
 - Dược lý: Rượu, caffeine, tryptamine
 - Vi sinh vật: Ngộ độc thực phẩm, norovirus, viêm dạ dày ruột
 - Độc tố: Độc tố cá Scombroid
 - Hóa chất: Viêm mũi do ăn cay nóng

Các loại phản ứng khác

- Các phản ứng dị ứng biểu hiện tương tự như dị ứng thức ăn xảy ra khi bị côn trùng đốt, sử dụng thuốc, nhựa mủ, tình trạng miễn dịch (như bệnh bạch cầu, u lympho, bệnh tế bào mast, bệnh lupus ban đỏ hệ thống)
- Phản ứng kích ứng da (ví dụ viêm da dị ứng, chàm)
- Các biểu hiện trên tiêu hóa tương tự như dị ứng thức ăn (ví dụ đau bụng, chướng bụng, tiêu chảy) do bột ngọt, nitrit, sulfite

4 SỐC PHẢN VỆ DO THỨC ĂN

- Là phản ứng dị ứng nghiêm trọng khởi phát nhanh chóng và có thể đe dọa tính mạng; ảnh hưởng đến các hệ cơ quan
 - Đánh giá và điều trị kịp thời là rất quan trọng vì tử vong có thể xảy ra nhanh chóng
- Các đặc điểm lâm sàng bao gồm những triệu chứng của dị ứng thức ăn kèm theo tổn thương đường hô hấp và/hoặc hạ huyết áp
- Dị ứng thức ăn là nguyên nhân thường gặp nhất của sốc phản vệ
- Trong các trường hợp sốc phản vệ do tập thể dục, do thức ăn, các phản ứng xảy ra tùy thuộc vào mối liên hệ về thời gian tiêu hóa thức ăn và tập thể dục (thường trong vòng 2 giờ)
- Đậu phộng, các loại hạt, cá, động vật có vỏ, sữa bò, đậu nành, lúa mì và trứng thường gây ra phản vệ, nhưng trái cây và rau quả cũng có liên quan
- Trong trường hợp sốc phản vệ do vận động phụ thuộc thức ăn, phản ứng xảy ra khi gắng sức trong 2-4 giờ, sau khi ăn một số loại thức ăn có khả năng gây dị ứng; bệnh nhân dung nạp thức ăn khi không hoạt động
- Vui lòng xem Phác đồ điều trị Sốc phản vệ để biết thêm thông tin

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

Tránh dị nguyên

- Được xem là liệu pháp đầu tay ở những bệnh nhân dị ứng thức ăn đã được ghi nhận và xác nhận
- Bệnh nhân nên được tư vấn về các chất gây phản ứng dị ứng chéo có trong thực phẩm khác, các dị nguyên ẩn trong thực phẩm (như casein & váng sữa ở sữa bò, albumin từ lòng trắng trứng gà) và các tình huống có nguy cơ cao như sốc phản vệ
- Chỉ khuyên dùng chế độ ăn loại trừ nếu có tiền sử dương tính xác nhận bởi xét nghiệm lấy da hoặc xét nghiệm IgE đặc hiệu với dị nguyên
 - Đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân, tránh thiếu hụt chất dinh dưỡng
 - Đảm bảo rằng bệnh nhân bị dị ứng lâm sàng với một loại thực phẩm cụ thể trước khi loại bỏ khỏi chế độ ăn; vì có thể loại thực phẩm đó cần thiết cho sự tăng trưởng và phát triển của người bệnh
- Không khuyến cáo người không bị dị ứng thức ăn tránh các thực phẩm có khả năng gây dị ứng để kiểm soát hen phế quản, viêm da cơ địa hoặc viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan
- Không khuyến cáo hạn chế chế độ ăn của người mẹ hoặc tránh dị nguyên trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú để ngăn ngừa dị ứng cho con vì nguy cơ thiếu dinh dưỡng của bà mẹ &/hoặc thai nhi, & thiếu bằng chứng ủng hộ
 - Còn thiếu các bằng chứng ủng hộ việc thay đổi chế độ ăn cho bà mẹ đang cho con bú để ngăn ngừa dị ứng thức ăn ở con
- Không nên thường xuyên khuyến cáo việc tránh các chất phụ gia thực phẩm cho đến khi chẩn đoán được xác định

Giáo dục bệnh nhân/người chăm sóc

- Khuyến cáo tư vấn dinh dưỡng và theo dõi sự phát triển thường xuyên cho tất cả trẻ em bị dị ứng với nhiều loại thực phẩm
- Nên giáo dục bệnh nhân về tránh dị nguyên, nhận biết các triệu chứng, điều trị cụ thể & cách dùng thuốc
- Bệnh nhân & người chăm sóc nên được giáo dục về dị ứng để tránh vô tình ăn phải chất gây dị ứng
 - Học cách đọc nhãn thực phẩm, hỏi nhà hàng và thực hiện các biện pháp phòng ngừa để tránh vô tình tiếp xúc với các chất gây dị ứng đã biết
- Thông tin y tế trên vòng đeo tay hoặc vòng cổ của bệnh nhân có thể cung cấp chi tiết y tế quan trọng khi bệnh nhân được phát hiện bất tỉnh hoặc không thể giao tiếp do bị dị ứng thức ăn
- Nên lên kế hoạch ứng phó trong trường hợp xảy ra dị ứng thức ăn:
 - Xác định liều lượng thuốc và thông tin liên hệ của các thành viên gia đình và bệnh viện
 - Kế hoạch nên được thảo luận kỹ lưỡng với bệnh nhân, người nhà và người chăm sóc
 - Bệnh nhân có tiền sử sốc phản vệ do thực phẩm cần biết thời điểm và cách sử dụng epinephrine tự tiêm
- Bệnh nhân & người chăm sóc nên tự làm quen với thực phẩm thay thế cho dị nguyên hiện đang có trên thị trường để tránh suy dinh dưỡng (như: Sữa công thức thủy phân cho bệnh nhân dị ứng sữa bò)

Chuyển đến bác sĩ chuyên khoa Dị ứng-Miễn dịch

- Các triệu chứng tái phát hoặc khó kiểm soát và/hoặc bắt buộc phải dùng thuốc để phòng ngừa hàng ngày
- Bệnh nhân dị ứng thức ăn qua trung gian IgE và mắc bệnh hen phế quản
- Xét nghiệm âm tính nhưng nghi ngờ dị ứng thức ăn qua trung gian IgE

Liệu pháp hỗ trợ cho các phản ứng dị ứng cấp tính đe dọa tính mạng

- Liệu pháp oxy: Dùng cho bệnh nhân bị sốc phản vệ, đặc biệt trong trường hợp thiếu oxy và suy hô hấp
- Dịch truyền qua đường tĩnh mạch: Cấp cứu bù dịch thể tích lớn ngay lập tức cho bệnh nhân bị hạ huyết áp và những người không đáp ứng đầy đủ với epinephrine tiêm bắp
- Vị trí của bệnh nhân: Nếu được, bệnh nhân nên đặt ở tư thế nằm, nâng cao chi dưới để tăng tưới máu cho các cơ quan quan trọng; bệnh nhân nôn mửa có thể được đặt ở tư thế nằm nghiêng bên trái
- Vui lòng xem Phác đồ điều trị Sốc phản vệ để biết thêm thông tin

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

Sốc phản vệ do thực phẩm

Epinephrine

- Trong trường hợp sốc phản vệ đe dọa tính mạng, epinephrine tự tiêm bắp (0,01 mg/kg) là phương pháp điều trị hàng đầu; tất cả các phương pháp điều trị khác là điều trị hỗ trợ (như thuốc kháng histamin, thuốc chủ vận beta dạng hít, glucocorticoid)
- Đường tiêm bắp được ưu tiên hơn, làm tăng nhanh nồng độ epinephrine trong huyết tương và mô hơn so với đường tiêm dưới da
- Bệnh nhân có nguy cơ sốc phản vệ do thực phẩm có thể được kê đơn và mang theo vào mọi lúc 2 ống tiêm tự động epinephrine nếu việc tiếp cận các cơ sở y tế cấp cứu bị hạn chế
- Có thể dùng liều epinephrine thứ hai cho các triệu chứng tái phát hoặc dai dẳng (>5-15 phút)
- Có thể tiêm mỗi 5-20 phút khi cần thiết để duy trì huyết áp & kiểm soát các triệu chứng; không tiêm >2 liều tiếp theo trừ khi được giám sát y tế
- Khuyến cáo dùng epinephrine tiêm tĩnh mạch cho bệnh nhân không đáp ứng với epinephrine tiêm bắp liều lặp lại & hồi sức dịch; những bệnh nhân đó phải được đưa vào ICU để điều trị
- Có thể cân nhắc dùng epinephrine dạng hít kèm với oxy thông qua máy xông khí dung cho những bệnh nhân tổn thương thanh quản &/hầu họng

Thuốc kháng histamin (Thuốc đối kháng thụ thể H₁ & H₂)

- Không đủ bằng chứng hỗ trợ việc sử dụng trong điều trị cấp cứu sốc phản vệ
- Chỉ hữu ích để giảm mày đay & ngứa

Atropine

- Có thể được xem xét cho những bệnh nhân có nhịp tim chậm

Thuốc giãn phế quản (dạng hít)

- Như: salbutamol (albuterol)
- Điều trị hỗ trợ khi co thắt phế quản không đáp ứng với epinephrine tiêm bắp
- Liệu pháp khí dung, nếu có, được coi là dễ sử dụng hơn so với thuốc hít định liều

Glucagon

- Có thể được dùng cho hạ huyết áp kháng trị và nhịp tim chậm ở bệnh nhân đang dùng thuốc chẹn beta vì tác dụng vận mạch của epinephrine có thể giảm ở những bệnh nhân này

Thuốc vận mạch

- Như: dopamine
- Dùng trong trường hợp hạ huyết áp dai dẳng trong sốc phản vệ mặc dù đã dùng epinephrine & truyền dịch đường tĩnh mạch
- Cần theo dõi liên tục các dấu hiệu sinh tồn

Phản ứng dị ứng thức ăn không cấp tính

Thuốc kháng histamin (Thuốc đối kháng thụ thể H₁ & H₂)

- Vẫn là thuốc chính yếu để kiểm soát triệu chứng của phản ứng dị ứng không nghiêm trọng do thực phẩm gây ra
- Dùng chủ yếu cho các phản ứng ngoài da (như ngứa, nổi mày đay) nhưng không phải là thuốc đầu tay để điều trị sốc phản vệ
- Cũng có thể được dùng trong trường hợp khó tránh việc ăn phải thực phẩm gây dị ứng hoặc dùng ăn thực phẩm đó dẫn tới thiếu hụt dinh dưỡng
- Thuốc kháng histamin đường uống được sử dụng để sơ cứu các phản ứng dị ứng nên ở dạng nhai hoặc lỏng để hấp thu nhanh hơn
- Không được khuyến cáo sử dụng để ngăn ngừa phản ứng dị ứng thức ăn

Corticosteroid

- Mặc dù không hữu ích trong điều trị sốc phản vệ cấp tính vì khởi phát tác dụng chậm, tuy nhiên các bác sĩ ủng hộ việc sử dụng corticoid theo kinh nghiệm
- Các đặc tính chống viêm của corticosteroid có tác dụng tốt đối với bệnh dị ứng
- Giúp ngăn ngừa tái phát các triệu chứng & phản ứng hai pha hoặc kéo dài
- Khuyến cáo dùng corticosteroid đường uống để điều trị viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Liệu pháp miễn dịch**

- Là lựa chọn điều trị cho dị ứng thức ăn qua trung gian IgE mà các biện pháp phòng ngừa không có hiệu quả, không dung nạp được & ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân
- Khuyến cáo dùng liệu pháp miễn dịch đường uống như một lựa chọn điều trị cho trẻ em từ 4-5 tuổi bị dị ứng protein sữa bò dai dẳng, dị ứng trứng gà hoặc dị ứng đậu phộng trên cơ sở gia tăng ngưỡng phản ứng lâm sàng trong quá trình điều trị
- Một số thử nghiệm lâm sàng cho thấy liệu pháp miễn dịch đường uống, dưới lưỡi & sử dụng ngoài da có tiềm năng để sử dụng điều trị cho dị ứng thức ăn, nhưng lợi ích lâm sàng nên vượt trội hơn các tác dụng bất lợi, và nên cân nhắc đến bằng chứng (chưa được kết luận rõ ràng) rằng chúng có thể tạo ra sự dung nạp lâu dài với thực phẩm mục tiêu
 - Liệu pháp miễn dịch đường uống có hiệu quả hơn trong việc giải mã cảm nhưng có thể tạo ra nhiều tác dụng không mong muốn hơn so với liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi & trên da
- Chống chỉ định tuyệt đối ở bệnh nhân tuân thủ điều trị kém, hen nặng/chưa kiểm soát, bệnh ác tính đang hoạt động, rối loạn tự miễn toàn thân đang hoạt động, các rối loạn tăng bạch cầu ái toan khác ở đường tiêu hóa, mang thai
- Chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, bệnh nghiêm trọng như bệnh tim mạch, rối loạn hệ tự miễn toàn thân đang thuyên giảm, viêm da cơ địa không kiểm soát, mày đay mạn tính, đang dùng thuốc chẹn beta, thuốc ức chế men chuyển, bệnh tế bào mast

Kháng thể đơn dòng

- Như: dupilumab, omalizumab
- Omalizumab, một kháng thể đơn dòng kháng IgE, đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm & Dược phẩm Hoa Kỳ cấp phép chỉ định là liệu pháp đột phá để ngăn ngừa các phản ứng dị ứng nghiêm trọng sau khi vô tình tiếp xúc với ≥ 1 loại thực phẩm ở những người bị dị ứng
 - Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy omalizumab có khả năng giải mã cảm ở bệnh nhân dị ứng thức ăn
 - Omalizumab cũng có thể được dùng để điều trị hỗ trợ cho liệu pháp miễn dịch đường uống
- Các nghiên cứu cho thấy dupilumab có thể làm giảm phản ứng dị ứng thức ăn bằng cách ức chế các thụ thể IL-4 & IL-3 có liên quan đến tăng nguy cơ dị ứng thức ăn

C THEO DÕI**Quan sát**

- Bệnh nhân nên được theo dõi trong 4-6 giờ hoặc hơn để biết khả năng tái phát khi tác dụng của epinephrine giảm dần

Đánh giá lại ở bệnh nhân bị dị ứng thức ăn

- Quan trọng là xác định xem tình trạng dị ứng với thức ăn đã hết chưa hoặc có khả năng dung nạp theo thời gian không
 - Xem xét diễn biến tự nhiên của dị ứng với một loại thức ăn cụ thể khi xác định tần suất xảy ra trong quá trình đánh giá theo dõi cũng như tuổi của bệnh nhân
- Khi theo dõi, nếu test lấy da hoặc xét nghiệm IgE đặc hiệu cho kết quả âm tính hoặc đã giảm xuống mức thấp, khuyến cáo thực hiện ăn thử thực phẩm
 - Nếu ăn thử thực phẩm âm tính, bệnh nhân có thể đưa thức ăn vào chế độ ăn của mình

Thời gian kiểm tra

- Các xét nghiệm IgE dành riêng cho thực phẩm có thể được thực hiện:
 - 6-12 tháng/lần đối với bệnh nhân <3 tuổi
 - 12 tháng một lần cho bệnh nhân 3-5 tuổi
 - 1-2 năm một lần cho bệnh nhân >5 tuổi
- Ăn thử thực phẩm có thể được thực hiện:
 - 6-12 tháng/lần đối với bệnh nhân <3 tuổi
 - 1-2 năm một lần cho bệnh nhân 3-5 tuổi
 - 2-3 năm một lần cho bệnh nhân >5 tuổi
- Khuyến cáo đánh giá định kỳ (2-5 năm một lần) cho người lớn

PHÒNG NGỪA DỊ ỨNG

- Trong bệnh sử, ghi lại hồ sơ dị ứng của cha mẹ, anh chị em, họ hàng bên nội hoặc bên ngoại của bệnh nhân
 - Điểm số dự đoán tính theo yếu tố gia đình có thể được sử dụng để xác định những bệnh nhân có nguy cơ phát triển dị ứng
- Hiện có một nghiên cứu tiến hành về các chiến lược phòng chống dị ứng, mặc dù kết quả nghiên cứu chưa đáng kể hoặc chưa được xác nhận; các chiến lược mới hơn vẫn đang trong giai đoạn thử nghiệm

Nuôi con bằng sữa mẹ & sữa công thức

- Nên cho trẻ sơ sinh bú mẹ hoàn toàn đến 4-6 tháng tuổi, đặc biệt ở trẻ em có nguy cơ mắc bệnh dị ứng cao
 - Tác dụng bảo vệ chống dị ứng được báo cáo trong những năm đầu đời còn tương đối ít và một số nghiên cứu cho thấy nguy cơ mắc bệnh tăng khi trẻ lớn lên
 - Hiện tại, chưa có kết luận nào về vai trò của thời gian cho con bú trong việc ngăn ngừa hoặc trì hoãn sự khởi phát dị ứng thức ăn nhất định
- Không nên hạn chế chế độ ăn đối với các bà mẹ đang cho con bú để ngăn ngừa dị ứng thức ăn ở trẻ nếu trẻ không có triệu chứng và đang phát triển tốt
- Tránh cho trẻ bú sữa mẹ kèm với sữa bò công thức trong tuần đầu tiên
- Nếu trẻ có nguy cơ cao không thể bú sữa mẹ, khuyến cáo dùng sữa công thức thủy phân
 - Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh dị ứng giảm ở những trẻ có nguy cơ cao được cho uống sữa công thức chứa váng sữa thủy phân một phần & sữa công thức chứa casein thủy phân hoàn toàn, mặc dù sau đó kết quả từ một phân tích gộp đã đặt ra nghi vấn đối với chiến lược phòng ngừa này
- Các nghiên cứu tiến cứu đã chỉ ra rằng sữa công thức chứa đậu nành và các loại sữa khác (như sữa dê) không được khuyến cáo để giảm nguy cơ dị ứng thức ăn
 - Tránh cho trẻ sơ sinh <6 tháng tuổi uống sữa công thức chứa đậu nành
- Cần nhiều nghiên cứu hơn để hỗ trợ việc sử dụng probiotic/ prebiotic để bổ sung vào chế độ ăn cho trẻ sơ sinh

Thức ăn đặc

- Khuyến cáo rằng việc cho trẻ ăn thức ăn đặc, bao gồm cả những chất gây dị ứng tiềm ẩn, nên được thực hiện bắt đầu từ 4-6 tháng tuổi, không được chậm trễ
 - Không khuyến cáo hạn chế ăn uống ở những bệnh nhân có nguy cơ cao do không đủ bằng chứng
- Cho khoảng một nửa quả trứng gà nhỏ, nấu chín kỹ, 2 lần/tuần vào chế độ ăn của trẻ 4-6 tháng tuổi
 - Tránh dùng trứng còn sống hoặc chưa nấu chín kỹ
- Nên đưa đậu phộng vào chế độ ăn của trẻ ≥6 tháng tuổi bị viêm da cơ địa từ nhẹ đến trung bình
 - Đối với trẻ sơ sinh từ 4-6 tháng tuổi bị viêm da cơ địa nặng, dị ứng trứng hoặc cả hai, hãy xem xét làm test lấy da hoặc xét nghiệm IgE đặc hiệu với đậu phộng trước khi cho ăn thực phẩm chứa đậu phộng
- Khuyến khích tái khám thường xuyên: 6-12 tháng/lần khi trẻ được 1 tuổi

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN VÀ THUỐC CHỐNG DỊ ỨNG

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thế hệ 1		
Azatadine	Trẻ em 6-12 tuổi: 0,5-1 mg, uống mỗi 12 giờ Người lớn: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Có thể tăng liều lên 2 mg, uống mỗi 12 giờ, nếu cần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thường gặp nhất: TKTU' (buồn ngủ, mệt mỏi, chóng mặt, mất phối hợp, kích thích nghịch thường) • Tác dụng thường gặp khác: TKTU' (nhức đầu, suy giảm tâm thần vận động); Tác dụng kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) • Tình trạng có thể gây các tác dụng trên tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thèm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất gây nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác dụng khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ huyết áp) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử hen, bệnh tim mạch, (tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim), tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận - Có thể cần phải giảm liều • Tránh sử dụng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc sử dụng máy móc) & người uống rượu bia
Brompheniramine	Trẻ em 6-12 tuổi: 2-4 mg, uống mỗi 6-8 giờ Người lớn: 4 mg, uống mỗi 4-6 giờ	
Buclizine	Trẻ em 5-10 tuổi: 12,5-25 mg, uống mỗi 6-8 giờ Người lớn: 25-50 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng lên 100 mg, uống mỗi 24 giờ	
Chlorpheniramine	Trẻ em 1-5 tuổi: 1-2 mg, uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày Trẻ em 6-12 tuổi: 2-4 mg, uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày Người lớn: 2-4 mg, uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 24 mg/ngày hoặc Trẻ em: 87,5 mcg/kg, tiêm dưới da mỗi 6 giờ Người lớn: 5-50 mg, tiêm bắp/tiêm dưới da/tiêm TM Liều tối đa: 40 mg/ngày	
Clemastine	Trẻ em ≤ 1 tuổi: 0,1-0,25 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em 1-3 tuổi: 0,25-0,5 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em 3-6 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em 6-12 tuổi: 0,5-1 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em > 12 tuổi & Người lớn: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Có thể tăng lên 6 mg/ngày trong trường hợp kháng trị	
Cyproheptadine	Trẻ em 2-6 tuổi: 2 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày Trẻ 7-14 tuổi: 4 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 16 mg/ngày Người lớn: 4-8 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 32 mg/ngày hoặc 0,5 mg/kg/ngày	
Dexchlorpheniramine	Trẻ em 2-5 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 3 mg/ngày Trẻ em 6-12 tuổi: 1 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày Người lớn: 1-2 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày Dạng phóng thích kéo dài Người lớn: 6 mg, uống mỗi 12 giờ	
Dimethindene	Dung dịch 0,1% Trẻ em ≤ 1 tuổi: 3-10 giọt, uống mỗi 8 giờ Trẻ em 1-3 tuổi: 10-15 giọt, uống mỗi 8 giờ Trẻ em ≥ 3 tuổi: 15-20 giọt, uống mỗi 8 giờ Người lớn: 20-40 giọt, uống mỗi 8 giờ hoặc 1-2 mg, uống mỗi 8-24 giờ	
Diphenhydramine	Trẻ em: 6,25-25 mg, uống mỗi 6-8 giờ hoặc 5 mg/kg/ngày, chia thành nhiều liều tiêm bắp/tiêm TM mỗi 6 giờ Liều tối đa: 300 mg/ngày Người lớn: 25-50 mg, uống mỗi 6-8 giờ hoặc 10-50 mg, tiêm bắp/tiêm TM, có thể tăng lên 100 mg Liều tối đa: 300 mg/ngày, dùng đường uống hoặc 400 mg/ngày, tiêm bắp/tiêm TM	
Diphenylpyraline	Người lớn: 6 mg, chia nhiều liều, uống mỗi 6-8 giờ	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN VÀ THUỐC CHỐNG DỊ ỨNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thế hệ 1 (tiếp theo)		
Doxylamine	Người lớn: 7,5 - 12,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 75 mg/ngày	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Thường gặp nhất: TKTU¹ (buồn ngủ, mệt mỏi, chóng mặt, mắt phối hợp, kích thích nghịch thường) Tác dụng thường gặp khác: TKTU¹ (nhức đầu, suy giảm tâm thần vận động); Tác dụng kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) Thỉnh thoảng có thể gây các tác dụng trên tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thèm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất gây nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác dụng khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ huyết áp) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử hen, bệnh tim mạch, (tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim), tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận Có thể cần phải giảm liều Tránh sử dụng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc sử dụng máy móc) & người uống rượu bia
Homochlorcyclizine	Người lớn: 10-20 mg, uống mỗi 8 giờ	
Hydroxyzine	Trẻ em 6 tháng-1 tuổi: 5 mg, uống mỗi 8 giờ Trẻ em 1-6 tuổi: 10 mg, uống mỗi 8 giờ Trẻ 6-12 tuổi: 20 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc Trẻ em 30 tháng - 15 tuổi: 1 mg/kg/ngày, dùng đường ống Người lớn: 25-100 mg, uống mỗi 6-8 giờ	
Ketotifen	Trẻ em 6 tháng-3 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em >3 tuổi: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Người lớn: 1-2 mg, uống mỗi 12 giờ Hoặc cách dùng khác: 0,5-1 mg, uống vào ban đêm trong vài ngày đầu điều trị	
Mebhydrolin	Trẻ em 2-5 tuổi: 50-150 mg/ngày, uống chia nhiều lần Trẻ em 6-12 tuổi: 100-200 mg/ngày, uống chia nhiều lần Người lớn: 50-100 mg, uống mỗi 8-24 giờ	
Oxatomide	Trẻ em: 0,5 mg/kg, uống mỗi 12 giờ Người lớn: 30 mg, uống mỗi 12 giờ	
Promethazine	Trẻ em 2-5 tuổi: 5-15 mg/ngày, chia 1 hoặc 2 lần uống Liều tối đa: 15 mg/ngày Trẻ em >5-10 tuổi: 10-25 mg/ngày, chia 1 hoặc 2 lần uống Người lớn: 10-20 mg, uống mỗi 8-12 giờ hoặc 25 mg, uống vào ban đêm Có thể tăng lên 25 mg, uống mỗi 12 giờ nếu cần Liều tối đa: 60 mg/ngày hoặc Trẻ em 5-10 tuổi: 6,25-12,5 mg, tiêm bắp Người lớn: 25 mg, tiêm bắp có thể lặp lại trong vòng 2 giờ nếu cần	
Tripolidine (triprolidine hydrochloride)	Trẻ em 4 tháng-<2 tuổi: 0,313 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 1,252 mg/ngày, dùng đường uống Trẻ em 2- <4 tuổi: 0,625 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 2,5 mg/ngày, dùng đường uống Trẻ em 4-<6 tuổi: 0,938 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 3,744 mg/ngày, dùng đường uống Trẻ 6-<12 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 5 mg/ngày, dùng đường uống Trẻ em >12 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 10 mg/ngày, dùng đường uống Người lớn: 2,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 100 mg/ngày, dùng đường uống	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN VÀ THUỐC CHỐNG DỊ ỨNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Thế hệ 2		<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tác dụng của TKTU¹ (buồn ngủ, ngủ lịm, chóng mặt, nhức đầu, mắt phôi hợp; kích thích nghịch thường ở liều cao); tác dụng kháng muscarinic (khô miệng, tăng tiết đàm nhớt, bí tiểu, mờ mắt); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị) <ul style="list-style-type: none"> Ít hoặc không gây tác dụng an thần & kháng muscarinic so với thuốc kháng histamin thế hệ 1 Cetirizine có thể gây buồn ngủ nhiều hơn so với các thuốc kháng histamin thế hệ thứ 2 khác Đôi khi có tác dụng trên tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim); Ngoài da (phát ban); Phản ứng quá mẫn (co thắt phế quản, phù mạch, phản vệ); Các tác dụng hiếm gặp khác (rối loạn máu, đau cơ, ù tai, rụng tóc, co giật) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Nên sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy thận hoặc gan, hoặc bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc vận hành máy móc) Tránh uống rượu khi đang dùng thuốc
Azelastine	1 mg, uống mỗi 24 giờ	
Cetirizine	Trẻ em 2-6 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 5 mg, uống mỗi 24 giờ Trẻ em >6 tuổi: 5-10 mg, uống mỗi 24 giờ Người lớn: 5-10 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 10 mg/ngày	
Desloratadine	Trẻ em 6-11 tháng: 1 mg, uống mỗi 24 giờ Trẻ em 1-5 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 24 giờ Trẻ em 6-11 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ Trẻ em >12 tuổi và người lớn: 5 mg, uống mỗi 24 giờ	
Ebastine	Trẻ em 6-12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ, có thể tăng liều lên 10 mg, uống mỗi 24 giờ, nếu cần Người lớn: 5-20 mg, uống mỗi 24 giờ	
Fexofenadine	Trẻ em 6-12 tuổi: 30 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em >12 tuổi và người lớn: 60 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 120-180 mg, uống mỗi 24 giờ	
Levocetirizine	Trẻ em 2-6 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 12 giờ Trẻ em >6 tuổi và người lớn: 5 mg, uống mỗi 24 giờ	
Loratadine ¹	Trẻ em 6-12 tuổi, ≤30 kg: 5 mg, uống mỗi 24 giờ Trẻ em 6-12 tuổi, >30 kg: 10 mg, uống mỗi 24 giờ Trẻ em >12 tuổi và người lớn: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	
Mequitazine	Trẻ em <12 tuổi: 0,25 mg/kg cân nặng/ngày, uống chia thành 2 liều Trẻ em >12 tuổi & người lớn: 5 mg, uống mỗi 12 giờ	
Mizolastine	Trẻ em >12 tuổi & người lớn: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	
Rupatadine	Người lớn: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với betamethasone. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC TIM

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Epinephrine (adrenaline)	<p>Dạng tự tiêm: 15-30 kg: 0,15 mg/liều, tiêm bắp/tiêm dưới da đùi trước, có thể lặp lại sau mỗi 5-15 phút nếu cần >30 kg: 0,3 mg/liều, tiêm bắp/tiêm dưới da đùi trước, có thể lặp lại sau mỗi 5-15 phút nếu cần</p> <p>Điều trị nội trú: 0,01 mg/kg/liều dung dịch 1:1.000, tiêm bắp/tiêm dưới da đùi trước, có thể lặp lại sau 5-15 phút nếu cần</p> <p>Liều tối đa: ≤ 30 kg: 0,3 mg/liều > 30 kg: 0,5 mg/liều Có thể xem xét truyền dịch liên tục nếu không đáp ứng</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, loạn nhịp, tăng huyết áp, tái nhợt); TKTU' (lo lắng thoáng qua, lo sợ, căng thẳng, chóng mặt, nhức đầu); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, khô miệng); Tác dụng khác (toát mồ hôi, khó thở, phù phổi, yếu, run cơ, kích ứng mắt) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc hẹp, sốc, có tổn thương thực thể ở não, suy tim, suy mạch vành Dùng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh tim mạch (như bệnh mạch vành, tăng huyết áp), bệnh mạch máu não, đái tháo đường, bệnh Parkinson, bệnh tuyến giáp, bí tiểu, bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống trầm cảm 3 vòng Ưu tiên dùng đường truyền trung tâm khi cần phải truyền thuốc liên tục Khi truyền tĩnh mạch cần dùng bơm truyền Theo dõi sát tim và huyết áp trong thời gian truyền tĩnh mạch hoặc truyền liên tục

CORTICOSTEROID

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Methylprednisolone	<p>Điều trị nội trú: 1-2 mg/kg, tiêm TM Liều tối đa: 125 mg/liều</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (bệnh cơ tim, tăng huyết áp, phù nề); TKTU' (đau đầu, mất ngủ, rối loạn tâm thần); Tiêu hóa (tăng cảm giác thèm ăn, loét dạ dày tá tràng, buồn nôn, khó tiêu); Da (bầm tím, mày đay, ức chế xét nghiệm phản ứng trên da, vết thương lành kém); Tác dụng khác (đái tháo đường, hạ kali máu, ức chế trục tuyến yên, ức chế tăng trưởng, suy nhược, loãng xương) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân bị nhiễm nấm toàn thân, thủy đậu, & sử dụng đồng thời vắc-xin sống hoặc giảm độc lực Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân lao, suy tim, nhồi máu cơ tim gần đây, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa (như: Viêm túi thừa, loét dạ dày tá tràng, viêm loét đại tràng), suy gan/thận, nhược cơ, loãng xương, tiền sử rối loạn co giật, rối loạn chức năng tuyến giáp
Prednisone	<p>Trẻ em: Liều khởi đầu: 1-2 mg/kg/ngày, chia thành 1-4 liều uống Liều tối đa: 60 mg/ngày Người lớn: Liều khởi đầu: 5-60 mg/ngày, dùng đường uống, chia nhiều liều</p>	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CÁC THUỐC CHỦ VẬN CHỌN LỌC THỤ THỂ BETA₂-ADRENERGIC

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Salbutamol (albuterol)	<p>Điều trị ngoại trú/nội trú:</p> <p>Nhũ nhi & trẻ em ≤5 tuổi: Bình xịt định liều (90 mcg/nhát): 2-6 nhát mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu sau đó 2-3 nhát mỗi giờ khi cần Dung dịch khí dung: 1,25 -2,5 mg sau mỗi 20 phút hoặc liên tục khi cần thiết</p> <p>Trẻ 6-17 tuổi & người lớn: Bình xịt định liều (90 mcg/nhát): 4-10 nhát mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu đối với cơn kịch phát nhẹ đến trung bình Dung dịch khí dung: 2,5-5 mg mỗi 20 phút đến khoảng 3 liều hoặc liên tục khi cần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tùy vào tuổi của bệnh nhân, liều và đường dùng Tim mạch (nhịp tim nhanh, đau ngực, khó chịu ở ngực, đánh trống ngực, đỏ bừng mặt, loạn nhịp); TKTU' (nhức đầu, mất ngủ, chóng mặt, ngầy ngật, kích động); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, khô miệng, tiêu chảy, vị giác khác thường); Nội tiết (tăng đường huyết, giảm kali máu, nhiễm acid lactic); Tác dụng khác (run cơ, vọp bẻ, ho, chảy máu cam, phản ứng quá mẫn) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh tim mạch (tăng huyết áp, loạn nhịp), đái tháo đường, tăng nhãn áp, cường giáp, hạ kali máu, rối loạn co giật Nên sử dụng mặt nạ ở trẻ <4 tuổi

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

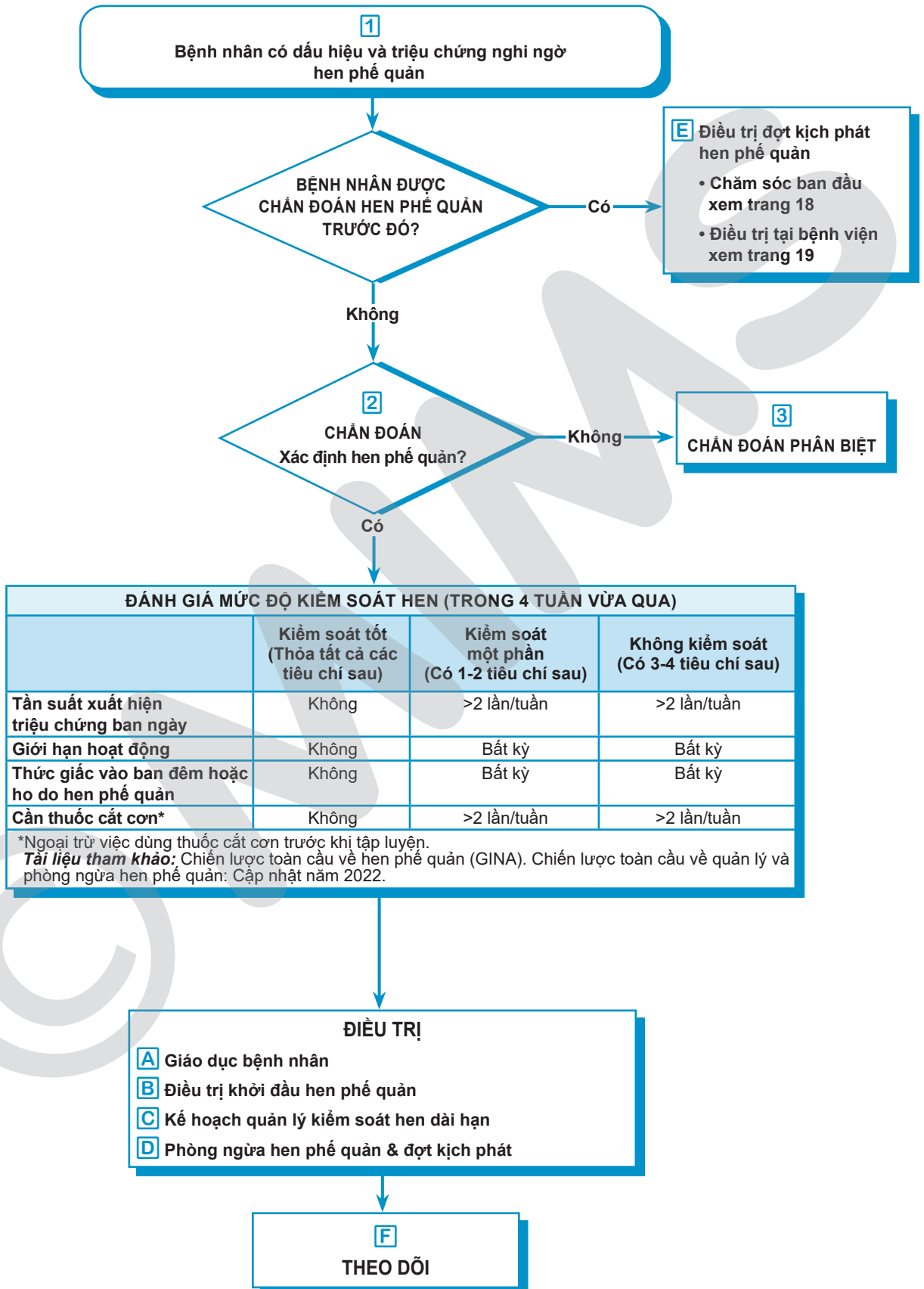
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Hen Phế Quản (1/35)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
 Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 HEN PHẾ QUẢN

- Định nghĩa là bệnh lý đặc trưng bởi tình trạng viêm đường dẫn khí mạn tính dẫn đến các đợt tái phát khò khè, khó thở, tức ngực & ho thay đổi theo thời gian về cường độ, giới hạn đường dẫn khí thì thờ ra
- Các triệu chứng thường liên quan đến tắc nghẽn đường dẫn khí; có thể đảo ngược một cách tự nhiên hoặc do điều trị
- Có >1 triệu chứng hô hấp, không liên tục, thay đổi, nặng hơn vào ban đêm hoặc khi thức dậy & gây ra bởi các yếu tố kích ứng, ví dụ như tập thể dục, dị nguyên, thời tiết thay đổi, nhiễm virus
- Các kiểu hình hen phế quản (các nhóm đặc trưng của hen phế quản) khác nhau về biểu hiện lâm sàng, sinh lý bệnh & nhân trắc học của bệnh nhân
 - Hen phế quản do dị ứng: Xuất hiện từ nhỏ, có tiền sử gia đình mắc hen phế quản và tiền sử dị ứng trước đó như chàm, dị ứng thức ăn, viêm mũi dị ứng,....
 - Hen phế quản không dị ứng: Hen phế quản không có yếu tố dị ứng
 - Hen phế quản khởi phát muộn: Còn gọi là khởi phát ở người lớn; hen phế quản xuất hiện và được chẩn đoán lần đầu tiên ở người trưởng thành
 - Hen phế quản kèm hạn chế đường dẫn khí cố định: Tái cấu trúc đường dẫn khí do viêm đường dẫn khí mạn tính gây tắc nghẽn đường dẫn khí không hồi phục
 - Hen phế quản do béo phì: Tỷ lệ mắc hen phế quản có triệu chứng tăng lên trên người béo phì

2 CHẨN ĐOÁN**Tiền sử**

- Tiền sử bản thân hoặc gia đình mắc các bệnh dị ứng khác (viêm mũi dị ứng, chàm)
- Các triệu chứng nặng hơn sau khi tiếp xúc với các yếu tố kích ứng thông thường (ví dụ: Phấn hoa, bụi, tập thể dục, nhiễm virus, khói thuốc lá, aspirin hoặc thuốc chống viêm không steroid [NSAID], thời tiết thay đổi)
 - Co thắt phế quản do gắng sức thường xảy ra 5-10 phút sau khi hoàn thành bài tập vận động
- Các triệu chứng được cải thiện nhờ điều trị hen phù hợp

Kiểm soát triệu chứng hen phế quản

- Công cụ kiểm soát triệu chứng dựa trên đồng thuận Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA) có thể được sử dụng để đánh giá kiểm soát hen. *Xem bảng ở trang 1 để biết thêm thông tin chi tiết*
 - Hữu ích khi sử dụng cùng với đánh giá yếu tố nguy cơ để ra quyết định điều trị. *Xem Đánh giá yếu tố nguy cơ ở trang 4 để biết thêm thông tin chi tiết*
- Kiểm soát hen cũng có thể đánh giá bằng cách sử dụng các phương pháp đã được chuẩn hóa khác như: Thử nghiệm kiểm soát hen (ACT), Thử nghiệm kiểm soát hen ở trẻ em (C-ACT), Bảng câu hỏi kiểm soát hen (ACQ), Bảng câu hỏi đánh giá điều trị hen (ATAQ) hoặc Thang điểm kiểm soát hen
 - Có thể cải thiện việc đánh giá kiểm soát hen bằng các phương pháp khách quan có thể lặp lại và nâng cao sự tương tác giữa bác sĩ và bệnh nhân
 - ACT là một công cụ tự quản lý để đánh giá bệnh nhân về các phương diện tần suất giới hạn hoạt động, khó thở và các triệu chứng ban đêm, sử dụng thuốc cấp cứu và mức độ kiểm soát tổng thể của bệnh trong 4 tuần qua
 - Sử dụng ACT cho thấy tính tin cậy và khả thi để theo dõi đáp ứng điều trị tại nơi hạn chế về nguồn lực
 - Tổng hợp các phương diện được xem xét sẽ xác định mức độ kiểm soát hen của bệnh nhân và đưa ra kế hoạch quản lý phù hợp

Khám lâm sàng

- Do các triệu chứng hen thay đổi, khám lâm sàng có thể bình thường
- Nếu bệnh nhân được khám trong giai đoạn có triệu chứng, họ có thể có biểu hiện khó thở, căng phồng phổi quá mức, thờ ra khò khè
 - Khò khè có thể không hiện diện, đặc biệt trong đợt kịch phát nặng của hen mạn tính có thể có các dấu hiệu căng phồng phổi quá mức kèm hoặc không kèm theo khò khè
- Viêm mũi dị ứng hoặc polyp mũi cũng có thể phát hiện khi khám mũi

Đo chức năng hô hấp

- Đánh giá mức độ nặng của giới hạn đường dẫn khí, khả năng hồi phục và biến đổi & xác lập chẩn đoán hen
 - Sự thay đổi chức năng hô hấp quá mức & giới hạn đường dẫn khí thì thờ ra được định nghĩa là thể tích thờ ra gắng sức trong 1 giây (FEV₁) thấp & tỷ lệ FEV₁ với dung tích sống gắng sức (FVC) để xác định chẩn đoán
- FEV₁ & lưu lượng đỉnh thì thờ ra (PEF) giảm trong các bệnh lý tắc nghẽn đường thở
- Phương pháp đo hô hấp ký & PEF có thể sử dụng để đánh giá giới hạn đường dẫn khí trên bệnh nhân ≥5 tuổi
- Các giá trị tiên đoán của FEV₁, FVC & PEF dựa trên độ tuổi, giới tính và chiều cao có thể được sử dụng để đánh giá các giá trị đo được có bình thường hay không
 - Khảo sát dựa trên các đặc điểm chủng tộc & chiều cao theo tuổi

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Hô hấp ký**

- Là kỹ thuật được khuyến cáo để xác định giới hạn đường dẫn khí, khả năng phục hồi & xác định chẩn đoán hen phế quản
- FEV₁ & FVC được đo bằng hô hấp kế
 - Là thiết bị đáng tin cậy hơn để đo FEV₁
- Các bệnh lý phổi khác có thể làm giảm FEV₁, tỷ lệ giữa FEV₁ và FVC giúp đánh giá tốt hơn về giới hạn đường dẫn khí
 - Ở phổi bình thường, tỷ lệ FEV₁/FVC >75-80% ở người lớn & >90% ở trẻ em
 - Tỷ lệ FEV₁/FVC <70% (hoặc bất kỳ giá trị nào dưới giới hạn bình thường) gợi ý giới hạn đường dẫn khí
- Cải thiện FEV₁ >12% một cách tự nhiên, sau khi hít thuốc giãn phế quản hoặc sau 4 tuần dùng corticosteroid gợi ý chẩn đoán hen phế quản
- Hô hấp ký cũng có thể được sử dụng tại phòng khám để theo dõi hen phế quản & đặc biệt hữu ích trong việc đánh giá diễn tiến ở bệnh nhân có chức năng hô hấp bị ảnh hưởng nặng

Lưu lượng đỉnh (PEF)

- Dụng cụ đo PEF có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ chẩn đoán & đánh giá điều trị tiếp theo ở bệnh nhân hen
 - Được xem xét ở bệnh nhân có khuynh hướng nhận biết kém về các triệu chứng của họ (ví dụ: Thanh thiếu niên, có bệnh đi kèm với các triệu chứng tương tự với hen, người cao tuổi) hoặc những người nhận thức triệu chứng quá mức (lo lắng)
- Nếu không thể đo hô hấp ký, đo lưu lượng đỉnh có thể giúp phát hiện giới hạn luồng khí thở ra
- Cải thiện ≥20% PEF sau khi hít thuốc giãn phế quản gợi ý chẩn đoán hen
- Phương pháp đo PEF không phải lúc nào cũng tương ứng với các phương pháp đo khác về chức năng hô hấp trong hen phế quản
- Các phương pháp đo PEF lý tưởng được so sánh với các phương pháp đo tốt nhất trước đó của chính bệnh nhân
 - Các phương pháp đo PEF ở trẻ em có thể bình thường trong khi tình trạng tắc nghẽn dòng khí và bẫy khí ngày càng trầm trọng hơn và do đó PEF có thể đánh giá không đúng mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí
- Các phép đo PEF thường xuyên trong ngày hoặc trong tuần có thể giúp đánh giá mức độ nặng của hen và đáp ứng điều trị
 - Mức độ nặng của hen cũng được phản ánh qua sự thay đổi của PEF, đặc biệt là trong 24 giờ
- Tốt nhất, PEF nên được đo lần đầu vào buổi sáng (khi các giá trị đo được thường gần với mức thấp nhất) và cách nhau 12 giờ vào buổi tối (khi các giá trị đo được thường ở mức cao nhất)

Đo PEF trong ngày

- Lấy biên độ của sự thay đổi PEF trong ngày (chênh lệch giữa giá trị buổi sáng trước khi dùng thuốc giãn phế quản và giá trị sau khi dùng thuốc giãn phế quản vào buổi tối) được thể hiện bằng phần trăm so với giá trị PEF trung bình hàng ngày
- Một phương pháp khác là giá trị PEF thấp nhất vào buổi sáng trước khi dùng thuốc giãn phế quản trong 1 tuần được thể hiện bằng phần trăm so với giá trị tốt nhất của PEF gần đây (Min%Max)
 - Phương pháp này đã được xem là chỉ số PEF tốt nhất phản ánh tình trạng đường dẫn khí vì chỉ yêu cầu thực hiện mỗi ngày một lần và tương quan tốt hơn bất kỳ chỉ số nào khác về tình trạng tăng đáp ứng đường dẫn khí
- Sự thay đổi PEF trung bình hàng ngày trong ngày >10% ở người lớn & >13% ở trẻ em là chỉ điểm của hen phế quản
 - PEF nên thực hiện trước khi điều trị vì sự thay đổi PEF sẽ giảm khi điều trị với corticosteroid do chức năng phổi được cải thiện

Thử nghiệm hồi phục phế quản

- Tăng FEV₁ >12% & >200 mL so với ban đầu, 10-15 phút sau khi dùng albuterol liều 200-400 mcg ở người lớn, hoặc tăng ≥12% FEV₁ ở trẻ em, xác định chẩn đoán hen
- Ngừng sử dụng thuốc giãn phế quản (≥4 giờ đối với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn, 15 giờ đối với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài) trước khi thực hiện thử nghiệm làm tăng độ nhạy chẩn đoán

Xét nghiệm khác**Thử nghiệm gắng sức**

- Giảm FEV₁ >10% & >200 mL so với ban đầu ở người lớn, & >12% so với FEV₁ dự đoán hoặc PEF >15% ở trẻ em

Thử nghiệm kích thích phế quản

- Là thử nghiệm thay thế để đánh giá tình trạng tăng đáp ứng đường dẫn khí
- Giảm FEV₁ ≥20% so với mức ban đầu khi dùng methacholine hoặc histamin liều chuẩn (<4 mg/mL), hoặc ≥15% khi tăng thông khí tiêu chuẩn, dùng nước muối ưu trương, hoặc thử thách với mannitol
 - Xét nghiệm dương tính với methacholine, histamin hoặc mannitol có thể xảy ra ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng, giãn phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), xơ nang (CF)

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Xét nghiệm khác (Tiếp Theo)****Xét nghiệm dị ứng**

- Dị ứng là nguyên nhân hàng đầu gây ra các triệu chứng hô hấp trên bệnh nhân hen, có thể được kiểm tra bằng xét nghiệm lấy da hoặc đo immunoglobulin E đặc hiệu trong huyết thanh (sIgE)
 - Xét nghiệm sIgE có thể ưu tiên trên bệnh nhân không hợp tác, có bệnh da lan rộng, hoặc nếu tiền sử gợi ý nguy cơ phản vệ
 - Có thể sử dụng như một xét nghiệm khẳng định chẩn đoán trên bệnh nhân có khả năng cao mắc hen dị ứng

Phương pháp đo phân suất nồng độ NO trong khí thở ra (FeNO)

- Số đo tăng khi có tình trạng tăng bạch cầu ái toan (ví dụ như hen tăng bạch cầu ái toan, viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan, dị ứng, viêm mũi dị ứng) & giảm ở những người hút thuốc, đang co thắt phế quản và các phản ứng dị ứng khởi phát sớm
- Mức FeNO ≥ 40 phần tỷ (ppb) ở người lớn chưa sử dụng steroid & ≥ 35 ppb ở trẻ em được kết luận là dương tính
- Cần có nhiều nghiên cứu hơn để chứng minh việc sử dụng phương pháp đo FeNO trong chẩn đoán và hướng dẫn điều chỉnh điều trị hen
 - Một số nghiên cứu sử dụng các chiến lược điều trị dựa trên kết quả FeNO cho thấy giảm đáng kể tỷ lệ và số đợt kịch phát hen khi so sánh với các chiến lược theo hướng dẫn điều trị

Sự hiện diện của các triệu chứng không thường xuyên

- Các xét nghiệm trên có thể không hỗ trợ chẩn đoán hen phế quản
- Duy trì việc theo dõi & tái đánh giá định kỳ cho đến khi có chẩn đoán rõ ràng hơn
- Xem xét tiền sử gia đình, tuổi tác và các yếu tố khởi phát hen của bệnh nhân trước khi chẩn đoán xác định & đưa ra phương pháp điều trị
- Nếu nghi ngờ, điều trị thử với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn nếu cần & corticosteroid dạng hít để hỗ trợ chẩn đoán hen, đặc biệt nếu kết hợp theo dõi điều trị bằng PEF

Các yếu tố nguy cơ dẫn đến điều trị hen thất bại

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân khi chẩn đoán & định kỳ, đặc biệt khi có các đợt kịch phát
- Đo FEV₁ khi bắt đầu điều trị & sau 3-6 tháng điều trị kiểm soát

Các yếu tố nguy cơ của cơn kịch phát

- Thuốc: Thường xuyên dùng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn, corticosteroid dạng hít không đầy đủ (không được kê đơn hoặc tuân thủ kém), thuốc chẹn beta, NSAID, kỹ thuật hít không đúng
- Bệnh đi kèm: Béo phì, trào ngược dạ dày thực quản, viêm mũi xoang mạn tính, dị ứng thức ăn
- Phơi nhiễm: Dị nguyên, khói thuốc lá, không khí ô nhiễm, sulfite
- Chức năng hô hấp: FEV₁ thấp (đặc biệt nếu <60% giá trị dự đoán), khả năng hồi phục cao khi dùng thuốc giãn phế quản
- Xét nghiệm (trên bệnh nhân có tình trạng viêm type 2): Tăng bạch cầu ái toan trong máu, FeNO
- Các vấn đề tâm lý hoặc kinh tế xã hội
- Các yếu tố nguy cơ độc lập khác: Tiền sử đặt nội khí quản hoặc nhập ICU do hen, ≥ 1 đợt kịch phát nặng trong 12 tháng qua

Các yếu tố nguy cơ tiến triển giới hạn đường dẫn khí dai dẳng

- Tiền sử: Sinh non, nhẹ cân & trẻ sơ sinh tăng cân nhanh, tăng tiết chất nhầy mạn tính
- Thuốc: Thiếu corticosteroid dạng hít trong điều trị bệnh nhân đợt kịch phát nặng
- Phơi nhiễm: Khói thuốc lá, phơi nhiễm nghề nghiệp
- Xét nghiệm: FEV₁ ban đầu thấp, tăng bạch cầu ái toan trong máu hoặc trong đàm

Tác dụng không mong muốn của thuốc

- Toàn thân: Dùng corticosteroid đường uống thường xuyên, sử dụng corticosteroid dạng hít liều cao trong thời gian dài, uống đồng thời các thuốc ức chế P450
- Tại chỗ: Corticoid dạng hít liều cao, kỹ thuật hít kém

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**Nhóm chẩn đoán khó**

- Có thể cần giới thiệu đến chuyên gia

Trẻ em ≤ 5 tuổi

- Khò khè từng đợt và ho thường gặp ở trẻ em, đặc biệt <3 tuổi
- Chẩn đoán chủ yếu dựa trên đánh giá lâm sàng, đánh giá các triệu chứng và bằng chứng lâm sàng
- Có các triệu chứng gợi ý nhiều đến hen
 - Khò khè tái phát
 - Ho về đêm không liên quan đến nhiễm virus
- Khò khè không thay đổi theo mùa
 - Xuất hiện các triệu chứng sau 3 tuổi
- Thử điều trị với thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn & glucocorticosteroid dạng hít có thể giúp xác định chẩn đoán trên nhóm tuổi này
- Xem Mục Điều trị bệnh hen phế quản trong ấn bản mới nhất của MIMS Nhi khoa để biết thêm thông tin

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT (TIẾP THEO)**Nhóm chẩn đoán khó (Tiếp Theo)****Người già**

- Khò khè, khó thở & ho thỉnh thoảng do nguyên nhân tim mạch
 - Hỏi tiền sử và khám lâm sàng cẩn thận, thực hiện cùng với điện tâm đồ (ECG) & chụp X-quang phổi có thể giúp phân biệt với bệnh lý tim
- Cần phân biệt COPD với hen phế quản bằng cách điều trị thử với thuốc giãn phế quản và/hoặc glucocorticoid dạng hít
 - Cải thiện rõ rệt sau khi dùng thuốc giãn phế quản hoặc glucocorticoid dạng hít gợi ý hen

Hen do yếu tố nghề nghiệp

- Hen mắc phải tại nơi làm việc & thường do hít phải hóa chất (như isocyanat, muối bạc kim, các sản phẩm phức hợp sinh học thực vật và động vật)
- Chẩn đoán được xác định rõ ràng với phương pháp đo chức năng hô hấp, đặc biệt là đo PEF nối tiếp tại nơi làm việc & xa nơi làm việc & thử nghiệm kích thích phế quản đặc hiệu

Hen theo mùa

- Có thể xảy ra không liên tục, hoàn toàn không có triệu chứng giữa các mùa hoặc các triệu chứng nặng hơn theo mùa trên bệnh nhân hen

Hen dạng ho

- Có triệu chứng chính là ho mạn tính thường xuyên vào ban đêm
- Có bằng chứng về sự thay đổi chức năng hô hấp hoặc tăng phản ứng đường dẫn khí & hiện diện bạch cầu ái toan trong đàm có vai trò quan trọng để chẩn đoán

Bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc kiểm soát

- Trên bệnh nhân hiện đang sử dụng phương pháp điều trị kiểm soát nhưng chưa có bằng chứng hen trước đó, việc xác định chẩn đoán dựa trên các đặc điểm sau:
 - Sự hiện diện của các triệu chứng hô hấp thay đổi với sự giới hạn đường dẫn khí thay đổi, chẩn đoán xác định hen phế quản
 - Đối với bệnh nhân có các triệu chứng hô hấp thay đổi không kèm giới hạn đường dẫn khí thay đổi, nên lặp lại thử nghiệm hồi phục phế quản sau khi ngừng điều trị thuốc giãn phế quản.
 - Cần đánh giá lại phương pháp điều trị kiểm soát
 - Ít triệu chứng hô hấp, không có giới hạn đường dẫn khí thay đổi và chức năng hô hấp bình thường: Ngừng điều trị thuốc giãn phế quản trước khi lặp lại thử nghiệm hồi phục phế quản
 - Nếu các triệu chứng & chức năng hô hấp của bệnh nhân nặng hơn sau khi ngừng điều trị, chẩn đoán xác định hen phế quản
 - Nếu không có triệu chứng và chức năng hô hấp không thay đổi sau khi ngừng điều trị, có thể ngừng điều trị kiểm soát
 - Xuất hiện khó thở kèm giới hạn đường dẫn khí cố định có thể cho thấy sự cần thiết phải đánh giá lại phác đồ điều trị và quản lý chặt chẽ hơn

Chẩn đoán phân biệt

- Khi các triệu chứng không điển hình & chức năng hô hấp không ủng hộ chẩn đoán hen, nên cân nhắc chẩn đoán khác
- Không đáp ứng với điều trị hen nên nhanh chóng chẩn đoán thay thế hoặc bổ sung
- Các triệu chứng hen phế quản không đặc hiệu và có thể trùng lặp với các bệnh lý khác
 - Viêm phổi hít
 - Giãn phế quản
 - Bệnh tim
 - Rối loạn chức năng dây thanh
 - Hội chứng tăng thông khí & các cơn hoảng sợ
 - Bệnh phổi mô kẽ
 - Khối u: Thanh quản, phổi, khí quản
 - Xơ nang
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
 - Dị vật phế quản
 - Thuyên tắc phổi

A GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- **Mục tiêu:** Tăng cường sự hiểu biết, kỹ năng, sự hài lòng và sự tự tin để tăng khả năng tuân thủ điều trị và tự quản lý bệnh hen
- Phát triển mối quan hệ hợp tác giữa các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân và gia đình bệnh nhân
- Là quá trình liên tục cung cấp cho bệnh nhân và gia đình họ thông tin thích hợp (ví dụ hen là một tình trạng mạn tính) & rèn luyện để bệnh nhân duy trì trạng thái tốt & điều chỉnh phương pháp điều trị theo kế hoạch đã định trước
 - Kế hoạch bao gồm theo dõi, một kế hoạch hành động đối với hen phế quản bằng văn bản chứa thông tin cụ thể về thay đổi thuốc & liều lượng dựa trên các triệu chứng và/hoặc PEF, khi nào & cách tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế & theo dõi thường xuyên
- Giáo dục bệnh nhân nên thực hiện qua các lần thăm khám
 - Hỏi về sự tuân thủ của bệnh nhân đối với kế hoạch điều trị và cách phòng tránh các yếu tố nguy cơ
- **Cải thiện sự tuân thủ:** Bệnh nhân có nhiều khả năng tuân thủ phác đồ điều trị nếu:
 - Chẩn đoán được chấp nhận và bệnh nhân nhận ra hen phế quản có thể nguy hiểm hoặc có thể là vấn đề cần quan tâm
 - Bệnh nhân tin rằng phương pháp điều trị là an toàn
 - Bệnh nhân cảm thấy được kiểm soát và có sự hợp tác tốt giữa bệnh nhân và bác sĩ
- Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nên giúp bệnh nhân nhận biết tình trạng kiểm soát hen xấu đi và hướng dẫn bệnh nhân tìm kiếm sự chăm sóc y tế nếu:
 - Đợt kịch phát hen nặng & suy hô hấp (khó thở nặng, nói khó)
 - Cần dùng thuốc cắt cơn hơn 4 giờ một lần và các triệu chứng vẫn không cải thiện

Tự theo dõi

- Nếu có thể & dựa trên các nguồn lực của hệ thống chăm sóc sức khỏe, trong lần khám đầu tiên, khái niệm theo dõi PEF có thể được giới thiệu với bệnh nhân có động lực
 - Bệnh nhân hen mức độ nhẹ trở lên nên được đào tạo về cách đo và ghi lại PEF
- Việc tự theo dõi không đáng tin cậy ở trẻ em
- Nếu theo dõi PEF không phải là một lựa chọn, bệnh nhân nên được giáo dục để tự đánh giá tình trạng bệnh dựa trên các triệu chứng

Kế hoạch hành động đối với hen bằng văn bản

- Có thể giúp bệnh nhân nhận biết và đối phó phù hợp với cơn hen phế quản
- Bao gồm các hướng dẫn cụ thể, dành riêng cho từng cá nhân về thuốc và cách tiếp cận chăm sóc y tế
- Những thay đổi đối với thuốc có thể bao gồm:
 - Tăng liều corticosteroid-formoterol liều thấp dạng hít khi cần thiết
 - Sử dụng ống hít có chứa thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài khởi phát nhanh cùng với corticosteroid liều thấp
 - Corticosteroid dạng hít khác & phác đồ kiểm soát duy trì với thuốc đồng vận beta₂ & corticosteroid dạng hít tác dụng kéo dài
 - Corticosteroid đường uống ngắn hạn cho bệnh nhân không đáp ứng với việc tăng liều thuốc cắt cơn & thuốc kiểm soát, triệu chứng xấu đi nhanh chóng, PEF hoặc FEV₁ <60% giá trị tốt nhất của bệnh nhân, hoặc có tiền sử đợt kịch phát nặng đột ngột

B ĐIỀU TRỊ KHỞI ĐẦU HEN PHẾ QUẢN

- Sau khi chẩn đoán hen phế quản, nên bắt đầu dùng corticosteroid (dạng hít, liều thấp) càng sớm càng tốt cho kết quả tốt hơn
- Phụ thuộc vào triệu chứng, các yếu tố nguy cơ, bệnh đi kèm và mức độ ưu tiên của bệnh nhân

Lựa Chọn Được Khuyến Cáo Khi Điều Trị Ban Đầu		
Triệu chứng hiện tại	Trẻ em 6-11 tuổi	Thanh thiếu niên & Người lớn
<ul style="list-style-type: none"> • Các triệu chứng xảy ra <2 lần/tháng hoặc không thường xuyên • Không có các yếu tố nguy cơ đợt kịch phát 	<ul style="list-style-type: none"> • Thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần thiết • Các lựa chọn khác: corticosteroid (dạng hít) cùng lúc với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) hoặc sử dụng riêng biệt 	<p>Ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol khi cần <p>Thay thế</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) cùng lúc với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) hoặc sử dụng riêng biệt
<ul style="list-style-type: none"> • Có các triệu chứng hen phế quản ≥2 lần/tháng nhưng <1 lần/ ngày • Cần thuốc cắt cơn 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần hoặc • Các lựa chọn khác: Thuốc kháng leukotriene hàng ngày hoặc corticosteroid (dạng hít) dùng cùng lúc với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) hoặc sử dụng riêng biệt • Xem xét khả năng tuân thủ điều trị với thuốc cắt cơn là thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) 	<p>Ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol khi cần <p>Thay thế</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần • Xem xét khả năng tuân thủ điều trị với corticosteroid (dạng hít) hàng ngày
<ul style="list-style-type: none"> • Biểu hiện triệu chứng hen gây ảnh hưởng đáng kể hầu hết các ngày hoặc thức giấc do các triệu chứng ≥1 lần/tuần • Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ đợt kịch phát 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) và thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều rất thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol để điều trị duy trì & cắt cơn • Các lựa chọn khác: Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) với thuốc kháng leukotriene hàng ngày & thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần 	<p>Ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol để điều trị duy trì & cắt cơn <p>Thay thế</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) kèm thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần • Xem xét khả năng tuân thủ với thuốc kiểm soát hàng ngày
<ul style="list-style-type: none"> • Có biểu hiện hen nặng không kiểm soát tại thời điểm ban đầu • Có đợt kịch phát 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) và thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol để điều trị duy trì & cắt cơn • Có thể dùng corticosteroid (đường uống) ngắn hạn 	<p>Ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) <i>kết hợp</i> với formoterol để điều trị duy trì và cắt cơn • Có thể dùng corticosteroid (đường uống) ngắn hạn <p>Thay thế</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều cao) hoặc corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) kèm thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) khi cần • Xem xét khả năng tuân thủ với thuốc kiểm soát hàng ngày • Có thể dùng corticosteroid (đường uống) ngắn hạn

Tài liệu tham khảo: Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA). Chiến lược toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen phế quản: Cập nhật năm 2022.

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN**Mục tiêu điều trị**

- Kiểm soát triệu chứng hiệu quả, giảm thiểu hoặc không có đợt kịch phát
- Giảm thiểu hoặc không có triệu chứng ban ngày & về đêm
- Không giới hạn hoạt động, kể cả khi tập thể dục
- Giảm thiểu hoặc không cần điều trị cắt cơn
- Không phải nhập viện cấp cứu
- Chức năng hô hấp bình thường hoặc gần bình thường
- Giảm tối thiểu tác dụng không mong muốn của thuốc

Chiến lược điều trị

- Phụ thuộc vào cách tiếp cận dựa trên mức độ kiểm soát triệu chứng
- Điều chỉnh phác đồ điều trị tiến hành liên tục dựa vào đáp ứng của bệnh nhân
- Quy trình bao gồm đánh giá, điều trị và xem xét đáp ứng điều trị của bệnh nhân
- Các chiến lược điều trị khác được sử dụng bao gồm điều trị theo hướng dẫn của kết quả đàm & phân suất nồng độ oxit nitric thì thở ra (FENO)

KHUYẾN CÁO THUỐC ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT

Bậc điều trị	Thuốc Kiểm Soát Hàng Ngày	
	Trẻ 6-11 tuổi	Người lớn & Thanh thiếu niên ≥12 tuổi
Bậc 1	<p>Thuốc kiểm soát ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) nếu dùng thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn) <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) hàng ngày <p>Thuốc cắt cơn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc đồng vận beta₂ (tác dụng ngắn) khi cần hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) kết hợp với formoterol để duy trì & cắt cơn 	<p>Thuốc kiểm soát</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) khi cần kết hợp với formoterol hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) nếu dùng thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn)¹ <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) khi cần kết hợp với formoterol <p>Thuốc cắt cơn thay thế</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc đồng vận beta₂ (tác dụng ngắn) khi cần
Bậc 2	<p>Thuốc kiểm soát ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) hàng ngày <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kháng leukotriene • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) nếu dùng thuốc đồng vận beta₂ (tác dụng ngắn) <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên giống như bậc 1</p>	<p>Thuốc kiểm soát</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) khi cần kết hợp với formoterol hoặc • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) hàng ngày <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác (một trong các cách sau):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) nếu dùng thuốc đồng vận beta₂ (tác dụng ngắn)¹ • Thuốc kháng leukotriene hàng ngày • Liệu pháp miễn dịch bổ sung ngậm dưới lưỡi (SLIT) mặt bụi nhà <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên & thay thế giống như bậc 1</p>

Tài liệu tham khảo: Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA). Chiến lược toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen phế quản: Cập nhật năm 2022.

¹Liều thấp corticosteroid dạng hít có thể được dùng riêng hoặc kết hợp với thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng ngắn.

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)

KHUYẾN CÁO THUỐC ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT

Bậc điều trị	Thuốc Kiểm Soát Hàng Ngày	
	Trẻ 6-11 tuổi	Người lớn & Thanh thiếu niên ≥12 tuổi
Bậc 3	<p>Thuốc kiểm soát ưu tiên (một trong các cách sau):</p> <ul style="list-style-type: none"> Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) Corticosteroid (dạng hít, liều rất thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol để điều trị duy trì & cắt cơn <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác :</p> <ul style="list-style-type: none"> Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với thuốc kháng leukotriene <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên giống như bậc 1</p>	<p>Thuốc kiểm soát</p> <ul style="list-style-type: none"> Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) duy trì <i>kết hợp</i> với formoterol hoặc Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) duy trì <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác (một trong các cách sau):</p> <ul style="list-style-type: none"> Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) Bổ sung thuốc kháng leukotriene Bổ sung SLIT mật bụi nhà¹ <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên & thay thế giống như bậc 1²</p>
Bậc 4	<p>Thuốc kiểm soát ưu tiên (một trong các cách sau):</p> <ul style="list-style-type: none"> Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài)⁴ Corticosteroid (dạng hít, liều thấp) <i>kết hợp</i> với formoterol để điều trị duy trì & cắt cơn <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác (một trong các cách sau):</p> <ul style="list-style-type: none"> Bổ sung tiotropium bromide⁵ Bổ sung thuốc kháng leukotriene <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên giống như bậc 1</p>	<p>Thuốc kiểm soát</p> <ul style="list-style-type: none"> Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình) duy trì <i>kết hợp</i> với formoterol hoặc Corticosteroid (dạng hít, liều trung bình hoặc cao) duy trì <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài) <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác (một trong các cách sau):</p> <ul style="list-style-type: none"> Bổ sung thuốc đối kháng muscarinic (tác dụng kéo dài) Bổ sung thuốc kháng leukotriene Bổ sung SLIT mật bụi nhà¹ Chuyển sang corticosteroid (dạng hít, liều cao) <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên & thay thế giống như bậc 1³</p>
Bậc 5	<p>Thuốc kiểm soát ưu tiên</p> <ul style="list-style-type: none"> Tham khảo đánh giá kiểu hình kèm hoặc không kèm liều cao hơn corticosteroid (dạng hít) <i>kết hợp</i> với thuốc đồng vận beta₂ (hít, tác dụng kéo dài) hoặc điều trị bổ sung, ví dụ như kháng IgE <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác</p> <ul style="list-style-type: none"> Bổ sung thuốc kháng IL5 (mepolizumab⁶, tiêm dưới da [TDD]) Bổ sung thuốc corticosteroid (đường uống, liều thấp) nhưng nên cân nhắc các tác dụng không mong muốn <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên giống như bậc 1</p>	<p>Thuốc kiểm soát</p> <ul style="list-style-type: none"> Cân nhắc dùng corticosteroid (dạng hít, liều cao) <i>kết hợp</i> với formoterol Bổ sung thuốc đối kháng muscarinic (tác dụng kéo dài) Tham khảo đánh giá kiểu hình để sử dụng hoặc không với một trong các thuốc sau: <ul style="list-style-type: none"> Thuốc kháng IgE (omalizumab⁶, TDD) Thuốc kháng IL5 (mepolizumab⁶, TDD, reslizumab⁷, tiêm tĩnh mạch [TTM]) Thuốc đối kháng thụ thể IL5 (benralizumab⁸, TDD) Thuốc đối kháng thụ thể IL4α (dupilumab⁶, TDD) Ức chế lymphopoiectin mô đệm tuyến ức (tezepelumab⁹, TDD) <p>Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bổ sung azithromycin (người lớn) hoặc thuốc kháng leukotriene Bổ sung corticosteroid (đường uống, liều thấp) nhưng cân nhắc các tác dụng không mong muốn <p>Thuốc cắt cơn ưu tiên & thay thế giống như bậc 1</p>

Tài liệu tham khảo: Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA). Chiến lược toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen phế quản: Cập nhật năm 2022.

¹Cân nhắc trên bệnh nhân người lớn viêm mũi dị ứng nhạy cảm & FEV₁ >70% giá trị dự đoán.

²Budesonide/formoterol liều thấp hoặc dạng phối hợp beclomethasone dipropionate/formoterol liều thấp có thể sử dụng như phác đồ duy trì và cắt cơn.

³Budesonide-formoterol liều trung bình hoặc beclomethasone-formoterol chỉ có thể dùng như phác đồ duy trì.

⁴Khuyến cáo giới thiệu đến chuyên gia cho bệnh nhân 6-11 tuổi bệnh tiến triển mặc dù tuân thủ tốt và dùng thuốc đúng kỹ thuật.

⁵Tiotropium bằng ống hít dạng phun sương chỉ dùng cho bệnh nhân ≥6 tuổi có tiền sử đợt kịch phát.

⁶Chống chỉ định ở bệnh nhân <6 tuổi.

⁷Chống chỉ định ở bệnh nhân <18 tuổi.

⁸Chống chỉ định ở bệnh nhân <12 tuổi.

⁹Chấp thuận điều trị cho bệnh nhân ≥12 tuổi.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)**Điều trị từng bậc dựa trên mức độ kiểm soát triệu chứng cho người lớn & trẻ em ≥6 tuổi**

Đối với liệu pháp điều trị từng bậc cho trẻ em ≤5 tuổi, xem Mục Quản lý bệnh hen phế quản trong ấn bản mới nhất của MIMS Nhi khoa để biết thêm thông tin

Bậc 1 - Sử dụng thuốc kiểm soát khi cần

- Thuốc được dùng khi cần
- Dành cho bệnh nhân hen được kiểm soát (xuất hiện các triệu chứng <2 lần/tháng, không có yếu tố nguy cơ đợt kịch phát)
- Sử dụng corticosteroid dạng hít liều thấp khi cần, phối hợp với formoterol để giảm triệu chứng
- Xem xét khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân dùng corticosteroid
- Nên chú ý các yếu tố nguy cơ đợt kịch phát & kiểm soát triệu chứng

Bậc 2 - Sử dụng thuốc kiểm soát hàng ngày hoặc khi cần

- Dành cho bệnh nhân cần dùng thuốc kiểm soát hàng ngày để duy trì kiểm soát bệnh
- Có thể được sử dụng như liệu pháp ban đầu trên bệnh nhân chưa từng điều trị, có các triệu chứng dai dẳng
- Sử dụng corticosteroid dạng hít liều thấp với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài hàng ngày như điều trị duy trì kiểm soát ban đầu là lựa chọn cho bệnh nhân ≥12 tuổi sử dụng thuốc lần đầu tiên
- Corticosteroid dạng hít hàng ngày hoặc corticosteroid dạng hít khi cần, kết hợp với formoterol là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân hen dị ứng theo mùa

Bậc 3 - Sử dụng thuốc kiểm soát & thuốc cắt cơn hàng ngày, phối hợp với thuốc cắt cơn khi cần

- Dành cho bệnh nhân cần dùng thuốc kiểm soát hàng ngày để duy trì kiểm soát bệnh
- Đối với bệnh nhân ≥12 tuổi, corticosteroid dạng hít liều thấp với formoterol có thể sử dụng để điều trị duy trì & cắt cơn
- Kết hợp thuốc kháng leukotriene đường uống hoặc theophylline với corticosteroid liều thấp có thể cân nhắc
- Đối với trẻ em, tăng liều corticosteroid từ thấp đến trung bình được ưu tiên hơn là bổ sung thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài
- Bổ sung SLIT mật bụi nhà cũng có thể cân nhắc trên bệnh nhân ≥12 tuổi nhạy cảm với mật bụi nhà kèm viêm mũi dị ứng & FEV₁ >70% giá trị dự đoán

Bậc 4 - Điều trị kiểm soát & cắt cơn hàng ngày, tiếp tục kết hợp với điều trị cắt cơn khi cần

- Điều trị thường cần nhiều loại thuốc kiểm soát hàng ngày
- Lựa chọn điều trị phụ thuộc vào những thuốc đã sử dụng ở bậc 3
- Cân nhắc giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hô hấp nếu tăng liều corticosteroid dạng hít thất bại hoặc việc kiểm soát triệu chứng vẫn kém &/hoặc cơn kịch phát dai dẳng
- Việc bổ sung SLIT mật bụi nhà cũng có thể cân nhắc trên bệnh nhân ≥12 tuổi nhạy cảm với mật bụi nhà với kèm viêm mũi dị ứng & FEV₁ >70% giá trị dự đoán
- Có thể cân nhắc bổ sung thuốc kháng leukotriene đường uống hoặc tiotropium cho bệnh nhân ≥6 tuổi có tiền sử đợt kịch phát, hoặc tăng liều corticosteroid dạng hít được sử dụng với thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng kéo dài nếu các triệu chứng vẫn không được kiểm soát ở bậc 3
 - Đối với bệnh nhân đang cân nhắc sử dụng corticosteroid dạng hít liều cao, nên báo cho họ biết về nguy cơ tăng tác dụng không mong muốn
- Tiotropium qua bình hít hạt mịn có thể xem xét trên bệnh nhân có tiền sử đợt kịch phát mặc dù đã dùng liệu pháp kết hợp ở bậc 3
- Thuốc đối kháng muscarinic tác dụng kéo dài có thể xem xét bổ sung cho bệnh nhân ≥6 tuổi hoặc bệnh nhân ≥18 tuổi dưới dạng thuốc hít phối hợp nếu hen dai dẳng không kiểm soát mặc dù đã sử dụng corticosteroid dạng hít liều trung bình hoặc cao trong thời gian dài với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài
- Nếu các triệu chứng không kiểm soát được bằng thuốc bậc 3, bệnh nhân có thể được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hô hấp để đánh giá chẩn đoán thêm

Bậc 5 - Điều trị bổ sung & giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hô hấp

- Dành cho bệnh nhân có các triệu chứng dai dẳng hoặc đợt kịch phát mặc dù đã tối ưu hóa điều trị hiện tại, kỹ thuật hít thuốc đúng và tuân thủ điều trị tốt
- Thuốc uống corticosteroid liều thấp có thể được thêm vào các thuốc kiểm soát khác
 - Có thể hiệu quả làm giảm các triệu chứng, đặc biệt trên một số bệnh nhân người lớn hen nặng
 - Có liên quan đến các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, do đó, chỉ dùng trên bệnh nhân có các triệu chứng không kiểm soát được và/hoặc các đợt kịch phát thường xuyên mặc dù đã dùng các thuốc bậc 4
- Thuốc đối kháng muscarinic tác dụng kéo dài có thể xem xét bổ sung cho bệnh nhân ≥6 tuổi hoặc bệnh nhân ≥18 tuổi dưới dạng thuốc hít phối hợp nếu hen dai dẳng không kiểm soát được mặc dù đã sử dụng corticosteroid dạng hít liều trung bình hoặc cao kết hợp với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)**Điều trị từng bậc dựa trên mức độ kiểm soát triệu chứng cho người lớn & trẻ em ≥6 tuổi (Tiếp Theo)****Bậc 5 - Điều trị bổ sung & giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hô hấp (Tiếp Theo)**

- Bổ sung azithromycin có thể xem xét nếu các triệu chứng vẫn không được kiểm soát
 - Bổ sung thuốc kháng IgE (omalizumab) có thể cân nhắc trên bệnh nhân hen ≥6 tuổi có yếu tố dị ứng khi không kiểm soát được mặc dù đã điều trị kết hợp các thuốc kiểm soát khác
 - Bổ sung thuốc kháng IL5 (mepolizumab, reslizumab) & thuốc đối kháng thụ thể IL5 (benralizumab) có thể cân nhắc trên bệnh nhân hen tăng bạch cầu ái toan nặng không kiểm soát được mặc dù đã tuân thủ phác đồ bậc 4
 - Bổ sung thuốc đối kháng thụ thể IL4 α (dupilumab) có thể cân nhắc trên bệnh nhân ≥12 tuổi mắc hen type 2 nặng hoặc bệnh nhân cần điều trị duy trì bằng corticosteroid đường uống
 - Bổ sung thuốc chẹn lymphopoiectin mô đệm tuyến ức (anti-TSLP) (tezepelumab) có thể cân nhắc trên bệnh nhân hen nặng ≥12 tuổi
 - Bổ sung azithromycin có thể cân nhắc trên bệnh nhân hen tăng bạch cầu ái toan & không tăng bạch cầu ái toan có triệu chứng dai dẳng mặc dù đã giảm các đợt kịch phát & cải thiện chất lượng cuộc sống với liệu pháp phối hợp corticosteroid dạng hít liều trung bình-cao và thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài
 - Bổ sung corticosteroid uống liều thấp chỉ có thể sử dụng trên bệnh nhân hen nặng kiểm soát triệu chứng kém &/hoặc các đợt kịch phát thường xuyên mặc dù kỹ thuật hít thuốc tốt & tuân thủ điều trị bậc 4 & các yếu tố góp phần khác & các điều trị bổ sung khác đã được loại trừ
- Nếu triệu chứng không được kiểm soát bằng các thuốc bậc 4, bệnh nhân nên được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa để được đánh giá chẩn đoán thêm gồm đánh giá kiểu hình & điều trị bổ sung
- Phương pháp điều trị có thể được đánh giá lại dựa trên tình trạng tăng bạch cầu ái toan trong đàm của bệnh nhân
 - Có thể áp dụng nếu trước đó bệnh nhân có tiền sử dùng corticosteroid dạng hít liều cao hoặc corticosteroid dạng hít kết hợp với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài

Duy trì kiểm soát hen

- Phương pháp tiếp cận điều trị theo từng bậc là sự nâng bậc điều trị nếu điều trị hiện tại không kiểm soát được triệu chứng
- Phương pháp điều trị nên được cá nhân hóa dựa trên thuốc điều trị hen sẵn có, nguồn lực của hệ thống chăm sóc sức khỏe, hoàn cảnh và chi phí của từng bệnh nhân

Hạ bậc điều trị

- Sau khi đạt được & duy trì được sự kiểm soát & chức năng hô hấp ổn định trong ≥3 tháng, có thể thử giảm bậc điều trị
- Không áp dụng cho những bệnh nhân có nguy cơ đợt kịch phát hoặc giới hạn đường dẫn khí dai dẳng
- Bệnh nhân hiện đang ở bậc 2:
 - Corticosteroid dạng hít liều thấp có thể giảm xuống dùng một lần mỗi ngày
 - Có thể chuyển sang phối hợp corticosteroid dạng hít liều thấp-formoterol khi cần
 - Có thể chuyển sang dùng corticosteroid dạng hít bất cứ khi nào dùng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn
 - Không nên ngừng điều trị bằng corticosteroid dạng hít
- Bệnh nhân hiện đang ở bậc 3:
 - Chuyển sang dùng phối hợp corticosteroid dạng hít liều thấp-thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài một lần mỗi ngày
 - Chuyển sang dùng liều duy trì corticosteroid dạng hít & formoterol mỗi ngày một lần và tiếp tục dùng phối hợp formoterol-corticosteroid dạng hít liều thấp khi cần để cắt cơn
 - Giảm 50% liều corticosteroid dạng hít liều trung bình-cao
 - Có thể cân nhắc bổ sung thuốc kháng leukotriene khi giảm liều corticosteroid dạng hít
- Bệnh nhân hiện đang ở bậc 4:
 - Đối với bệnh nhân đang điều trị phác đồ duy trì phối hợp corticosteroid dạng hít liều trung bình-cao và thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài: Có thể giảm 50% liều corticosteroid dạng hít
 - Giảm liều corticosteroid dạng hít-formoterol từ liều trung bình xuống liều thấp, sau đó tiếp tục phác đồ cắt cơn corticosteroid-formoterol liều thấp khi cần
 - Giảm 50% corticosteroid dạng hít liều cao & tiếp tục kiểm soát lần 2
- Bệnh nhân hiện đang ở bậc 5:
 - Tiếp tục phối hợp thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài-corticosteroid dạng hít liều cao
 - Giảm liều corticosteroid đường uống
 - Có thể tiếp cận điều trị theo kết quả xét nghiệm đàm
 - Có thể chuyển sang điều trị thay thế trong ngày hoặc thay thế dạng thuốc hít
 - Bệnh nhân đang sử dụng phối hợp corticosteroid dạng hít liều cao-thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài với các thuốc bổ sung khác nên thông báo với chuyên gia để tư vấn

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)**Duy trì kiểm soát hen (Tiếp Theo)****Nâng bậc điều trị**

- Xem xét nâng bậc điều trị nếu không duy trì được kiểm soát bệnh (xem lại kỹ thuật dùng thuốc, tuân thủ điều trị và các biện pháp kiểm soát không dùng thuốc của bệnh nhân)
- Có thể cân nhắc duy trì thời gian nâng bậc điều trị thêm 2-3 tháng trên bệnh nhân không đáp ứng với phác đồ điều trị ban đầu mặc dù tuân thủ điều trị tốt & loại trừ các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được
- Nâng bậc điều trị ngắn hạn 1-2 tuần liên quan đến việc tăng liều corticosteroid dạng hít trong 1-2 tuần đối với các tình huống đặc biệt như nhiễm virus hoặc dị nguyên theo mùa
- Điều chỉnh liều corticosteroid dạng hít cần thiết hàng ngày dựa trên triệu chứng nên cân nhắc ở những bệnh nhân được sử dụng phối hợp budesonide-formoterol hoặc beclometasone-formoterol như liệu pháp duy trì hoặc cắt cơn

Cơ thất phế quản do gắng sức

- Thuốc cắt cơn nên được dùng trước khi tập luyện hoặc để giảm các triệu chứng sau khi gắng sức
- Phương pháp điều trị dành cho những bệnh nhân hen đã kiểm soát khởi phát triệu chứng do gắng sức hoặc bệnh nhân chỉ có triệu chứng cơ thất phế quản do gắng sức

Thuốc kiểm soát**Thuốc ưu tiên****• Corticosteroid (dạng hít)**

- Là thuốc kháng viêm hiệu quả nhất sử dụng cho bệnh hen và là thuốc kiểm soát ưu tiên cho bệnh nhân hen dai dẳng với độ nặng bất kỳ
- Ngừng thuốc sẽ làm giảm khả năng kiểm soát bệnh trong vài tuần đến vài tháng trên một số bệnh nhân
- Để giảm thiểu tác dụng không mong muốn, có thể thực hiện những việc sau:
 - Tối ưu hóa kỹ thuật hít để giảm thiểu sự hấp thu thuốc toàn thân
 - Người bệnh nên súc miệng sau khi sử dụng corticosteroid dạng hít hoặc sử dụng buồng đệm để giảm tác dụng không mong muốn tại chỗ
 - Khi đạt được sự kiểm soát bệnh, corticosteroid nên được điều chỉnh cẩn thận đến liều thấp nhất có hiệu quả để duy trì sự kiểm soát
 - Nếu cần tăng liều, nên thêm thuốc khác trước (tức là thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài hoặc thuốc kháng leukotriene) hơn là tăng liều corticosteroid dạng hít
- Phối hợp với formoterol trong điều trị ban đầu được ưu tiên hơn so với đơn trị liệu corticosteroid dạng hít hàng ngày do các vấn đề về tuân thủ điều trị
- Trên bệnh nhân đang dùng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn, có thể dùng liệu pháp corticosteroid hít liều thấp mà không có formoterol, lưu ý đến tiền sử tuân thủ điều trị của bệnh nhân
- Nên bổ sung thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng kéo dài khi điều trị thất bại với corticosteroid dạng hít liều thấp hàng ngày
- Cải thiện chức năng và các triệu chứng hô hấp, giảm các đợt kịch phát, giảm nhu cầu sử dụng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn, giúp kiểm soát nhanh hơn hen phế quản trên lâm sàng và cũng có thể sử dụng để ngăn ngừa hen do gắng sức

Thuốc thay thế hoặc bổ sung**• Thuốc kháng cholinergic (dạng hít)**

- Như: tiotropium bromide, ipratropium bromide
- Được xem xét là lựa chọn thay thế thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng ngắn vì có thể khởi phát tác dụng chậm hơn và/hoặc nguy cơ xảy ra tác dụng không mong muốn cao hơn
- Có tác dụng hiệp đồng với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn dưới dạng khí dung trong các đợt kịch phát
- Cân nhắc sử dụng trên bệnh nhân có tác dụng không mong muốn (nhịp tim nhanh, loạn nhịp tim, run) do thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn
- Có thể cải thiện chức năng hô hấp & tăng khoảng cách giữa các đợt kịch phát
- Ipratropium bromide chỉ có thể xem xét dùng trong các đợt kịch phát & không dùng điều trị lâu dài

• Azithromycin

- Được xem là điều trị bổ sung thay thế cho bệnh nhân hen nặng hoặc không kiểm soát
- Xét nghiệm đàm tìm vi khuẩn mycobacteria không điển hình nên thực hiện trước khi bắt đầu điều trị

• Thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng kéo dài)

- Không hiệu quả đối với tình trạng viêm đường dẫn khí, do đó không sử dụng đơn trị liệu
- Hiệu quả nhất khi dùng chung với corticosteroid dạng hít
 - Kiểm soát nhanh triệu chứng lâm sàng hơn so với chỉ dùng glucocorticosteroid dạng hít
 - Các nghiên cứu cho thấy nguy cơ tử vong tăng lên khi dùng đơn trị liệu; không nên dùng như thuốc thay thế cho corticosteroid
 - Cải thiện điểm số triệu chứng, giảm triệu chứng hen về đêm, cải thiện chức năng hô hấp, giảm sử dụng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn và giảm số đợt kịch phát

• Thuốc đồng vận beta₂ (đường uống, tác dụng kéo dài)

- Cân nhắc là liệu pháp điều trị thay thế, bổ sung & luôn sử dụng cùng corticosteroid hít
- Chỉ nên dùng trong một số ít trường hợp khi cần bổ sung thêm thuốc giãn phế quản
- Hiệu quả kém hơn thuốc đồng vận thụ thể beta₂ dạng hít & nguy cơ xảy ra tác dụng không mong muốn cao hơn

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)

Thuốc kiểm soát (Tiếp Theo)

Thuốc thay thế hoặc bổ sung (Tiếp Theo)

• Corticosteroid (đường uống)

- Theo Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA) 2022, corticosteroid liều thấp (tương đương prednisone $\leq 7,5$ mg/ngày) có thể được cân nhắc là lựa chọn điều trị cuối cùng cho bệnh nhân hen nặng
- Chỉ nên cân nhắc dùng cho bệnh nhân đang ở bậc 5, kiểm soát triệu chứng hen kém và/hoặc thường xuyên xuất hiện đợt cấp mặc dù bệnh nhân tuân thủ điều trị & sử dụng bình hít đúng cách, sau khi loại trừ các yếu tố khác & có thể bổ sung thêm một trong các thuốc sau (ví dụ: Thuốc kháng IgE, kháng IL5, đối kháng thụ thể IL5, đối kháng thụ thể IL4, ức chế lymphopietin mô đệm tuyến ức)
- Cân nhắc điều trị kéo dài (>2 tuần) đối với các trường hợp hen nặng không kiểm soát

• Thuốc kháng leukotriene (đường uống)

- Có thể sử dụng thay thế trên bệnh nhân trưởng thành mắc hen dai dẳng nhẹ & nhạy cảm với aspirin, không dung nạp với corticosteroid dạng hít hoặc đáp ứng tốt với thuốc kháng leukotriene
- Khi sử dụng như điều trị bổ sung, có thể giảm liều corticosteroid dạng hít khi cần cho những bệnh nhân có triệu chứng mức độ trung bình đến nặng
- Khi được sử dụng như đơn trị liệu để kiểm soát hen, thuốc kháng leukotriene kém hiệu quả hơn so với corticosteroid dạng hít liều thấp

• Kháng thể đơn dòng (benralizumab, dupilumab, mepolizumab, omalizumab, reslizumab, tezepelumab)

- Giảm đợt kịch phát trên bệnh nhân hen nặng, không kiểm soát & cải thiện chức năng hô hấp, kiểm soát hen & chất lượng cuộc sống
- Omalizumab được chỉ định trên bệnh nhân hen ≥ 6 tuổi mức độ trung bình đến nặng có yếu tố dị ứng & hen phế quản tăng bạch cầu ái toan nặng không do dị ứng và không kiểm soát được với corticosteroid dạng hít
- Mepolizumab tiêm dưới da, dupilumab tiêm dưới da, benralizumab tiêm dưới da & reslizumab tiêm TM có thể cân nhắc trên bệnh nhân hen tăng bạch cầu ái toan nặng không kiểm soát được với corticosteroid dạng hít
 - Dupilumab cũng có thể cân nhắc trên bệnh nhân hen type 2 nặng không kiểm soát được với corticosteroid dạng hít liều trung bình đến cao phối hợp với ≥ 2 thuốc kiểm soát bổ sung khác
 - Chống chỉ định sử dụng benralizumab & dupilumab trên bệnh nhân <12 tuổi; mepolizumab trên bệnh nhân <6 tuổi; reslizumab trên bệnh nhân <18 tuổi
- Tezepelumab gần đây đã được phê duyệt như thuốc điều trị duy trì bổ sung trên bệnh nhân hen nặng ≥ 12 tuổi

• Theophylline (đường uống, phóng thích kéo dài)

- Là thuốc giãn phế quản, dùng liều thấp có tác dụng kháng viêm nhưng có tác dụng không mong muốn đã biết do đó không khuyến cáo sử dụng thường quy
- Khuyến cáo theo dõi nồng độ thuốc trong máu

Thuốc cắt cơn

Thuốc ưu tiên

• Corticosteroid dạng hít kết hợp formoterol

- Phối hợp steroid với formoterol được ưu tiên dùng trên bệnh nhân trước đó đã dùng budesonide-formoterol hoặc beclometasone-formoterol để điều trị cắt cơn và duy trì
- Giảm nguy cơ xuất hiện đợt kịch phát nặng trên bệnh nhân trưởng thành và thanh thiếu niên mắc hen phế quản mức độ nhẹ so với đơn trị liệu thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn

Thuốc thay thế

• Thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn)

- Lựa chọn điều trị làm giảm cơ thắt phế quản trong các đợt kịch phát và hiệu quả trong điều trị dự phòng trước khi tập luyện, sử dụng đồng thời với corticosteroid dạng hít
- Chỉ dùng thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng ngắn khi cần để điều trị cắt cơn ban đầu, không còn được khuyến cáo do có nhiều báo cáo về tăng nguy cơ tích lũy đợt kịch phát & suy giảm chức năng hô hấp khi dùng đơn độc
- Chỉ sử dụng khi cần; việc quản lý bệnh cần được đánh giá lại nếu việc sử dụng thuốc tăng lên
 - Nên sử dụng đồng thời với corticosteroid khi dùng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn dạng hít để ngăn ngừa tác dụng không mong muốn của thuốc khi dùng đơn độc
- Sử dụng quá mức (≥ 3 ống thuốc hít 200 liều/năm) làm tăng nguy cơ xuất hiện đợt kịch phát trên bệnh nhân hen

• Thuốc đồng vận beta₂ (đường uống, tác dụng ngắn)

- Thay thế cho thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng ngắn nhưng khởi phát tác dụng chậm hơn & nguy cơ xảy ra tác dụng không mong muốn cao hơn
- Nhiều tác dụng không mong muốn hơn so với đường hít

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)**Liệu pháp miễn dịch dị ứng**

- Là lựa chọn điều trị sau khi thực hiện tránh tiếp xúc với yếu tố kích ứng nghiêm ngặt và can thiệp y khoa thất bại
- Có thể làm giảm triệu chứng & thuốc sử dụng, cải thiện tình trạng tăng đáp ứng đường thở đặc hiệu và không đặc hiệu với dị nguyên & ngăn ngừa tiến triển thành hen phế quản ở trẻ em mắc viêm mũi kết mạc dị ứng
- Có thể sử dụng dưới dạng tiêm dưới da (SCIT) hoặc ngâm dưới lưỡi (SLIT)
 - Mạt bụi nhà SCIT & SLIT được khuyến cáo là liệu pháp điều trị bổ sung trên bệnh nhân hen dị ứng với mạt bụi nhà có kiểm soát
 - Ở trẻ em, SCIT có hiệu quả cao hơn SLIT mặc dù SLIT an toàn hơn SCIT
 - SLIT có thể cân nhắc trên người lớn mắc hen & viêm mũi dị ứng khởi phát do mạt bụi nhà có đợt kịch phát không đáp ứng khi dùng corticosteroid dạng hít khởi phát do mạt bụi nhà & FEV₁ >70% giá trị dự đoán
 - SLIT có liên quan đến các triệu chứng đường miệng & tiêu hóa nhẹ
 - Phản ứng phản vệ đe dọa tính mạng đã được báo cáo khi sử dụng SCIT
- Lợi ích phải được cân nhắc với các tác dụng không mong muốn và sự bất tiện của thời gian điều trị
- Hiệu quả của thuốc hoặc phác đồ dựa trên các thử nghiệm lâm sàng nên được cân nhắc trước khi bắt đầu điều trị

Chỉnh hình phế quản bằng nhiệt

- Lựa chọn điều trị trên bệnh nhân trưởng thành hen nặng không đáp ứng với khuyến cáo điều trị kiểm soát hen bậc 5 và đã được thăm khám bởi bác sĩ chuyên khoa hô hấp
- Là thủ thuật sử dụng xung tần số vô tuyến trong khi nội soi phế quản để làm giảm khối lượng cơ trơn phế quản, qua đó giảm khả năng co thắt phế quản

Khuyến cáo đến khám tại bác sĩ chuyên khoa hô hấp

- Bệnh nhân có đợt kịch phát hen đe dọa tính mạng
- Bằng chứng lâm sàng không điển hình, như ngón tay dùi trống, ran nổ, tím tái, suy tim, rít thanh quản, ho ra máu; & trẻ em có giọng nói hoặc tiếng khóc bất thường, khó nuốt, dấu hiệu khu trú ở lồng ngực, tiếng rít thì hít vào
- Nôn ói nhiều hoặc đi tiêu ra máu ở trẻ em
- Ho dai dẳng và/hoặc tăng tiết đàm & trẻ em ho có đàm dai dẳng mặc dù hít thuốc đúng kỹ thuật & tuân thủ điều trị tốt
- Khó thở dai dẳng (không theo từng đợt & không kèm theo khó khè)
- Các kết quả đo hô hấp ký hoặc PEF không chỉ điểm hen phế quản và cần xét nghiệm bổ sung (thử nghiệm dị ứng da, thử nghiệm thử thách phế quản)
- Các triệu chứng xuất hiện từ lúc chào đời hoặc vấn đề về phổi ở thời kỳ chu sinh & tiền sử gia đình mắc bệnh lồng ngực bất thường
- Khò khè một bên hoặc cố định
- Sụt cân
- Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị sau 3-6 tháng, cần điều trị từ bậc 4 trở lên hoặc đang cân nhắc điều trị bằng liệu pháp miễn dịch

Mức độ nặng của hen phế quản

- Đánh giá khi bệnh nhân đã được điều trị kiểm soát trong vài tháng
- **Hen phế quản nhẹ** - được kiểm soát tốt với điều trị bậc 1 hoặc bậc 2
 - GINA 2022 đề nghị nên tránh dùng thuốc ngữ này vì bệnh nhân dễ làm tăng nguy cơ thấp
 - Tuy nhiên nếu tình trạng lâm sàng bệnh nhân ổn, bác sĩ có thể sử dụng thuốc ngữ này & dặn dò bệnh nhân triệu chứng hen phế quản tuy nhẹ nhưng vẫn có khả năng xuất hiện cơn hen kịch phát nặng, thậm chí đe dọa tính mạng
- **Hen phế quản mức độ trung bình** - được kiểm soát tốt với điều trị bậc 3 hoặc bậc 4
- **Hen phế quản nặng** - không kiểm soát được hoặc cần sử dụng corticosteroid dạng hít liều cao kết hợp với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài

Hen phế quản khó điều trị

- Được định nghĩa là hen phế quản với các triệu chứng dai dẳng &/hoặc có các đợt kịch phát mặc dù đã tuân thủ phác đồ điều trị hen liều cao (ví dụ: Bước 4-5 của kế hoạch quản lý hen dài hạn, corticosteroid dạng hít liều cao ở người lớn hoặc corticosteroid dạng hít liều trung bình ở trẻ em phối hợp với thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng kéo dài hoặc thuốc kháng leukotriene, điều trị corticosteroid đường uống liên tục hoặc thường xuyên)
- Các yếu tố nguy cơ bao gồm: Hít thuốc không đúng kỹ thuật, tuân thủ điều trị kém, bệnh đi kèm, các yếu tố gây đợt kịch phát, sử dụng quá liều thuốc đồng vận beta₂ dạng hít tác dụng kéo dài, các yếu tố tâm lý xã hội, tác dụng không mong muốn của thuốc
- Các bước để tối ưu hóa quản lý hen phế quản:
 - Kiểm tra, đánh giá, điều chỉnh và thực hiện kỹ thuật hít mỗi lần khám bệnh
 - Xác định bệnh nhân đã có kế hoạch hành động với bệnh hen bằng văn bản chưa và kiểm tra sự hiểu biết của bệnh nhân về văn bản đó
 - Điều trị các bệnh đi kèm và các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được
 - Cân nhắc điều chỉnh lối sống, tránh tiếp xúc các yếu tố gây đợt kịch phát, tiêm phòng cúm và các phương pháp điều trị không dùng thuốc khác
 - Cân nhắc bổ sung các thuốc điều trị sau nếu trước đó chưa được sử dụng: các thuốc điều trị không phải là thuốc sinh học (như tiotropium bromide, azithromycin, thuốc đồng vận beta₂ tác dụng kéo dài, thuốc kháng leukotriene), corticosteroid dạng hít liều cao

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

C KẾ HOẠCH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN DÀI HẠN (TIẾP THEO)**Hen phế quản khó điều trị (Tiếp theo)**

- Đánh giá kiểu hình viêm của bệnh nhân nếu không đáp ứng điều trị mặc dù đã tối ưu hóa chiến lược quản lý & cân nhắc các thuốc điều trị sinh học bổ sung (ví dụ: mepolizumab, dupilumab, benralizumab, v.v.) khi đã xác định được kiểu hình hen nặng
 - Các thuốc điều trị sinh học nhắm trúng đích được khuyến cáo cho bệnh nhân mắc hen phế quản type 2 gồm:
 - Omalizumab trên bệnh nhân ≥ 6 tuổi nhạy cảm với dị nguyên hít trong thử nghiệm lấy da hoặc IgE đặc hiệu, tổng IgE huyết thanh và cân nặng cơ thể trong giới hạn liều dùng của địa phương, có đợt kịch phát hen phế quản nặng do dị ứng trong năm qua và/hoặc hen khởi phát sớm ở trẻ em
 - Mepolizumab (sử dụng cho bệnh nhân ≥ 6 tuổi), benralizumab (sử dụng cho bệnh nhân ≥ 12 tuổi), hoặc reslizumab (sử dụng cho bệnh nhân ≥ 18 tuổi) được sử dụng khi bệnh nhân có tăng bạch cầu ái toan trong máu trên mức quy định & số đợt kịch phát trong một năm được xem là hen phế quản tăng bạch cầu ái toan nặng, hen khởi phát khi trưởng thành, polyp mũi, bệnh nhân đang được điều trị corticosteroid đường uống liều cơ bản, có hoặc không có chức năng phổi kém ($FEV_1 < 65\%$)
 - Dupilumab cho bệnh nhân ≥ 6 tuổi có phản ứng viêm type 2 nặng với đặc điểm là tăng bạch cầu ái toan và/hoặc tăng FeNO, hoặc bệnh nhân ≥ 12 tuổi cần điều trị duy trì với corticosteroid đường uống
 - Tezepelumab được cân nhắc sử dụng cho bệnh nhân ≥ 12 tuổi không kèm tăng các dấu hiệu loại 2 như tăng bạch cầu ái toan và/hoặc tăng FeNO
 - Đánh giá đáp ứng điều trị của bệnh nhân sau 3-4 tháng
- Dẫn dò bệnh nhân tái khám sau 3-6 tháng để đánh giá đáp ứng của bệnh nhân với các thay đổi điều trị
 - Nên giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đến phòng khám hen phế quản nặng nếu bệnh nhân hen vẫn chưa được kiểm soát khi đã điều chỉnh và tối ưu hóa điều trị
 - Nếu không kiểm soát triệu chứng và/hoặc xuất hiện đợt kịch phát sau khi hạ bậc điều trị, nên quay lại phác đồ trước đó & chuyển đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đến phòng khám hen phế quản nặng

D PHÒNG NGỪA HEN PHẾ QUẢN & ĐỢT KỊCH PHÁT

- Tránh tiếp xúc hoặc giảm các yếu tố nguy cơ là cách hiệu quả để ngăn ngừa tiến triển của hen phế quản và giảm đợt kịch phát

Phòng ngừa hen phế quản

- Ngăn ngừa sự phát triển của bệnh hen phế quản ở trẻ sơ sinh và trẻ em có thể được bắt đầu trước và sau khi sinh
 - Tránh tiếp xúc với thuốc lá
 - Trẻ sơ sinh bú sữa mẹ có tỷ lệ mắc khò khè thấp hơn trong giai đoạn sớm của trẻ
 - Trẻ sơ sinh bú mẹ hoàn toàn trong 3-4 tháng có nguy cơ mắc hen trẻ em thấp hơn
 - Tránh sử dụng kháng sinh phổ rộng trong năm đầu tiên
 - Không có đủ bằng chứng ủng hộ việc thiết lập chế độ ăn tránh dị nguyên cho phụ nữ mang thai có nguy cơ cao và vai trò của men vi sinh

Phòng ngừa triệu chứng & đợt kịch phát hen phế quản

- Điều trị các bệnh đi kèm và các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được là chìa khóa để ngăn ngừa đợt kịch phát hen
- Đợt kịch phát hen thường khởi phát bởi nhiều yếu tố khác nhau (như dị nguyên, nhiễm virus, chất gây ô nhiễm, thuốc)
 - Giảm tiếp xúc với yếu tố gây khởi phát giúp cải thiện kiểm soát hen phế quản và giảm sử dụng thuốc

Dị nguyên trong nhà

- Mạt nhà: Giặt bọc đệm, khăn trải giường bằng nước nóng, loại bỏ bụi và môi trường sống của mạt nhà có thể làm giảm tiếp xúc
- Động vật có lông
 - Các bằng chứng không đồng nhất về ảnh hưởng của các dị nguyên từ vật nuôi đối với bệnh nhân hen
 - Khuyến khích loại bỏ con vật khỏi nhà, tuy nhiên, mức độ gây dị ứng chỉ giảm trong nhiều tháng sau khi loại bỏ chúng hoàn toàn
- Gián: Loại bỏ môi trường sống thích hợp, hạn chế sự tiếp cận, kiểm soát chúng bằng cách sử dụng hóa chất tiêu diệt hoặc bẫy
- Nấm: Loại bỏ nơi ẩm thấp, nấm mốc và mùi nấm mốc có thể thấy được, vì các nghiên cứu cho rằng việc tiếp xúc với các dị nguyên này làm tăng nguy cơ phát triển hen phế quản

Dị nguyên bên ngoài

- Giảm tiếp xúc bằng cách đóng cửa chính hoặc cửa sổ, ở trong nhà khi mật độ nấm mốc và phấn hoa cao, & sử dụng máy điều hòa

Các chất ô nhiễm không khí ngoài trời

- Mức độ ô nhiễm không khí gia tăng liên quan đến đợt kịch phát hen phế quản
 - Bằng chứng hiện tại cho thấy tỷ lệ mắc hen phế quản trên toàn cầu ở trẻ em là 13% do ô nhiễm không khí liên quan đến giao thông
- Sấm sét, thay đổi nhiệt độ và độ ẩm đôi khi làm tăng nặng các triệu chứng hen phế quản
- Bệnh nhân hen không kiểm soát không nên tham gia bất kỳ hoạt động thể chất nặng nào trong thời tiết lạnh, độ ẩm thấp hoặc ô nhiễm không khí cao
 - Nên hạn chế đến khu vực có nhiều khói thuốc lá
 - Nên sống trong khu vực có khí hậu ổn định

Phơi nhiễm nghề nghiệp

- Ảnh hưởng đáng kể đến số ca mắc hen phế quản ở người lớn
- Nhận biết sớm và tránh tiếp xúc với các dị nguyên tại nơi làm việc là quan trọng

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

D PHÒNG NGỪA HEN PHẾ QUẢN & ĐỢT KỊCH PHÁT (TIẾP THEO)**Phòng ngừa triệu chứng & đợt kịch phát hen phế quản (Tiếp theo)****Thức ăn & gia vị**

- Thường gặp chủ yếu ở trẻ em
- Khi đã xác định loại thực phẩm dị ứng, cần tránh tiếp xúc
- Sulfite, chất bảo quản phổ biến được tìm thấy trong khoai tây chế biến, tôm, rượu, bia, trái cây khô, v.v., có liên quan đến đợt kịch phát hen phế quản trên 5% đến 10% bệnh nhân hen

Khói thuốc lá & thuốc lá điện tử

- Tiếp xúc với khói thuốc lá & thuốc lá điện tử có liên quan đến tăng nguy cơ mắc các triệu chứng hen phế quản, đợt kịch phát hen phế quản, nhập viện & kiểm soát hen suyễn kém
- Khuyến khích bệnh nhân hen phế quản bỏ hút thuốc
- Khuyến khích bệnh nhân hen phế quản tránh tiếp xúc với khói thuốc trong môi trường
- Nhắc nhở cha mẹ/người chăm sóc bệnh nhân hen phế quản không hút thuốc
- Đánh giá những bệnh nhân có tiền sử hút thuốc trên 10 gói-năm về nguy cơ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hoặc chồng lấp hen-COPD

Thuốc & thực phẩm chức năng

- Aspirin & NSAID có liên quan đến đợt kịch phát hen phế quản
- Thuốc chẹn beta có thể làm trầm trọng thêm tình trạng co thắt phế quản
- Sử dụng quá nhiều thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn (>1 hộp 200 liều/tháng) có thể làm trầm trọng thêm các đợt kịch phát
- Một số nghiên cứu chỉ ra rằng nồng độ vitamin D trong máu thấp ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, tần suất cơn hen kịch phát và hiệu quả của steroid trên bệnh nhân bị hen, nhưng cần nhiều nghiên cứu hơn để chứng minh việc sử dụng bổ sung vitamin D trong kiểm soát và phòng ngừa cơn hen kịch phát

Chủng ngừa cúm

- Nên tiêm phòng cúm hàng năm trên bệnh nhân hen phế quản mức độ trung bình đến nặng

Béo phì

- Chỉ số khối cơ thể (BMI) tăng có liên quan đến bệnh hen phế quản, nhưng lý do vẫn chưa rõ
- Giảm cân giúp cải thiện chức năng hô hấp, triệu chứng, ngăn ngừa sự xuất hiện của bệnh và cải thiện sức khỏe của bệnh nhân hen phế quản có kèm béo phì

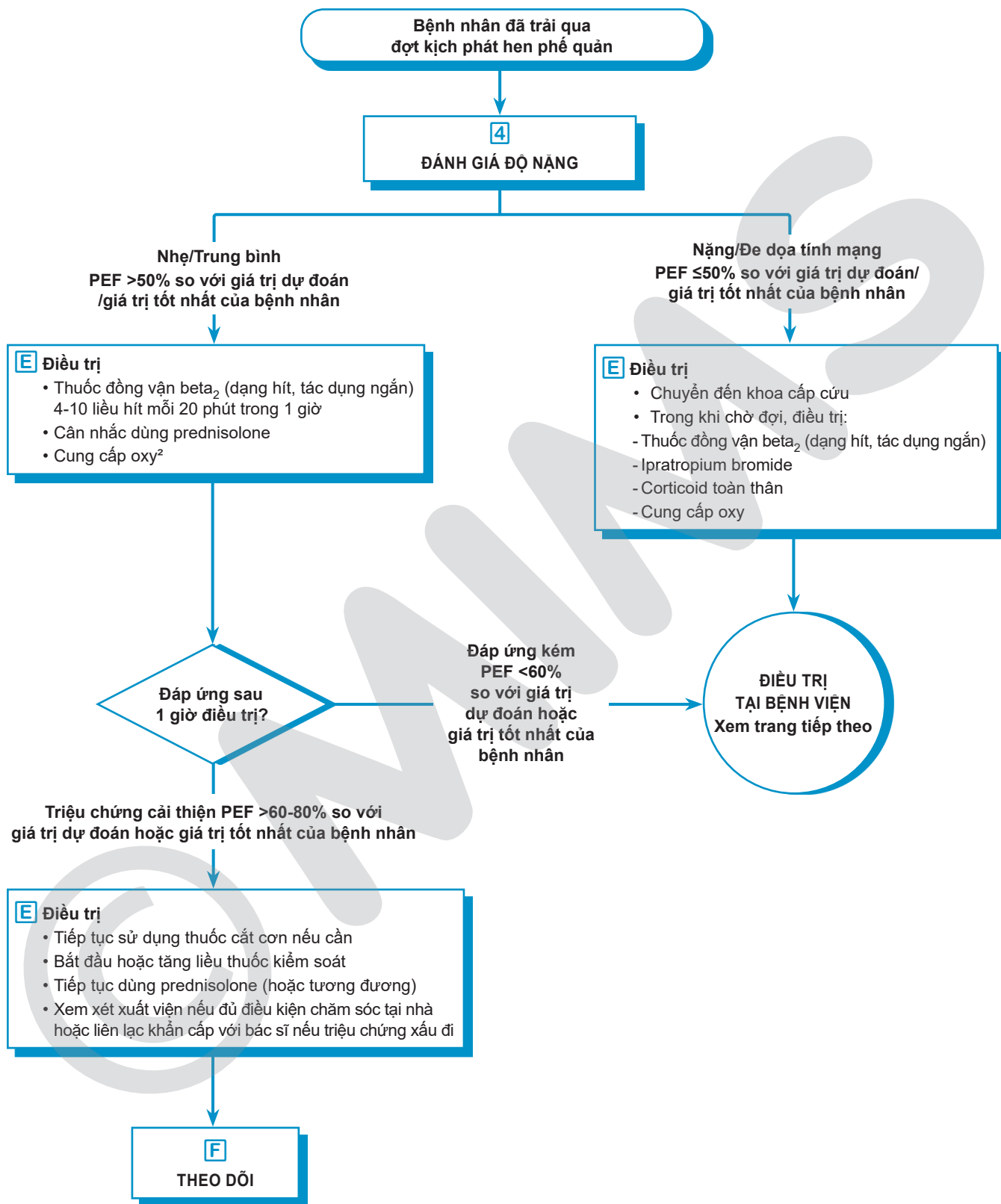
Hoạt động thể chất

- Khuyến khích tập luyện mức độ nhẹ đến trung bình, đặc biệt đối với bệnh nhân có các bệnh đi kèm liên quan đến cân nặng
 - Khởi động kỹ trước khi tập nhằm tăng khả năng dung nạp khi tập luyện
- Trẻ em lười vận động có thể dẫn đến trao đổi chất kém và béo phì
- Bệnh nhân có hen phế quản do gắng sức nên được tư vấn chế độ tập luyện phù hợp
 - Có thể chỉ định thuốc cắt cơn dùng trước khi tập luyện

Vấn đề khác

- Bộc lộ cảm xúc quá mức & các cơn hoảng sợ có thể gây ra tình trạng giảm thông khí & giảm CO₂, dẫn đến hẹp đường dẫn khí
- Tiền sử đặt nội khí quản hoặc điều trị tại ICU do hen phế quản làm tăng nguy cơ xuất hiện đợt kịch phát
- Viêm mũi, viêm xoang, polyp mũi và trào ngược dạ dày thực quản có thể làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh

**CHĂM SÓC BAN ĐẦU ĐỢT KỊCH PHÁT HEN PHẾ QUẢN
ĐỐI VỚI NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM ≥6 TUỔI¹**



HEN PHẾ QUẢN

¹Chăm sóc ban đầu cho trẻ em ≤5 tuổi, xem bảng Quản lý bệnh hen phế quản của MIMS Nhi khoa phiên bản mới nhất

²Độ bão hòa oxy mục tiêu: 93-95% (trẻ em 94-98%).

Tài liệu tham khảo: Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA). Chiến lược toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen phế quản: Cập nhật năm 2022.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

ĐIỀU TRỊ HEN KỊCH PHÁT TẠI BỆNH VIỆN

Bệnh nhân thất bại với điều trị chăm sóc ban đầu hoặc tình trạng tiếp tục xấu đi

4

ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG

Nhẹ/Trung bình
PEF >50% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân

Nặng/Đe dọa tính mạng
PEF ≤50% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân

E Điều trị

- Cung cấp oxy
 - Độ bão hòa oxy mục tiêu là 93-95% (94-98% ở trẻ em)
- Thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn)
- Cân nhắc dùng ipratropium bromide
- Cân nhắc dùng corticosteroid đường uống

E Điều trị

- Cung cấp oxy
 - Độ bão hòa oxy mục tiêu là 93-95% (94-98% ở trẻ em)
- Thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn)
- Ipratropium bromide
- Corticosteroid uống/tiêm
- Cân nhắc dùng magiê đường tiêm
- Cân nhắc dùng corticosteroid dạng hít liều cao

5

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ
Bệnh nhân có đáp ứng điều trị sau 1 giờ ?

Không

TIẾP TỤC XẤU ĐI

- Điều trị như mức độ nặng*
- Đánh giá lại để nhập ICU

Có

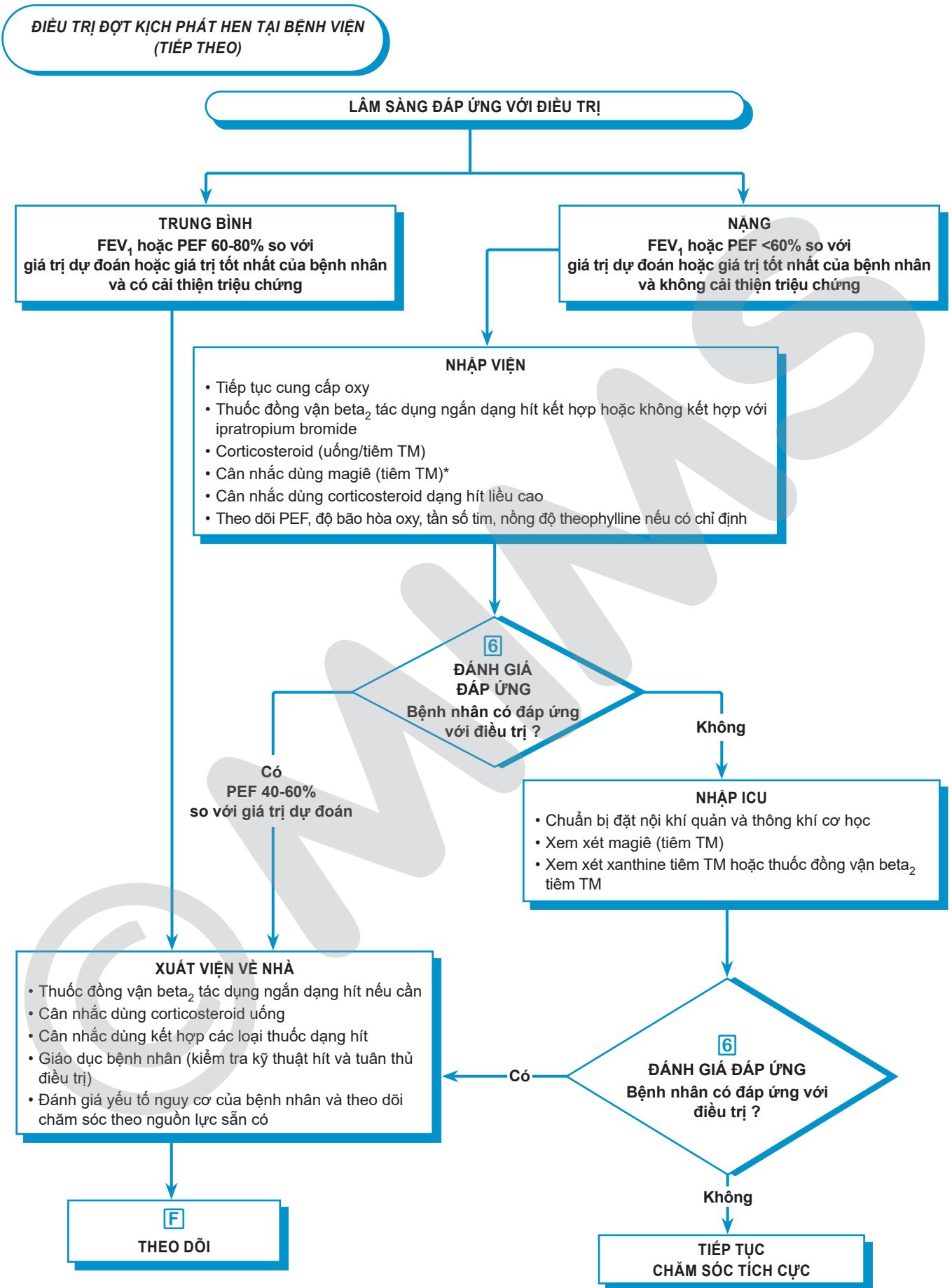
ĐÁP ỨNG LÂM SÀNG
Xem trang tiếp theo

NHẬP ICU
Xem trang tiếp theo

*Nếu bệnh nhân lơ mơ, lú lẫn hoặc lồng ngực im lặng, nhập ICU chuẩn bị đặt nội khí quản.

Tài liệu tham khảo: Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA). Chiến lược toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen phế quản: Cập nhật năm 2022.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.



*Nếu có dấu hiệu đe dọa tính mạng (ví dụ FEV₁ <25-30%).
 Tài liệu tham khảo: Chiến lược toàn cầu về hen phế quản (GINA). Chiến lược toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen phế quản: Cập nhật năm 2022.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
 Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

4 ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG

- Đợt kịch phát hen phế quản đặc trưng bởi ho, khó thở, khò khè hoặc tức ngực tăng và chức năng hô hấp diễn tiến xấu đi
 - Giảm lưu lượng khí thì thở ra, được đo & theo dõi bằng chức năng hô hấp
 - Có thể xảy ra trên bệnh nhân đã được chẩn đoán trước đó hoặc là biểu hiện lần đầu của hen phế quản
- Mục tiêu điều trị là giảm tắc nghẽn đường dẫn khí ngay lập tức & cải thiện tình trạng giảm oxy máu & ngăn ngừa diễn tiến nặng hơn

Đánh giá điều trị chăm sóc ban đầu**Đợt kịch phát mức độ nhẹ-trung bình**

- Nói theo cụm từ, bệnh nhân ngồi, tỉnh táo, tần số hô hấp tăng, mạch 100-120 nhịp/phút, độ bão hòa oxy 90-95%, PEF >50% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân

Chỉ định chuyển viện ngay lập tức (đợt kịch phát mức độ nặng)

- Tần số hô hấp >30 lần/phút, nhịp tim >120 nhịp/phút, độ bão hòa oxy <90%, PEF ≤50% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân, sử dụng cơ hô hấp phụ, nói từng từ, ngồi cúi người về trước để thở, kích động

Đánh giá tại khoa cấp cứu

- Tóm tắt tiền sử bệnh & khám lâm sàng song song với việc bắt đầu điều trị

Tiền sử bệnh

- Mức độ nặng của triệu chứng
- Thời gian khởi phát và nguyên nhân
- Nguy cơ tử vong do hen phế quản có thể xảy ra, cần được theo dõi sát hơn
 - Tiền sử có đợt kịch phát hen cần đặt nội khí quản & thở máy
 - Đã nhập viện hoặc điều trị cấp cứu trong năm qua
 - Hiện tại đang sử dụng corticosteroid đường uống/hít hoặc ngừng sử dụng gần đây
 - Sử dụng >1 hộp thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn dạng hít hàng tháng
 - Có vấn đề về tâm thần hoặc tâm lý xã hội
 - Không tuân thủ điều trị
 - Dùng thức ăn
- Bất kỳ triệu chứng nào chỉ điểm là có phản ứng phản vệ
- Tất cả các loại thuốc đang điều trị hiện tại gồm liều lượng, cách dùng, tuân thủ điều trị, thay đổi phác đồ và đáp ứng điều trị

Khám lâm sàng

- Đánh giá mức độ nặng của đợt kịch phát
- **Đợt kịch phát ở mức độ nhẹ-trung bình:**
 - Bệnh nhân ngồi, nói theo cụm từ, không sử dụng cơ hô hấp phụ, không kích động, tần số hô hấp tăng, nhịp tim 100-120 nhịp/phút, độ bão hòa oxy 90-95%, PEF >50% so với giá trị dự đoán hoặc giá trị tốt nhất của bệnh nhân
- **Đợt kịch phát nặng:**
 - Tần số hô hấp >30 lần/phút, nhịp tim >120 nhịp/phút, độ bão hòa oxy <90%, PEF ≤50% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân, sử dụng cơ hô hấp phụ, nói từng từ, ngồi cúi người về phía trước, kích động
- Tìm các yếu tố có thể làm phức tạp tình trạng hiện tại (như viêm phổi, tràn khí màng phổi, xẹp phổi)

Đánh giá chức năng hô hấp

- PEF hoặc FEV₁
 - Nếu có thể, ghi nhận giá trị ban đầu trước khi điều trị mà không làm trì hoãn điều trị, & quan sát đáp ứng điều trị
- Độ bão hòa oxy
 - Nên đo bởi máy đo độ bão hòa oxy theo mạch đập (pulse oximetry)
 - Hữu ích trên trẻ em do kết quả đo chức năng hô hấp không đáng tin cậy

X-quang ngực

- Chỉ định khi nghi ngờ có biến chứng, bệnh nhân nội trú & không đáp ứng với điều trị

Khí máu động mạch

- Khuyến cáo trên bệnh nhân có PEF <50% so với giá trị dự đoán, không đáp ứng với điều trị và diễn tiến nặng hơn
 - Chỉ định khi suy hô hấp có PaO₂ <60 mmHg & PaCO₂ bình thường hoặc tăng (>45 mmHg)

5 BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ SAU 1 GIỜ ĐẦU TIÊN TẠI KHOA CẤP CỨU

- Chức năng hô hấp nên đo sau 1 giờ, sau khi dùng 3 liều thuốc giãn phế quản đầu tiên & trên bệnh nhân diễn tiến nặng hơn mặc dù đã điều trị bằng thuốc giãn phế quản & steroid tích cực, để đánh giá nhu cầu chuyển ICU

Đợt kịch phát mức độ trung bình

- FEV₁ hoặc PEF >60-80% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân
- Cải thiện triệu chứng
- Xem xét cho xuất viện

Đợt kịch phát mức độ nặng

- FEV₁ hoặc PEF <60% so với giá trị dự đoán/giá trị tốt nhất của bệnh nhân
- Các triệu chứng không cải thiện
- Tiếp tục điều trị & đánh giá lại thường xuyên

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

6 ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SAU KHI NHẬP VIỆN**Cân nhắc nhập ICU nếu:**

- Hen phế quản nặng & không đáp ứng với điều trị ban đầu tại khoa cấp cứu hoặc diễn tiến nặng hơn mặc dù đã được điều trị
- Các dấu hiệu sắp ngừng hô hấp (ví dụ như lú lẫn, buồn ngủ, mất ý thức)
- Giảm oxy máu mặc dù đã cung cấp oxy, là chỉ điểm sắp xảy ra ngừng hô hấp:
 - $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ (8 kPa) &/hoặc $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ (6 kPa) hoặc $\text{SaO}_2 < 90\%$ đo bởi máy đo nồng độ oxy trong máu ở trẻ em

Đặt nội khí quản

- Cân nhắc nếu tình trạng bệnh nhân tiếp tục diễn tiến nặng mặc dù đã điều trị tối ưu
- Bệnh nhân kiệt sức và/hoặc PaCO_2 ngày càng tăng

Cân nhắc việc xuất viện về nhà

- $\text{PEF} > 60\text{-}80\%$ giá trị dự đoán/chỉ số tốt nhất của bệnh nhân, $\text{SaO}_2 > 94\%$ với khí phòng & duy trì khi dùng thuốc uống/hít

E ĐIỀU TRỊ ĐỢT KỊCH PHÁT HEN PHẾ QUẢN

- Bắt đầu điều trị tại nhà, tránh điều trị chậm trễ và giúp bệnh nhân có cảm giác đã kiểm soát được bệnh
- Mức độ điều trị thực hiện tại nhà tùy thuộc vào khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kinh nghiệm của bệnh nhân, thuốc sẵn có và khả năng chăm sóc cấp cứu
- Các phương pháp đo PEF tại nhà có thể là một phần của kế hoạch điều trị tại nhà
 - Độ nặng của các triệu chứng nhìn chung có độ nhạy cao hơn so với PEF , là yếu tố dự báo sớm cơn hen phế quản
- Nếu tình trạng bệnh tiếp tục xấu đi hoặc đột ngột nặng hơn, hãy cân nhắc chuyển đến cơ sở chăm sóc cấp cứu

Điều trị hàng đầu**Oxy liệu pháp**

- Oxy được cung cấp cho bệnh nhân qua qua canula, mặt nạ hoặc nếu cần, head box (đối với trẻ sơ sinh), để đạt độ bão hòa oxy động mạch 93-95% (94-98% ở trẻ em)
- Kết quả sinh lý được ghi nhận khi điều trị bằng liệu pháp oxy có kiểm soát (sử dụng máy đo độ bão hòa oxy qua mạch đập để duy trì oxy bão hòa ở mức 93-95%) tốt hơn khi điều trị bằng liệu pháp oxy lưu lượng cao cung cấp 100% oxy
- Liệu pháp oxy nên được theo dõi bởi máy đo độ bão hòa oxy theo mạch đập để duy trì độ bão hòa oxy cần thiết
 - Tuy nhiên, không nên ngừng cung cấp oxy nếu không có máy đo độ bão hòa oxy

Thuốc đồng vận beta₂ (dạng hít, tác dụng ngắn)

- Tác dụng giãn phế quản tương đương với máy phun khí dung nếu sử dụng ống hít định liều (MDI) với buồng đệm
 - Khởi phát tác dụng nhanh hơn, ít tác dụng không mong muốn hơn và giảm thời gian điều trị tại khoa cấp cứu
- Hít thuốc qua máy phun khí dung có thể dễ dàng hơn đối với trẻ em
- Ban đầu nên sử dụng liệu pháp hít liên tục, sau đó là sử dụng ngắt quãng khi cần

Epinephrine

- Có thể cân nhắc trong các đợt kịch phát nặng liên quan đến phản vệ & phù mạch, nếu thuốc đồng vận beta₂ dạng hít hoặc dạng tiêm không có sẵn hoặc bệnh nhân không đáp ứng với thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn dạng hít
- Không sử dụng thường xuyên trong đợt kịch phát hen

Thuốc giãn phế quản hỗ trợ**Thuốc kháng cholinergic (dạng hít)**

- Như: ipratropium bromide
- Sử dụng cùng với thuốc đồng vận beta₂ dạng hít có thể làm giãn phế quản tốt hơn so với chỉ sử dụng một trong hai thuốc
- Nên sử dụng kết hợp 2 thuốc trước khi cân nhắc dùng xanthine

Xanthine

- Như: theophylline, aminophylline
- Tác dụng giãn phế quản kém hơn thuốc đồng vận beta₂
- Chỉ nên xem là thuốc thay thế nếu các thuốc khác không hiệu quả và có nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn

Corticosteroid (đường toàn thân)

- Được xem là một phần trong điều trị cơ bản cho tất cả các đợt kịch phát ngoại trừ mức độ nhẹ nhất
- Đặc biệt khuyến cáo dùng khi:
 - Điều trị khởi đầu bằng thuốc đồng vận beta₂ tác dụng ngắn không giúp cải thiện kéo dài
 - Đợt kịch phát xảy ra khi bệnh nhân đang dùng corticosteroid đường uống
 - Các đợt kịch phát trước đây cần dùng corticosteroid đường uống
- Dạng uống thường có hiệu quả tương đương dạng tiêm tĩnh mạch
 - Có thể cân nhắc tiêm tĩnh mạch nếu sự hấp thu qua đường tiêu hóa không ổn định, bệnh nhân không thể dung nạp các chế phẩm uống, khó nuốt, nôn hoặc cần đặt nội khí quản hoặc thông khí không xâm nhập
 - Có thể tiêm bắp khi bệnh nhân được chuyển khỏi phòng cấp cứu và có vấn đề về tuân thủ điều trị

E ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP HEN PHẾ QUẢN (TIẾP THEO)**Thuốc giãn phế quản hỗ trợ (Tiếp Theo)****Corticosteroid (dạng hít)**

- Có hiệu quả và được xem là một phần của điều trị phối hợp trong các đợt kịch phát hen
- Corticosteroid dạng hít liều cao có thể làm giảm tỷ lệ nhập viện khi được sử dụng trong vòng 1 giờ sau khi nhập phòng cấp cứu
- Có thể giảm tỷ lệ nhập viện & giảm nhu cầu sử dụng corticosteroid đường toàn thân ở trẻ em nếu điều trị bổ sung corticosteroid dạng hít kèm hoặc không kèm corticosteroid toàn thân trong giờ đầu tiên sau khi nhập phòng cấp cứu
- Liều cao corticosteroid dạng hít có thể cho hiệu quả tương tự prednisone 40 mg đường uống, nhưng có thể bị hạn chế bởi chi phí
- Điều trị corticosteroid dạng hít nên được chỉ định khi xuất viện để giảm các đợt kịch phát trong tương lai & nguy cơ tử vong hoặc nhập viện do hen
- Bệnh nhân nhập viện vì đợt kịch phát hen phế quản nên được chỉ định hoặc tiếp tục dùng liệu pháp corticosteroid

Magiê (Mg)

- Tiêm tĩnh mạch Mg không nên sử dụng thường xuyên trong các đợt kịch phát nhưng có thể cân nhắc dùng ở người lớn với $FEV_1 < 25\text{-}30\%$ giá trị dự đoán lúc xuất hiện cơn hen, ở người lớn và trẻ em không đáp ứng với điều trị ban đầu kèm tình trạng giảm oxy máu kéo dài & trẻ em có FEV_1 không cải thiện trên 60% giá trị dự đoán sau 1 giờ điều trị
 - Liều thông thường: 2 g, tiêm tĩnh mạch trong 20 phút (liều tối đa: 2 g)
 - Ở trẻ em: 40-50 mg/kg, tiêm tĩnh mạch chậm trong 20-60 phút (liều tối đa: 2 g)

Cân nhắc trước khi xuất viện

- Đối với bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị nên xem xét cho xuất viện, đảm bảo rằng bệnh nhân đủ điều kiện chăm sóc tại nhà & liên hệ với bác sĩ khẩn cấp nếu triệu chứng diễn tiến nặng hơn
- Cung cấp một kế hoạch hướng dẫn tự quản lý cho tất cả bệnh nhân hen:
 - Giáo dục bệnh nhân về các triệu chứng quan trọng cần được theo dõi
 - Có bản kế hoạch hành động hen (Xem phần *Giáo dục Bệnh nhân để biết thêm thông tin*)
 - Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị các loại thuốc đã kê toa, cách phòng ngừa đợt kịch phát và theo dõi bệnh
- Nên sắp xếp tái khám sau 2-7 ngày

F THEO DÕI

- Bệnh nhân từng nhập viện để chăm sóc ban đầu do đợt kịch phát đã được xuất viện sau khi đáp ứng với điều trị ban đầu nên tái khám sau 2-7 ngày kể từ khi xuất viện & sau 1-2 tuần
- Bệnh nhân đã bắt đầu hoặc đang bắt đầu điều chỉnh thuốc & có nguy cơ cao thất bại điều trị nên được theo dõi 1-3 tháng sau lần khám đầu tiên & mỗi 3-12 tháng
- Sau đợt kịch phát, bệnh nhân nên khám sau 1 tuần đến 1 tháng cho đến khi kiểm soát tốt triệu chứng và đạt hoặc vượt qua chức năng hô hấp tốt nhất của bệnh nhân
- Chức năng hô hấp nên được đánh giá và ghi nhận trong quá trình theo dõi
- Tất cả bệnh nhân hen nên tái khám ít nhất hai lần một năm

COVID-19 & HEN PHẾ QUẢN

- Nên tiếp tục dùng thuốc hen theo toa, đặc biệt là corticosteroid dạng hít
 - Đối với bệnh hen nặng, nên tiếp tục thuốc điều trị sinh học & corticosteroid đường uống
- Cần tuân thủ các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt đối với các thủ thuật có tạo khí dung (ví dụ: Phun khí dung, liệu pháp oxy, kích thích tiết đàm, thông khí cơ học, thông khí không xâm nhập, đặt nội khí quản)
 - Nên tránh sử dụng máy phun khí dung nếu có thể vì có thể làm tăng nguy cơ lây lan vi rút cho các bệnh nhân khác và cho nhân viên y tế
 - Điều trị ưu tiên trong các đợt kịch phát nặng là ống hít định liều (MDI) có buồng đệm qua ống ngậm hoặc mặt nạ khí dung có kích thước phù hợp với bệnh nhân nếu cần
- Nên tránh đo hô hấp ký trên bệnh nhân đã xác định/nghi ngờ nhiễm COVID-19 & bệnh nhân đã xác định lây nhiễm mạnh trong cộng đồng
- Chiến Lược Toàn Cầu về Hen phế quản (GINA) khuyến cáo chủng ngừa COVID-19 cho bệnh nhân hen khi cân nhắc về nguy cơ và lợi ích

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC KHÁNG CHOLINERGIC (DẠNG HÍT)

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Tác dụng ngắn			Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, viêm phế quản, viêm xoang); Tim mạch (đau ngực, hồi hộp); TKTU¹ (nhức đầu, chóng mặt); Tiêu hóa (khô miệng, vị giác kém, khó tiêu, buồn nôn); Phản ứng quá mẫn (nổi mào đay, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân tăng sản tuyến tiền liệt, bệnh nhân dễ mắc bệnh tăng nhãn áp góc hẹp, tắc nghẽn cổ bàng quang, nhược cơ Tránh tiếp xúc với mắt khi hít thuốc Kiểm tra kỹ thuật hít của bệnh nhân để tối ưu hóa việc đưa thuốc đến nơi tác dụng Thuốc không phải là lựa chọn điều trị ưu tiên: <ul style="list-style-type: none"> Nên dùng cùng với thuốc đồng vận beta₂
Ipratropium bromide	Dạng xịt định liều 20 mcg/liều hít	Người lớn & Trẻ em : 2 liều hít mỗi 6 giờ Liều tối đa: 12 liều hít/ngày	
	Dung dịch hít liều đơn 250 mcg/mL, 250, 500 mcg/2 mL	Trẻ em 6-12 tuổi: 100-500 mcg, phun khí dung tối đa mỗi 8 giờ Người lớn: 100-500 mcg, phun khí dung khi cần, tối đa mỗi 8 giờ	
	Dung dịch hít 0,025%	Trẻ em <6 tuổi-12 tuổi: 0,4-1 mL (100-250 mcg), phun khí dung mỗi 6-8 giờ, khi cần Người lớn: 2 mL (500 mcg), phun khí dung mỗi 6-8 giờ, khi cần	
Tác dụng kéo dài			
Tiotropium bromide	2,5 mcg/liều hít	Người lớn: 2 liều, hít mỗi 24 giờ	
	Viên nang chứa bột hít: 18 mcg/viên nang	Người lớn: 1 viên nang, hít mỗi 24 giờ	

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Chiết xuất dị nguyên		
Chiết xuất dị nguyên mạt bụi nhà ¹ (<i>D. pteronyssinus</i> & <i>D. farinae</i>)	Người lớn: 1 viên nén dạng đông khô (12 SQ-HDM), đặt dưới lưỡi mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Mũi họng (kích ứng họng, ban đỏ niêm mạc, phù môi/miệng, viêm mũi); Hô hấp (viêm phế quản, hen, khó thở); Tác dụng khác (khó chịu đường tiêu hóa, khó chịu ở ngực, ngứa, nổi mề đay) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng 5 phút trước khi ăn; duy trì ngâm dưới lưỡi trong khoảng 1 phút trước khi nuốt Sử dụng thận trọng cho bệnh nhân có phản ứng dị ứng toàn thân trước đó với liệu pháp miễn dịch tiêm trong da dùng kháng nguyên mạt bụi nhà, bệnh tim, triệu chứng dạ dày thực quản nặng hoặc dai dẳng, các bệnh tự miễn đã thuyên giảm, dị ứng với cá Tránh ngừng thuốc kiểm soát hen phế quản đột ngột Tránh dùng trên bệnh nhân có đợt kịch phát hen nặng trong vòng 3 tháng gần đây, bệnh hen kèm nhiễm khuẩn hô hấp cấp (tạm hoãn đến khi hết nhiễm khuẩn); các bệnh tự miễn đang hoạt động hoặc kiểm soát kém, suy giảm miễn dịch, bệnh ung thư ác tính, nhiễm khuẩn cấp mức độ nặng trong miệng hoặc có vết thương ở miệng Ngừng điều trị ở bệnh nhân hen phế quản kèm nhiễm trùng đường hô hấp cấp, viêm khoang miệng nghiêm trọng, vết thương ở miệng, phẫu thuật răng miệng, nhổ răng, hoặc sau khi mất răng & ngừng tạm thời thuốc đang dùng

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc ổn định tế bào mast		
Ketotifen	Trẻ em 3-12 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 12 giờ Người lớn & Trẻ em >12 tuổi: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Có thể tăng đến liều 2 mg, uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý • TKTU ¹ (buồn ngủ, chóng mặt, kích thích thần kinh trung ương); Tiêu hóa (khô miệng, tăng cảm giác thèm ăn, tăng cân) Hướng dẫn đặc biệt • Không nên sử dụng trong cơn hen cấp • Sử dụng thận trọng trên bệnh nhân cần tinh thần tỉnh táo (lái xe, vận hành máy móc)

THUỐC ĐỒNG VẬN BETA₂ (DẠNG HÍT)¹

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng*	Lưu ý
Tác dụng ngắn			
Fenoterol	Bình xịt định liều 100 & 200 mcg/liều hít	Chấp thuận ở một số quốc gia để sử dụng cho trẻ >6 tuổi: 1 liều 100 mcg, hít mỗi 8 giờ, khi cần Người lớn: 1-2 liều, hít mỗi 6-8 giờ, khi cần Liều tối đa người lớn: 8 liều hít/ngày	Tác dụng ngoại ý • Tim mạch (đau thắt ngực, hồi hộp, đau ngực, nhịp tim nhanh); TKTU ¹ (nhức đầu, khó chịu, co giật); Ngoài da (mày đay, phát ban); Nội tiết (tăng đường huyết, hạ kali máu); Hồ hấp (cơn hen phế quản kịch phát, co thắt phế quản, ho, nhiễm virus); Tác dụng khác (phản vệ, dị ứng) Hướng dẫn đặc biệt • Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân cường giáp, đái tháo đường, rối loạn chức năng cơ tim, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, suy tim, tăng nhãn áp, hạ kali máu, co giật - Theo dõi nồng độ kali máu trong cơn hen cấp nặng • Kiểm tra kỹ thuật hít của bệnh nhân để tối ưu hóa việc dùng thuốc • Nên sử dụng buồng đệm hoặc buồng giữ thuốc có van khi sử dụng MDI
	Dung dịch hít 1,25 mg/2 mL	1 liều đơn (1,25 mg), phun khí dung khi cần mỗi 6 giờ	
	Dung dịch hít 0,1%	Trẻ 6-12 tuổi: 0,25-0,5 mL, phun khí dung mỗi 6 giờ Người lớn: 0,5 mL, phun khí dung mỗi 6 giờ	

¹Nên được sử dụng đồng thời với corticosteroid trong điều trị hen phế quản.

*Liều điều trị đợt hen cấp có thể cao hơn liều điều trị thông thường được ghi trong bảng trên.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC ĐỒNG VẬN BETA ₂ (DẠNG HÍT) ¹ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng*	Lưu ý
Tác dụng ngắn (Tiếp Theo)			
Orciprenaline (metaproterenol)	Bình xịt định liều 750 mcg/liều hít	1-2 liều, hít lặp lại khi cần Liều tối đa: Trẻ em 6-12 tuổi: 8 liều hít/ngày Người lớn: 12 liều hít/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (đau thắt ngực, hồi hộp, đau ngực, nhịp tim nhanh); TKTU² (nhức đầu, khó chịu, co giật); Ngoài da (mây đay, phát ban); Nội tiết (tăng đường huyết, hạ kali máu); Hô hấp (cơn hen kịch phát, co thắt phế quản, ho, nhiễm virus); Tác dụng khác (phản vệ, dị ứng) Orciprenaline ít chọn lọc trên thụ thể beta₂ & tác dụng không mong muốn có thể phổ biến hơn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân cường giáp, đái tháo đường, thiếu dưỡng cơ tim, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, suy tim, tăng nhãn áp, hạ kali máu, co giật <ul style="list-style-type: none"> Theo dõi nồng độ kali máu trong cơn hen cấp nặng Kiểm tra kỹ thuật hít của bệnh nhân để tối ưu hóa việc đưa thuốc đến nơi tác dụng Nên sử dụng buồng đệm hoặc buồng giữ thuốc có van khi sử dụng MDI
Procaterol	Bình xịt định liều 10 mcg/liều hít/ Swinghaler/không có CFC	Trẻ em: 1 liều, hít mỗi 6 giờ, khi cần Liều tối đa: 4 liều hít/ngày Người lớn: 2 liều, hít mỗi 6 giờ, khi cần Liều tối đa: 8 liều hít/ngày	
	Dung dịch hít 100 mcg/mL	Trẻ em: 10-30 mcg, phun khí dung Người lớn: 30-50 mcg, phun khí dung	
Salbutamol (albuterol)	100, 200 mcg/liều easy-breathe	Trẻ em: 100-200 mcg, hít mỗi 6-12 giờ, khi cần Liều tối đa: 1,2 mg/ngày Người lớn: 100-400 mcg, hít mỗi 6-12 giờ, khi cần Liều tối đa: 2,4 mg/ngày	
	Bình xịt định liều 100 mcg/liều hít		
	Bình hít bột khô 200 mcg/liều hít		
	Viên nang chứa bột khô: 200, 400 mcg/viên nang		
	Đĩa hít bột khô 200 mcg/ liều		
	Dung dịch hít đơn liều 1 mg/mL, 2,5 mg/2,5 mL	Người lớn & Trẻ em: 2,5-5 mg, phun khí dung mỗi 6-8 giờ Liều tối đa (người lớn): 40 mg/ngày	
Dung dịch hít 5 mg/mL (0,5%)	Trẻ em : 0,02 mL/kg/liều, phun khí dung mỗi 6 giờ Người lớn & Trẻ em >12 tuổi: 0,5-1 mL (2,5-5 mg), phun khí dung mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 5 mg (1 mL)		

¹Nên sử dụng kèm với corticosteroid hít khi điều trị hen phế quản.

*Ghi chú: Liều điều trị đợt cấp hen phế quản có thể cao hơn liều được ghi trong bảng.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC ĐỒNG VẬN BETA₂ (DẠNG HÍT)¹ (TIẾP THEO)

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng*	Lưu ý
Tác dụng ngắn (Tiếp Theo)			
Terbutaline	Bình xịt định liều 250 mcg/liều hít	Người lớn & Trẻ em: 250-500 mcg, hít 6-8 giờ, khi cần Liều tối đa: 2 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (đau thắt ngực, hồi hộp, đau ngực, nhịp tim nhanh); TKTU¹ (nhức đầu, khó chịu, co giật); Ngoài da (mày đay, phát ban); Nội tiết (tăng đường huyết, hạ kali máu); Hô hấp (cơn hen kịch phát, co thắt phế quản, ho, nhiễm virus); Tác dụng khác (phản vệ, dị ứng) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân cường giáp, đái tháo đường, rối loạn chức năng cơ tim, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, suy tim, tăng nhãn áp, hạ kali máu, co giật Theo dõi nồng độ kali máu trong cơn hen cấp nặng Kiểm tra kỹ thuật hít của bệnh nhân để tối ưu hóa việc đưa thuốc đến nơi tác dụng Nên sử dụng buồng đệm hoặc buồng giữ thuốc có van khi sử dụng MDI
	Bình hít bột khô turbuhaler 100, 200, 500 mcg/liều hít	Trẻ em ≥6 tuổi: 100-800 mcg, hít mỗi 6-12 giờ, khi cần Liều tối đa ở trẻ 3-12 tuổi: 8 liều hít/ngày Người lớn: 200-800 mcg, hít mỗi 6-12 giờ, khi cần Cơn hen kịch phát nặng: 1.600 mcg/ngày Liều tối đa: 12 liều hít/ngày	
	Dung dịch hít 2,5; 10 mg/mL; 5 mg/2 mL	Trẻ em <12 tuổi: 2,5-5 mg, phun khí dung mỗi 6 giờ, khi cần Người lớn: 2,5-10 mg, phun khí dung mỗi 6 giờ	
Tác dụng kéo dài			
Formoterol	Bình hít bột khô turbuhaler 4,5; 9 mcg/liều	Chấp thuận sử dụng ở một số quốc gia cho trẻ ≥6 tuổi: 1-2 liều hít mỗi 12-24 giờ Người lớn: 1-2 liều hít mỗi 12-24 giờ Liều tối đa ở trẻ ≥ 6 tuổi & người lớn: 18-54 mcg/ngày	
	Viên nang chứa bột khô 12 mcg/ viên nang	Chấp thuận sử dụng ở một số quốc gia cho trẻ ≥5 tuổi: 1 viên nang, hít mỗi 12 giờ Người lớn: 1-2 viên nang, hít mỗi 12 giờ	
Salmeterol	Bình xịt định liều 25 mcg/liều hít	Trẻ ≥4 tuổi: 2 liều, hít mỗi 12 giờ Người lớn: 2-4 liều, hít mỗi 12 giờ	
	Bình hít bột khô accuhaler 50 mcg/ liều	Trẻ ≥4 tuổi: 1 liều, hít mỗi 12 giờ Người lớn: 1-2 liều, hít mỗi 12 giờ	

¹Nên sử dụng kèm với corticosteroid hít khi điều trị hen phế quản.

*Ghi chú Liều điều trị đợt cấp hen phế quản có thể cao hơn liều được ghi trong bảng.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC ĐỒNG VẬN BETA ₂ (ĐƯỜNG UỐNG) ¹		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Tác dụng ngắn		Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (đau thắt ngực, hồi hộp, đau ngực, nhịp tim nhanh); TKTU' (nhức đầu, khó chịu, co giật); Ngoài da (mày đay, phát ban); Nội tiết (tăng đường huyết, hạ kali máu); Hô hấp (cơn hen kịch phát, co thắt phế quản, ho, nhiễm virus); Tác dụng khác (phản vệ, dị ứng) Orciprenaline ít chọn lọc hơn trên thụ thể beta₂ và do đó, các tác dụng không mong muốn có thể phổ biến hơn Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân cường giáp, đái tháo đường, rối loạn chức năng cơ tim, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, suy tim, tăng nhãn áp, hạ kali máu, co giật Theo dõi nồng độ kali trong cơn hen cấp nặng
Clenbuterol	Trẻ em : 1,2 mcg/kg/ngày, uống Người lớn : 20-40 mcg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa ở người lớn : 80 mcg/ngày	
Fenoterol	Trẻ 6-14 tuổi : 2,5 mg, uống mỗi 8 giờ Người lớn : 2,5-5 mg, uống mỗi 8-12 giờ	
Hexoprenaline	Trẻ 6-10 tuổi : 0,5 mg, uống mỗi 8-24 giờ Người lớn : 0,5-1 mg, uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa người lớn : 3 mg/ngày	
Orciprenaline (metaproterenol)	Trẻ 3-10 tuổi : 10 mg, uống mỗi 6 giờ Người lớn : 10-20 mg, uống mỗi 6 giờ	
Procaterol	Trẻ >6 tuổi : 12,5-25 mcg, uống mỗi 12-24 giờ Người lớn : 50 mcg, uống mỗi 12-24 giờ	
Salbutamol (albuterol)	Trẻ 6-12 tuổi : 2 mg, uống mỗi 6-8 giờ Người lớn : 2-4 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa : 32 mg/ngày	
Terbutaline	Trẻ em : 0,075 mg/kg/liều, uống mỗi 8 giờ Người lớn : 2,5-5 mg, uống mỗi 8-12 giờ	
Trimetoquinol	Người lớn : 3-12 mg/ngày, uống mỗi 8-12 giờ	
Tác dụng kéo dài		
Bambuterol	Trẻ ≥6 tuổi & Người lớn : 10 mg, uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 20 mg, uống mỗi 24 giờ sau 1-2 tuần Trẻ em khu vực Đông Á hoặc Đông Nam Á : 5 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa : 10 mg	
Formoterol	Trẻ em : 4 mcg/kg/ngày, uống mỗi 8-12 giờ Người lớn : 80 mcg/ngày, uống mỗi 12 giờ	
Salbutamol (albuterol)	Dạng phóng thích kéo dài : Trẻ em 3-12 tuổi : 4 mg, uống mỗi 12 giờ Người lớn : 8 mg, uống mỗi 12 giờ	
Terbutaline	Dạng phóng thích kéo dài : Người lớn : 5-7,5 mg, uống mỗi 12 giờ	

¹Trên thị trường có thuốc giãn phế quản đường uống dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC GIẢN PHẾ QUẢN (ĐƯỜNG TIÊM)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc đồng vận beta₂		Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (đau thắt ngực, hồi hộp, đau ngực, nhịp tim nhanh); TKTU' (nhức đầu, khó chịu, co giật); Ngoài da (mày đay, phát ban); Nội tiết (tăng đường huyết, hạ kali máu); Hồ hấp (cơn hen kịch phát, co thắt phế quản, ho, nhiễm virus); Tác dụng khác (phản vệ, dị ứng) Epinephrine: Khó thở, tăng đường huyết, bồn chồn, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh, run, đổ mồ hôi, tiết nước bọt, suy nhược, chóng mặt, nhức đầu, lạnh chi, tăng huyết áp, đỏ bừng mặt, hạ huyết áp Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân cường giáp, đái tháo đường, rối loạn chức năng cơ tim, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, suy tim, tăng nhãn áp, hạ kali máu, co giật Theo dõi nồng độ kali trong cơn hen cấp nặng
Salbutamol	250 mcg, tiêm TM chậm, có thể lặp lại khi cần 500 mcg, tiêm bắp/tiêm dưới da có thể lặp lại mỗi 4 giờ khi cần Truyền TM: 3-20 mcg/phút	
Terbutaline	Trẻ em >2 tuổi: 10 mcg/kg/liều, tiêm dưới da mỗi 6 giờ Liều tối đa: 250 mcg/liều Truyền TM: 25 mcg/kg/ngày, truyền TM liên tục hoặc chia nhỏ liều, truyền mỗi 6 giờ Người lớn: 0,25-0,5 mg, tiêm dưới da/tiêm bắp/tiêm TM chậm mỗi 6 giờ Truyền TM: 1-2 mg/ngày, truyền TM liên tục hoặc chia nhỏ liều, truyền mỗi 6 giờ	
Thuốc tác dụng hệ giao cảm không đặc hiệu		
Epinephrine (adrenaline)	Trẻ em: 10 mcg/kg, tiêm bắp/tiêm dưới da mỗi 20 phút x 3 liều Liều tối đa: 500 mcg Người lớn: 300-500 mcg, tiêm bắp/tiêm dưới da mỗi 20 phút x 3 liều	

CORTICOSTEROID (DẠNG HÍT)

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Beclometasone dipropionate (beclomethasone dipropionate)	Bình xịt định liều 50, 100, 250 mcg/liều hít; easy-breathe 100, 250 mcg/liều hít	Trẻ em 6-11 tuổi: 100-400 mcg/ngày Người lớn & trẻ ≥12 tuổi: 200-100 mcg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (ho do kích ứng đường hô hấp trên, khó thở, nhiễm nấm Candida hầu họng); Co thắt phế quản nghịch thường Nguy cơ tác dụng không mong muốn toàn thân sẽ phụ thuộc vào liều lượng, hoạt lực, dược động học của thuốc, sự hấp thu thuốc từ đường tiêu hóa, dụng cụ hít, sử dụng buồng đệm Sử dụng steroid liều cao trong thời gian dài có thể dẫn đến đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, mỏng da, dễ bầm tím & ức chế tuyến thượng thận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Các tác dụng không mong muốn tại chỗ có thể giảm thiểu bằng cách sử dụng buồng đệm, súc miệng với nước Không dùng để giảm co thắt phế quản cấp tính Chống chỉ định trên bệnh nhân bị loét vách ngăn mũi gần đây, phẫu thuật hoặc do chấn thương Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân suy tim, nhồi máu cơ tim cấp, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa, suy gan / suy thận, nhược cơ, loãng xương, co giật, bệnh tuyến giáp
	Bình hít bột khô easyhaler 200 mcg/liều hít		
Budesonide	Bình xịt định liều 100, 200 mcg/liều hít	Trẻ em 6-11 tuổi: 100-400 mcg/ngày Người lớn & trẻ ≥12 tuổi: 200-800 mcg/ngày Phun khí dung Trẻ em 6-11 tuổi: 250-1.000 mcg/ngày	
	Bình hít bột khô turbuhaler 100, 200, 400 mcg/liều hít Viên nang hít bột khô 100, 200, 400, 800 mcg/viên nang		
	Dung dịch hít đơn liều 250 mcg/mL, 500 mcg/mL, 500 mcg/2 mL, 1 mg/2 mL		

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

CORTICOSTEROID (DẠNG HÍT)			
Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Ciclesonide	Bình xịt định liều 80, 160 mcg/liều hít	Trẻ em 6-11 tuổi: 80-160 mcg/ngày Người lớn & trẻ ≥12 tuổi: 80-320 mcg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (ho do kích ứng đường hô hấp trên, khó thở, nhiễm nấm Candida hầu họng); Co thắt phế quản nghịch thường Nguy cơ tác dụng không mong muốn toàn thân sẽ phụ thuộc vào liều lượng, hoạt lực, dược động học của thuốc, sự hấp thu thuốc từ đường tiêu hóa, dụng cụ hít, sử dụng buồng đệm Sử dụng steroid liều cao trong thời gian dài có thể dẫn đến đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, mỏng da, dễ bầm tím & ức chế tuyến thượng thận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Các tác dụng không mong muốn tại chỗ có thể giảm thiểu bằng cách sử dụng buồng đệm, súc miệng với nước Không dùng để giảm co thắt phế quản cấp tính Chống chỉ định trên bệnh nhân bị loét vách ngăn mũi gần đây, phẫu thuật hoặc do chấn thương Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân suy tim, nhồi máu cơ tim cấp, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa, suy gan / suy thận, nhược cơ, loãng xương, co giật, bệnh tuyến giáp
Fluticasone	Bình xịt định liều 50, 125, 250 mcg/liều hít	Trẻ em 6-11 tuổi: 50-200 mcg/ngày Người lớn & trẻ ≥12 tuổi: 100-500 mcg/ngày	
	Bình hít bột khô accuhaler 50, 100, 250 mcg/liều hít; đĩa hít bột khô 50, 250 mcg/liều hít; bình xịt evohaler 50, 125, 250 mcg/liều hít		
Mometasone	50, 100, 200 mcg/liều cho 1 lần hít	Trẻ em 6-11 tuổi: 100-200 mcg/ngày Người lớn & trẻ ≥12 tuổi: Tùy thuộc dụng cụ hít bột khô: 200-400 mcg/ngày	

CORTICOSTEROID (TÁC DỤNG TOÀN THÂN)		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Methylprednisolone, prednisolone, prednisonone	Đợt kịch phát hen phế quản khi nhập khoa cấp cứu: Trẻ <12 tuổi: 1-2 mg/kg/ngày Trẻ ≥12 tuổi và người lớn: 40-60 mg, uống mỗi 24 giờ x 3-10 ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Viêm dạ dày; Nếu dùng lâu dài: Suy vỏ thượng thận, loãng xương, teo cơ, đau hoặc yếu sức, tăng nhạy cảm với nhiễm trùng, suy giảm khả năng lành vết thương, rối loạn điện giải, tăng cân, đái tháo đường, mỏng da & dễ bầm tím, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng cùng thức ăn Bệnh nhân dùng corticosteroid dài hạn nên được điều trị dự phòng loãng xương Không dùng để giảm co thắt phế quản cấp tính Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân suy tim, nhồi máu cơ tim cấp, đái tháo đường, bệnh đường tiêu hóa, suy gan / suy thận, nhược cơ, co giật, loãng xương, bệnh tuyến giáp Điều trị lâu dài không được khuyến khích do các tác dụng không mong muốn của thuốc
	Dùng ngắn ngày để kiểm soát hen Trẻ em 6-11 tuổi: 1-2 mg/kg/ngày x 3-5 ngày Người lớn: 40-50 mg, uống mỗi 24 giờ x 5-7 ngày	
	Kiểm soát hen dài hạn Trẻ em: 0,25-2 mg/kg, uống mỗi 24 giờ (mỗi buổi sáng) hoặc cách ngày để kiểm soát triệu chứng Người lớn: ≤7,5 mg, uống mỗi 24 giờ	

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN DẠNG PHỐI HỢP		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Beclometasone/formoterol	100 mcg/6 mcg: 1 hoặc 2 liều, hít mỗi 12 giờ Liều tối đa: 4 liều hít/ngày	Tác dụng ngoại ý • Xem Beclometasone trang 28 • Xem Formoterol trang 26 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Beclometasone trang 28 • Xem Formoterol trang 26
Budesonide/formoterol	80 mcg/4,5 mcg: 1-2 liều, hít mỗi 12 giờ 160 mcg/4,5 mcg: 1-2 liều, hít mỗi 12 giờ 200 mcg/6 mcg: 1-2 liều, hít mỗi 12 giờ Liều tối đa: 4 liều hít/ngày 320 mcg/9 mcg: 1-2 liều, hít mỗi 12 giờ, có thể tăng lên khi cần, tối đa 2 liều, hít mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xem Budesonide trang 28 • Xem Formoterol trang 26 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Budesonide trang 28 • Xem Formoterol trang 26
Fluticasone/formoterol	50 mcg/5 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 125 mcg/5 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 250 mcg/10 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xem Fluticasone trang 29 • Xem Formoterol trang 26 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Fluticasone trang 29 • Xem Formoterol trang 26
Fluticasone/salmeterol	50 mcg/25 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 125 mcg/25 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 250 mcg/25 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 100 mcg/50 mcg: 1 liều, hít mỗi 12 giờ 250 mcg/50 mcg: 1 liều, hít mỗi 12 giờ 500 mcg/50 mcg: 1 liều, hít mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xem Fluticasone trang 29 • Xem Salmeterol trang 26 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Fluticasone trang 29 • Xem Salmeterol trang 26
Fluticasone/vilanterol	Liều khởi đầu: 100 mcg/25 mcg: 1 liều, hít mỗi 24 giờ Liều tối đa: 200 mcg/25 mcg: 1 liều, hít mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (viêm mũi họng, viêm phổi, ho, viêm họng, nhiễm khuẩn hô hấp trên, đau hầu họng, viêm xoang, viêm mũi); Tiêu hóa (đau bụng); Tác dụng khác (nhức đầu, sốt, đau lưng, co thắt cơ) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh dùng trên bệnh nhân dị ứng đạm sữa nghiêm trọng • Ngừng sử dụng nếu xảy ra co thắt phế quản nghịch thường • Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân rối loạn tiền đình, rối loạn thị giác, hạ kali máu, lao phổi

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN DẠNG PHỐI HỢP (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Indacaterol/mometasone	150 mcg/80 mcg: 1 liều, hít mỗi 24 giờ 150 mcg/160 mcg: 1 liều, hít mỗi 24 giờ 150 mcg/320 mcg: 1 liều, hít mỗi 24 giờ Liều tối đa: 150 mcg/320 mcg, hít mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Hô hấp (viêm mũi họng, cơn hen kịch phát, nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, đau hầu họng, rối loạn giọng nói); Tác dụng khác (nhức đầu, đau cơ xương) Hướng dẫn đặc biệt
Indacaterol/mometasone/glycopyrronium	150 mcg/160 mcg/50 mcg: 1 liều, hít mỗi 24 giờ Liều tối đa: 150 mcg/160 mcg/50 mcg, hít mỗi 24 giờ	• Dùng thuốc vào cùng một thời điểm mỗi ngày • Ngừng sử dụng nếu xảy ra co thắt phế quản nghịch thường • Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, rối loạn thị giác, hạ kali máu, lao phổi, nhiễm khuẩn chưa được điều trị
Ipratropium/fenoterol	20 mcg/50 mcg: 1 liều hít để giảm nhanh triệu chứng. Nếu không cải thiện sau 5 phút, có thể hít thêm 1 liều nữa; có thể hít thêm nếu không cải thiện sau 2 liều hít Điều trị ngắt quãng & điều trị dài hạn: 1 liều, hít mỗi 8 giờ Liều tối đa: 8 liều, hít mỗi ngày Dung dịch 0,5 mg/1,25 mg/4 mL: phun khí dung 1 lần mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xem Ipratropium trang 23 • Xem Fenoterol trang 24 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Ipratropium trang 23 • Xem Fenoterol trang 24
Ipratropium/salbutamol	20 mcg/100 mcg: 2 liều, hít mỗi 6 giờ Liều tối đa: 12 liều hít/ngày Ống đơn liều 500 mcg/2,5 mg/2,5 mL: 1 liều, hít mỗi 6-8 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xem Ipratropium trang 23 • Xem Salbutamol trang 25 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Ipratropium trang 23 • Xem Salbutamol trang 25
Mometasone/formoterol	50 mcg/5 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 100 mcg/5 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ 200 mcg/5 mcg: 2 liều, hít mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý • Xem Mometasone trang 29 • Xem Formoterol trang 26 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Mometasone trang 29 • Xem Formoterol trang 26
Sabutamol/budesonide (albuterol/budesonide)	90 mcg/80 mcg: 2 liều hít khi cần Liều tối đa: 12 liều hít/ngày	Tác dụng ngoại ý • Xem Budesonide trang 28 • Xem Sabutamol trang 25 Hướng dẫn đặc biệt • Xem Budesonide trang 28 • Xem Sabutamol trang 25

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

THUỐC KHÁNG LEUKOTRIENE (ĐƯỜNG UỐNG)		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế 5-lipoxygenase		
Zileuton	600 mg, uống mỗi 6 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Nhức đầu, khó chịu đường tiêu hóa, tăng men gan, phát ban; Giảm bạch cầu đã xảy ra trên một số bệnh nhân Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng trên bệnh nhân suy gan hoặc có bệnh gan trước đó Theo dõi men gan trước và định kỳ trong khi điều trị Không nên dùng trên bệnh nhân có cơn hen cấp tính
Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene		
Montelukast	Trẻ 6-14 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ trước khi đi ngủ Người lớn & trẻ ≥15 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ trước khi đi ngủ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Nhìn chung dung nạp tốt: nhức đầu, kích ứng đường tiêu hóa Ít gặp hơn: đau toàn thân, đau khớp, đau cơ, sốt, chóng mặt; phản ứng quá mẫn Zafirlukast: Tăng men gan, hiếm khi có triệu chứng viêm gan, tăng bilirubin máu Rất hiếm: Ly giải bạch cầu hạt, chảy máu, bầm tím & phù nề, tăng bạch cầu ái toan toàn thân dai dẳng kèm bệnh Churg - Strauss Các tác dụng khác trên tâm thần kinh đã được quan sát (ví dụ: Kích động, hưng hăng, trầm cảm, mất ngủ) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Zafirlukast: Tránh dùng ở bệnh nhân suy gan hoặc xơ gan Không nên dùng trên bệnh nhân có cơn hen cấp tính
Zafirlukast	Trẻ 5-11 tuổi: 10 mg, uống mỗi 12 giờ Người lớn & trẻ ≥12 tuổi: 20 mg, uống mỗi 12 giờ	

KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Kháng thể kháng IgE		
Omalizumab	≥6 tuổi: 75-600 mg trong 1-4 liều tiêm dưới da mỗi 2-4 tuần Liệu dùng phụ thuộc vào nồng độ IgE và cân nặng của bệnh nhân trước khi điều trị	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Cơ xương khớp (đau khớp, đau cơ, sưng khớp); Ngoài da (ngứa); Tiêu hóa (đau thượng vị); Hô hấp (viêm họng); TKTU (nhức đầu, chóng mặt); Tác dụng khác (mệt mỏi, sốt, phản ứng tại chỗ tiêm) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Nên dùng liều tối đa 150 mg cho mỗi vị trí tiêm Không nên dùng điều trị đợt kịch phát hen, cơn thất phế quản cấp Không nên ngưng đột ngột corticosteroid toàn thân hoặc dạng hít khi bắt đầu điều trị omalizumab Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân có nguy cơ nhiễm giun sán, trẻ em <6 tuổi

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Ức chế interleukin		
Benralizumab	≥12 tuổi: 30 mg, tiêm dưới da mỗi 4 tuần cho 3 liều liên tiếp, sau đó một lần mỗi 8 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (viêm họng); Tác dụng khác (phản ứng quá mẫn, nhức đầu, sốt, phản ứng tại chỗ tiêm) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không nên dùng để điều trị đợt kịch phát hen Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân nhiễm giun sán, trẻ em <12 tuổi Không nên ngừng đợt ngộ corticosteroid sau khi bắt đầu sử dụng benralizumab
Dupilumab	≥12 tuổi: Liều khởi đầu: 400 mg (2 liều 200 mg), tiêm dưới da sau đó 200 mg, tiêm dưới da cách tuần Bệnh nhân hen nặng đang điều trị với corticosteroid đường uống hoặc bệnh nhân hen nặng kèm viêm da dị ứng trung bình đến nặng: Liều khởi đầu: 600 mg (2 liều 300 mg), tiêm dưới da sau đó 300 mg, tiêm dưới da cách tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Phản ứng tại chỗ tiêm, rất hiếm trường hợp phản ứng phản vệ Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Hai liều tiêm dưới da ban đầu nên được tiêm liên tiếp vào các vị trí tiêm khác nhau Không nên dùng để điều trị các triệu chứng hen cấp hoặc đợt kịch phát, co thắt phế quản cấp Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân hen trưởng thành có tăng bạch cầu ái toan, bệnh nhân viêm da dị ứng kèm hen phế quản, bệnh nhân suy gan hoặc suy thận nặng, trẻ em dưới 12 tuổi Điều trị bệnh nhân nhiễm giun sán trước khi bắt đầu điều trị
Mepolizumab	6-11 tuổi: 40 mg, tiêm dưới da một lần mỗi 4 tuần ≥12 tuổi: 100 mg, tiêm dưới da một lần mỗi 4 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ngoài da (chàm, phản ứng tại chỗ tiêm); Cơ xương khớp (đau lưng); Hô hấp (nghẹt mũi, nhiễm trùng đường hô hấp dưới, viêm họng); Tác dụng khác (nhiễm trùng đường tiểu, nhức đầu, sốt, đau thượng vị) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không nên dùng để điều trị đợt kịch phát hen Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân nhiễm giun sán, có phản ứng toàn thân cấp hoặc muộn Không nên ngừng sử dụng corticosteroid đợt ngộ sau khi bắt đầu sử dụng mepolizumab
Reslizumab	≥18 tuổi: 3 mg/kg, truyền TM trong 20-50 phút một lần mỗi 4 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Sốc phản vệ, đau vùng miệng-hầu Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không nên dùng để điều trị các đợt hen cấp, co thắt phế quản cấp, hen ác tính Nên giảm dần liều corticosteroid Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có nguy cơ cao nhiễm giun sán Chống chỉ định sử dụng ở bệnh nhân <18 tuổi

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Thuốc ức chế lymphopoiectin mô đệm tuyến ức		
Tezepelumab	210 mg, tiêm dưới da mỗi 4 tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Phản ứng quá mẫn (như phát ban, viêm kết mạc dị ứng); Phản ứng tại chỗ tiêm; Tác dụng khác (đau khớp, đau lưng, viêm họng) Có thể tạo kháng thể trung hòa; mặc dù lượng kháng thể thường thấp & thoáng qua <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh tiêm vắc-xin virus sống cho bệnh nhân đang điều trị Không nên dùng điều trị các triệu chứng hen cấp, đợt kịch phát hen, cơn thất phế quản cấp Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân có nguy cơ nhiễm giun sán

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG TRÊN HỆ HÔ HẤP

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Chất ly giải vi khuẩn (vi khuẩn <i>H. influenzae</i> , <i>D. pneumoniae</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>K. ozaenae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. viridans</i> , <i>N. catarrhalis</i> đông khô)	<p>Điều trị đợt cấp : 50 mg, ngâm dưới lưỡi mỗi 24 giờ trong 10 ngày</p> <p>Điều trị dài hạn: 50 mg, ngâm dưới lưỡi mỗi 24 giờ trong 10 ngày liên tục/ tháng trong 3 tháng</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, khó chịu ở dạ dày); Các tác dụng khác (ngứa da, phản ứng da, các vấn đề về tiết niệu) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định trên bệnh nhân mắc bệnh tự miễn, bệnh lý tim mạch-hô hấp, các tình trạng có suy giảm miễn dịch, lao hoạt động, các bệnh dạng thấp

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng Dẫn Về Liệu Dùng

XANTHINE		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Acefylline	500 mg-2 g/ngày, uống nhiều lần trong ngày hoặc 1,5-2 g/ngày, tiêm bắp hoặc 0,5-1 g/ngày, tiêm TM	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (kích ứng, buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, trào ngược dạ dày thực quản); TKTU¹ (kích thích thần kinh trung ương, nhức đầu, lo lắng, bồn chồn, chóng mặt, run); Tim mạch (đánh trống ngực, nhịp tim nhanh) Nồng độ thuốc trong huyết thanh >15-20 mcg/mL (85-110 μmol/L) liên quan với tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn nguy hiểm tính mạng <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, cường giáp, tăng huyết áp, loạn nhịp tim hoặc bệnh tim mạch khác, động kinh, suy tim, rối loạn chức năng gan hoặc nghiện rượu, sốt cấp tính & người già Nhiều tương tác thuốc xảy ra với theophylline kể cả hút thuốc lá (làm tăng độ thanh thải theophylline) Theo dõi nồng độ thuốc trong huyết thanh là cần thiết để đảm bảo nồng độ nằm trong phạm vi điều trị Cần đo nồng độ thuốc trong huyết thanh nếu bệnh nhân thay đổi điều trị từ dạng phóng thích kéo dài sang dạng khác, sử dụng liều cao hơn, hoặc nếu nghi ngờ quá liều Nồng độ điều trị tối ưu: 5-15 mcg/mL (28-85 μmol/L)
Aminophylline	<p>Dạng phóng thích kéo dài:</p> <p>Trẻ >3 tuổi: 12 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ, có thể tăng đến 24 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ sau 1-2 tuần</p> <p>Người lớn: 100-450 mg, uống mỗi 12 giờ</p> <p>hoặc</p> <p>Liều nạp cho trẻ 6 tháng-16 tuổi không dùng methylxanthine: 5-6 mg/kg, tiêm TM chậm trong 20-30 phút</p> <p>Liều duy trì</p> <p>Trẻ 6 tháng - 9 tuổi: 1 mg/kg/giờ</p> <p>Trẻ 10-16 tuổi: 0,8 mg/kg/giờ</p> <p>Liều nạp cho người lớn không dùng methylxanthine: 4-6 mg/kg, tiêm TM chậm trong 20-30 phút</p> <p>Liều duy trì: 0,5 mg/kg/giờ</p>	
Choline theophyllinate	<p>Trẻ 5-9 tuổi: 200-400 mg/ngày, uống mỗi 6 giờ</p> <p>Trẻ 10-14 tuổi: 400-800 mg/ngày, uống mỗi 6 giờ</p> <p>Người lớn:</p> <p>Liều khởi đầu: 0,2-0,4 g, uống mỗi 24 giờ</p> <p>Liều duy trì: 0,8-1,2 g/ngày, uống 6-8 giờ</p>	
Diprophylline (dyphylline)	15 mg/kg/liều, uống mỗi 6 giờ	
Doxofylline	<p>Trẻ <12 tuổi: 6-9 mg/kg/liều, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Trẻ >12 tuổi: 200 mg, uống mỗi 8-24 giờ</p> <p>Người lớn: 400 mg, uống mỗi 8-12 giờ</p>	
Heptaminol acefyllinate	500 mg-1 g, uống mỗi 8 giờ	
Theophylline ¹	<p>Trẻ 6-12 tuổi: 65-150 mg, uống mỗi 6-8 giờ</p> <p>Trẻ 30 tháng-8 tuổi:</p> <p>Dạng phóng thích kéo dài:</p> <p>Liều khởi đầu: 10-14 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Liều thông thường: 13-20 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Trẻ 9-16 tuổi:</p> <p>Phóng thích kéo dài</p> <p>Liều khởi đầu: 10-12 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Liều thông thường: 10-16 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Người lớn: 125-150 mg, uống mỗi 6-8 giờ</p> <p>Dạng phóng thích kéo dài:</p> <p>Liều khởi đầu: 5-8 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Liều thông thường: 7-12 mg/kg/ngày, uống mỗi 12 giờ</p>	

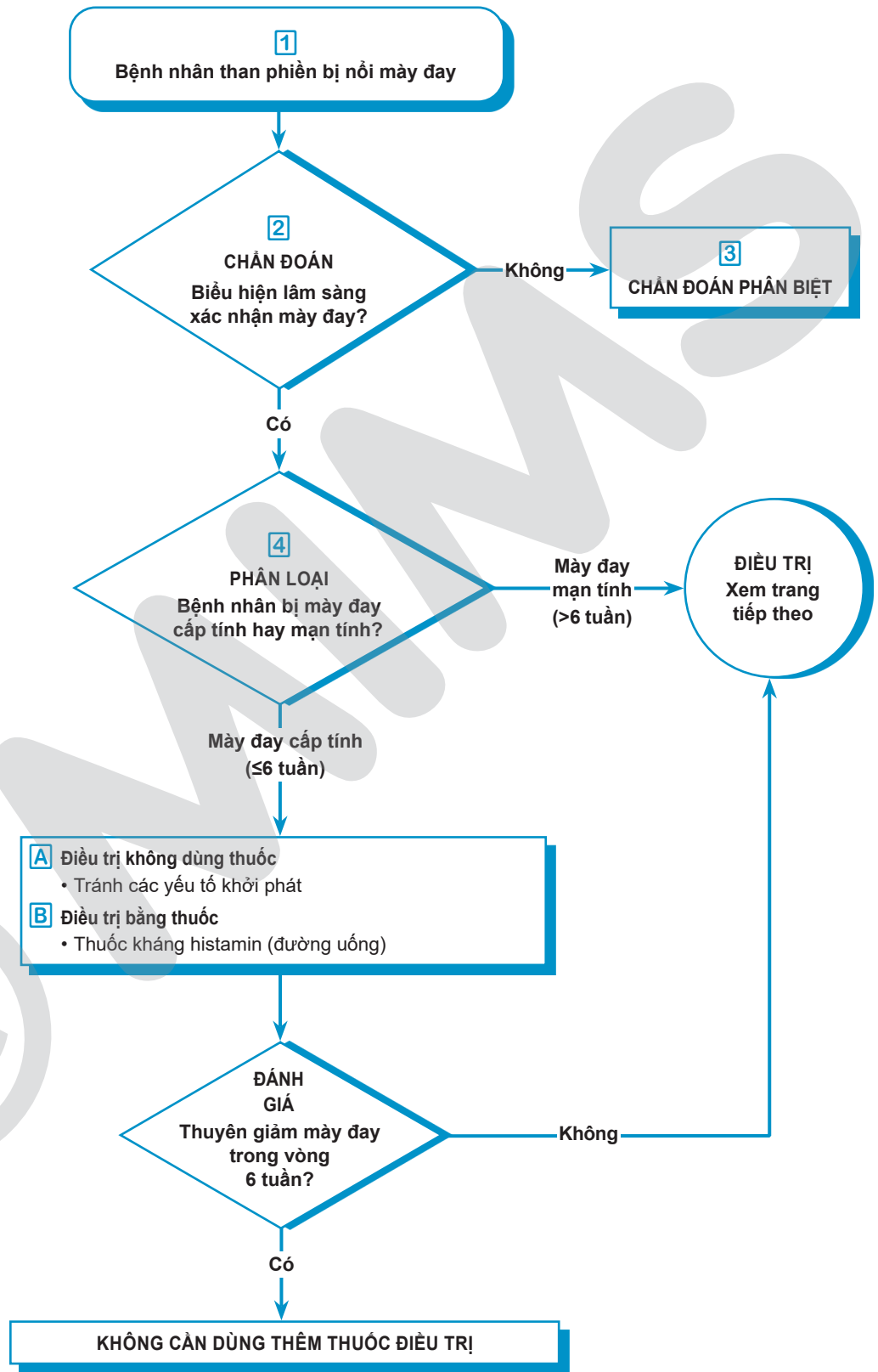
¹Trên thị trường có nhiều chế phẩm chứa theophylline. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

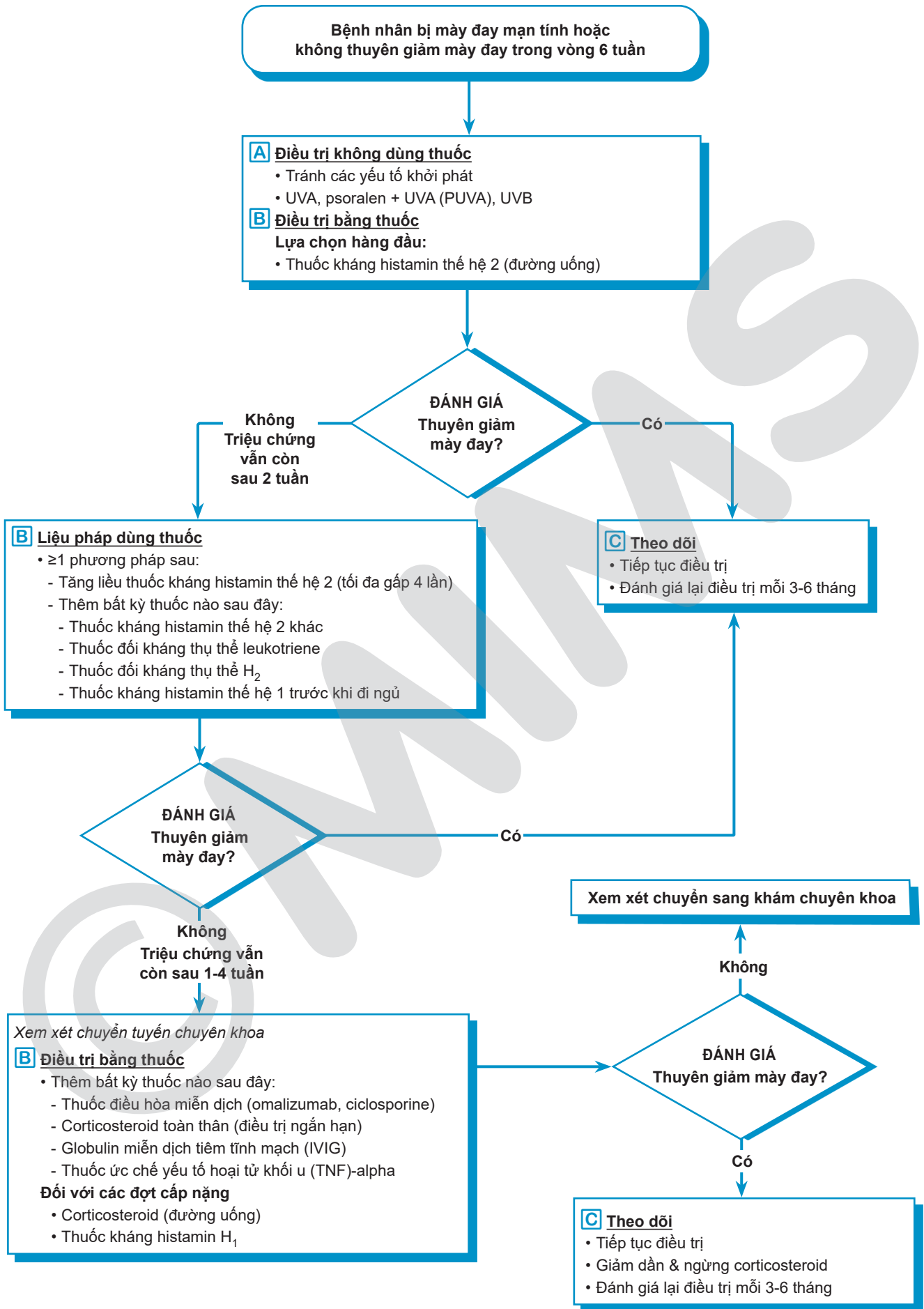
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Mày Đay (1/15)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

3 MÀY ĐAY

- Là bệnh chủ yếu do tế bào mast gây ra, được đặc trưng bởi sự xuất hiện của sẩn phù và/hoặc phù mạch
- Các sẩn phù trong mày đay được đặc trưng bởi hình dạng & kích thước thay đổi được bao quanh bởi quầng đỏ, gây ngứa hoặc nóng rát và xuất hiện thoáng qua (da trở lại bình thường trong vòng 30 phút đến 24 giờ)
- Phù mạch trong mày đay có đặc điểm là sưng phù kéo dài đột ngột lớp hạ bì & mô dưới da hoặc niêm mạc, gây đau hoặc khó chịu và thối triển chậm hơn so với sẩn phù (có thể kéo dài lên đến 72 giờ)
- Mức độ ngứa thay đổi nhưng có thể nặng đến mức ảnh hưởng giấc ngủ, công việc hoặc học tập

Phân loại

- Mày đay được phân loại thành dạng cấp tính hoặc mạn tính & dạng tự phát (không có yếu tố khởi phát) hoặc cảm ứng (xác định được yếu tố khởi phát cụ thể)
- Có nhiều khả năng xác định được nguyên nhân cụ thể trong các trường hợp cấp tính
- Có thể khởi phát qua cơ chế miễn dịch hoặc không qua miễn dịch

Mày đay cấp tính

- Thương tổn xảy ra ≤ 6 tuần & thường không có phù mạch
- Phổ biến hơn ở trẻ em & người trẻ tuổi, thường có yếu tố khởi phát

Mày đay mạn tính

- Phổ biến hơn ở người lớn (30-40 tuổi), các triệu chứng kéo dài >6 tuần
- Bệnh nhân có thể có >1 dạng mày đay mạn tính bao gồm >1 dạng mày đay mạn tính tự phát

Mày đay tự phát mạn tính

- Có sẩn phù, phù mạch hoặc cả hai, kéo dài >6 tuần, vô căn hoặc có thể xác định nguyên nhân
- Nguyên nhân bao gồm bệnh tự miễn loại I (tự dị ứng) với tự kháng thể IgE đối với tự kháng nguyên & tự miễn dịch loại IIb có tự kháng thể kích hoạt hướng tế bào mast
- Có thể tái phát sau khi thuyên giảm hoàn toàn trong nhiều tháng hoặc nhiều năm

Mày đay cảm ứng

- Mày đay do lạnh
- Mày đay xuất hiện muộn do đè ép
- Mày đay do nóng
- Chứng da vẽ nổi có triệu chứng
 - Thương tổn hàng ngày & thương tổn tái phát từng đợt không phân biệt được
- Mày đay do ánh nắng mặt trời
- Phù mạch do rung
- Mày đay do nước
- Mày đay cholinergic
- Mày đay do tiếp xúc

Mày đay tự phát mạn tính tự miễn (ACU)

- Tiêu chuẩn vàng dùng để chẩn đoán ACU (kết hợp của tất cả 3 thông số):
 - Định lượng sinh học dương tính (ví dụ: Định lượng histamin phóng thích bởi bạch cầu ưa kiềm [BHRA], biểu hiện của chất đánh dấu hoạt hóa bạch cầu ưa kiềm) &
 - Phản ứng tự thân dương tính (như xét nghiệm huyết thanh tự thân trên da dương tính) &
 - Định lượng miễn dịch dương tính cho các tự kháng thể IgG đặc hiệu chống lại Fc ϵ R1 α và/hoặc anti-IgE

2 CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử và thăm khám thực thể

Khám thực thể

- Tìm các thương tổn điển hình của mày đay
 - Các sẩn phù thường thoáng qua, kéo dài trong vòng 30 phút - 24 giờ, có một chỗ sưng ở trung tâm với kích thước khác nhau, bao quanh bởi ban đỏ & gây ngứa, đôi khi có cảm giác nóng
 - Phù mạch là tình trạng sưng đột ngột lớp trung bì & hạ bì hoặc niêm mạc, đôi khi có cảm giác đau kéo dài lên đến 72 giờ
 - Thương tổn có thể xuất hiện ở bất kỳ phần nào của cơ thể

Bệnh da vẽ nổi

- Cào cánh tay để kiểm tra bệnh da vẽ nổi
- Ngừng điều trị với thuốc kháng histamin trong ít nhất 2-3 ngày, với thuốc ức chế miễn dịch trong ít nhất một tuần trước khi thử nghiệm

Mày đay cấp tính

- Không cần xét nghiệm thường xuyên trừ khi do thực dị ứng thực phẩm loại I hoặc các yếu tố kích hoạt khác như thuốc (như thuốc kháng viêm không steroid [NSAID])

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)

Mày đay mạn tính

- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử và thăm khám thực thể
- Đánh giá hoạt động của bệnh mày đay tự phát mạn tính
 - Một số hướng dẫn điều trị khuyến cáo dùng thang điểm UAS (Urticaria Activity Score) để đánh giá mức độ bệnh & hiệu quả điều trị

THANG ĐIỂM UAS		
Điểm	Sẩn Phù	Ngứa
0	Không	Không
1	Nhẹ (<20 sẩn phù/24 giờ)	Nhẹ (không khó chịu)
2	Trung bình (20–50 sẩn phù/24 giờ)	Trung bình (gây khó chịu nhưng không ảnh hưởng các hoạt động hằng ngày hoặc giấc ngủ)
3	Nặng (>50 sẩn phù/24 giờ hoặc các nốt hợp thành mảng lớn)	Nặng (gây khó chịu nghiêm trọng, ảnh hưởng các hoạt động hằng ngày & giấc ngủ)

Tài liệu tham khảo: The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022 Mar;77(3):734-766.

- Tổng điểm của các triệu chứng trong thời gian 7 ngày
 - 0 = không sẩn phù, không ngứa
 - 1 = các sẩn phù nhẹ (<20 sẩn phù trong 24 giờ) + ngứa nhẹ (không khó chịu)
 - 2 = các sẩn phù vừa phải (20-50 sẩn phù trong 24 giờ) + ngứa vừa phải (gây khó chịu nhưng không ảnh hưởng các hoạt động hằng ngày hoặc giấc ngủ)
 - 3 = các sẩn phù nhiều (>50 sẩn phù trong 24 giờ hoặc các nốt hợp thành mảng lớn) + ngứa nhiều (gây khó chịu nghiêm trọng, ảnh hưởng các hoạt động hằng ngày & giấc ngủ)
- Bảng câu hỏi Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mày đay mạn tính (CU-Q2oL) được khuyến cáo sử dụng để đánh giá mức độ suy giảm chất lượng cuộc sống do bệnh mày đay mạn tính
- Công cụ Chất lượng cuộc sống dành riêng cho phù mạch (AE-QoL), Xét nghiệm kiểm soát mày đay (UCT), Xét nghiệm kiểm soát phù mạch (AECT) & Điểm mức độ hoạt động phù mạch (AAS) cũng có thể được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống và tình trạng bệnh của bệnh nhân, có thể hữu ích cho quyết định điều trị

Mày đay tự phát mạn tính

- Mục tiêu bao gồm xác nhận chẩn đoán & loại trừ các chẩn đoán khác nhau, nguyên nhân cơ bản, điều kiện ảnh hưởng đến bệnh (ví dụ: Thực phẩm, thuốc [NSAID], căng thẳng, nhiễm trùng), bệnh kèm & hậu quả của mày đay tự phát mạn tính (lo lắng, trầm cảm, rối loạn chức năng tình dục, rối loạn giấc ngủ), đánh giá các yếu tố dự báo diễn biến bệnh & đáp ứng điều trị, & theo dõi hoạt động của bệnh (UAS, UAS7, AAS), ảnh hưởng của bệnh (CU-Q2oL, AE-QoL) & kiểm soát (UCT, AECT)
- Các xét nghiệm sau đó được chỉ định dựa vào bệnh sử, khám thực thể và các xét nghiệm cơ bản, nhất là ở những bệnh nhân có biểu hiện bệnh mạn tính &/hoặc thất thường

Mày đay cảm ứng mạn tính

- Mục tiêu bao gồm loại trừ các chẩn đoán khác, xác định type phụ và ngưỡng kích hoạt
- Đo ngưỡng kích thích để đánh giá hoạt động bệnh, dùng thử nghiệm kiểm soát mày đay (UCT) để xác định mức độ phòng ngừa tái phát bệnh

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN ĐỂ PHÂN LOẠI CÁC THỂ MÀY ĐAY		
Thể mày đay	Xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán mở rộng ¹ (dựa trên tiền sử bệnh nhân)
Mày đay tự phát		
Mày đay tự phát cấp tính	Không	Không (trừ khi tiền sử của bệnh nhân cho thấy cần phải xét nghiệm)
Mày đay tự phát mạn tính	Công thức máu, tốc độ lắng máu (ESR) &/ hoặc protein phản ứng C (CRP) IgG kháng thyroid peroxidase (TPO) & IgE (dành cho bệnh nhân cần chăm sóc chuyên biệt)	Thực hiện xét nghiệm cho: bệnh nhiễm khuẩn, tự kháng thể chức năng), dị ứng, tuyến giáp bất thường, có mày đay cảm ứng mạn tính, bệnh hệ thống nghiêm trọng, phương pháp khác (sinh thiết da)

Tài liệu tham khảo: The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022 Mar;77(3):734-766; The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA²LEN/EDF/ UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. Allergy. 2016.

¹ Tùy thuộc nguyên nhân đang xem xét.

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN ĐỂ PHÂN LOẠI CÁC THỂ MÀY ĐAY (TIẾP THEO)**

Thể mày đay	Xét nghiệm	Xét nghiệm chẩn đoán mở rộng ¹ (dựa trên tiền sử bệnh nhân)
Mày đay cảm ứng		
Do lạnh	Thử nghiệm ngưỡng & kích thích do lạnh (như nước đá, nước lạnh)	Phần trăm từng loại bạch cầu, ESR/CRP, loại trừ bệnh lý/tình trạng nhiễm trùng khác
Xuất hiện mụn do đè ép	Thử nghiệm đè ép (0,2-1,5 kg/cm ² trong 10 & 20 phút) & thử nghiệm ngưỡng	Không
Do nóng	Thử nghiệm ngưỡng & kích thích do nóng (như nước ấm)	Không
Do ánh nắng mặt trời	Thử nghiệm ngưỡng & tia UV & ánh sáng có thể nhìn thấy được của các bước sóng khác nhau	Loại trừ các bệnh da khác gây ra do ánh sáng
Da vẽ nổi có triệu chứng	Kiểm tra bằng cách vuốt/cào cánh tay & thử nghiệm ngưỡng	Phần trăm từng loại bạch cầu, ESR/CRP
Phù mạch do rung	Thử nghiệm bằng cách tạo rung (như máy lắc vortex)	Không
Do tiếp xúc nước	Thử nghiệm kích thích/đáp khẩn ấm ở nhiệt độ cơ thể trong 20 phút	Không
Mày đay cholinergic	Kích thích bằng tập thể dục & tắm nước nóng, thử nghiệm ngưỡng	Không
Tiếp xúc	Thử nghiệm kích thích da, thử nghiệm lấy da/dán trên da (xem kết quả sau 20 phút)	Không
Do vận động	Tiền sử nổi mày đay sau khi vận động, xuất hiện khi ăn hoặc không ăn nhưng không phải sau khi tắm nước nóng	Không

Tài liệu tham khảo: The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022 Mar;77(3):734-766; The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA²LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. Allergy. 2016.

¹ Tùy thuộc nguyên nhân đang xem xét.

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Mày đay sắc tố
- Mày đay viêm mạch
- Phù mạch qua trung gian bradykinin
- Sốc phản vệ do tập thể dục
- Hội chứng sốt chu kỳ di truyền liên quan Cryopyrin
- Hội chứng Schnitzler
- Hội chứng Gleich
- Hội chứng Well
- Pemphigoid bong nước
- Hội chứng hoạt hóa tế bào mast
- Bệnh Still khởi phát ở người lớn

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

- Giải thích cho bệnh nhân về bản chất của mày đay và về kết quả mong muốn đạt được từ các lựa chọn điều trị có sẵn
- Trấn an bệnh nhân
 - Đa số các trường hợp mày đay cấp tính sẽ tự khỏi
 - Mày đay mạn tính là bệnh lành tính (ngoại trừ trường hợp phù mạch có nguy cơ đóng đường thở đe dọa tính mạng)
- Thoa các loại lotion làm mát có chứa menthol để kiểm soát ngứa

Hiểu biết & loại bỏ/điều trị các nguyên nhân tiềm ẩn

- Khai thác kỹ tiền sử và tiến hành các xét nghiệm dị ứng chọn lọc để xác định các yếu tố có khả năng kích thích khởi phát
 - Yêu cầu bệnh nhân ngưng dùng bất kỳ loại thức ăn, nước uống hoặc thuốc nào nghi ngờ
 - Cũng bao gồm các kích thích thể chất & căng thẳng
- Bệnh nhân nên tránh các dị ứng nguyên/yếu tố khởi phát có khả năng gây mày đay
- Nên điều trị các bệnh nhiễm khuẩn & viêm mạn tính đã biết hoặc nghi ngờ
- Cũng bao gồm kích thích thực thể & stress
- Giảm tự kháng thể chức năng nhờ tách huyết tương
 - Thường thực hiện cho bệnh nhân mày đay tự phát mạn tính có tự kháng thể & kháng trị với các liệu pháp điều trị khác

Mày đay mạn tính

- Tư vấn bệnh nhân tránh các yếu tố làm tình trạng nặng thêm (như nóng, quần áo chật, stress thể chất/cảm xúc, thức uống có cồn) và các tác nhân kích thích khởi phát (như ánh nắng mặt trời trong mày đay do ánh nắng mặt trời)
 - Cung cấp thông tin và tư vấn về các biện pháp phòng ngừa (như tắm mát cho mày đay cholinergic, bao phần da tiếp xúc ở bệnh nhân mày đay do lạnh)
 - Các thuốc nghi ngờ gây ra mày đay nên được thay thế nếu bắt buộc phải duy trì dùng thuốc
- Thường nên tránh dùng aspirin & các NSAID khác vì các thuốc này làm bệnh mày đay mạn tính nặng thêm ở khoảng 30% bệnh nhân
- Có thể nên tránh dùng codein & các opiate khác vì đã ghi nhận phản ứng tăng cường trong thử nghiệm da đối với những thuốc này ở bệnh nhân mày đay mạn tính
- Nên tránh dùng các thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI) vì có tác dụng không mong muốn là phù mạch và hiếm gặp nổi mày đay; thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II, ức chế dipeptidyl peptidase-4 & neprilysin cũng gây phù mạch với tần suất thấp hơn
- UV-A, psoralen kết hợp tia UV-A (PUVA), & UV-B có thể được sử dụng trong 1-3 tháng như liệu pháp bổ sung trong điều trị mày đay tự phát mạn tính và chứng da vẩy nến
- Các biện pháp hạn chế trong ăn uống như tránh chế độ ăn có giả dị ứng nguyên (như màu thực phẩm, chất bảo quản, v.v...) không có vai trò trong hầu hết các dạng mày đay mạn tính nhưng có thể giảm triệu chứng ở bệnh nhân có phản ứng giả dị ứng với thành phần thực phẩm tự nhiên & chất phụ gia
 - Phải áp dụng liên tục trong 2-3 tuần

Dùng nạp cảm ứng

- Kéo dài chỉ vài ngày, do đó cần tiếp xúc với yếu tố kích thích khởi phát ở nồng độ ngưỡng thích hợp

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC**Mục tiêu điều trị**

- Giảm triệu chứng hoàn toàn & bình thường hóa chất lượng cuộc sống
- Kiểm soát tốt nên là mục tiêu nếu không đạt được kiểm soát hoàn toàn sau khi sử dụng tất cả các biện pháp điều trị thay thế

Thuốc kháng histamin (đường uống)

- Là lựa chọn điều trị hàng đầu vì histamin là một chất trung gian quan trọng gây ra triệu chứng trong hầu hết các loại mày đay
- Hiệu quả trong kiểm soát triệu chứng ngứa, giảm số lượng, kích thước và thời gian của thương tổn do mày đay
- Lựa chọn thuốc tùy thuộc vào các tác dụng không mong muốn, chi phí và lựa chọn của bệnh nhân
- Sử dụng liên tục hàng ngày có hiệu quả nhiều hơn
- Có thể tăng liều để kiểm soát triệu chứng ở phần lớn bệnh nhân mày đay, nhưng cần thận trọng vì tác dụng không mong muốn xảy ra thường xuyên hơn ở liều cao (đặc biệt với các thuốc kháng histamin gây an thần)
 - Ưu tiên tăng liều một thuốc kháng histamin đơn trị liệu hơn so với phối hợp các thuốc kháng histamin khác nhau
- Không khuyến cáo dùng đồng thời các thuốc kháng histamin thế hệ 2 nhưng có thể cân nhắc khi cần
- Nếu một thuốc kháng histamin không hiệu quả, có thể thử một thuốc kháng histamin khác
- Bệnh nhân được khuyến cáo nên chờ 1-4 tuần trước khi đổi sang phương pháp điều trị thay thế (kể cả chuyển sang chuyên khoa) để thuốc kháng histamin đạt được hiệu quả tối đa
- Đánh giá lại mỗi 3-6 tháng xem có cần tiếp tục điều trị hoặc thay đổi điều trị

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thuốc kháng histamin (đường uống) (Tiếp theo)****Thuốc kháng histamin thế hệ 2**

- Như: bilastine, cetirizine, desloratadine, ebastine, fexofenadine, levocetirizine, loratadine, rupatadine
- Là liệu pháp hàng đầu để điều trị mày đay ở liều được cấp phép & có thể tăng liều khi cần
 - Bệnh nhân mày đay mạn, không giảm triệu chứng khi dùng liều chuẩn thông thường, có thể chỉ tăng tối đa gấp 4 lần & không nên tăng nhiều hơn mức này (được xem như liệu pháp điều trị hàng thứ 2)
- Nên dùng đều đặn hơn là dùng khi cần để điều trị mày đay mạn tính
- Ưu tiên hơn thuốc kháng histamin thế hệ 1 vì có ít tác dụng không mong muốn hơn (như buồn ngủ)
- Không dùng cho trẻ em <6 tháng tuổi

Thuốc kháng histamin thế hệ 1

- Như: chlorpheniramine, diphenhydramine, hydroxyzine, ketotifen, promethazine
- Hiệu quả & rẻ tiền
 - Không nên sử dụng, chỉ trừ trường hợp không có các thuốc kháng histamin không gây an thần hoặc trong trường hợp đặc biệt khi mà các thuốc này được dung nạp tốt hơn so với thuốc kháng histamin không gây an thần
 - Có thể cân nhắc dùng trước khi đi ngủ & tư vấn bệnh nhân về khả năng có giấc ngủ cử động mất nhanh
 - Hạn chế sử dụng do tác dụng không mong muốn (tác động kháng cholinergic & an thần) kéo dài hơn (12 giờ) so với hiệu quả chống ngứa của thuốc (4-6 giờ)
- Không nên sử dụng ở trẻ sơ sinh & trẻ <2 tuổi

Liệu pháp điều hòa miễn dịch

- Như: cyclosporine, ligelizumab, omalizumab (kháng IgE)
- Có thể thêm omalizumab hoặc cyclosporine A vào phác đồ điều trị cho bệnh nhân mày đay mạn tính không đáp ứng với thuốc kháng histamin thế hệ 2
 - Nên cân nhắc dùng omalizumab trước cyclosporine A vì các tác dụng không mong muốn sau đó
- Omalizumab đã được chứng minh là một lựa chọn hiệu quả cho trường hợp mày đay tự phát mạn tính, mày đay mạn tính khó chữa, mày đay cholinergic, mày đay do lạnh, nhiệt, ánh nắng mặt trời & mày đay xuất hiện muộn do đè ép, chướng về nổi hoặc thất bại với thuốc kháng histamin liều cao
 - Phòng ngừa xuất hiện phù mạch
 - Phù hợp để điều trị dài hạn
 - Điều trị hiệu quả tình trạng tái phát sau khi ngưng thuốc
- Điều trị bổ trợ với cyclosporine trong trường hợp mày đay nặng kháng trị & không đáp ứng với bất kỳ liều nào của thuốc kháng histamin hoặc khi phối hợp với omalizumab
 - Điều trị bổ trợ với thuốc kháng histamin H₁ thế hệ 2 liều cao & omalizumab cho bệnh nhân mày đay mạn tính không đáp ứng với điều trị
 - Tỉ số nguy cơ/lợi ích tốt hơn so với sử dụng steroid kéo dài
 - Không được khuyến cáo là liệu pháp điều trị chuẩn cho mày đay do chi phí cao và tác dụng không mong muốn
- Ligelizumab đã được cấp phép chỉ định là liệu pháp đột phá để điều trị cho bệnh nhân nổi mày đay tự phát mạn tính không được kiểm soát tốt với thuốc kháng histamin H₁
 - Nghiên cứu lâm sàng pha III đang được tiến hành so sánh hiệu quả & tính an toàn giữa ligelizumab và omalizumab trong điều trị mày đay tự phát mạn tính
- Dupilumab, một kháng thể người đơn dòng, đang được nghiên cứu để điều trị chứng mày đay tự phát mạn tính kháng trị không đáp ứng với liệu pháp omalizumab & mày đay cholinergic
- Mepolizumab & reslizumab đã cho thấy hiệu quả trong điều trị mày đay tự phát mạn tính & mày đay cảm ứng mạn tính
- Các chất điều hòa miễn dịch khác đang được thử nghiệm lâm sàng để điều trị mày đay bao gồm benralizumab, fenebrutinib, GSK2646264, lirectelimab (antolimab), LY3454738 & remibrutinib

Corticosteroid (đường uống)

- Dành cho đợt bùng phát nặng của mày đay mạn tính không đáp ứng với liều tối đa của thuốc kháng histamin hoặc khi cần giảm nhanh triệu chứng lâm sàng
 - Có thể cân nhắc dùng ngắn hạn cho mày đay cấp & đợt cấp của mày đay mạn tính (kể cả mày đay tự phát mạn tính)
 - Có thể cân sử dụng ở bệnh nhân mày đay muộn do đè ép hoặc viêm mạch mày đay đáp ứng kém với thuốc kháng histamin
- Nên tránh sử dụng kéo dài
- Chế độ dùng liều thấp cách ngày có thể thích hợp khi áp dụng thận trọng
- Dạng dùng tại chỗ không hiệu quả trong mày đay, ngoại trừ có thể dùng trong mày đay do đè ép ở bàn chân

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Montelukast**

- Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene có thể được dùng bổ sung cho thuốc kháng histamin thế hệ 2 ở bệnh nhân không thuyên giảm bệnh với liệu pháp đơn trị khởi đầu

Thuốc đối kháng thụ thể H₂ (đường uống)

- Cimetidine, ranitidine & famotidine được sử dụng phối hợp với thuốc kháng histamin H₁
- Bổ sung thuốc đối kháng thụ thể H₂ có thể giảm ngứa & giảm hình thành sẩn phù ở bệnh nhân mày đay mạn tính
 - Đơn trị liệu với thuốc kháng H₂ không cho thấy mang lại lợi ích

Epinephrine (tiêm bắp/tiêm dưới da)

- Có thể sử dụng nếu phù thanh quản kèm theo đợt bùng phát của mày đay mạn tính
 - Không hiệu quả cho phù mạch di truyền

Các thuốc kháng viêm khác

- Như: dapsone, globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch (IVIG), thuốc ức chế TNF-alpha
- Dapsone không còn được khuyến cáo là liệu pháp cơ bản cho mày đay do bằng chứng về hiệu quả ở mức thấp
- Thuốc ức chế TNF-alpha & IVIG có thể là lựa chọn cuối cùng ở các cơ sở chuyên khoa
- Liều cao IVIG cho thấy có một số lợi ích cho bệnh nhân mày đay mạn tính
- Các thuốc kháng viêm khác (như: sulfasalazine, methotrexate, interferon, IVIG) chỉ được thử nghiệm trong các nghiên cứu không có đối chứng & cần tiến hành nghiên cứu thêm

C THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng bệnh, ảnh hưởng của bệnh và kiểm soát bệnh ở mỗi lần tái khám bằng cách sử dụng các biện pháp đo lường kết quả được ghi nhận từ bệnh nhân (PROM) (ví dụ: UAS, UAS7, AAS, CU-Q2oL, AE-QoL, UCT, AECT)
- Các công cụ được đề xuất để theo dõi tình trạng nổi mày đay tự phát mạn tính:
 - Bệnh nhân phù mạch, kèm/không kèm sẩn phù: AAS
 - Bệnh nhân sẩn phù & phù mạch: Cả UAS7 & AAS
- Công cụ kiểm soát dựa trên triệu chứng:
 - Bệnh nhân sẩn phù, kèm/không kèm phù mạch: UCT
 - CU-Q2oL có thể được sử dụng
 - Bệnh nhân phù mạch, kèm/không kèm sẩn phù: AECT
 - AE-QoL có thể được sử dụng
 - Bệnh nhân sẩn phù & phù mạch: Cả UCT & AECT
 - CU-Q2oL & AE-QoL có thể sử dụng

Kiểm soát mày đay mạn tính**Kiểm soát hoàn toàn**

- Không có dấu hiệu hoặc triệu chứng trong quá trình điều trị
- PROM: UAS7 = 0; UCT = 16; không phù mạch (AAS7/8 = 0); tối ưu hóa chất lượng cuộc sống (đánh giá chất lượng cuộc sống [DLQI] = 0-1)

Kiểm soát tốt

- Giảm các triệu chứng hoặc dấu hiệu trong quá trình điều trị ở mức phù hợp được ghi nhận bởi bác sĩ & bệnh nhân
- PROM: UAS7 = 1-6; UCT = ≥12; phù mạch (AAS7/8 = >0); tối ưu hóa chất lượng cuộc sống (DLQI = 2-5)

Kiểm soát 1 phần

- Giảm cường độ của các triệu chứng hoặc dấu hiệu trong quá trình điều trị, nhưng vẫn chưa đạt được mức độ đầy đủ dựa trên đánh giá của bác sĩ và bệnh nhân, và chất lượng cuộc sống bình thường vẫn chưa đạt được
- PROM: UAS7 = >6; UCT = <12; phù mạch (AAS7/8 = >0); ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (DLQI = >5)

Không kiểm soát

- Các triệu chứng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân không thay đổi tích cực sau khi bắt đầu điều trị

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC TRỊ HEN & BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Các thuốc kháng histamin khác có tác dụng toàn thân		
Ketotifen	Trẻ em >12 tuổi và người lớn: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Để giảm thiểu tác dụng an thần ban đầu, cho bệnh nhân uống nửa liều dùng hằng ngày, chia làm 2 lần hoặc liều duy nhất vào buổi tối trong 5 ngày	Tác dụng ngoại ý • TKTU' (an thần, choáng váng, mất ngủ, kích động, căng thẳng); Tác dụng khác (khô miệng, tăng thêm ăn, tăng cân) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh các thức uống có cồn • Ngừng thuốc từ từ trong khoảng thời gian 1 tuần • Thận trọng khi dùng thuốc ở bệnh nhân dùng đồng thời với các thuốc ức chế thần kinh trung ương và thuốc trị đái tháo đường dạng uống & ở bệnh nhân không dung nạp galactose hoặc fructose, thiếu men lactase nặng hoặc kém hấp thu glucose-galactose & • Tránh sử dụng ở bệnh nhân có cơn hen cấp tính, tiền sử động kinh hoặc co giật; quá mẫn cảm với thuốc
Các thuốc có tác dụng toàn thân khác sử dụng trong điều trị các bệnh tắc nghẽn đường hô hấp		
Omalizumab	Trẻ em ≥12 tuổi và người lớn: 150 hoặc 300 mg, tiêm dưới da mỗi 4 tuần	Tác dụng ngoại ý • Tiêu hóa (đau bụng trên, buồn nôn/nôn, tiêu chảy); TKTU' (buồn ngủ, dị cảm, ngất, choáng váng); Tác dụng khác (sốt) Hướng dẫn đặc biệt • Không dùng cho bệnh nhân <6 tuổi • Không chỉ định cho cơn hen kịch phát cấp tính, cấp tính, co thắt phế quản hoặc đang trong tình trạng hen phế quản • Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân mắc các bệnh tự miễn & bệnh do phức hợp miễn dịch trung gian, nguy cơ nhiễm ký sinh trùng cao, phản ứng dị ứng, suy thận hoặc gan • Tránh ngưng corticoid đột ngột

THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Doxepin	10 mg, uống mỗi 8 giờ hoặc 10-30 mg/ngày, uống mỗi 24 giờ trước khi đi ngủ	Tác dụng ngoại ý • Tác dụng không mong muốn chủ yếu là do tác động kháng muscarinic, có thể giảm nếu bắt đầu ở liều thấp và tăng liều dần dần • Tim mạch (hạ huyết áp, nhịp tim nhanh); TKTU' (buồn ngủ, căng thẳng, mất ngủ, đau đầu, bệnh thần kinh ngoại biên, mất điều hòa, run, lẫn lộn/mê sảng có thể xảy ra, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi); Tiêu hóa (táo bón có thể dẫn đến liệt ruột, buồn nôn/nôn, kích ứng dạ dày); Tác dụng khác (khô miệng, nhìn mờ, tăng áp lực nội nhãn, bí tiểu, tăng thân nhiệt, đổ mồ hôi, tăng cân) Hướng dẫn đặc biệt • Khởi đầu ở liều thấp để giảm thiểu tác dụng phụ và điều chỉnh liều để đạt đáp ứng mong muốn • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân bí tiểu, tăng sản tiền liệt tuyến, táo bón mạn tính, tăng nhãn áp góc đóng chưa điều trị, bệnh nhân có bệnh tim mạch, có tiền sử động kinh, đái tháo đường, suy giảm chức năng gan • Bệnh nhân lớn tuổi có thể dễ bị tác dụng phụ; nên sử dụng liều thấp hơn • Không ngưng thuốc đột ngột; giảm liều từ từ trong vài tuần

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN - ĐƯỜNG UỐNG			
Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 1			
Azatadine	6-12 tuổi: 0,5-1 mg, uống mỗi 12 giờ	1-2 mg, uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Thường gặp nhất: TKTU' (buồn ngủ, mệt mỏi, choáng váng, mắt phổi hợp, kích thích nghịch thường) Tác dụng không mong muốn thường gặp khác: TKTU' (nhức đầu, suy giảm tâm thần vận động); Tác dụng kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) Thỉnh thoảng có thể gây các tác dụng trên tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thêm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác dụng khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ huyết áp) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc sử dụng máy móc) & người sử dụng rượu bia Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận - Có thể cần phải giảm liều
Brompheniramine	2-6 tuổi: 1 mg, uống mỗi 4-6 giờ 6-12 tuổi: 2 mg, uống mỗi 4-6 giờ >12 tuổi: 4 mg, uống mỗi 4-6 giờ	4 mg, uống mỗi 4-6 giờ	
Buclizine	5-10 tuổi: 12,5-30 mg, uống mỗi 24 giờ	25-50 mg, uống mỗi 24 giờ	
Carbinoxamine	Dạng phóng thích nhanh: 2-5 tuổi: dạng dung dịch 1-2 mg, uống mỗi 6-8 giờ 6-11 tuổi: dạng viên nén/dung dịch 2-4 mg, uống mỗi 6-8 giờ ≥12 tuổi: dạng viên nén/dung dịch 4-8 mg, uống mỗi 6-8 giờ Hỗn dịch phóng thích kéo dài: 2-3 tuổi: 3-4 mg, uống mỗi 12 giờ 4-5 tuổi: 3-8 mg, uống mỗi 12 giờ 6-11 tuổi: 6-12 mg, uống mỗi 12 giờ ≥12 tuổi: 6-16 mg, uống mỗi 12 giờ	Viên nén/dung dịch phóng thích nhanh: 4-8 mg, uống mỗi 6-8 giờ Hỗn dịch phóng thích kéo dài: 6-16 mg, uống mỗi 12 giờ	
Chlorphenamine (chlorpheniramine)	1-2 tuổi: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 4 mg/ngày 2-5 tuổi: 1 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày 6-12 tuổi: 2 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày ≥12 tuổi: uống liều tương tự như người lớn	4 mg, uống mỗi 4-6 giờ hoặc 8-12 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 24 mg/ngày	
Clemastine (base)	1-3 tuổi: 0,25-0,5 mg, uống mỗi 12 giờ 3-6 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 12 giờ 6-12 tuổi: 0,5-1 mg, uống mỗi 12 giờ	1 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 1 (Tiếp theo)			
Cyproheptadine	2-6 tuổi: 2 mg, uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày 7-14 tuổi: 4 mg, uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 16 mg/ngày	4 mg, uống mỗi 8 giờ Có thể tăng liều khi cần đến Liều tối đa: 32 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Thường gặp nhất: TKTU' (buồn ngủ, mệt mỏi, choáng váng, mắt phồng, kích thích nghịch thường) • Tác dụng phụ thường gặp khác: TKTU' (nhức đầu, suy giảm tâm thần vận động); Tác dụng kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) • Thành thạo có thể gây các tác dụng trên tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thêm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác dụng khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ huyết áp) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Tránh sử dụng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc sử dụng máy móc) & người sử dụng rượu bia • Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận - Có thể cần phải giảm liều
Dexchlorpheniramine ¹	2-5 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 3 mg/ngày 6-12 tuổi: 1 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày	1-2 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày	
Dimethindene	--	1-2 mg, uống mỗi 8 giờ	
Diphenhydramine	2-<6 tuổi: 6,25 mg, uống mỗi 4-6 giờ 6-12 tuổi: 12,5-25 mg, uống mỗi 4-6 giờ	25-50 mg, uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 300 mg/ngày	
Homochlorcyclizine	5-10 mg, uống mỗi 6-12 giờ	10-20 mg, uống mỗi 8 giờ	
Hydroxyzine	6 tháng-6 tuổi: 50 mg/ngày, uống chia nhỏ liều ≥6 tuổi: 50-100 mg/ngày, uống chia nhỏ liều	Liều khởi đầu: 25 mg, uống vào buổi tối, có thể tăng đến liều 25 mg, uống mỗi 6-8 giờ	
Mebhydrolin nepadisylate	<2 tuổi: 50-100 mg/ngày, uống chia nhỏ liều 2-5 tuổi: 50-150 mg/ngày, uống chia nhỏ liều 5-10 tuổi: 100-200 mg/ngày, uống chia nhỏ liều >10 tuổi: 100-300 mg/ngày, uống chia nhỏ liều	100-300 mg/ngày, uống chia nhỏ liều	
Oxatomide	0,5 mg/kg, uống mỗi 12 giờ	30 mg uống mỗi 12 giờ	
Pheniramine	>10 tuổi: 15-30 mg, uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 3 mg/kg/ngày	15-30 mg uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 3 mg/kg/ngày	
Promethazine	2-5 tuổi: 5-15 mg/ngày, uống mỗi 12-24 giờ >5-10 tuổi: 10-25 mg/ngày, uống mỗi 12-24 giờ	10-20 mg/ngày, uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 60 mg/ngày	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với dexamethasone. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 2			
Acrivastine	≥12 tuổi: 8 mg, uống mỗi 8 giờ	8 mg, uống mỗi 8 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ít hoặc không gây buồn ngủ & tác động kháng muscarinic so với thuốc kháng histamin thế hệ 1 - Cetirizine có thể gây buồn ngủ với tỷ lệ cao hơn so với các thuốc kháng histamin thế hệ 2 khác Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc sử dụng máy móc), có thể hiếm khi ảnh hưởng đến khả năng thực hiện những công việc cần sự khéo léo Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc thận; động kinh và người lớn tuổi
Bilastine	6-11 tuổi (có cân nặng ít nhất là 20 kg): 10 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 20 mg, uống mỗi 24 giờ	20 mg, uống mỗi 24 giờ	
Cetirizine ¹	6 tháng-<12 tháng: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ 12 tháng-<2 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 12-24 giờ 2-5 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ 6-12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 5 mg, uống mỗi 12 giờ	10 mg, uống mỗi 24 giờ hoặc 5 mg, uống mỗi 12 giờ	
Desloratadine	6-11 tháng tuổi: 1 mg, uống mỗi 24 giờ 1-5 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 24 giờ 6-11 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ	5 mg, uống mỗi 24 giờ	
Ebastine ²	6-12 tuổi: 5-10 mg, uống mỗi 24 giờ > 12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10-20 mg, uống mỗi 24 giờ	
Fexofenadine	6-23 tháng tuổi: 15 mg, uống mỗi 12 giờ 2-11 tuổi: 30 mg, uống mỗi 12 giờ ≥12 tuổi: 60 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 120-180 mg, uống mỗi 24 giờ	60 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 180 mg, uống mỗi 24 giờ	
Levocetirizine ²	6 tháng-5 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 24 giờ 6-11 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 2,5-5 mg, uống mỗi 24 giờ	2,5-5 mg, uống mỗi 24 giờ	
Loratadine ²	2-12 tuổi: ≤30 kg: 5 mg, uống mỗi 24 giờ >30 kg: 10 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10 mg, uống mỗi 24 giờ	
Mequitazine	6-12 tuổi: 20-30 kg: 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ 30-40 kg: 2,5 mg, uống vào buổi sáng, sau đó 5 mg uống vào buổi tối ≥12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 12 giờ	5 mg, uống mỗi 12 giờ	
Rupatadine	2-11 tuổi: ≥10-<25 kg: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥25 kg: 5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10 mg, uống mỗi 24 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với montelukast. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có dạng phối hợp với betamethasone. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC TIM		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Epinephrine (adrenaline)	<p>Trẻ em: 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg dung dịch 1 mg/mL), tiêm bắp (ưu tiên)/tiêm dưới da, không quá 0,3-0,5 mg mỗi 5-15 phút</p> <p>Người lớn: 0,3-0,5 mL dung dịch 1 mg/mL, tiêm bắp/tiêm dưới da mỗi 1-2 giờ</p> <p>hoặc</p> <p>0,2-0,5 mL dung dịch 1 mg/mL, tiêm bắp (ưu tiên)/tiêm dưới da, mỗi 5-15 phút khi cần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (nhịp tim nhanh, đỏ bừng, tăng huyết áp, xanh xao, đau ngực, loạn nhịp tim); TKTU¹ (căng thẳng, lo lắng, bồn chồn, nhức đầu); Tác dụng khác (buồn nôn/nôn, khô miệng, bí tiểu cấp tính ở bệnh nhân bị tắc nghẽn đầu ra bàng quang, run rẩy, đợt bùng phát của bệnh tăng nhãn áp góc hẹp) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở người lớn tuổi, bệnh nhân đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh tuyến giáp & bệnh Parkinson

CORTICOSTEROID - ĐƯỜNG UỐNG		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Dexamethasone ¹	<p>Người lớn: 0,5-10 mg mỗi ngày, uống chia nhỏ liều</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (rối loạn tâm thần, tăng áp lực nội sọ); Tác dụng khác (giữ dịch và chất điện giải, tăng khả năng nhiễm trùng, chậm phát triển, tình trạng giống Cushing, vô kinh, ra nhiều mồ hôi, viêm tụy cấp, hoại tử xương vô trùng) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Uống thuốc với bữa ăn; sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy tim sung huyết, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh nhiễm trùng, suy thận mạn, tăng ure huyết Tránh sử dụng ở bệnh nhân bị loét dạ dày, loãng xương, nhiễm trùng cấp tính; tiêm vắc-xin sống
Methylprednisolone	<p>Người lớn: 4-48 mg/ngày, uống liều đơn hoặc chia nhỏ liều</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (tăng áp lực nội sọ, yếu cơ); Tác dụng khác (rối loạn dịch và chất điện giải, tăng khả năng nhiễm trùng, chậm phát triển, tình trạng giống Cushing, ức chế tuyến thượng thận, tăng nhãn áp, vô kinh, viêm tụy, loét dạ dày) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Uống thuốc với bữa ăn; sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng huyết áp hoặc suy tim, đái tháo đường, nhược giáp, xơ gan, bệnh lao; sử dụng kéo dài có thể che lấp dấu hiệu nhiễm trùng Tránh sử dụng thuốc ở bệnh nhân bị loét dạ dày, loãng xương, rối loạn tâm thần, nhiễm trùng cấp tính, tăng nhãn áp góc mở hoặc tăng nhãn áp góc hẹp
Prednisolone (hoặc tương đương)	<p>Trẻ em: 0,5 đến 1 mg/kg/ngày; giảm liều dần trong 5-7 ngày</p> <p>Người lớn: 5-60 mg/ngày, uống chia nhỏ liều</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Viêm dạ dày; nếu dùng lâu dài, có thể gây: tăng cân, tăng huyết áp, đục thủy tinh thể, suy vỏ thượng thận, loãng xương, teo cơ, đau hoặc yếu cơ, tăng khả năng nhiễm trùng, chậm lành vết thương, mất cân bằng điện giải <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Uống thuốc cùng với thức ăn; sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường, suy gan & thận, suy tim sung huyết, thuyên tắc huyết khối, động kinh, bệnh tuyến giáp, tăng nhãn áp, loãng xương, sỏi Tránh sử dụng thuốc ở bệnh nhân đang nhiễm trùng toàn thân, nhiễm mycobacteria, dùng cùng với vắc-xin sống

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với dexchlorpheniramine maleate. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Triamcinolone	Người lớn: 4-8 mg/ngày, dùng đường uống	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (bệnh cơ do steroid, yếu cơ, co giật, nhức đầu); Ngoài da (ban xuất huyết, rạn da, tăng sắc tố); Tác dụng khác (rối loạn dịch và chất điện giải, loét dạ dày, loãng xương, ức chế sự tăng trưởng ở trẻ, phát triển tình trạng giống Cushing, tăng nhãn áp) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Uống thuốc cùng với thức ăn; sử dụng thận trọng ở bệnh nhân tăng huyết áp, nhiễm herpes simplex mắt, xơ gan, nhược giáp, viêm loét đại tràng không đặc hiệu, dễ bị thuyên tắc huyết khối, rối loạn co giật Tránh sử dụng thuốc ở bệnh nhân bị nhiễm nấm toàn thân, bệnh lao, quá mẫn với corticosteroid, rối loạn tâm thần cấp tính

THUỐC ĐỐI KHÁNG THỤ THỂ H₂ - ĐƯỜNG UỐNG

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Cimetidine	Sơ sinh: 10-15 mg/kg/ngày, uống mỗi 4-6 giờ <1 tuổi: 20 mg/kg/ngày, uống, chia nhỏ liều >1 tuổi: 20-30 mg/kg/ngày, uống, chia nhỏ liều Người lớn: 400 mg, uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn); TKTU' (nhức đầu, choáng váng, buồn ngủ, kích động); Tác dụng khác (đau khớp, đau cơ, phát ban) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tương tác thuốc có thể xảy ra do ức chế cytochrome P450 Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân đang dùng warfarin, amiodarone, theophylline, carbamazepine & người bị suy thận, xơ gan
Famotidine	Trẻ em: 0,5-1 mg/kg/ngày, uống trước khi đi ngủ hoặc chia liều mỗi 12 giờ Liều tối đa: 40 mg/ngày Người lớn: 20 mg, uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn); TKTU' (nhức đầu, choáng váng, buồn ngủ, kích động); Tác dụng khác (đau khớp, đau cơ, phát ban) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân bị suy chức năng thận, xơ gan
Ranitidine	Trẻ em: Liều tối đa: 10 mg/kg/ngày, uống hoặc 4 mg/kg/ngày, tiêm TM Người lớn: 150 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 50 mg, tiêm TM mỗi 24 giờ, phối hợp với thuốc chẹn H ₁ Liều tối đa: 300 mg/ngày, uống hoặc 200 mg/ngày, tiêm TM	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn/nôn); TKTU' (nhức đầu, choáng váng, buồn ngủ, kích động); Tác dụng khác (đau khớp, đau cơ, phát ban) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận, xơ gan

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

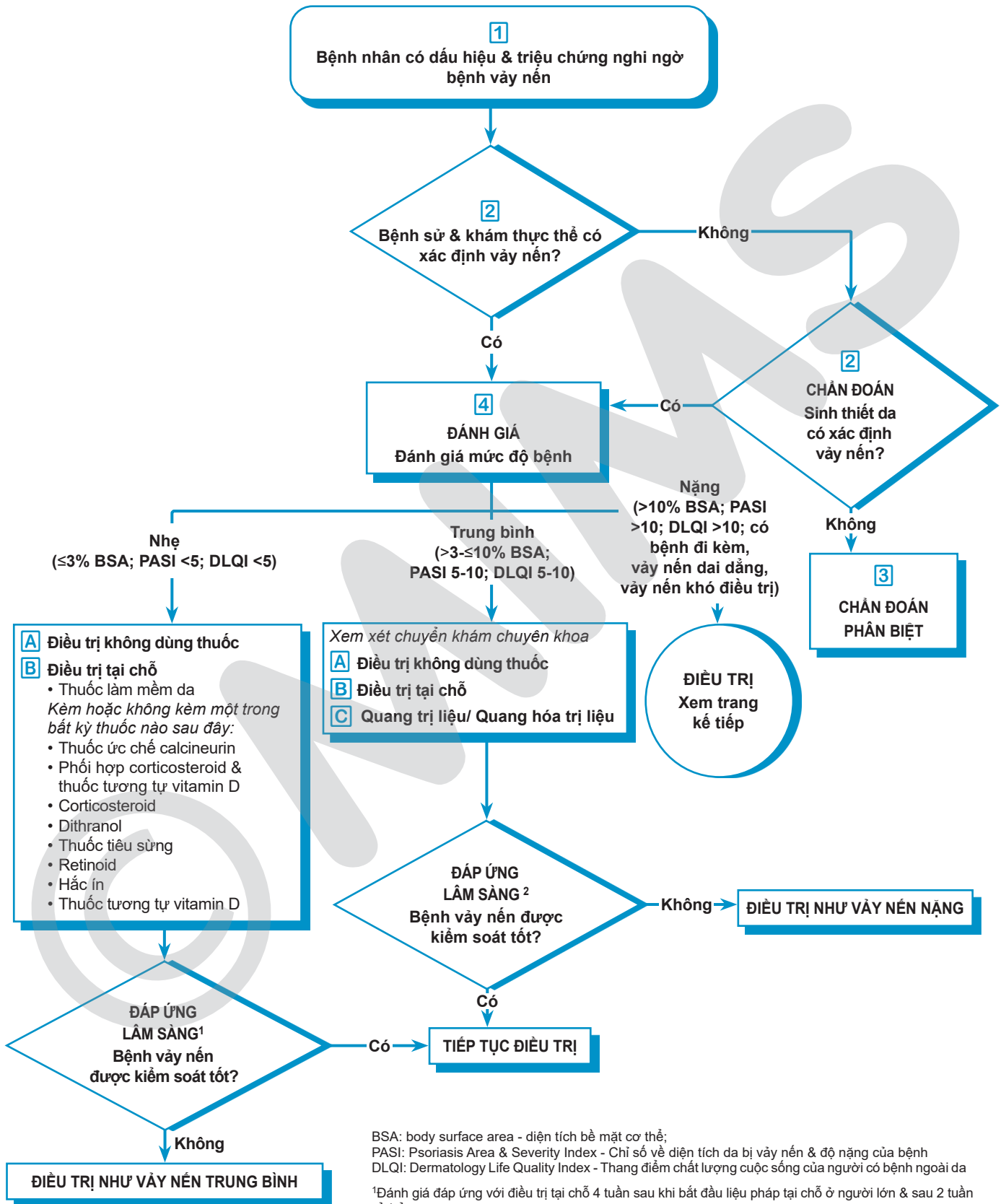
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Ciclosporine (cyclosporin)	3 mg/kg, uống chia liều mỗi 12 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn, khó tiêu); TKTU' (run, đau đầu); Tim mạch (tăng huyết áp, phù nề); Tác dụng khác (tăng sản nước, rụng lông, hội chứng rụng lông [hội chứng người sói], rối loạn chức năng thận, bệnh thận, tăng creatinin, tăng triglycerid, nhiễm trùng) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân rối loạn chức năng thận, tăng huyết áp không kiểm soát, nhiễm trùng không kiểm soát, tăng creatinin kéo dài, bệnh ác tính, rối loạn chuyển hóa porphyrin Theo dõi thường xuyên chức năng gan & thận, huyết áp, nồng độ chất điện giải và lipid trong huyết thanh Không tiêm chủng với vắc-xin virus sống

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

VẢY NẾN (1/27)



BSA: body surface area - diện tích bề mặt cơ thể;
 PASI: Psoriasis Area & Severity Index - Chỉ số về diện tích da bị vẩy nến & độ nặng của bệnh
 DLQI: Dermatology Life Quality Index - Thang điểm chất lượng cuộc sống của người có bệnh ngoài da

¹Đánh giá đáp ứng với điều trị tại chỗ 4 tuần sau khi bắt đầu liệu pháp tại chỗ ở người lớn & sau 2 tuần ở trẻ em.
²Đánh giá đáp ứng với quang trị liệu 3 tháng sau lần điều trị đầu tiên.

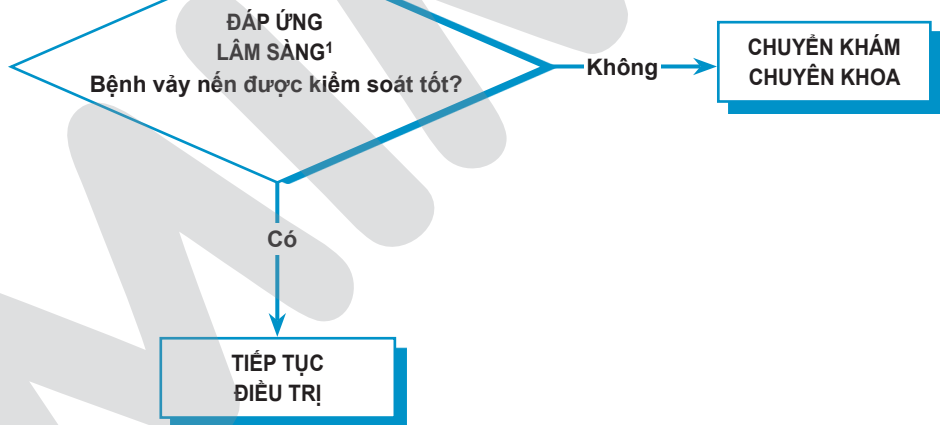
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
 Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

ĐIỀU TRỊ VẢY NÉN NẶNG

Vảy nến nặng (>10% BSA; BASI >10; DLQI >10;
có bệnh đi kèm, vảy nến dai dẳng, vảy nến khó điều trị)

Xem xét chuyển khám chuyên khoa

- A** Điều trị không dùng thuốc
- B** Điều trị tại chỗ
- C** Quang trị liệu/ Quang hóa trị liệu
- D** Liệu pháp điều trị toàn thân không dùng thuốc sinh học
- E** Liệu pháp ức chế miễn dịch/ Thuốc sinh học



BSA: Body surface area - Diện tích bề mặt cơ thể;
PASI: Psoriasis Area & Severity Index - Chỉ số về diện tích da bị vảy nến & độ nặng của bệnh
DLQI: Dermatology Life Quality Index - Thang điểm chất lượng cuộc sống của người có bệnh ngoài da

¹Tiêu chí đáp ứng tối thiểu bao gồm giảm mức độ nghiêm trọng của bệnh ≥50% & cải thiện tâm lý, thể chất, chức năng xã hội trên lâm sàng (ví dụ: DLQI cải thiện ≥4 hoặc cải thiện tâm trạng tiêu cực cho bệnh nhân).

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

1 VẢY NẾN

- Vảy nến là rối loạn viêm mạn tính, toàn thân, có thể di truyền & kích thích khởi phát bởi các yếu tố môi trường
 - Chiếm khoảng 2% dân số
 - Ảnh hưởng chủ yếu trên da và khớp
 - Tỷ lệ hiện mắc 0,5-11% ở người lớn & 0-1,4% ở trẻ em
 - Liên quan đến các rối loạn viêm & bệnh tự miễn khác (như viêm khớp vảy nến, viêm ruột, bệnh mạch vành)
 - Đặc trưng bởi những đợt bệnh tái phát và thuyên giảm

Các thể lâm sàng

Thông thường

- Bất đầu bằng các sẩn đỏ, bong vảy, kết hợp với nhau tạo thành những mảng hình tròn - bầu dục
- Vết ban thường ngứa và có thể đau

Vảy nến thể mảng

- Còn được gọi là vảy nến thông thường
- Là dạng thường gặp nhất của bệnh, chiếm khoảng 80-90% các trường hợp
- Mảng bong vảy, đỏ da, giới hạn rõ, ánh bạc, kích thước thay đổi từ 1 cm đến vài cm
- Các mảng không đều, hình tròn đến bầu dục và có khuynh hướng phân bố đối xứng
- Vùng bị vảy nến điển hình: Khuỷu tay, đầu gối, da đầu, thân, rãnh móng, móng, lòng bàn chân và lòng bàn tay
 - Đôi khi có thể gặp ở vùng sinh dục
- Các đường nứt gây đau bên trong các mảng có thể xuất hiện khi thương tổn hiện diện ở nếp gấp khớp, lòng bàn tay & lòng bàn chân

Vảy nến thể chấm giọt

- Thường gặp ở bệnh nhân <30 tuổi và chiếm khoảng <2% các trường hợp vảy nến
- Thường xảy ra sau nhiễm trùng hô hấp trên với Streptococcus tán huyết beta nhóm A
- Các sẩn dạng giọt nước, màu hồng thường xuất hiện trong vảy mỏng kích thước 1-10 mm
- Thường thấy ở thân và cánh tay
- Có thể là thể lâm sàng đầu tiên của bệnh vảy nến ở người khỏe mạnh hay đợt bùng phát cấp của mảng đã lâu

Vảy nến mụn mủ

- **Toàn thể**
 - Còn gọi là vảy nến von Zumbusch
 - Đặc trưng bởi các mụn mủ vô trùng trên nền hồng ban nổi khắp cơ thể và tay chân
 - Mụn mủ có thể kết hợp tạo nên những mảng mủ lớn trong trường hợp nặng
 - Chức năng bảo vệ của da bị mất & bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng, mất dịch và chất dinh dưỡng
 - Là dạng vảy nến nặng, hiếm gặp kèm theo các triệu chứng toàn thân (như sốt, mệt mỏi); có thể đe dọa tính mạng
- **Khu trú**
 - Mụn mủ xuất hiện ở lòng bàn tay & lòng bàn chân; có thể khu trú trên bề mặt của mảng vảy nến
 - Không đe dọa tính mạng nhưng mất sức lao động do khó sử dụng bàn tay hoặc bàn chân

Vảy nến đỏ da toàn thân

- Đỏ da toàn thân nặng ảnh hưởng đến 100% diện tích bề mặt cơ thể với nhiều mức độ bong vảy khác nhau
- Chức năng bảo vệ của da bị mất & bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng, không thể kiểm soát thân nhiệt, mất dịch và chất dinh dưỡng
- Thường kèm theo các triệu chứng toàn thân (như sốt & mệt mỏi); có thể đe dọa tính mạng

Vảy nến đảo ngược

- Thương tổn là những mảng hồng ban bong vảy ít
- Nằm ở các nếp gấp da (ví dụ như vùng nách, bộ phận sinh dục, kẽ móng, tầng sinh môn, dưới nếp vú)

Sinh bệnh học

- Bệnh viêm nhiễm qua trung gian miễn dịch phức tạp liên quan đến tế bào lympho T, tế bào đuôi gai & các cytokine (ví dụ: interleukin [IL]-23, IL-17, & yếu tố hoại tử khối u [TNF]) gây ra tăng sinh quá mức & biệt hóa bất thường của lớp biểu bì, sự xâm nhập của các tế bào viêm nhiễm và sự giãn nở mạch máu ở những bệnh nhân nhạy cảm về mặt di truyền

2 CHẨN ĐOÁN

Tiền sử bệnh

- Có hai đỉnh tuổi khởi phát bệnh: 16-22 tuổi và 57-60 tuổi
- Ảnh hưởng của môi trường hoặc thuốc lên thương tổn
 - Nhiễm trùng, đặc biệt là Streptococcus có thể thúc đẩy hoặc làm bùng phát bệnh
 - Thuốc (như lithium, thuốc chống sốt rét, cồn, thuốc kháng viêm không steroid [NSAID], thuốc chẹn beta) có thể làm bệnh nặng thêm
- Tiền sử bệnh (suy tim, bệnh thoái hóa myelin, viêm ruột, bệnh ác tính) & phẫu thuật
- Tiền sử về gia đình, xã hội & tiền sử triệu chứng

Khám thực thể

- Thường có thể chẩn đoán dựa vào những biểu hiện lâm sàng của tổn thương da
- Kiểm tra tất cả vùng da trên cơ thể, đặc biệt là mặt dưới, thân mình, đáy chậu, da đầu, móng tay, khớp

Xét nghiệm chẩn đoán

- Có thể cần thiết khi bệnh không điển hình hoặc có biến chứng
- Không có chất đánh dấu huyết thanh hay xét nghiệm đặc trưng nào cho bệnh vảy nến
- Có thể sinh thiết da, xét nghiệm huyết thanh giang mai, cấy vi khuẩn, định type HLA, quan sát dưới kính hiển vi (trong dung dịch kali hydroxide) để chẩn đoán phân biệt bệnh vảy nến với các bệnh lý khác

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm da cơ địa
- Lichen đơn dạng mạn tính
- Viêm da thể đồng tiền
- Viêm da tiết bã
- Bệnh nấm da

4 ĐÁNH GIÁ

Mức độ bệnh

- Được xác định qua đánh giá chủ quan và khách quan dựa trên diện tích da bị vảy nén, vị trí, độ nặng và số lượng thương tổn, đáp ứng với điều trị tại chỗ, sự mất khả năng hoạt động về thể chất có liên quan, có hoặc không có viêm khớp vảy nén & các bệnh đi kèm khác tác động đến tâm lý và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân
- Để đánh giá độ nặng của bệnh, có thể dùng các thang điểm PASI (Psoriasis Area & Severity Index), PGA (Physician's Global Assessment), Patient's Global Assessment, hay DLQI (Dermatology Life Quality Index)
 - PASI đặc hiệu hơn để đánh giá mức độ nặng của bệnh vảy nén dựa trên độ dày, đỏ & bong vảy của mảng vảy nén, điểm số từ 0 (không bệnh) đến 72 (mức độ nặng nhất), nhưng thang điểm này hiếm được sử dụng trong thực hành lâm sàng
 - PGA đo lường mức độ nghiêm trọng và đáp ứng điều trị của bệnh vảy nén dựa vào triệu chứng ban đỏ, chai da và bong vảy
 - DLQI là một công cụ quan trọng để đánh giá mức độ nặng và đáp ứng điều trị của bệnh vảy nén trong các thử nghiệm lâm sàng & hiếm khi được sử dụng trong thực hành lâm sàng
- Diện tích da (BSA)
 - <3%: nhẹ
 - ≥3% nhưng <10%: trung bình
 - ≥10%: nặng
- Đánh giá chất lượng cuộc sống dựa trên các tiêu chí sau:
 - Chiến lược đối phó với bệnh
 - Hoạt động hàng ngày
 - Tình trạng căng thẳng, lo lắng
 - Ảnh hưởng của bệnh đến các mối quan hệ
- Các bệnh đi kèm ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh vảy nén bao gồm viêm khớp vảy nén, bệnh viêm đường ruột, rối loạn tâm lý/tâm thần, viêm màng bồ đào, bệnh tim mạch, bệnh gan (ví dụ: Suy giảm chức năng gan, bệnh gan do rượu), bệnh ác tính (như ung thư hạch), ngưng thở khi ngủ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh thận, sỏi sống (như hút thuốc, nghiện rượu), hội chứng chuyển hóa

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Chọn lựa liệu pháp điều trị nên được cá thể hóa tùy vào độ nặng của bệnh, bệnh đi kèm, dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Hầu hết bệnh nhân được điều trị đồng thời bằng nhiều liệu pháp
- Bác sĩ cần có kinh nghiệm với tất cả các phương thức điều trị để có thể chọn lựa liệu pháp thích hợp cho từng bệnh nhân
- Bệnh nhẹ thường có thể được điều trị tại chỗ
- Bệnh trung bình đến nặng không thể kiểm soát tốt nếu chỉ dùng thuốc tác dụng tại chỗ
- Phác đồ điều trị có thể được thay đổi để tăng hiệu quả bằng cách tăng liều, giảm khoảng cách liều, thêm thuốc dùng tại chỗ, thêm thuốc dùng đường toàn thân khác hoặc thay đổi thuốc
- Mục tiêu điều trị: PASI ≤2, PGA sạch hoặc gần như sạch hoặc DLQI <2
 - Bệnh nhân đáp ứng điều trị khi PASI giảm 75% so với giá trị ban đầu
- Hiệu quả của điều trị thuốc tác dụng nhanh được bắt đầu đánh giá sau khi điều trị dẫn nhập cho đến 16 tuần (24 tuần đối với thuốc tác dụng chậm) sau khi bắt đầu điều trị
 - Đánh giá trong quá trình điều trị duy trì thường là 8-12 tuần một lần hoặc trong khoảng thời gian theo khuyến nghị giám sát an toàn

Các yếu tố sau ảnh hưởng đến lựa chọn điều trị và tần suất điều trị:

- Độ nặng của bệnh, diện tích da bị vảy nén, vùng cơ thể bị vảy nén
- Ảnh hưởng của bệnh vảy nén đến chất lượng cuộc sống
- Mức độ ảnh hưởng tâm lý gây ra do bệnh
- Các yếu tố cá nhân như tuổi và cân nặng của bệnh nhân, các bệnh lý đi kèm (như bệnh gan, viêm ruột, tăng huyết áp, suy tim), kế hoạch thụ thai, ưu tiên điều trị, khả năng tuân thủ điều trị
- Mục tiêu của trị liệu, kiểu hình bệnh & hoạt động của, có viêm khớp vảy nén & kết quả của các đợt điều trị vảy nén trước đó
- Tỷ lệ giữa nguy cơ và lợi ích cần được cân nhắc đối với mỗi phác đồ điều trị
- Chi phí điều trị

Xét nghiệm ban đầu

- Công thức máu có đếm số tiểu cầu, creatinin, điện giải, chức năng gan, tầm soát viêm gan, tầm soát lao tiềm ẩn, tầm soát HIV
- Thường thực hiện trước khi bắt đầu điều trị, điều trị lại hay khi tăng liều thuốc điều trị toàn thân & thuốc ức chế miễn dịch

Chủng ngừa

- Có thể cân nhắc chủng ngừa cúm, viêm gan A & B, uốn ván-bạch hầu và phế cầu trước khi điều trị
- Một khi đã khởi đầu điều trị với liệu pháp ức chế miễn dịch, tránh chủng ngừa bằng vắc-xin sống hay vắc-xin sống giảm độc lực
- Tránh dùng vắc-xin sống ở trẻ nhỏ cho đến 6 tháng tuổi nếu người mẹ đã dùng liệu pháp sinh học quá tuần 16 của thai kỳ

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

Giáo dục bệnh nhân

- Giáo dục cho bệnh nhân và gia đình là yếu tố quan trọng để điều trị thành công
- Bệnh nhân cần hiểu rằng vẩy nến là bệnh mạn tính & điều trị chỉ nhằm kiểm soát triệu chứng chứ không thể chữa khỏi bệnh hoàn toàn
- Trấn an bệnh nhân rằng vẩy nến là bệnh thường gặp và không lây
- Trao đổi với bệnh nhân về các lựa chọn điều trị, nguy cơ và lợi ích, tác dụng không mong muốn và kết quả mong đợi từ điều trị
 - Nhấn mạnh tầm quan trọng của tuân thủ điều trị
- Trao đổi với bệnh nhân về những yếu tố có thể gây bùng phát bệnh
 - Thuốc chẹn beta, lithium, thuốc chống sốt rét
 - Nhiễm trùng hay nhiễm virus
- Khuyến khích bệnh nhân có lối sống khỏe mạnh
 - Tập thể dục thường xuyên
 - Duy trì cân nặng lý tưởng (BMI từ 18,5-24,9 kg/m²)
 - Không uống hoặc uống ít rượu bia
 - Ngưng hút thuốc
 - Chế độ ăn không chứa gluten có thể có lợi cho bệnh nhân vẩy nến bị bệnh celiac
- Bệnh nhân vẩy nến cần được thông báo về khả năng tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành
- Khuyến bệnh nhân nên theo dõi bệnh mỗi năm, đặc biệt trong 10 năm đầu sau khi được chẩn đoán vẩy nến

Điều trị thay thế

- Kỹ thuật giảm căng thẳng (như thiền), liệu pháp nhận thức hành vi & mường tượng có định hướng được sử dụng như liệu pháp hỗ trợ giúp cải thiện mức độ nghiêm trọng của bệnh vẩy nến
- Thôi miên là liệu pháp hỗ trợ điều trị cho bệnh vẩy nến mức độ nhẹ đến trung bình được xem xét ở những bệnh nhân có khả năng bị thôi miên cao, sẵn sàng trải nghiệm quá trình này
- Đối với bệnh nhân bị bệnh vẩy nến thể mảng nhẹ đến trung bình hoặc mạn tính có thể sử dụng châm cứu như một phương pháp điều trị hỗ trợ tùy thuộc vào điều kiện hiện có và lựa chọn của bệnh nhân

B ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ

- Là liệu pháp đầu tay cho bệnh vẩy nến thể mảng mức độ nhẹ

Thuốc làm mềm da¹

- Được xem là liệu pháp bổ sung tiêu chuẩn trong điều trị vẩy nến
- Sử dụng kết hợp với các thuốc điều trị tại chỗ khác
 - Một nghiên cứu cho thấy điều trị kết hợp sẽ làm tăng hiệu quả của corticosteroid và kiểm soát vẩy nến tốt hơn với liều corticosteroid thấp hơn
- Làm mềm, mỏng lớp sừng bằng cơ chế tẩy, làm giảm tỷ lệ mất nước qua lớp thượng bì
- Sự lựa chọn của bệnh nhân & vùng da điều trị sẽ quyết định loại thuốc sử dụng
 - Như petrolatum, paraffin lỏng, dầu khoáng, glycerin
 - Petrolatum có tác dụng khóa ẩm tốt hơn nhưng giữ ẩm kém hơn dầu khoáng

Thuốc ức chế calcineurin

- Chỉ dùng cho bệnh vẩy nến ở mặt & vùng kín của cơ thể
- Thường không hiệu quả trong vẩy nến thể mảng
- Ngăn tổng hợp các cytokine gây viêm, là chất có vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của bệnh vẩy nến

Corticosteroid

- Là liệu pháp đầu tay cho bệnh nhân vẩy nến mức độ nhẹ hoặc bệnh giới hạn & vẩy nến thể mảng
- Có tác dụng kháng viêm, chống tăng sinh, ức chế miễn dịch & co mạch
- Tình trạng miễn dịch nhanh (dung nạp thuốc) dẫn đến làm giảm hiệu quả & gây tác dụng không mong muốn khi điều trị thời gian dài làm hạn chế việc sử dụng corticosteroid
 - Sử dụng thuốc đúng cách có thể giúp đạt được hiệu quả tối đa với tác dụng không mong muốn tối thiểu
- Có rất nhiều mức hoạt lực khác nhau từ thấp tới cao
 - Hoạt lực thấp - trung bình
 - Có thể sử dụng trên mặt, nếp gấp & các vị trí dễ bị dị ứng
 - Không sử dụng quá 8 tuần ở bất kỳ vị trí nào
 - Dạng kết hợp với vitamin D được khuyến cáo dùng điều trị khởi đầu cho bệnh nhân người lớn bị vẩy nến ở thân và/hoặc chân tay
 - Corticosteroid hoạt lực trung bình được khuyến cáo dùng điều trị khởi đầu cho vẩy nến ở da đầu, mặt, nếp gấp và cơ quan sinh dục

¹Trên thị trường có nhiều sản phẩm làm mềm da khác nhau dùng điều trị vẩy nến. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ (TIẾP THEO)

Corticosteroid (Tiếp theo)

- Hoạt lực cao tới rất cao
- Corticosteroid hoạt lực cao nhất có hiệu quả nhất khi sử dụng thêm các thuốc tương tự vitamin D sau đó
- Corticosteroid dùng tại chỗ có hoạt lực cao - rất cao không được khuyến cáo sử dụng ở mặt, nếp gấp & cơ quan sinh dục, sử dụng >4 tuần, sử dụng ở trẻ em <1 tuổi
- Corticosteroid có hiệu lực rất cao có thể được sử dụng trên các vùng da có màng dày, mạn tính
- Chọn lựa sản phẩm điều trị phụ thuộc vào vị trí bị vảy nén, độ tuổi, lựa chọn của bệnh nhân, độ nặng của vảy nén, hoạt lực của steroid & dạng bào chế
- Da đầu: Ưu tiên dùng dạng lotion, dạng xịt, dung dịch & gel vì có thể chà xát được trên da đầu
- Mặt: Nên sử dụng steroid hoạt lực thấp; tránh steroid hoạt lực cao
- Nếp gấp cơ thể: Nên sử dụng kem hay gel steroid hoạt lực thấp
- Bàn tay & bàn chân: Thường cần sử dụng steroid hoạt lực rất cao; chỉ mang lại hiệu quả thấp
- Cơ bùng phát vảy nén có thể xảy ra khi ngưng thuốc đột ngột; nên giảm liều thuốc từ từ
- Sử dụng như một thuốc điều trị hỗ trợ với các thuốc dung nạp tốt hơn; tăng hoạt lực của corticosteroid trong đợt bùng phát và giảm khi bệnh thuyên giảm
- Thường sử dụng kết hợp với thuốc tương tự vitamin D, hắc ín, retinoid dùng tại chỗ, tia cực tím hay thuốc điều trị toàn thân
- Cần khám da định kỳ ở bệnh nhân điều trị kéo dài để đánh giá tình trạng teo da

Dithranol (anthralin)

- Khuyến cáo điều trị cho vảy nén mức độ nhẹ - trung bình, điều trị hiệu quả cho vảy nén thể mảng lớn
- Thường sử dụng làm liệu pháp tiếp xúc trong thời gian ngắn (20-30 phút) ở bệnh nhân ngoại trú
- Làm chậm tăng sinh tế bào gốc & ngăn hoạt hóa lympho bào T để quá trình keratin hóa bình thường ở da có thể xảy ra
- Có hiệu quả thấp hơn so với corticosteroid hoạt lực cao dùng tại chỗ hay thuốc tương tự vitamin D
- Không thích hợp điều trị những vùng da lớn có các tổn thương nhỏ, nếp gấp hay mặt; có thể dùng điều trị ở thân và tay chân chỉ khi thất bại với các thuốc điều trị tại chỗ khác
- Tính làm biến màu & gây kích ứng da của thuốc có thể làm hạn chế sử dụng

Thuốc tiêu sừng

- Acid salicylic là chất làm tiêu sừng được sử dụng phổ biến nhất cho vảy nén mức độ nhẹ - trung bình
- Loại bỏ những vùng tăng sừng, phá vỡ, làm tróc lớp vảy tăng sinh và làm mềm các mảng vảy nén
- Có thể sử dụng đơn lẻ hoặc kết hợp với các dạng điều trị khác (như corticosteroid và thuốc điều hòa miễn dịch sử dụng tại chỗ)
- Điều trị kết hợp sẽ hiệu quả hơn vì tăng độ thẩm thấu của thuốc qua da
- Acid salicylic kết hợp với corticoid tại chỗ có thể được xem xét để điều trị bệnh vảy nén trung bình đến nặng với diện tích da tổn thương ≤20% BSA, bao gồm bệnh vảy nén lòng bàn tay
- Không nên sử dụng với các salicylate đường uống khác hay trước khi quang trị liệu với UV

Retinoid

- Tazarotene là retinoid tại chỗ có hiệu quả trong bệnh vảy nén
- Có thể sử dụng điều trị bệnh vảy nén nhẹ-trung bình với diện tích da tổn thương ≤10% BSA, bao gồm bệnh vảy nén lòng bàn tay và bệnh vảy nén móng tay
- Trung gian gây biệt hóa & tăng sinh tế bào
- Hiệu quả tương tự như corticosteroid dùng tại chỗ
- Có thể làm thuyên giảm bệnh vảy nén thể mảng
- Khởi phát tác động chậm, và tác dụng gây kích ứng da (viêm da do retinoid) có thể làm hạn chế việc sử dụng khi dùng đơn trị
- Có thể sử dụng kết hợp với corticosteroid tại chỗ để tăng hiệu quả điều trị & giảm kích ứng tại chỗ gây ra bởi retinoid
- Có khả năng gây quái thai: không nên sử dụng ở phụ nữ mang thai hay dự định mang thai

Hắc ín¹

- Hiệu quả khi sử dụng ở những mảng vảy nén mạn tính, mức độ nhẹ - trung bình
- Giảm sự tăng sinh tế bào sừng bằng cách ức chế tổng hợp ADN, ngăn chặn tình trạng viêm và có thể ảnh hưởng đến chức năng miễn dịch
- Có thể sử dụng nếu chất tương tự vitamin D và corticosteroid không hiệu quả hay bệnh nhân không dung nạp
- Có thể sử dụng đơn trị liệu như khi tắm hay thoa trực tiếp trên các mảng vảy nén; tránh thoa ở mặt và nếp gấp
- Được sử dụng phổ biến nhất trong điều trị vảy nén da đầu, kết hợp với corticosteroid hay kết hợp với tia UVB (điều trị Goeckerman)
- Có thể gây viêm nang lông vô trùng; bệnh nhân ít khi lựa chọn sử dụng vì hầu hết các chế phẩm đều có cảm giác ngứa và có mùi

¹Trên thị trường có nhiều sản phẩm hắc ín kết hợp với các thuốc điều trị vảy nén khác. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ (TIẾP THEO)

Chất tương tự vitamin D

- Như: calcipotriene (calcipotriol), calcitriol, maxacalcitol, tacalcitol
- Chỉ định điều trị vảy nến thể mảng mạn tính, đặc biệt trong điều trị kéo dài & ở bệnh nhân vảy nến da đầu nhẹ đến trung bình
- Tacalcitol hoặc calcipotriol kết hợp với corticoid có thể được xem xét ở những bệnh nhân bị bệnh vảy nến ở mặt
- Ưc chế tăng sinh tế bào sừng & tăng cường biệt hóa tế bào sừng sau khi gắn với thụ thể vitamin D
- Nghiên cứu cho thấy giúp cải thiện vảy nến nhiều hơn khi sử dụng kết hợp với corticosteroid tại chỗ so với đơn trị liệu từng hoạt chất

Các phương pháp điều trị tại chỗ khác (Thuốc thay thế)

- Như: nha đam, St John's wort, dầu thực vật (VGO), dầu dừa nguyên chất (VCO)
- Có thể cân nhắc dùng ở bệnh nhân vảy nến nhẹ không có chống chỉ định
- St John's wort nên được sử dụng thận trọng ở bệnh nhân đang điều trị bằng quang trị liệu
- VGO gây viêm nhiều hơn VCO
- Khi so sánh với VGO, VCO có tác dụng khóa & giữ ẩm tốt hơn, khuếch tán nhiều hơn, thâm nhập nhanh hơn trên da khô, dày, có vảy để sửa chữa tế bào và có tác dụng kháng viêm nhiều hơn

C QUANG TRỊ LIỆU/QUANG HÓA TRỊ LIỆU

- Quang trị liệu thường được dùng ở bệnh nhân vảy nến trung bình-nặng, vảy nến xuất hiện ở các vùng dễ tổn thương mà không đáp ứng với điều trị tại chỗ hoặc có các triệu chứng giảm nhẹ khác
- Xem kỹ tiền sử bệnh của bệnh nhân & xem xét một cách tổng thể để bảo đảm bệnh nhân không có bệnh lý hay dùng thuốc nhạy cảm với ánh sáng (như tiền sử xạ trị ion hóa)
- Cần dùng chất bôi trơn & làm mềm da để tăng hiệu quả của quang trị liệu
- Nếu có thể, nên thoa kem chống nắng ở những vùng da không bị tổn thương
- Bảo vệ vú, mắt & vùng sinh dục trong các đợt quang trị liệu
- An toàn & hiệu quả, không có tác dụng không mong muốn nặng như điều trị ức chế miễn dịch & điều trị toàn thân

Tia cực tím B dải rộng (BB UVB)

- Thường sử dụng khi điều trị tại chỗ thất bại, dùng cho vảy nến thể chấm giọt hoặc vảy nến thể mảng ổn định mạn tính
- Được coi là kém hiệu quả so với liệu pháp đơn trị tại chỗ psoralen + UVA (PUVA), và so với UVB dải hẹp và đơn trị liệu PUVA đường uống trong điều trị bệnh vảy nến mảng toàn thân ở người lớn
- Phổ UVB hiệu quả nhất trong quang trị liệu vảy nến là 300-313 nm
- Cần trung bình 20-25 lần điều trị để làm sạch thương tổn, 3-5 ngày/tuần
- Các chất làm mềm và sáng da (như petrolatum hay dầu khoáng) có thể cải thiện các đặc tính về quang học của da & nên sử dụng trước khi chiếu tia UVB
- UVB + điều trị tại chỗ hay toàn thân có thể đạt hiệu quả tốt hơn & khởi phát tác động nhanh hơn
- Có thể kết hợp với chất tương tự vitamin D dùng tại chỗ (sau khi chiếu tia UV), hắc ín dùng tại chỗ, PUVA, retinoid dùng tại chỗ, liều tích lũy thấp của methotrexate toàn thân, hay liều thấp của retinoid uống (như acitretin trong điều trị bệnh vảy nến thể mảng toàn thân ở người lớn)
- Tác dụng không mong muốn:
 - Ngắn hạn: Đỏ da, ngứa, bỏng da, châm chích
 - Dài hạn: Lão hóa do tiếp xúc tia UV

Tia cực tím B dải hẹp (NB UVB)

- Sử dụng phổ tia UV khoảng 311 nm
- Dùng cho bệnh nhân có độ nặng của bệnh vẫn còn trên 50% sau 3 tháng điều trị và ở bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư da, & là đơn trị liệu cho bệnh vảy nến thể mảng ở người lớn & bệnh vảy nến thể chấm giọt không phân biệt tuổi tác
- Vượt trội hơn UVB dải rộng nhưng không hiệu quả bằng PUVA
 - Được khuyến cáo là tốt hơn so với đơn trị liệu UVB dải rộng trong điều trị bệnh vảy nến thể mảng toàn thân ở người lớn
 - Mặc dù kém hiệu quả hơn PUVA, UVB dải hẹp an toàn, thuận tiện và ít tổn kém hơn PUVA
- Trung bình 15-30 lần trị liệu có thể làm sạch thương tổn, 2-3 lần/tuần; hiệu quả hơn tia UVB dải rộng để làm sạch thương tổn trong 2 tuần điều trị
- Có thể kết hợp với retinoid uống hoặc apremilast ở bệnh nhân vảy nến thể mảng toàn thân không đáp ứng đầy đủ với đơn trị liệu
- Có thể an toàn khi điều trị đồng thời với corticosteroid, retinoid và chất tương tự vitamin D
- Tác dụng không mong muốn:
 - Ngắn hạn: Bỏng da
 - Dài hạn: Ung thư da

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

C QUANG TRỊ LIỆU/QUANG HÓA TRỊ LIỆU (TIẾP THEO)

Psoralen kết hợp UVA (PUVA)

- PUVA đường uống được khuyến cáo cho bệnh vảy nến ở người lớn
 - Psoralen thường được uống 90-120 phút trước khi chiếu tia UV
- Quang trị liệu PUVA tại chỗ vượt trội hơn UVB dải hẹp khu trú ở người lớn trong điều trị bệnh vảy nến thể mảng khu trú, đặc biệt là bệnh vảy nến bàn tay-bàn chân & vảy nến mụn mủ
- Đơn trị liệu ngắn hạn có hiệu quả hơn UVB dải hẹp đối với bệnh vảy nến ở người trưởng thành
- Hiệu quả cao trong điều trị vảy nến thể mảng trung bình-nặng, vảy nến thể chàm giọt, không kiểm soát được bằng điều trị tại chỗ và có thể giúp kéo dài thời gian lui bệnh
- 90% bệnh nhân cải thiện hay sạch mảng vảy nến sau 20-30 đợt điều trị, 2-3 lần/tuần
- Bệnh nhân phải mang kính bảo vệ mắt và chống nắng suốt ngày do tác dụng gây nhạy cảm ánh sáng của psoralen
- PUVA + điều trị toàn thân hay tại chỗ có thể có hiệu quả hơn và khởi phát tác động nhanh hơn
- Có thể kết hợp với retinoid uống liều thấp, methotrexate toàn thân (chỉ trong trường hợp vảy nến rất nặng), chất tương tự vitamin D, retinoid tại chỗ, steroid tại chỗ, hay tia UVB
- Tác dụng không mong muốn:
 - Ngắn hạn: Đỏ da, sặc tố không đều màu, khô da, ngứa, buồn nôn/nôn
 - Dài hạn: Bệnh ác tính ở da (như ung thư biểu mô tế bào vảy & có khả năng melanôm) thường tùy thuộc vào liều tích lũy, tăng nguy cơ tổn thương do ánh sáng, da đồi mồi
 - Nên giới hạn ở 200 đợt trị liệu PUVA trong suốt cuộc đời để giảm thiểu nguy cơ ung thư

Ngâm/tắm PUVA

- Khuyến cáo ở người lớn bị vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng
- Sử dụng ở bệnh nhân có mụn mủ bàn tay, bàn chân khu trú trước khi chiếu tia UVA
- Tắm PUVA an toàn & hiệu quả trong điều trị vảy nến thể mảng toàn thân ổn định
 - Nó có liều tích lũy tia UVA thấp hơn và ít tác dụng không mong muốn & tương tác thuốc hơn khi so sánh với PUVA đường uống; có thể được một số bệnh nhân ưa thích hơn PUVA đường uống
 - Có thể là một lựa chọn thay thế ở những bệnh nhân bị bệnh vảy nến toàn thân không dung nạp psoralen đường uống

Laser excimer bước sóng 308 nm & ánh sáng excimer

- Khuyến cáo cho bệnh vảy nến thể mảng khu trú nhẹ đến trung bình với diện tích da tổn thương <10%, bao gồm bệnh vảy nến bàn tay-bàn chân
 - Laser excimer hiệu quả hơn ánh sáng excimer khi điều trị bệnh vảy nến thể mảng khu trú ở người lớn & được khuyến cáo điều trị bệnh vảy nến da đầu ở người lớn
- Cũng có thể được sử dụng ở bệnh nhân có bệnh lan rộng hoặc cho các tổn thương riêng lẻ
- Nhắm đặc hiệu vào vùng da bị tổn thương và chữa lại vùng da lành bằng cách giảm liều tích lũy vì vậy làm giảm nguy cơ mắc bệnh ác tính khi điều trị lâu dài
- Trung bình 10-12 đợt trị liệu có thể làm sạch thương tổn, 2-3 lần/tuần;
- Bệnh có thể thuyên giảm trong tối đa 2 năm
- Laser excimer có thể kết hợp với corticosteroid tại chỗ để điều trị vảy nến thể mảng ở người lớn
- Tác dụng không mong muốn thường gặp với liều thấp hơn bao gồm đỏ da & tăng sắc tố, và với liều cao là mòn da, rộp da, kết vảy

Các phương thức trị liệu bằng ánh sáng khác

- Laser nhuộm màu tia dạng xung có thể được xem xét cho bệnh nhân vảy nến móng tay
- Có đủ bằng chứng hỗ trợ cho việc sử dụng liệu pháp khí hậu & liệu pháp Goeckerman để điều trị bệnh vảy nến

D LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN KHÔNG DÙNG THUỐC SINH HỌC

Chỉ định điều trị toàn thân không dùng thuốc sinh học khi:

- Không kiểm soát được triệu chứng bằng thuốc dùng tại chỗ **hoặc**
- Ảnh hưởng nặng nề toàn diện (tâm lý, sinh lý, xã hội) **hoặc**
- Có ≥1 tiêu chuẩn sau:
 - Chẩn đoán vảy nến trung bình-nặng **hoặc**
 - Vùng tổn thương khu trú bị nặng hơn đáng kể **hoặc**
 - Quang trị liệu thất bại (điều trị thất bại hoặc tái phát >50% so với ban đầu trong vòng 3 tháng)

Apremilast

- Là thuốc ức chế nhẹ phosphodiesterase-4, ức chế đáp ứng viêm nhờ điều hòa các cytokine tiền viêm
- Chỉ định cho bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng trung bình-nặng, đặc biệt là đối với vảy nến ở da đầu hoặc lòng bàn tay bàn chân, thích hợp với quang trị liệu hoặc điều trị toàn thân
- Có thể dùng trong điều trị tấn công & trong điều trị lâu dài
- Có thể cân nhắc nếu ưu tiên điều trị bằng đường uống & bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ, không dung nạp hoặc chống chỉ định với các thuốc có tác dụng toàn thân thông thường
- Các nghiên cứu cho thấy làm giảm 75% điểm PASI ở tuần 16 so với giả dược

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

D LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN KHÔNG DÙNG THUỐC SINH HỌC (TIẾP THEO)**Ciclosporin (cyclosporin)**

- Ức chế hoạt hóa tế bào T & là một chất ức chế miễn dịch mạnh liên kết với cyclophilin, ức chế calcineurin & ngăn chặn tín hiệu tiền viêm
- Dùng trong trường hợp kiểm soát bệnh ngứa quặng, và không dùng để điều trị >12 tuần nếu không có chỉ định lâm sàng
- Hiệu quả đối với bệnh vảy nến thể mảng trung bình-nặng, bệnh vảy nến khó trị và vảy nến thể đỏ da toàn thân, mụn mủ toàn thân và/hoặc bệnh vảy nến thể lòng bàn tay-bàn chân
- Là điều trị hàng đầu ở bệnh nhân có chỉ định dùng liệu pháp điều trị toàn thân không dùng thuốc sinh học và ở bệnh nhân:
 - Cần kiểm soát bệnh nhanh
 - Mụn mủ ở lòng bàn tay, bàn chân
 - Cần điều trị toàn thân nhưng có kế hoạch có con trong tương lai
 - Điều trị thất bại với methotrexate hoặc có bệnh bùng phát khi đang điều trị toàn thân trước đó
- Khuyến cáo kết hợp với calcipotriene & betamethasone để điều trị vảy nến trung bình-nặng
- Có thể phối hợp với chất tương tự vitamin D dùng tại chỗ hay methotrexate để giúp giảm liều dùng mà vẫn cho hiệu quả của cả hai loại thuốc
- Được chỉ định bởi bác sĩ có kinh nghiệm khi bệnh nhân thất bại với điều trị tại chỗ, quang trị liệu & các liệu pháp toàn thân khác
- Nếu có thể, nên xoay vòng với các liệu pháp khác hoặc chỉ điều trị trong đợt bùng phát viêm nặng
- Chỉ nên sử dụng <1 năm; thời gian sử dụng kéo dài (>2 năm) có thể gây độc thận và bệnh ác tính (như ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư da không hắc tố)

Corticosteroid

- Thường không khuyến cáo sử dụng corticosteroid có tác dụng toàn thân vì có thể gây vảy nến mụn mủ toàn thân và các cơn bùng phát trở lại; chỉ nên sử dụng nếu thật sự cần thiết
- Xem xét tiêm corticoid vào các tổn thương không đáp ứng với điều trị & vùng tổn thương rất dày trên bề mặt da nhẵn, da đầu, móng tay, lòng bàn tay & lòng bàn chân

Dimethyl fumarate

- Có tác dụng điều hòa miễn dịch, ức chế hình thành mạch máu & chống oxy hóa
- Là thuốc được lựa chọn cho bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng, không dung nạp, không đáp ứng hoặc chống chỉ định với các thuốc có tác dụng toàn thân như: ciclosporin, methotrexate & psoralen kết hợp UVA (PUVA)
- Có các nghiên cứu cho thấy sự giảm đáng kể điểm PASI & cải thiện chất lượng cuộc sống so với dùng giả dược
- Các tác dụng không mong muốn như rối loạn tiêu hóa & bốc hỏa có thể hạn chế khả năng sử dụng ở bệnh nhân

Hydroxyurea

- Ức chế nhân đôi ADN
- Là chất chống chuyển hóa có thể sử dụng đơn trị liệu mặc dù kém hiệu quả hơn các thuốc có tác dụng toàn thân khác
- Chỉ định cho bệnh nhân thất bại với điều trị tại chỗ, UVB, hay không thể dung nạp với PUVA, methotrexate hoặc các liệu pháp toàn thân khác
- Gần nửa số bệnh nhân có cải thiện với hydroxyurea bị độc tính trên tủy xương kèm giảm bạch cầu hay giảm tiểu cầu
- Tránh sử dụng ở phụ nữ có thai & cho con bú

Methotrexate

- Ức chế sinh tổng hợp folate, do đó gây ảnh hưởng đến quá trình nhân đôi ADN; có đặc tính kim tế bào và kháng viêm
- Là chất chống chuyển hóa có thể sử dụng ở bệnh nhân thất bại với điều trị tại chỗ & quang hóa trị liệu
- Là thuốc thường dùng nhất ở bệnh nhân vảy nến trung bình-nặng, có vảy khó trị & không đáp ứng điều trị (diện tích da bị vảy >10%)
- Hiệu quả cao, đặc biệt khi sử dụng thời gian dài với vảy nến thể nặng như vảy nến đỏ da toàn thân & vảy nến mụn mủ
- Nên tiêm dưới da khi điều trị bằng đường uống có đáp ứng dưới mức tối ưu & được xem là đường dùng ban đầu đối với những bệnh nhân có nhu cầu điều trị cao
- Khuyến cáo kết hợp với calcipotriene dùng tại chỗ để điều trị bệnh vảy nến từ trung bình đến nặng
- Xem xét phối hợp với UVB dải hẹp cho những bệnh nhân bị bệnh vảy nến thể mảng toàn thân
- Có thể bổ sung folate để giảm độc tính
- Tác dụng không mong muốn như ức chế tủy xương, độc gan hay viêm phổi có thể làm hạn chế sử dụng; nên theo dõi chức năng gan, công thức máu & chức năng thận
- Tránh sử dụng ở phụ nữ có thai & cho con bú

Acid mycophenolic

- Can thiệp quá trình tăng sinh tế bào T
- Là chất chống chuyển hóa ban đầu được dùng trong ghép tạng
- Một số báo cáo cho thấy tác dụng có lợi của acid mycophenolic ở bệnh nhân vảy nến
- Nhiều bệnh nhân có thời gian lui bệnh dài nhưng có thể cần phải điều trị đến 12 tuần mới đạt được hiệu quả tối đa
- Là thuốc ức chế miễn dịch, do đó cũng có một ít nguy cơ gây tăng sinh lympho bào & bệnh ác tính không rõ da
- Đã ghi nhận trường hợp bất sản hồng cầu đơn thuần ở bệnh nhân dùng acid mycophenolic với các thuốc ức chế miễn dịch khác
- Tránh sử dụng cho phụ nữ có thai & cho con bú

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

D LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN KHÔNG DÙNG THUỐC SINH HỌC (TIẾP THEO)

Retinoid

- Điều hòa sự biệt hóa, tăng sinh biểu bì, có tác dụng kháng viêm & điều hòa miễn dịch
- Acitretin
 - Là loại retinoid đường uống được lựa chọn; là thuốc tác dụng toàn thân có hiệu quả nhưng không ức chế miễn dịch
 - Có thể sử dụng đơn trị liệu đối với vảy nến mụn mủ, vảy nến đỏ da toàn thân, vảy nến thể mảng trung bình-nặng
 - Hiệu quả chậm hơn trong điều trị vảy nến thể mảng và vảy nến thể chấm giọt, nhưng hiệu quả sẽ cải thiện đáng kể khi kết hợp với UVB và PUVA (cần dùng liều thấp hơn khi kết hợp)
 - Có thể kết hợp với calcipotriene, UVB, PUVA, thuốc sinh học
- Có khả năng gây quái thai cao và khuynh hướng tồn tại lâu trong mô của cơ thể
 - Bệnh nhân nữ chỉ nên có thai sau khi ngưng thuốc 3 năm
- Tránh sử dụng ở bệnh nhân dùng quá liều vitamin A & ở phụ nữ đang cho con bú
- Tác dụng không mong muốn ở da niêm và rối loạn lipid máu có thể xảy ra

Sulfasalazine

- Có hiệu quả ở bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng; hiệu quả kém hơn các loại thuốc có tác dụng toàn thân khác
- Tác dụng không mong muốn cũng thường gặp nhưng không nghiêm trọng và thường tự hồi phục

Tofacitinib

- Ức chế Janus kinase /yếu tố truyền tín hiệu & chất hoạt hóa con đường dẫn truyền tín hiệu phiên mã để kích hoạt cytokine
- Có thể được xem xét để điều trị bệnh vảy nến mức độ trung bình-nặng
- Các thử nghiệm lâm sàng pha III cho thấy điểm PASI ở tuần 16 giảm 75% so với giả dược, với lợi ích điều trị kéo dài đến 2 năm
- Viêm mũi họng là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất; nhiễm trùng nghiêm trọng (viêm mô tế bào, herpes zoster, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phổi), khối u ác tính (ung thư hạch bạch huyết, ung thư phổi, ung thư vú), giảm bạch cầu lympho và rối loạn lipid máu cũng được báo cáo

Các phương pháp điều trị tại chỗ khác (Thuốc thay thế)

- Như: Dầu cá (omega-3), curcumin
- Dầu cá có thể được coi là một lựa chọn điều trị bổ trợ cho các liệu pháp tại chỗ, uống & quang trị liệu trong bệnh vảy nến thể mảng mạn tính
- Thực phẩm bổ sung curcumin đường uống có thể được sử dụng để điều trị bổ trợ cho bệnh nhân vảy nến ở nhiều mức độ bệnh khác nhau

E LIỆU PHÁP SINH HỌC/ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

- Cân nhắc sử dụng ở bệnh nhân vảy nến nặng
 - Bệnh nặng được xác định khi có điểm PASI (Psoriasis Area Severity Index) ≥ 10 , và DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10
 - Bệnh rất nặng khi tổng điểm PASI ≥ 20 và DLQI > 18
- Ngoài độ nặng của bệnh, bệnh nhân cần có một trong những tình trạng sau:
 - Có nguy cơ cao hay có độc tính liên quan đến thuốc đáng kể trên lâm sàng & không thể sử dụng các liệu pháp điều trị tiêu chuẩn thay thế
 - Chống chỉ định, không dung nạp/không tiếp cận được và/hoặc thất bại với quang trị liệu & liệu pháp điều trị toàn thân tiêu chuẩn như methotrexate & ciclosporin
 - Bệnh nặng, không ổn định, đe dọa tính mạng hoặc vảy nến nặng khu trú có suy giảm chức năng đáng kể và/hoặc quá lo lắng
 - Bệnh nhân có bệnh viêm khớp vảy nến phù hợp với điều trị bằng các thuốc chống yếu tố hoại tử khối u (anti-TNF)
- Có thể dùng như điều trị bước 1 cho bệnh nhân người lớn đáp ứng các tiêu chí về mặt trị liệu sinh học
 - Chất ức chế TNF hoặc chất đối kháng IL-17 (trừ brodalumab) có thể được dùng trong điều trị bước 1 cho bệnh nhân mắc đồng thời vảy nến & viêm khớp vảy nến
- Có thể xem xét chuyển sang một liệu pháp thay thế với một tác nhân sinh học khác nếu bệnh nhân không đạt các tiêu chí đáp ứng tối thiểu hoặc đáp ứng lúc đầu nhưng sau đó mất đáp ứng, hoặc nếu liệu pháp sinh học trở nên không dung nạp hoặc chống chỉ định ban đầu
 - Có thể xem xét tăng liều hoặc giảm liều ngắt quãng nếu đáp ứng không đầy đủ với liệu pháp sinh học bước 1 do chưa dùng đủ liều
- Đánh giá bệnh nhân về nguy cơ ung thư & nhiễm trùng trước & trong quá trình điều trị sinh học; theo dõi tác dụng không mong muốn trong và sau điều trị

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

E LIỆU PHÁP SINH HỌC/ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)

Adalimumab

- Chỉ định ở bệnh nhân vảy nến thể mảng mạn tính trung bình-nặng có thể dùng quang trị liệu/điều trị toàn thân
 - Khuyến cáo đơn trị cho bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở móng, bàn tay & bàn chân, & có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến ở da đầu
 - Có thể cân nhắc sử dụng ở bệnh nhân vảy nến thể đỏ da hoặc mụn mủ và vảy nến thể mảng mạn tính
- Là kháng thể đơn dòng kháng TNF-alpha từ người
- Nghiên cứu cho thấy 80% bệnh nhân có cải thiện 75% điểm PASI ở tuần thứ 12
- Để tăng hiệu quả điều trị vảy nến thể mảng trung bình-nặng:
 - Phối hợp với methotrexate, thuốc tác dụng tại chỗ như corticosteroid kèm hoặc không kèm chất tương tự vitamin D hoặc quang trị liệu với UV dài hẹp
 - Cân nhắc phối hợp với acitretin, apremilast hoặc ciclosporin
- Thích hợp sử dụng liên tục lâu dài
- Không thường xảy ra tái phát khi ngưng thuốc; có thể mất hiệu quả khi sử dụng thuốc trở lại

Alefacept

- Trước đây được chỉ định ở bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng, thích hợp điều trị toàn thân hay quang trị liệu, nhưng hiện không còn được lưu hành trên thị trường

Brodalumab

- Chỉ định cho bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng trung bình-nặng, thích hợp với quang trị liệu hoặc điều trị toàn thân & không đáp ứng hoặc mất đáp ứng với các thuốc tác dụng toàn thân khác
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mụn mủ toàn thân
- Là kháng thể đơn dòng của người, gắn kết với thụ thể IL-17RA & ức chế hoạt tính sinh học của IL-17A, IL-17F, IL-17A/F, & IL-17E

Certolizumab

- Chỉ định cho bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng trung bình-nặng, thích hợp dùng quang trị liệu/điều trị toàn thân
- Có thể dùng như một tác nhân sinh học bước 1 cho phụ nữ có kế hoạch mang thai hoặc khi cần một liệu pháp toàn thân trong tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba
- Là một mảnh Fab tái tổ hợp, pegylated, đã nhân hóa của kháng thể kháng TNF-alpha đơn dòng

Efalizumab

- Trước đây được chỉ định cho bệnh nhân vảy nến thể mảng mạn tính mức độ trung bình-nặng nhưng không còn lưu hành trên thị trường do có các báo cáo về bệnh não chất trắng đa ổ tiến triển

Etanercept

- Được chỉ định ở bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng
 - Dùng đơn trị cho bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở vùng da đầu hoặc móng, & có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến thể đỏ da, mụn mủ, hoặc đảo ngược
 - Đáp ứng được duy trì đến 24 tuần ở bệnh nhân vảy nến thể mảng mạn tính mức độ nặng
 - Việc đẩy lui bệnh có thể được cải thiện khi kết hợp với methotrexate hay quang trị liệu bằng UVB dài hẹp
- Xem xét sử dụng ở những bệnh nhân không đáp ứng, không dung nạp hoặc có chống chỉ định với các liệu pháp toàn thân khác, hoặc cần thiết sử dụng thuốc có thời gian bán hủy ngắn
- Là protein dung hợp p75 tái tổ hợp với thụ thể TNF từ người, có tác dụng ức chế TNF
- Phối hợp với acitretin, các thuốc tác dụng tại chỗ như corticosteroid kèm hoặc không kèm chất tương tự vitamin D, apremilast hoặc ciclosporin để tăng hiệu quả điều trị vảy nến thể mảng trung bình-nặng

Guselkumab

- Chỉ định cho bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng trung bình-nặng thích hợp với quang trị liệu/điều trị toàn thân
 - Dùng đơn trị ở bệnh nhân người lớn bị vảy nến ở móng, da đầu & vảy nến bàn tay bàn chân dạng mảng
- Là kháng thể đơn dòng IgG1 lambda của người, chặn tiểu đơn vị p19 của IL-23
- Cho thấy có đáp ứng tốt hơn ở bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ với ustekinumab

Infliximab

- Chỉ định ở bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng ở móng, bàn tay & bàn chân, da đầu
 - Có thể cân nhắc cho vảy nến thể đỏ da, đảo ngược hoặc mụn mủ
- Cân nhắc dùng infliximab cho bệnh nhân có bệnh rất nặng hoặc khi không thể dùng/thất bại với các thuốc sinh học khác, hoặc khi việc dùng thuốc dựa trên cân nặng là quan trọng
- Là kháng thể đơn dòng dạng khảm chuột/người, có tác dụng ức chế TNF; có ái lực cao và đặc hiệu với TNF-alpha
- Cho đáp ứng lâm sàng nhanh, hiệu quả cao khi sử dụng lần đầu và trong đợt bùng phát nặng, cấp tính
- Có thể phối hợp với methotrexate hoặc thuốc dùng tại chỗ như corticosteroid kèm hoặc không kèm thuốc tương tự vitamin D để tăng hiệu quả điều trị vảy nến thể mảng trung bình-nặng
- Có thể cân nhắc phối hợp với acitretin hoặc apremilast để tăng hiệu quả điều trị vảy nến thể mảng trung bình-nặng
- Hiệu quả thay đổi sau khi bắt đầu điều trị lại hoặc sau năm đầu tiên khi điều trị liên tục

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

E LIỆU PHÁP SINH HỌC/ỨC CHẾ MIỄN DỊCH (TIẾP THEO)

Ixekizumab

- Chỉ định cho bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng, thích hợp với quang trị liệu/điều trị toàn thân
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở móng hoặc da đầu & bệnh nhân vảy nến thể đỏ da hoặc mụn mủ
- Là kháng thể đơn dòng IgG4 của người, có hoạt tính trung hòa interleukin-17A (IL-17A)

Risankizumab

- Chỉ định cho bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng thích hợp với quang trị liệu/điều trị toàn thân
- Là kháng thể đơn dòng IgG1 của người, ức chế chọn lọc IL-23 nhờ gắn với tiểu đơn vị p19 & ức chế sự tương tác của nó với thụ thể IL-23

Secukinumab

- Chỉ định cho bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng, thích hợp điều trị toàn thân/quang trị liệu
 - Dùng đơn trị bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở móng hoặc bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở bàn tay-bàn chân
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở đầu, cổ & da đầu hoặc ở bệnh nhân vảy nến mụn mủ bàn tay-bàn chân mức độ trung bình-nặng
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến đỏ da
- Là kháng thể đơn dòng tái tổ hợp từ người, gắn với IL-17A

Tildrakizumab

- Chỉ định ở bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng thích hợp với quang trị liệu/điều trị toàn thân
- Là kháng thể đơn dòng IgG1 của người, chọn chọn lọc IL-23 nhờ gắn kết với tiểu đơn vị p19

Ustekinumab

- Được chỉ định ở bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình-nặng
 - Có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở móng, bàn tay & bàn chân
 - Có thể cân nhắc dùng cho vảy nến thể mảng trung bình-nặng ở da đầu, vảy nến thể đỏ da hoặc mụn mủ
- Xem xét sử dụng ở những bệnh nhân không đáp ứng, không dung nạp hoặc có chống chỉ định với các liệu pháp toàn thân khác
- Là kháng thể đơn dòng từ người nhắm vào IL-12 & IL-23 nằm ở tiểu đơn vị p40
- Nghiên cứu cho thấy 67% bệnh nhân có cải thiện 75% điểm PASI ở tuần thứ 12
- Có thể phối hợp với acitretin, methotrexate hoặc quang trị liệu với UV dải hẹp để tăng hiệu quả điều trị bệnh nhân người lớn bị vảy nến thể mảng trung bình-nặng
- Có thể cân nhắc phối hợp với các thuốc tác dụng tại chỗ như corticosteroid kèm hoặc không kèm chất tương tự vitamin D, apremilast hoặc ciclosporin để tăng hiệu quả điều trị vảy nến thể mảng trung bình-nặng

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC KHÁNG SINH - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Acid fusidic	Kem, thuốc mỡ, gel 2%	Thoa mỗi 6-8 giờ	Tác dụng ngoại ý • Hiếm khi gặp phản ứng quá mẫn
Gentamicin	Kem, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 6-8 giờ	Tác dụng ngoại ý • Ngứa & đỏ da

KHÁNG SINH KẾT HỢP CORTICOSTEROID - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Acid fusidic/ betamethasone dipropionate	Kem, thuốc mỡ 2%/0,064% Kem, thuốc mỡ 2%/0,05%	Thoa mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý • Ngoài da (phát ban, kích ứng, bỏng rát, ngứa, khô da, viêm nang lông, hội chứng người sói, phát ban dạng mụn, giảm sắc tố, mềm da, nhiễm trùng thứ phát, teo da, rạn da & rôm sảy) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh tiếp xúc với mắt • Chống chỉ định đối với bệnh nhân nhiễm virus ở da, lao, mụn trứng cá, chướng đỏ mặt, nhiễm nấm, viêm da quanh miệng, loét
Acid fusidic/ betamethasone valerate	Kem 2%/0,1%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Gentamicin/ betamethasone dipropionate	Kem, thuốc mỡ 0,1%/0,05%	Thoa mỗi 12 giờ	
Gentamicin/ flucinolone acetoneide	Kem 0,1%/0,025%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Neomycin/ betamethasone valerate	Kem, thuốc mỡ 0,5%/0,1%	Thoa mỗi 12-24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Ngoài da (ngứa, bỏng rát da/đau tại chỗ) Hướng dẫn đặc biệt • Tránh tiếp xúc với mắt, tránh dùng kéo dài trên vùng mặt & tránh điều trị kéo dài, đặc biệt là ở trẻ nhỏ & trẻ em • Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm virus ở da, lao, mụn trứng cá, chướng đỏ mặt (rosacea), nhiễm nấm, viêm da quanh miệng, tình trạng loét, viêm tai ngoài
Neomycin/ flucino- lone acetoneide	Kem 0,35%/0,025%	Thoa mỗi 8-12 giờ	Hướng dẫn đặc biệt • Ngừng sử dụng trong trường hợp quá mẫn • Sử dụng lâu dài có thể gây ra tác dụng toàn thân

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

KHÁNG SINH KẾT HỢP CORTICOSTEROID - DÙNG TẠI CHỖ (TIẾP THEO)

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Neomycin/ nystatin/ clobetasol propionate	Kem, thuốc mỡ neomycin 5 mg/nystatin 100.000 IU/ clobetasol propionate 500 mcg	Thoa mỗi 12-24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ngoài da (teo da, thay đổi sắc tố & hội chứng người sói); Tác dụng khác (phản ứng quá mẫn, hội chứng Cushing, làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân lupus ban đỏ dạng đĩa, bệnh chàm nặng, suy thận Da mặt có thể bị teo nếu điều trị kéo dài Chống chỉ định ở bệnh nhân bị chứng đỏ mặt (rosacea), mụn trứng cá & viêm da quanh miệng; ngứa quanh hậu môn hoặc bộ phận sinh dục; nhiễm trùng da do virus; nhiễm trùng da nguyên phát do nhiễm nấm, vi khuẩn hoặc nhiễm trùng thứ cấp do <i>Pseudomonas</i> hoặc <i>Proteus</i> sp.
Neomycin/ nystatin/ gramicidin/ triamcinolone acetonide	Kem neomycin 2,5 mg/ nystatin 100.000 IU/ gramicidin 0,25 mg/ triamcinolone acetonide 1 mg	Thoa mỗi 8-12 giờ	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm virus ở da, lao, nấm không nhạy cảm với nystatin
Acid salicylic/ betamethasone dipropionate	Lotion 2%/0,064% Thuốc mỡ 3%/0,064%	Thoa mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ngoài da (kích ứng, bỏng rát, ngứa, khô da, viêm nang lông, rậm lông, phát ban dạng mụn, giảm sắc tố da, da sần sùi, nhiễm trùng thứ cấp, teo da, rạn da, rôm sảy) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm virus ở da, lao, mụn trứng cá, chứng đỏ mặt

THUỐC ỨC CHẾ CALCINEURIN - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Pimecrolimus	Kem 1%	Thoa lớp mỏng lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ: Nóng, ẩm, thường giảm khi tiếp tục sử dụng, phản ứng tại chỗ thoa (như kích ứng, đỏ da, ngứa) Ít gặp hơn: Nhiễm vi khuẩn & virus Nếu có bệnh về hạch, nên tầm soát nguyên nhân & nếu không có nguyên nhân rõ ràng, nên ngưng dùng pimecrolimus Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân bị tổn thương da ác tính hoặc tiền ác tính, & vùng da bị nhiễm virus cấp tính, hay ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch Nhiễm trùng da trên lâm sàng cần được điều trị khỏi trước khi thoa pimecrolimus Không khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân có hội chứng Netherton hay có các tình trạng ở da làm tăng khả năng hấp thu thuốc toàn thân Khuyến bệnh nhân hạn chế tiếp xúc với tia UV trong quá trình dùng thuốc Nghiên cứu về khả năng gây ung thư do ánh sáng trên động vật cho thấy liều cao hơn liều sử dụng ở người rút ngắn thời gian hình thành khối u trên da Không nên dùng với băng kín Bệnh nhân nên hạn chế hoặc tránh ánh sáng tự nhiên hoặc nhân tạo
Tacrolimus	Thuốc mỡ 0,03% Thuốc mỡ 0,1%	Thoa lớp mỏng lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ	

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - TÁC DỤNG TOÀN THÂN		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Betamethasone	Vảy nến nặng: 0,6-7,2 mg/ngày, uống một lần hoặc chia nhỏ liều	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Mắt (tăng nhãn áp, rối loạn thị giác); Tiêu hóa (viêm tụy cấp, loét dạ dày tá tràng, có thể thủng & xuất huyết); Tác dụng khác (rối loạn dịch & điện giải, yếu cơ, loãng xương, trạng thái cushing, chậm lớn, kinh nguyệt không đều, làm biểu lộ bệnh đái tháo đường tiềm ẩn, chậm lành vết thương, co giật & tăng áp lực nội sọ kèm phù gai thị) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định với bệnh nhân nhiễm nấm toàn thân Sử dụng thận trọng ở bệnh nhân bị suy tim sung huyết, đái tháo đường, suy thận mạn tính, tăng huyết áp, bệnh đường tiêu hóa, mới nối ruột, loãng xương, bệnh truyền nhiễm, nhược cơ, nhiễm herpes ở mắt, lao thể yên lặng Nguy cơ đục thủy tinh thể dưới bao sau, bệnh tăng nhãn áp có thể gây tổn thương thần kinh thị giác và tăng khả năng nhiễm trùng mắt thứ phát do nấm hoặc virus khi sử dụng kéo dài
Dexamethasone	Vảy nến nặng: 0,75-9 mg/ngày, uống chia thành 2-4 liều	
Methylprednisolone	Vảy nến nặng: 4-48 mg/ngày, uống một lần hoặc chia thành 4 liều <i>hoặc</i> 10 đến 40 mg natri methylprednisolone succinate, tiêm bắp/tiêm TM Các liều tiếp theo được xác định tùy theo đáp ứng và tình trạng bệnh	
Prednisolone	Vảy nến nặng: 5-60 mg/ngày, uống chia nhỏ liều, hoặc uống một liều sau bữa ăn sáng hoặc uống liều gấp đôi cách ngày	
Triamcinolone	Vảy nến: 4-48 mg/ngày, uống Điều trị tập trung vào 1 vùng thương tổn: Tiêm 1 mũi triamcinolone hexacetonide vào vùng thương tổn với liều không quá 0,1 mg/cm ² diện tích da Nên pha loãng với tỷ lệ tối thiểu 1:1	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - DÙNG TẠI CHỖ ¹				
Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý	
Hoạt lực rất mạnh				
Clobetasol propionate	Kem, gel, thuốc mỡ, thuốc bôi da đầu, dầu gội 0,05% Thuốc mỡ 0,5%	Thoa mỗi 12-24 giờ Liều tối đa (Kem, thuốc mỡ): 50 g/tuần Liều tối đa (dầu gội): 50 mL/tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Thuốc có hoạt lực càng mạnh thì nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn càng nhiều Tại chỗ: làm mỏng da có hồi phục, làm tình trạng nhiễm trùng nặng hơn, viêm da tiếp xúc, mụn trứng cá ở vị trí thoa thuốc, giảm sắc tố da, khô da, kích ứng da có hồi phục, dẫn mao mạch không hồi phục, rạn da, teo da Toàn thân: hấp thu qua da có thể gây ức chế trục tuyến yên-tuyến thượng thận, chậm tăng trưởng, tăng huyết áp & hội chứng Cushing <ul style="list-style-type: none"> Tăng hấp thu do da mỏng và/hoặc da bị trầy xước, vùng nếp gấp hoặc băng kín Tăng hấp thu xảy ra khi thoa trên vùng da rộng và ở trẻ em Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thoa 1-2 lần/ngày đối với đa số thuốc. Có thể thoa nhiều lần hơn khi điều trị ở lòng bàn tay, lòng bàn chân Thoa cách ngày hay mỗi cuối tuần trong trường hợp điều trị bệnh mạn tính Độ dài của thuốc bóp ra từ tube kem/thuốc mỡ có thể được đo bằng đơn vị đầu ngón tay (FTU) tính từ đầu ngón tay trở của người lớn đến nếp gấp đầu tiên 1 FTU (khoảng 500 mg) đủ để bao phủ 2 lần diện tích bàn tay của người trưởng thành Khuyến cáo sử dụng thuốc có hoạt lực rất mạnh trong 1-2 tuần (tối đa 3 tuần), sau đó chuyển sang thuốc có hoạt lực yếu hơn khi bệnh cải thiện Thuốc có hoạt lực yếu được ưu tiên sử dụng ở mặt và các nếp gấp Thuốc có hoạt lực rất mạnh không sử dụng ở trẻ <1 tuổi Thuốc có hoạt lực trung bình & mạnh hiếm khi gây tác dụng phụ khi sử dụng <3 tháng (ngoại trừ sử dụng trên mặt hay vùng nếp gấp) <ul style="list-style-type: none"> Điều trị gián đoạn thường được ưa chuộng hơn điều trị liên tục kéo dài Thuốc có hoạt lực yếu hiếm khi gây tác dụng không mong muốn <ul style="list-style-type: none"> Điều trị gián đoạn thường được ưa chuộng hơn điều trị liên tục kéo dài đặc biệt nếu điều trị cho vùng da rộng Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm virus, nấm, hay lao da Không nên thoa thuốc trên vùng da rộng kèm băng kín 	
Hoạt lực mạnh				
Amcinonide	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 8-12 giờ		
Beclomethasone dipropionate	Kem 0,025%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
Betamethasone dipropionate	Kem, lotion, thuốc mỡ, dung dịch 0,05% Kem, lotion, thuốc mỡ, dung dịch 0,064%	Thoa 12-24 giờ		
Betamethasone valerate	Kem 0,01% Kem 0,0125% Kem 0,025% Kem 0,05% Kem, lotion, thuốc mỡ, thuốc bôi da đầu, dung dịch 0,1%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
	Kem 0,06%	Thoa mỗi 24 giờ		
Desoximetasone (desoxymetasone)	Gel 0,05% Kem, thuốc mỡ 0,25%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
Diflucortolone valerate	Kem, dầu béo, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 8-24 giờ		
Fluoclorolone acetone	Kem, thuốc mỡ 0,2%	Thoa mỗi 12-24 giờ		
Fluocinolone acetonide	Kem, thuốc mỡ 0,01% Kem, gel, thuốc mỡ, 0,025% Kem 0,2%	Thoa mỗi 8-12 giờ		
	Kem, gel, thuốc mỡ, dung dịch 0,05% Kem 0,1%	Thoa mỗi 6-12 giờ Thoa mỗi 12-24 giờ		
Fluocortolone/fluocortolone caproate	Thuốc mỡ 0,25%/0,25%	Thoa mỗi 12-24 giờ		

¹Trên thị trường có nhiều chế phẩm phối hợp của các corticosteroid khác nhau. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - DÙNG TẠI CHỖ (TIẾP THEO) ¹			
Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Hoạt lực mạnh (Tiếp theo)			
Fluticasone propionate	Thuốc mỡ 0,005% Kem 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Thuốc có hoạt lực càng mạnh thì nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn càng nhiều Tại chỗ: làm mỏng da có hồi phục, làm tình trạng nhiễm trùng nặng hơn, viêm da tiếp xúc, mụn trứng cá ở vị trí thoa thuốc, giảm sắc tố da, khô da, kích ứng da có hồi phục, dẫn mao mạch không hồi phục, rạn da, teo da Toàn thân: hấp thu qua da có thể gây ức chế trục tuyến yên-tuyến thượng thận, chậm tăng trưởng, tăng huyết áp & hội chứng Cushing <ul style="list-style-type: none"> Tăng hấp thu do da mỏng và/hoặc da bị trầy xước, vùng nếp gấp hoặc băng kín Tăng hấp thu xảy ra khi thoa trên vùng da rộng và ở trẻ em Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thoa 1-2 lần/ngày đối với đa số thuốc. Có thể thoa nhiều lần hơn khi điều trị ở lòng bàn tay, lòng bàn chân Thoa cách ngày hay mỗi cuối tuần trong trường hợp điều trị bệnh mạn tính Độ dài của thuốc bóp ra từ tube kem/thuốc mỡ có thể được đo bằng đơn vị đầu ngón tay (FTU) tính từ đầu ngón tay trở của người lớn đến nếp gấp đầu tiên 1 FTU (khoảng 500 mg) đủ để bao phủ 2 lần diện tích bàn tay của người trưởng thành Khuyến cáo sử dụng thuốc có hoạt lực rất mạnh trong 1-2 tuần (tối đa 3 tuần), sau đó chuyển sang thuốc có hoạt lực yếu hơn khi bệnh cải thiện Thuốc có hoạt lực yếu được ưu tiên sử dụng ở mặt và các nếp gấp Thuốc có hoạt lực rất mạnh không sử dụng ở trẻ <1 tuổi Thuốc có hoạt lực trung bình & mạnh hiếm khi gây tác dụng phụ khi sử dụng <3 tháng (ngoại trừ sử dụng trên mặt hay vùng nếp gấp) <ul style="list-style-type: none"> Điều trị gián đoạn thường được ưa chuộng hơn điều trị liên tục kéo dài Thuốc có hoạt lực yếu hiếm khi gây tác dụng phụ <ul style="list-style-type: none"> Điều trị gián đoạn thường được ưa chuộng hơn điều trị liên tục kéo dài đặc biệt nếu điều trị cho vùng da rộng Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm virus, nấm, hay lao da Không nên thoa thuốc trên vùng da rộng kèm băng kín
Halometasone	Kem 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Hydrocortisone aceponate	Kem 0,127%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Methylprednisolone aceponate	Kem, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 24 giờ	
Mometasone furoate	Kem, dầu béo, gel, lotion, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 12-24 giờ Liều tối đa: 15 g	
Prednicarbate	Kem 0,25%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Hoạt lực trung bình			
Alclometasone dipropionate	Kem 0,05%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Clobetasone butyrate	Kem, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 6 giờ	
Desonide	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Flumetasone	Thuốc mỡ 0,02%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Fluprednidene acetate	Kem 0,1%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Hydrocortisone butyrate	Kem, thuốc mỡ, dung dịch 0,1%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Triamcinolone acetonide	Kem 0,02% Kem, lotion, thuốc mỡ, thuốc bôi da đầu 0,1% Kem 0,2% Kem 0,5%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Hoạt lực yếu			
Hydrocortisone	Kem 0,5% Lotion, kem, thuốc mỡ 1% Kem, lotion 2,5%	Thoa mỗi 6-24 giờ	
Prednisolone	Kem 0,5%	Thoa mỗi 8-24 giờ	

¹Trên thị trường có nhiều chế phẩm phối hợp của các corticosteroid khác nhau. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

HÓA TRỊ ĐỘC TẾ BÀO		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Hydroxycarbamide (hydroxyurea)	500 mg, uống mỗi 8-24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (ức chế tủy xương);Tiêu hóa (buồn nôn/nôn); Gan (viêm gan nhẹ không kéo dài); TKTU¹ (choáng váng, buồn ngủ, mất định hướng, ảo giác, co giật, nhức đầu); Ngoài da (tăng sắc tố da, rụng tóc thoáng qua, độc tính viêm mạch dưới da); Tác dụng khác (suy giảm chức năng thận, khó thở, tăng acid uric máu) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân bị ức chế tủy xương nặng, thiếu máu nặng, có thai, đang cho con bú Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thận Không khuyến cáo chủng ngừa bằng vắc-xin virus sống Thường xuyên theo dõi công thức máu kèm số lượng tiểu cầu, acid uric, chức năng gan & thận trước & trong khi điều trị - Ngưỡng độc: Hb <4,5 g/dL, BCTT <2.000 tế bào/mm³, tiểu cầu <80.000/mm³ Ngưng điều trị nếu có nhiễm trùng & nếu không đáp ứng sau 8 tuần trị liệu
Methotrexate	<p>7,5-25 mg, uống/tiêm TM/tiêm bắp một lần/tuần</p> <p>Liều tối đa: 50 mg/tuần</p> <p>hoặc 2,5 mg/liều, uống mỗi 12 giờ x 3 liều/tuần</p> <p>hoặc uống mỗi 8 giờ x 4 liều/1 tuần</p> <p>Có thể tăng dần mỗi 2,5 mg/tuần</p> <p>Liều tối đa: 30 mg/tuần</p> <p>hoặc 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ x 5 ngày sau đó nghỉ ≥2 ngày</p> <p>Liều tối đa: 6,25 mg/ngày</p> <p>hoặc 10-25 mg/tuần, tiêm dưới da</p> <p>Liều tối đa: 25-30 mg/tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (ức chế tủy xương có thể xảy ra đột ngột, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, thiếu máu); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, mất ngon miệng, đau bụng, tiêu chảy); Gan (tổn thương gan cấp & mạn); TKTU¹ (chóng mặt, sốt, co giật); Tác dụng khác (suy thận, hoại tử ống thận, bệnh phổi mô kẽ, phản ứng da có thể gây tử vong như hoại tử biểu bì biểu bì nhiễm độc & hội chứng Stevens-Johnson, kích ứng mắt, rụng tóc, loãng xương, nhiễm độc thần kinh, suy giảm chức năng sinh sản, đau khớp, hoại tử xương và mô mềm) Liều thấp methotrexate gây tiến triển bệnh u lympho ác tính Việc dùng thuốc có thể khiến bệnh nhân bị nhiễm trùng cơ hội Dấu hiệu sớm của nhiễm độc: loét miệng, viêm miệng, tiêu chảy. Nếu xảy ra, cần ngưng điều trị <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân bị bệnh gan do rượu hay bất thường chức năng gan, hoặc ở bệnh nhân suy thận nặng, rối loạn huyết học, hoặc suy giảm miễn dịch Chống chỉ định ở bệnh nhân có thai & đang cho con bú Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân loét dạ dày, viêm loét đại tràng, suy gan hay suy thận Theo dõi công thức máu có đếm tiểu cầu, chức năng gan & thận trước và định kỳ trong khi điều trị Sinh thiết gan trước khi điều trị methotrexate. Sinh thiết gan định kỳ sau mỗi khoảng liều tích lũy 1-1,5 g Ngưng thuốc khi có tiêu chảy, ức chế tủy, viêm miệng hoặc dấu hiệu rối loạn chức năng gan Khi có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, đau họng) cần đi khám bác sĩ ngay Có thể gây thiếu acid folic, nên cân nhắc bổ sung thêm folate

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG UỐNG		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Apremilast	<p><i>Điều chỉnh đến liều khuyến cáo</i></p> <p>Liều khởi đầu: Ngày 1: 10 mg, uống mỗi 24 giờ vào buổi sáng Ngày 2: 10 mg, uống mỗi 12 giờ (sáng & tối) Ngày 3: 10 mg, uống vào buổi sáng & 20 mg uống vào buổi tối Ngày 4: 20 mg, uống mỗi 12 giờ (sáng & tối) Ngày 5: 20 mg, uống vào buổi sáng & 30 mg uống vào buổi tối Liều duy trì (từ ngày 6 trở đi): 30 mg, uống mỗi 12 giờ (sáng & tối)</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (viêm dạ dày-ruột, buồn nôn); TKTU' (đau đầu, đau đầu migraine, đau đầu căng cơ, mất ngủ, trầm cảm, ý nghĩ tự tử); Hô hấp (ho, nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm mũi họng, viêm xoang); Cơ xương (đau khớp, đau lưng); Tác dụng khác (mệt mỏi, tăng huyết áp, giảm thèm ăn, sụt cân, quá mẫn, phát ban) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy thận vừa-nặng, trầm cảm, tiền sử có hành vi/ý nghĩ tự tử, không dung nạp galactose, thiếu hụt Lapp lactase, kém hấp thu glucose-galactose Đo chức năng thận ban đầu & theo dõi cân nặng, dấu hiệu xuất hiện trầm cảm hoặc trầm cảm nặng hơn, ý nghĩ tự tử, thay đổi tâm trạng
Ciclosporin (cyclosporin A, cyclosporine)	<p>Liều khởi đầu: 2,5 mg/kg/ngày, uống chia mỗi 12 giờ, trong 1 tháng Có thể tăng 0,5-1 mg/kg/tháng Liều tối đa: 5 mg/kg/ngày</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (run cơ, nhức đầu); Tim mạch (tăng huyết áp, phù); Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn, khó tiêu, tăng sinh nướu); Chuyển hóa/nội tiết (tăng lipid máu, tăng kali máu), Gan (độc gan); Thận (tăng BUN và creatinine huyết thanh có hồi phục); Tác dụng khác (hội chứng người sói, rụng lông, cảm giác nóng ở tay chân, nhiễm trùng) Ít gặp hơn: nổi ban, thiếu máu, viêm tụy, bệnh lý thần kinh, tăng acid uric máu, dị cảm <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân rối loạn chức năng thận, tăng huyết áp không kiểm soát, nhiễm trùng không kiểm soát, tăng creatinine kéo dài, bệnh ác tính, rối loạn chuyển hóa porphyrin Theo dõi thường xuyên chức năng gan & thận, huyết áp, nồng độ lipid & chất điện giải trong huyết thanh Không nên kết hợp với trị liệu bằng tia UV & tránh tiếp xúc nhiều với nắng mặt trời hay tia UV <ul style="list-style-type: none"> - Có thể tăng nguy cơ bệnh ác tính Ngưng điều trị nếu không đáp ứng đầy đủ sau 6 tuần dùng liều tối đa Không chủng ngừa bằng vắc-xin virus sống trong khi điều trị Trên thị trường có rất nhiều dạng thuốc uống có sinh khả dụng khác nhau; cần thận trọng khi chuyển từ sản phẩm này sang sản phẩm khác

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Dimethyl fumarate	<p>Tuần 1: 30 mg, uống mỗi 24 giờ</p> <p>Tuần 2: 30 mg, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Tuần 3: 30 mg, uống mỗi 8 giờ</p> <p>Tuần 4: 120 mg, uống mỗi 24 giờ</p> <p>Tuần 5: 120 mg, uống mỗi 12 giờ</p> <p>Tuần 6: 120 mg, uống mỗi 8 giờ</p> <p>Tuần 7: 120 mg, uống vào buổi sáng & trưa, 240 mg, uống vào buổi tối</p> <p>Tuần 8: 240 mg, uống vào buổi sáng, 120 mg, uống vào buổi trưa, 240 mg, uống vào buổi tối</p> <p>Tuần 9 trở đi: 240 mg, uống mỗi 8 giờ</p> <p>Liều tối đa: 720 mg/ngày</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Huyết học (giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho); Tiêu hóa (tiêu chảy, chướng bụng, đau bụng, buồn nôn/nôn, khó tiêu, táo bón, khó chịu ở bụng, đầy hơi); Thận (đạm niệu, keto niệu, albumin niệu); Tác dụng khác (phù mạch, phản vệ, nhiễm trùng cơ hội, tổn thương gan) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân suy gan & thận nặng Dùng thận trọng ở bệnh nhân rối loạn tiêu hóa nặng, nhiễm trùng nghiêm trọng, trong thời gian mang thai & cho con bú Theo dõi công thức máu (bao gồm số lượng bạch cầu), chức năng gan & thận trước khi bắt đầu điều trị & định kỳ trong khi điều trị Theo dõi dấu hiệu & triệu chứng của nhiễm trùng & quá mẫn Có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc
Acid mycophenolic (mycophenolate mofetil)	2-3 g, uống mỗi 24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tim mạch (tăng huyết áp, rối loạn điện giải, rối loạn lipid máu); Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hóa); Gan (viêm tụy, viêm gan); Huyết học (giảm bạch cầu, thiếu máu, giảm tiểu cầu); TKTU (sốt, đau, nhức đầu, mất ngủ, choáng váng, run cơ); Tác dụng khác (suy nhược, hoại tử ống thận, tiểu máu, ho, tăng đường huyết, khó thở, mụn trứng cá, phát ban, rụng tóc, quá mẫn) Đã ghi nhận có tăng nguy cơ các tình trạng sau: nhiễm trùng, bao gồm hoạt hóa tình trạng nhiễm virus tiềm ẩn, tiến triển u lympho & ung thư da <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân có thai, cho con bú & ở bệnh nhân có hội chứng Kelley-Seegmiller hay hội chứng Lesch-Nyhan Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân suy thận, loét dạ dày đang hoạt động Theo dõi công thức máu, chức năng gan & thận Tránh hít hoặc tiếp xúc trực tiếp với da hay niêm mạc Tránh tiếp xúc quá nhiều với nắng mặt trời hay tia UV - Có thể tăng nguy cơ bệnh ác tính Không chủng ngừa bằng vắc-xin virus sống trong khi điều trị

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG TIÊM		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Adalimumab (adalimumab-adbm, adalimumab-afzb, adalimumab-atto)	Khởi đầu: 80 mg, tiêm dưới da sau đó dùng liều 40 mg, tiêm dưới da cách tuần, bắt đầu 1 tuần sau liều khởi đầu	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • TKTU¹ (nhức đầu, choáng váng); Tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, viêm thực quản); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm xoang, ho, viêm hầu họng); Tim mạch (tăng huyết áp, đau ngực), Nội tiết (tăng lipid máu, tăng cholesterol máu, tăng phosphatase kiềm, rong kinh); Tác dụng khác (tăng men gan, ANA và kháng thể kháng chuỗi kép ADN dương tính, phản ứng tại vị trí tiêm, đẹn niệu, tiểu máu, phát ban da) • Nhiễm trùng nghiêm trọng & có thể gây tử vong (như nhiễm vi khuẩn, lao, virus, nấm) đã được báo cáo. Trường hợp tái hoạt lao tiềm ẩn & nhiễm mới cũng được ghi nhận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm trùng nặng (nhiễm trùng huyết, nhiễm lao, nhiễm trùng cơ hội), suy tim trung bình-nặng • Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân bị loạn sản máu, suy tim, tiền sử nhiễm trùng mới/tái phát, có bệnh lý dẫn đến dễ bị nhiễm trùng, rối loạn thoái hóa myelin của hệ thần kinh trung ương • Theo dõi dấu hiệu và triệu chứng của bệnh ác tính (như gan to, lách to, đau bụng, sốt kéo dài, đỏ mắt, sưng mắt, sụt cân) • Khuyến cáo tầm soát viêm gan và lao trước khi điều trị • Cần nhắc lại việc tiếp tục điều trị ở bệnh nhân không đáp ứng sau 16 tuần
Brodalumab	210 mg, tiêm dưới da ở tuần 0, 1, & 2, sau đó dùng liều 210 mg, tiêm dưới da mỗi 2 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm mũi họng); Tác dụng khác (đau đầu, đau khớp, ngứa, mệt mỏi, nhiễm candida ở miệng) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm trùng nặng & bệnh lao hoạt động • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh Crohn hoạt động, trầm cảm, ở trạng thái trầm cảm, hoặc tiền sử có ý nghĩ tự tử hoặc cố gắng tự tử, bệnh nhân lớn tuổi • Tránh dùng đồng thời với vắc-xin sống, thuốc sinh học khác, thuốc ức chế miễn dịch hoặc quang trị liệu • Theo dõi dấu hiệu & triệu chứng của nhiễm trùng & bệnh ác tính
Certolizumab pegol	400 mg, tiêm dưới da (chia làm 2 liều, mỗi liều 200 mg) mỗi 2 tuần ≤90 kg: Liều khởi đầu 400 mg, tiêm dưới da (chia làm 2 liều, mỗi liều 200 mg) vào tuần điều trị thứ 0, 2 & 4 sau đó giảm còn 200 mg, tiêm dưới da mỗi 2 tuần, bắt đầu từ tuần điều trị thứ 6 Liều duy trì: 200 mg, tiêm dưới da mỗi 2 tuần hoặc 400 mg, tiêm dưới da mỗi 2 tuần ở bệnh nhân không đáp ứng đủ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Tiêu hóa (buồn nôn); Miễn dịch (tạo kháng thể kháng nhân); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên); Tác dụng khác (nhiễm trùng nghiêm trọng, suy tim, bệnh lý ác tính) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Chống chỉ định ở bệnh nhân nhi, bệnh nhân nhiễm trùng nặng, bệnh lao hoạt động, suy tim trung bình-nặng (độ III/IV theo NYHA) • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử bệnh ung thư, đang có hoặc tiền sử có rối loạn huyết học nặng, đã có hoặc mới khởi phát rối loạn thoái hóa myelin thần kinh trung ương hoặc ngoại biên, người lớn tuổi • Tránh dùng đồng thời với vắc-xin sống • Tầm soát viêm gan & bệnh lao trước khi điều trị • Theo dõi dấu hiệu & triệu chứng của nhiễm trùng & bệnh ác tính; ngưng dùng certolizumab nếu bệnh nhân xuất hiện nhiễm trùng máu hoặc nhiễm trùng nghiêm trọng

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG TIÊM (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Efalizumab	0,7 mg/kg, tiêm dưới da 1 liều đơn Sau đó dùng liều 1 mg/kg, tiêm dưới da mỗi tuần trong 12 tuần Liều tối đa: 200 mg/liều	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Triệu chứng nhẹ xuất hiện trong 1-2 lần tiêm đầu tiên (nhức đầu, ớn lạnh, buồn nôn, sốt, đau cơ); Huyết học (giảm tiểu cầu); Tác dụng khác (mụn trứng cá, đau lưng, tăng phosphatase kiềm & men gan) Đã có báo cáo trường hợp bệnh vảy nến bị nặng thêm trong và sau khi điều trị Nhiễm trùng cấp tính nghiêm trọng cũng được ghi nhận & có nguy cơ mắc bệnh ác tính Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân có nhiễm trùng nghiêm trọng Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh ác tính cao hay có tiền sử mắc bệnh ác tính, bệnh nhân bị nhiễm trùng mạn tính hay có tiền sử nhiễm trùng tái phát Đếm tiểu cầu trước và định kỳ trong khi điều trị
Etanercept (etanercept-szszs)	Liều khởi đầu: 25 mg, tiêm dưới da, 2 lần/tuần, hay 50 mg, tiêm dưới da 2 lần/tuần trong 3 tháng, mỗi lần tiêm cách nhau 3-4 ngày sau đó giảm đến liều 25 mg, tiêm dưới da 2 lần/tuần, hoặc 50 mg, tiêm dưới da mỗi tuần Tiếp tục điều trị cho đến khi lui bệnh trong 24 tuần, ngưng điều trị nếu không đáp ứng sau 12 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Liên quan đến tăng nguy cơ mắc ung thư lympho tế bào T gan-lách ở thanh thiếu niên & người trẻ tuổi, tăng nguy cơ bị ung thư máu ở bệnh nhân tất cả độ tuổi TKTU¹ (nhức đầu, chóng mặt); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm mũi); Tiêu hóa (đau bụng, nôn/buồn nôn); Tác dụng khác (phản ứng tại vị trí tiêm, đỏ da, sưng) Phản ứng dị ứng có thể xảy ra; hiếm khi bị rối loạn tự miễn Nhiễm trùng nghiêm trọng & có thể gây tử vong (như nhiễm vi khuẩn, lao, virus, nấm) đã được báo cáo - Trường hợp tái hoạt lao tiềm ẩn & nhiễm mới cũng được ghi nhận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân đang mắc hoặc có nguy cơ nhiễm trùng huyết Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân có vấn đề về huyết học, suy tim, tiền sử nhiễm trùng tái phát, có bệnh lý dễ dẫn đến nhiễm trùng, viêm gan do rượu, rối loạn thoái hóa myelin của hệ thần kinh trung ương Nên hoàn tất tiêm chủng trước khi điều trị Không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy gan & suy thận Theo dõi dấu hiệu & triệu chứng của bệnh ác tính Ngưng điều trị sau 12 tuần ở những bệnh nhân không đáp ứng
Guselkumab	100 mg tiêm dưới da ở tuần 0 & 4, sau đó dùng liều duy trì mỗi 8 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (viêm dạ dày ruột, tiêu chảy); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên); Tác dụng khác (nhiễm herpes simplex & nhiễm nấm da, đau đầu, mày đay, đau khớp, đỏ tại vị trí tiêm) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân đang có nhiễm trùng trên lâm sàng (như: Bệnh lao hoạt động) Dùng thận trọng ở người ≥65 tuổi, trẻ em & thiếu niên ≤18 tuổi, trong thời gian mang thai & cho con bú Tránh dùng đồng thời với vắc-xin sống, thuốc sinh học, thuốc ức chế miễn dịch khác hoặc quang trị liệu Tầm soát bệnh lao trước khi bắt đầu điều trị; theo dõi dấu hiệu & triệu chứng bệnh lao hoạt động Nên hoàn tất tiêm chủng trước khi bắt đầu điều trị

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG TIÊM (TIẾP THEO)		
Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Infliximab (infliximab-abda, infliximab-dyyb)	5 mg/kg truyền TM trong 2 giờ tại tuần 0, 2 & 6, sau đó là mỗi 8 tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Liên quan đến tăng nguy cơ mắc ung thư lympho tế bào T gan-lách ở thanh thiếu niên & người trẻ tuổi, tăng nguy cơ bị ung thư máu ở bệnh nhân tất cả độ tuổi TKTU[*] (nhức đầu, choáng váng); Tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, viêm thực quản); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm xoang, ho, viêm hầu họng); Tim mạch (tăng huyết áp, đau ngực); Tác dụng khác (tăng lipid máu, tăng cholesterol máu, tăng men gan, ANA và kháng thể kháng chuỗi kép ADN dương tính, phản ứng tại vị trí tiêm, đạm niệu, tiểu máu, tăng phosphatase kiềm, rong kinh) Nhiễm trùng nghiêm trọng & có thể gây tử vong (như nhiễm vi khuẩn, lao, virus, nấm), tái hoạt lao tiềm ẩn & nhiễm mới đã được ghi nhận <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Cần nhắc trước đó dùng thuốc kháng histamin và/hoặc corticosteroid để tránh phản ứng liên quan đến việc truyền thuốc Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm trùng nặng (nhiễm trùng huyết, nhiễm lao, nhiễm trùng cơ hội), suy tim độ III/IV theo NYHA Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân bị loạn sản máu, suy tim, tiền sử nhiễm trùng mới/tái phát, có bệnh lý dễ dẫn đến nhiễm trùng, rối loạn thoái hóa myelin của hệ TKTU[*] Theo dõi dấu hiệu và triệu chứng của bệnh ác tính Khuyến cáo tầm soát viêm gan và lao trước khi điều trị
Ixekizumab	160 mg tiêm dưới da (chia thành 2 liều 80 mg) vào tuần 0, sau đó tiêm dưới da 80 mg vào tuần 2, 4, 6, 8, 10 & 12, sau đó dùng liều duy trì 80 mg tiêm dưới da mỗi 4 tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiễm trùng (nhiễm trùng đường hô hấp trên, nhiễm nấm da, nhiễm candida miệng, viêm kết mạc); Phản ứng quá mẫn (phù mạch, mày đay); Tiêu hóa (bệnh Crohn, viêm loét đại tràng, buồn nôn) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân đang có nhiễm trùng Dùng thận trọng ở bệnh nhân nhiễm trùng, quá mẫn, viêm ruột Không nên dùng với vắc-xin sống
Risankizumab (risankizumab-rzaa)	150 mg tiêm dưới da (2 lần tiêm dưới da 75 mg) ở tuần 0 & 4, sau đó dùng mỗi 12 tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU[*] (đau đầu); Ngoài da (viêm nang lông, phản ứng tại vị trí tiêm); Tác dụng khác (nhiễm trùng đường hô hấp trên, mày đay, mệt mỏi, suy nhược, nhiễm nấm da) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tầm soát lao trước khi bắt đầu điều trị Tránh dùng ở bệnh nhân đang bị nhiễm trùng có biểu hiện trên lâm sàng Phải hoàn tất tiêm chủng trước khi bắt đầu điều trị
Secukinumab	300 mg tiêm dưới da (2 lần tiêm dưới da 150 mg) ở tuần 0, 1, 2, 3 & 4 sau đó dùng liều duy trì mỗi tháng bắt đầu từ tuần thứ 4	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (herpes miệng, tiêu chảy, viêm ruột); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, chảy nước mũi, Tác dụng khác (mày đay, nhiễm Candida niêm mạc, giảm bạch cầu trung tính) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân đang bị nhiễm trùng Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân nhiễm trùng đường hô hấp trên nhẹ-trung bình, nhiễm nấm candida da niêm không nghiêm trọng, nhiễm trùng mạn tính, hay tiền sử nhiễm trùng tái phát, bệnh Crohn, nhạy cảm với cao su, phụ nữ có khả năng mang thai Không đồng thời chủng ngừa bằng vắc-xin sống

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG TIÊM (TIẾP THEO)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Tildrakizumab	100 mg tiêm dưới da vào tuần 0 & 4, sau đó dùng liều duy trì mỗi 12 tuần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên); Tiêu hóa (tiêu chảy); Miễn dịch (tạo kháng thể); Tác dụng khác (nhiễm trùng, phản ứng tại vị trí tiêm) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân đang có nhiễm trùng trên lâm sàng (như bệnh lao) Tránh dùng đồng thời với vắc-xin sống Nên hoàn tất tiêm chủng trước khi bắt đầu điều trị Tầm soát lao tiềm ẩn trước khi bắt đầu điều trị Theo dõi dấu hiệu & triệu chứng nhiễm trùng kể cả bệnh lao hoạt động; ngưng dùng nếu xảy ra nhiễm trùng máu hoặc nhiễm trùng nghiêm trọng
Ustekinumab	45 mg tiêm dưới da tại tuần 0 & 4, sau đó tiêm mỗi 12 tuần hoặc Bệnh nhân >100 kg: có thể sử dụng 90 mg	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiễm trùng không thường gặp nhưng nghiêm trọng (như vi khuẩn, nấm, virus); TKTU' (nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi); Tác dụng khác (đau lưng, nổi ban, mày đay, hình thành kháng thể, phản ứng tại vị trí tiêm) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân đang có nhiễm trùng nghiêm trọng Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân có nguy cơ ung thư cao hay có tiền sử ung thư, bệnh nhân bị nhiễm trùng mạn tính hay có tiền sử nhiễm trùng tái phát, bệnh nhân suy gan hoặc suy thận Nên hoàn tất tiêm chủng trước khi bắt đầu điều trị Nên cân nhắc ngưng điều trị ở bệnh nhân không có đáp ứng sau tối đa 28 tuần điều trị Tầm soát lao trước khi điều trị

THUỐC ĐIỀU TRỊ VẢY NÉN, TĂNG TIẾT BÃ NHỜN & BỆNH VẢY CÁ (ĐƯỜNG UỐNG)

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Psoralen		
Methoxsalen	10-70 mg, uống 1,5-2 giờ trước khi chiếu UVA Thường uống 2-3 lần/tuần (≥48 giờ giữa các lần điều trị) tùy thuộc vào lịch trình điều trị bằng UVA	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn); TKTU' (mắt ngủ, hồi hộp, trầm cảm) Khi kết hợp với UVA: Da (ngứa, đỏ da nhẹ thoáng qua, mụn trứng cá, đau da nặng, lão hóa sớm, rụng lông & thay đổi sắc tố da); TKTU' (nhức đầu, choáng váng); Tác dụng khác (phù, ly móng) Nóng rát da nặng do vô ý tiếp xúc ánh sáng mặt trời/tia UV sau điều trị Tăng nguy cơ u ác tính <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân không có thủy tinh thể, bị u sắc tố, ung thư biểu mô tế bào vảy xâm lấn, các bệnh liên quan với nhạy cảm ánh sáng (như rối loạn chuyển hóa porphyrin) Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân suy gan, bệnh tim mạch Bảo vệ mắt và cơ quan sinh dục trong khi điều trị Tránh ánh sáng mặt trời >8 giờ sau khi uống methoxsalen và nên mang kính chống tia UVA trong 24 giờ sau khi dùng thuốc Tránh tiếp xúc quá mức với ánh sáng mặt trời 24 giờ trước và 48 giờ sau liệu pháp điều trị PUVA Bệnh nhân cần khám mắt (trước khi điều trị & mỗi năm) & khám định kỳ để phát hiện dấu hiệu của những tổn thương ác tính hay tiền ác tính trên da

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ĐIỀU TRỊ VẢY NÉN, TĂNG TIẾT BÃ NHỜN & BỆNH VẢY CÁ (ĐƯỜNG UỐNG) (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Retinoid tác dụng toàn thân		
Acitretin	<p>Liều khởi đầu: 25-30 mg/ngày, uống trong 2-4 tuần</p> <p>Chính liều tùy theo đáp ứng của bệnh nhân và tác dụng không mong muốn</p> <p>Liều duy trì: 25-50 mg/ngày, uống trong 6-8 tuần</p> <p>Liều tối đa: 75 mg/ngày</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Thường liên quan đến liều & hồi phục khi ngưng thuốc: Ngoài da (viêm môi, khô da niêm, đóng vảy, hồng ban, teo da, ngứa, rụng tóc, nhạy cảm ánh sáng); Mắt (rối loạn thị giác); Tiêu hóa (khô miệng); Gan (tăng men gan, viêm tụy); TKTU (tăng cảm giác, nhức đầu, trầm cảm, có ý định tự tử); Chuyển hóa/nội tiết (tăng triglyceride máu, tăng cholesterol máu, tăng đường huyết, tăng acid uric huyết); Thần kinh cơ & xương khớp (đau khớp, tăng sinh xương cột sống); Tác dụng khác (chảy máu cam, viêm mũi, tiểu máu) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân rối loạn chức năng gan hay thận nặng, tăng lipid máu mạn tính Bệnh nhân không nên hiến máu trong khi điều trị hoặc trong 3 năm sau khi ngưng điều trị; cũng nên kiêng bia rượu và các sản phẩm có chứa cồn trong khi điều trị & trong 2 tháng sau khi ngưng điều trị Tránh tiếp xúc quá mức với ánh sáng mặt trời hay tia UV Theo dõi công thức máu, BUN, creatinine, chức năng gan, lipid trước khi điều trị, sau điều trị 1 tháng & khi cần Theo dõi đường huyết trong khi điều trị

THUỐC ĐIỀU TRỊ VẢY NÉN, TĂNG TIẾT BÃ NHỜN & BỆNH VẢY CÁ (DÙNG TẠI CHỖ)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Hắc ín ¹	Lotion 0,5%, 1,5% Gel 0,5%, 2% Thuốc mỡ, bột xit 2% Dung dịch bôi da 2,3% Nhũ tương 5% Kem 6%	<p>Thoa mỗi 6-24 giờ (gel, thuốc mỡ, bột xit, lotion)</p> <p>Thoa mỗi 8-12 giờ (nhũ tương)</p> <p>Thoa mỗi 12-24 giờ (kem, dung dịch)</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Kích ứng da, phát ban da dạng mụn, nhạy cảm ánh sáng <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Không bôi lên vùng da bị viêm hoặc nứt, bộ phận sinh dục hoặc trực tràng Tránh dùng cho bệnh nhân có đợt cấp vảy nến Sử dụng thận trọng trên mặt, gần mắt và niêm mạc Nếu đang điều trị bằng liệu pháp Goeckerman, tất cả các chế phẩm nhựa than đá phải được loại bỏ khỏi da trước khi tiếp xúc với bức xạ
Thuốc điều trị vảy nến khác, dùng tại chỗ			
Calcipotriol (calcipotriene)	Kem, gel, thuốc mỡ 50 mcg/g Dung dịch bôi da đầu 50 mcg/mL	<p>Thoa mỗi 12-24 giờ (thuốc mỡ & gel)</p> <p>Thoa mỗi 12 giờ (kem và dung dịch bôi da đầu)</p> <p>Liều tối đa đối với kem, gel, thuốc mỡ: 15 g/ngày hoặc 100 g/tuần</p> <p>Liều tối đa đối với dung dịch bôi da đầu: 60 mL/tuần</p> <p>Vùng điều trị tối đa: 30% diện tích da</p> <p>Thời gian điều trị khuyến cáo: 4 tuần</p>	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Kích thích tại chỗ thoáng qua, đỏ da, đóng vảy, hiếm gặp viêm da mặt Có thể gây tăng calci máu nếu điều trị vượt quá liều tối đa <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân nhiễm vi khuẩn, virus, nấm ở da Thoa 2 giờ trước hoặc sau khi chiếu UV Có thể điều trị duy trì với số lần thoa thuốc ít hơn Không nên sử dụng trên mặt

¹Trên thị trường có sẵn một số dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ĐIỀU TRỊ VẢY NÉN, TĂNG TIẾT BÃ NHỜN & BỆNH VẢY CÁ (DÙNG TẠI CHỖ) (TIẾP THEO)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc điều trị vảy nến khác, dùng tại chỗ (tt)			
Calcipotriol/ betamethasone dipropionate	Thuốc mỡ, gel, bọt xịt 50 mcg/ 500 mcg	Thoa mỗi 24 giờ Liều tối đa: 15 g/ngày hoặc 100 g/tuần Vùng điều trị tối đa: 30% diện tích da Thời gian điều trị khuyến cáo: Thuốc mỡ: 4 tuần; gel: 8 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ngứa, viêm da, đỏ da, làm vảy nến nặng hơn Thuốc mỡ: kích ứng tại chỗ thoáng qua Gel: Cảm giác bong rít da, đau hoặc kích ứng da, viêm nang lông, mụn trứng cá, khô da, phát ban & kích ứng mắt Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh bôi trên mặt, miệng, mắt & vùng sinh dục, vùng da rộng hoặc trên niêm mạc Tránh dùng đồng thời với các steroid khác Có thể xảy ra tăng calci máu khi quá liều Ngưng dùng nếu nhiễm trùng nặng hơn
Calcitriol	Thuốc mỡ 3 mcg/g	Thoa mỗi 12 giờ Liều tối đa: 30 g/ngày lên đến 35% diện tích da	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Nhạy cảm hoặc kích ứng da Tăng calci máu có thể xảy ra Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân tăng calci máu, hoặc rối loạn chuyển hóa calci, suy thận hoặc gan/mật, hoặc đang điều trị toàn thân bệnh thiếu hụt calci Không được đánh giá để sử dụng cho những bệnh nhân bị ban đỏ da, tróc vảy hoặc vảy nến mụn mủ
Tazarotene ¹	Kem 0,05% Gel, kem 0,1%	Thoa 1 lớp mỏng trên vùng da bị tổn thương mỗi 24 giờ, vào buổi tối	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ngứa, nóng, châm chích, lột da, đỏ da, phù, biến màu, nứt da, phát ban, viêm da tiếp xúc, khô da, nhạy cảm ánh sáng, xuất huyết Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh tiếp xúc quá mức với ánh sáng mặt trời hay tia UV Chống chỉ định với phụ nữ có thai, cho con bú, phụ nữ có khả năng mang thai mà không thể dùng phương pháp tránh thai Tránh tiếp xúc với mắt, miệng, niêm mạc, vùng da bị chàm, trầy xước hay da bị cháy nắng Chưa thiết lập độ an toàn và hiệu quả của gel khi dùng >20% diện tích da

¹Trên thị trường có sản phẩm kết hợp tazarotene và corticosteroid. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ĐIỀU TRỊ VẢY NÉN, TĂNG TIẾT BÃ NHỜN & BỆNH VẢY CÁ (DÙNG TẠI CHỖ) (TIẾP THEO)			
Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Dẫn xuất của anthracene dùng tại chỗ			
Dithranol ¹ (anthralin)	Kem 0,02%	Thoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Nóng rát da, kích ứng da đặc biệt ở quanh vùng da có thương tổn; đổi màu da & tóc <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân viêm da hoặc quá mẫn với thuốc Thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân có bệnh thận, khi sử dụng nhiều & kéo dài Tránh sử dụng trên mặt, nếp gấp da, đùi trong, cánh tay, vú & cơ quan sinh dục Tránh tiếp xúc với mắt & niêm mạc Khuyến bệnh nhân sử dụng tấm bông hay bao tay để thoa thuốc dạng kem/thuốc mỡ

¹Trên thị trường có sản phẩm kết hợp dithranol với thuốc tiêu sừng. Vui lòng xem công thức bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

THUỐC ĐIỀU TRỊ MỤN CỐC VÀ CHAI DA ²			
Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Acid salicylic	Kem, lotion, thuốc mỡ, dầu gội 2-11,8%	Thoa mỗi 6-24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng kéo dài trên vùng da rộng có thể gây ngộ độc salicylate Kích ứng tại chỗ khi tiếp xúc với da thường, nhạy cảm, khô da quá mức <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở vùng da bị trầy xước, mắt, miệng, niêm mạc & vùng hậu môn sinh dục
Sulfur	Thuốc mỡ 10%	Thoa mỗi 12-24 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Kích ứng da & viêm da <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh tiếp xúc với mắt, miệng & niêm mạc
Urea	Kem, lotion 10% Kem 20%	Thoa mỗi 8-12 giờ	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> Có thể gây kích ứng đối với da nhạy cảm <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh tiếp xúc với mắt Chống chỉ định với da bị nhiễm virus

²Trên thị trường có sản phẩm điều trị mụn cóc và chai da kết hợp một số thuốc khác. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

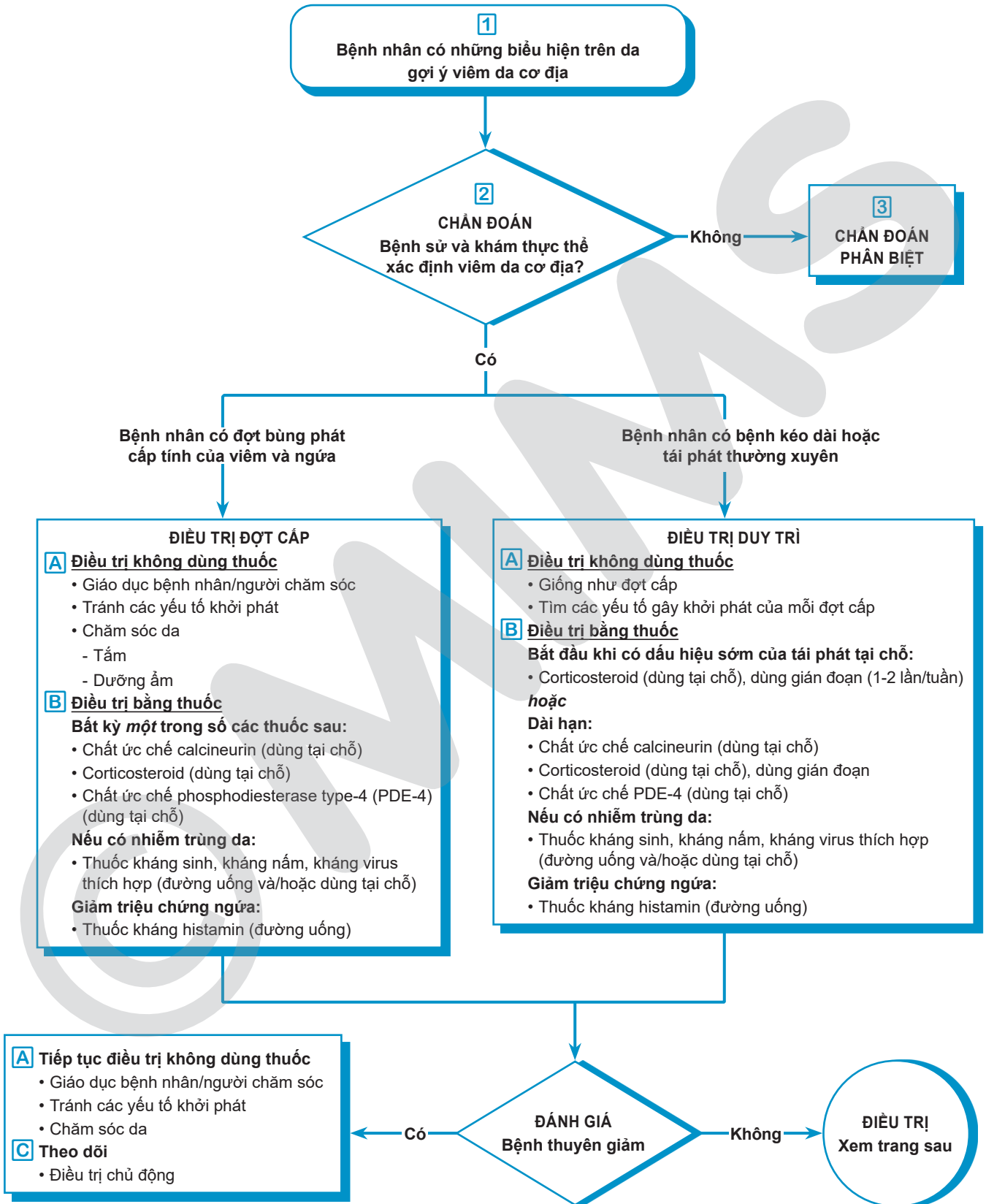
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Viêm Da Cơ Địa (1/20)



Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

ĐIỀU TRỊ VIÊM DA CƠ ĐỊA NẶNG KHÁNG TRỊ

- Nên khám chuyên khoa
- Liệu pháp tâm lý/sử dụng thuốc điều trị tâm lý có thể kết hợp với các liệu pháp dưới đây

A Điều trị không dùng thuốc

- Tiếp tục như trang trước
- Liệu pháp băng ẩm
- Quang trị liệu

B Điều trị bằng thuốc

- Corticosteroid hoạt lực mạnh (dùng tại chỗ)
- Corticosteroid toàn thân
- Thuốc ức chế miễn dịch
- Liệu pháp sinh học
- Retinoid
- Nếu có nhiễm trùng da:
 - Thuốc kháng sinh, kháng nấm, kháng virus thích hợp (đường uống và/hoặc dùng tại chỗ)

C Theo dõi

- Điều trị chủ động

1 VIÊM DA CƠ ĐỊA

- Là bệnh viêm da tái phát mạn tính, có yếu tố gia đình, có đặc điểm là ngứa nhiều, da khô, kèm viêm & xuất tiết, thường gặp trong những năm đầu đời của trẻ và lúc còn nhỏ, nhưng có thể kéo dài hay bắt đầu ở giai đoạn trưởng thành
- Còn gọi là chàm thể tạng, chàm hoặc viêm da thần kinh
- Là một trong những bệnh về da thường gặp nhất, ảnh hưởng đến cả trẻ em và người lớn
- Tỷ lệ lưu hành là 2-10% ở thanh thiếu niên & lên đến 20% ở trẻ em
- Ước tính xảy ra ở 2-5% người lớn
- Nguyên nhân thường gặp bao gồm các chất gây dị ứng như thức ăn, xà phòng, chất tẩy rửa, hít phải chất gây dị ứng & nhiễm trùng da

Đặc điểm sinh lý bệnh

- Di truyền (80% ở trẻ sinh đôi cùng trứng, 20% ở trẻ sinh đôi khác trứng)
- Tăng sản xuất IgE ở một số người
- Có khiếm khuyết di truyền mất chức năng của gen mã hóa filaggrin (FLG) làm tăng nguy cơ bị viêm da cơ địa
 - Protein FLG được phân giải tại lớp ngoài cùng của tế bào sừng để tạo thành yếu tố giữ ẩm tự nhiên của da (NMF)
- Thiếu hàng rào bảo vệ ở da & suy giảm khả năng duy trì độ ẩm gây khô da do bất thường trong quá trình chuyển hóa lipid & tạo protein, do đó các chất gây dị ứng, dị ứng nguyên & hóa chất từ môi trường có thể đi vào bên trong da
- Dễ bị nhiễm trùng do *Staphylococcus aureus/epidermidis* & *Malassezia furfur* thông qua sự cư trú bất thường của vi sinh vật
 - Giảm tính đa dạng của hệ vi sinh vật ở da thứ phát do sự cư trú của *S. aureus* có liên quan đáng kể với các đợt bùng phát viêm da cơ địa

2 CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán dựa vào bệnh sử, dấu hiệu trên da & thăm khám thực thể
- Xác định tác nhân làm khởi phát bệnh
 - Ví dụ: Dị ứng nguyên trong không khí, thức ăn, nhiễm trùng, hóa chất gây kích ứng, cảm xúc căng thẳng, nhiệt độ quá nóng hoặc quá lạnh

Tiêu chuẩn chẩn đoán (Dựa trên tiêu chuẩn của Hanifin 1991)**Tiêu chuẩn chính (phải có ≥3 yếu tố)**

- Ngứa
- Vị trí và hình thái thương tổn điển hình
 - Xuất hiện ở mặt và vùng duỗi ở trẻ sơ sinh & trẻ em
 - Lichen hóa vùng nếp gấp & dày da ở người lớn
- Viêm da - mạn tính hoặc tái phát mạn tính
- Tiền sử dị ứng của bản thân hoặc gia đình: hen, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Tiêu chuẩn chẩn đoán (Dựa trên tiêu chuẩn của Hanifin 1991) (Tiếp theo)****Tiêu chuẩn phụ/ít đặc trưng (phải có 3 trong số 23 tiêu chuẩn)**

- Viêm môi
- Viêm da ở bàn tay/bàn chân
- Bệnh vảy cá, dày chỉ lòng bàn tay, dày sừng nang lông
- Chàm núm vú
- Vết nứt quanh tai
- Dày sừng quanh nang lông
- Khô da
- Viêm kết mạc tái phát
- Giác mạc hình chớp
- Đục thủy tinh thể dưới bao trước
- Vảy phấn trắng
- Chứng da vẽ nổi trắng
- Nếp gấp dưới hốc mắt Dennie-Morgan
- Da mặt xanh xao & ban đỏ trên mặt
- Nếp gấp cổ trước
- Ngứa khi đổ mồ hôi
- Không dung nạp với len & dung dịch chứa chất béo
- Không dung nạp thực phẩm
- Việc điều trị ảnh hưởng bởi các yếu tố môi trường/cảm xúc
- Vòng đen quanh hốc mắt
- Phản ứng IgE (xét nghiệm xác định nồng độ IgE tăng, xét nghiệm hấp thụ dị ứng phóng xạ, hoặc xét nghiệm lấy da)
- Tăng nồng độ IgE huyết thanh
- Nhiễm trùng da (*Staphylococcus aureus*, herpes simplex)

Dấu hiệu & triệu chứng

- Theo một khảo sát quốc tế trên website từ 34 nước, đau là dấu hiệu thường gặp thứ 2 của viêm da cơ địa sau dấu hiệu ngứa
- Liên quan đến trầy xước, nứt da, da viêm đỏ hoặc từ vết phỏng do thuốc sử dụng tại chỗ (như steroid)

Trẻ <2 tuổi

- Dấu hiệu viêm thường xuất hiện trong 3 tháng đầu đời
- Bệnh nhân thường bị khô da
 - Sang thương (mụn đỏ rỉ dịch, đóng vảy cứng & bong vảy) thường xuất hiện trên vùng má và/hoặc cằm
 - Liếm môi có thể làm cho môi và vùng da quanh miệng bong vảy, chảy dịch và đóng vảy cứng, cuối cùng dẫn đến nhiễm trùng thứ phát
- Tiếp tục gãi hoặc rửa sẽ gây bong vảy, chảy dịch, tạo những mảng đỏ trên má
 - Trẻ có thể bị bồn chồn hoặc kích động trong khi ngứa
- Một số ít trẻ sơ sinh có thể bị phát ban toàn thân
 - Sẩn, đỏ da & bong vảy
 - Thường không bị ở vùng mang tã

Trẻ 2-12 tuổi

- Viêm ở những vùng nếp gấp của da (như cổ, cổ tay, cổ chân, hõ trước xương trụ)
- Phát ban có thể xuất hiện ở 1 hoặc 2 vùng
 - Có thể tiến triển và lan ra các vùng khác (như cổ, hõ trước xương trụ & hõ khuỷu, cổ tay, cổ chân)
- Sẩn đỏ chuyển nhanh thành mảng sau đó lichen hóa khi gãi
- Gãi & viêm mạn tính có thể làm cho vùng da giảm hoặc tăng sắc tố

13 tuổi - Người lớn

- Tình trạng viêm xuất hiện trở lại gần giai đoạn bắt đầu dậy thì
- Các nốt ban thường phát triển ở phần trên của cơ thể bao gồm mặt, cổ, ngực và lưng, có thêm ở vùng da mặt và cổ, & ngứa trên thân và tứ chi
 - Trong những trường hợp nặng, bệnh đỏ da toàn thân hiếm gặp có thể xảy ra do phát ban lan rộng khắp cơ thể
- Người lớn không có tiền sử viêm da trong những năm đầu đời thường ít khởi phát viêm da mới
- Kiểu viêm da tương tự như ở trẻ từ 2-12 tuổi, có thêm sang thương ở gáy & bàn tay
- Viêm da bàn tay có thể xảy ra ở người lớn do tiếp xúc với các hóa chất gây kích ứng
- Khô da, sẩn & mảng đỏ, bong vảy, lichen hóa

Xét nghiệm

- Có thể cần đo nồng độ IgE huyết thanh để kiểm tra sự hiện diện của bệnh dị ứng
 - Nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh cao (≥ 500 IU/mL) có thể chỉ điểm tình trạng viêm da cơ địa
 - Các xét nghiệm kháng thể IgE đặc hiệu trong huyết thanh và test lấy da có thể dùng để xác định tính nhạy cảm
- Số lượng bạch cầu ái toan ngoại vi, nồng độ lactate dehydrogenase (LDH) & nồng độ thymus và chemokine hoạt hóa được điều hòa (TARC) trong huyết thanh có thể dùng làm chỉ dấu cho tiến triển của bệnh
 - Sự gia tăng LDH có thể chỉ điểm tổn thương mô thứ phát sau viêm da
- Mặc dù đã xác định được nhiều đột biến trên gen FLG, nhưng vẫn chưa có khuyến cáo thực hiện thường quy xét nghiệm chẩn đoán dựa trên di truyền cho bệnh viêm da cơ địa

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Mức độ bệnh**

- Đánh giá mức độ bệnh bằng các phương pháp tính điểm (như SCORAD [SCORing Atopic Dermatitis], EASI [Eczema Area & Severity Index], POEM [Patient Oriented Eczema Measure], TISS [Three Items Severity Score])
- SCORAD là phương pháp tính điểm của ETFAD (European Task Force of Atopic Dermatitis) sử dụng vùng/độ lan rộng của tổn thương, mức độ & các triệu chứng chủ quan để cho điểm mức độ của viêm da cơ địa ở bệnh nhân
 - Bệnh nhẹ: <25
 - Bệnh trung bình: 25-50
 - Bệnh nặng: >50
- TISS là hệ thống tính điểm đơn giản, dựa trên 3 triệu chứng của bệnh: đỏ da, phù/tạo mụn & trầy xước
- POEM đo lường độ nặng bằng cách cho bệnh nhân trả lời 7 câu hỏi dựa trên triệu chứng & tần suất xuất hiện
- Mức độ ngứa dựa trên đánh giá chủ quan của bệnh nhân bằng thang điểm VAS (visual analogue scale) & thang điểm NRS (numeric rating scale)
- Cũng có thể dùng các hệ thống tính điểm khác dựa trên ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng sống (như: CDLQI [Children's Dermatology Life Quality Index], DFI [the Dermatitis Family Impact], Skindex-16, DLQI [the Dermatology Life Quality Index], & IDQOL [the Infant's Dermatology Life Quality Index])
- Các biến chứng ở mắt hoặc biến chứng nhiễm trùng cũng có thể xảy ra trong viêm da cơ địa nặng
- Có thể cần nhập viện điều trị trong trường hợp chàm hay nhiễm trùng da nặng
- Đợt bùng phát là tình trạng các dấu hiệu & triệu chứng của viêm da cơ địa diễn tiến nặng hơn có ý nghĩa trên lâm sàng, xảy ra cấp tính, và cần can thiệp bằng điều trị
- Lui bệnh là khoảng thời gian không có đợt bùng phát trong ít nhất 8 tuần không điều trị kháng viêm

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các tình trạng khác có thể có đặc điểm lâm sàng tương tự viêm da cơ địa, do đó cần được loại trừ:
 - Viêm da tiếp xúc
 - Có thể tồn tại đồng thời với viêm da cơ địa; hàng rào biểu bì bị khiếm khuyết ở bệnh nhân viêm da cơ địa cho phép các chất gây kích ứng đi vào bên trong & tăng sự xâm nhập của các chất gây dị ứng, điều này dẫn đến mẫn cảm và kết quả là có khả năng phát triển viêm da tiếp xúc dị ứng ở các lần tiếp xúc tiếp theo
 - Bệnh vẩy cá
 - Viêm da dạng herpes
 - Vẩy nến
 - Bệnh vẩy nến
 - Ghẻ
 - Viêm da tiết bã
 - Các bệnh về collagen (lupus ban đỏ hệ thống, viêm bì cơ)
 - Bệnh dày sừng nang lông
 - Nấm da
 - Bệnh vẩy phấn trắng
- Các bệnh khác ít phổ biến hơn, triệu chứng tương tự viêm da cơ địa
 - U lympho ở da
 - U sùi dạng nấm
 - Suy giảm miễn dịch nguyên phát
 - Hội chứng Netherton

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**Mục tiêu điều trị**

- Giảm triệu chứng
- Đạt được da sạch hoặc gần như sạch
- Phòng ngừa tái phát & duy trì lui bệnh kéo dài
- Cải thiện 75% của điểm đánh giá mức độ bệnh
- Cải thiện chất lượng cuộc sống
- Hạn chế nguy cơ của điều trị & tránh độc tính liên quan đến thuốc

Điều trị tại chỗ

- Đơn vị đầu ngón tay (FTU - fingertip unit) là lượng thuốc mỡ được lấy từ ống thuốc có đường kính miệng ống 5 mm & dài bằng khoảng cách từ nếp gấp xa của đốt tay đến đầu ngón tay & cân nặng khoảng 0,5 gam, tiếp theo lượng thuốc này, bao gồm chất kháng viêm, được thoa tại chỗ
 - Bao phủ khoảng 2% diện tích cơ thể người lớn

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ (TIẾP THEO)**Điều trị tại chỗ (Tiếp theo)**

- Các cách điều trị kháng viêm tại chỗ:
 - Điều trị khi xảy ra bệnh là khi thuốc kháng viêm dùng tại chỗ được thoa lên vùng da bị tổn thương & ngừng dùng thuốc hoặc giảm liều nhanh chóng khi các tổn thương nhìn thấy được đã sạch hoặc gần như sạch
 - Điều trị chủ động là sự phối hợp của điều trị lâu dài bằng thuốc kháng viêm đã được xác định trước, thoa 2 lần/tuần lên vùng da trước đó bị tổn thương, cùng với sử dụng không giới hạn chất làm mềm da mỗi ngày trên toàn bộ cơ thể
 - Bắt đầu điều trị sau đợt bùng phát cấp tính, khi tổn thương đã được chữa khỏi hoàn toàn bằng liệu pháp kháng viêm thông thường
 - Thời gian điều trị tùy thuộc vào độ nặng & dai dẳng của viêm da cơ địa

Điều trị toàn thân

- Được khuyến cáo cho bệnh nhân có điểm số tổng hợp cao (ví dụ như điểm SCORAD >50), hoặc cho bệnh nhân không đáp ứng với điều trị tối ưu tại chỗ, hoặc cho bệnh nhân không thể thực hiện các hoạt động bình thường của cuộc sống hàng ngày khi tuân theo chế độ điều trị thích hợp
 - Được khuyến cáo nếu dấu hiệu & triệu chứng của viêm da cơ địa không được kiểm soát đủ khi điều trị thích hợp với liệu pháp tại chỗ & liệu pháp chiếu tia UV
 - Được khuyến cáo để giảm tổng lượng corticosteroid dùng tại chỗ ở bệnh nhân cần dùng một lượng lớn corticosteroid dùng tại chỗ có hoạt lực mạnh trên diện tích cơ thể lớn trong khoảng thời gian kéo dài để kiểm soát viêm da cơ địa

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC**Giáo dục bệnh nhân/người chăm sóc**

- Trao đổi về bản chất mạn tính của viêm da cơ địa, các yếu tố làm bệnh nặng thêm và phương pháp điều trị thích hợp
 - Nhấn mạnh rằng viêm da cơ địa có xu hướng giảm khi tuổi càng lớn
- Truyền đạt mục tiêu điều trị là để kiểm soát bệnh hơn là “chữa khỏi bệnh”
- Trao đổi về nhiều yếu tố có thể góp phần gây đợt bùng phát bệnh & thường không thể tìm được một nguyên nhân cụ thể
- Giáo dục bệnh nhân về việc chăm sóc da đúng cách (tắm, làm ẩm và sử dụng chất dưỡng ẩm)
 - Nên hướng dẫn bệnh nhân/người chăm sóc thoa một lượng tùy ý chất làm mềm da 3 phút sau khi tắm, 2-3 lần/ngày, hoặc thoa thường xuyên khi da bị khô, ngay cả khi không có triệu chứng
 - Các nghiên cứu cho thấy khi thực hiện đúng theo hướng dẫn chính xác và đầy đủ về việc sử dụng & thoa chất dưỡng ẩm, có thể làm giảm mức độ nặng của bệnh & giảm sử dụng corticosteroid tại chỗ
- Nên thảo luận với bệnh nhân về chương trình huấn luyện hỗ trợ giảm căng thẳng, bao gồm tập thư giãn & liệu pháp nhận thức hành vi & liệu pháp hành vi để ngừng thói quen gãi
- Giải thích tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, sử dụng thuốc hợp lý và các tác dụng không mong muốn có thể gặp của thuốc khi sử dụng trong thời gian dài
 - Thoa steroid tác dụng tại chỗ 10-15 phút sau khi thoa chất làm mềm da
- Không để móng tay dài
- Mang găng tay cotton vào buổi tối để hạn chế gãi

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Tránh tiếp xúc các yếu tố khởi phát****Xác định và loại bỏ các yếu tố khởi phát**

- Xác định các chất có thể là dị ứng nguyên bằng cách hỏi kỹ bệnh sử và dùng xét nghiệm dị ứng chọn lọc
 - Xét nghiệm lấy da và xét nghiệm huyết thanh IgE đặc hiệu với dị ứng nguyên chỉ có ích nếu có dị ứng nguyên nghi ngờ
 - Kết quả âm tính giúp loại trừ dị ứng nguyên nghi ngờ
 - Các xét nghiệm dị ứng *in vitro* hay xét nghiệm lấy da dương tính không phải luôn luôn có mối tương quan với triệu chứng lâm sàng (đặc biệt là thức ăn), có thể cần thử nghiệm ăn thử thực phẩm có kiểm soát, thử nghiệm áp da hoặc chế độ ăn loại trừ dị ứng nguyên nghi ngờ
 - Có thể xem xét thực hiện thử nghiệm dị ứng thức ăn giới hạn cho trẻ <5 tuổi có bệnh mức độ trung bình-nặng hoặc kháng trị và/hoặc có tiền sử phản ứng dị ứng sau khi tiếp xúc với một loại thức ăn đặc biệt
 - Đa phần trẻ sẽ hết quá mẫn với thức ăn trong vòng vài năm đầu đời
 - Thử nghiệm áp da nếu nghi ngờ viêm da tiếp xúc, ví dụ như viêm da lòng bàn tay hoặc da mặt
- Tránh các thực phẩm đã xác định là dị ứng nguyên trong thử nghiệm ăn thử thực phẩm có kiểm soát
- Tránh các dị ứng nguyên trong không khí (như mạt bụi nhà) có thể giúp cải thiện triệu chứng
 - Dùng loại vải chống mạt bụi nhà để bọc gối, drap trải giường và nệm
 - Giặt drap trải giường mỗi tuần bằng nước nóng (>58°C)
 - Không dùng thảm và rèm trong phòng ngủ
 - Giảm độ ẩm trong nhà xuống dưới 60%
 - Bằng chứng cho thấy điều trị miễn dịch đặc hiệu với dị ứng nguyên có thể là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân viêm da cơ địa nhạy cảm với dị nguyên trong không khí
- Trong hầu hết các trường hợp, không thể xác định được yếu tố khởi phát cụ thể
 - Áp dụng phương pháp toàn diện để tránh vì thường có nhiều yếu tố khởi phát

Yếu tố khởi phát thường gặp

- Quần áo len, phấn hoa, nhiệt độ quá nóng/lạnh, mồ hôi, các sản phẩm có mùi hương hoặc chất bảo quản, thức ăn, khói thuốc & lông động vật

Yếu tố tâm lý

- Yếu tố cảm xúc (lo lắng, căng thẳng & tức giận) làm bệnh khởi phát, gây hoạt hóa hệ miễn dịch, làm ngứa & gãi nhiều hơn
- Nên cân nhắc đánh giá và tư vấn tâm lý cho bệnh nhân bị khởi phát bệnh do yếu tố tâm lý hoặc có vấn đề về tâm lý

Chăm sóc da

- Làm ẩm với các chất làm mềm da & khôi phục chức năng hàng rào bảo vệ da là vấn đề thiết yếu trong điều trị viêm da cơ địa
- Làm sạch da thường xuyên với xà phòng, chất tẩy rửa tổng hợp, thuốc sát trùng & kháng sinh tại chỗ giúp giảm khả năng cư trú của các loại vi khuẩn lạ, khôi phục hệ vi sinh vật trên da

Tắm¹

- Giúp làm sạch da bằng cách loại bỏ vảy, vi khuẩn, dị nguyên và chất gây kích ứng
- Ưu tiên dùng chất thay thế xà phòng có hoạt tính chống nhờn thấp, chứa chất dưỡng ẩm, không hương liệu, ít gây dị ứng & có pH thấp đến trung tính
- Nhiệt độ nước tắm lý tưởng là khoảng 38-40°C; nhiệt độ da ≥42°C gây ra phản ứng ngứa
- Nếu có thể, hạn chế sử dụng xà phòng ở bàn tay, bàn chân, cơ quan sinh dục và nách
- Giới hạn tắm 1 lần/ngày trong khoảng 5-10 phút bằng nước ấm
- Lau khô sau khi tắm và thoa kem dưỡng ẩm hoặc dầu tắm trong vòng 2-3 phút sau tắm
- Các nghiên cứu cho thấy giảm được nhiễm khuẩn (như tụ cầu khuẩn, MRSA), giảm mức độ bệnh & các cơn bùng phát ở bệnh nhân thường xuyên tắm bằng nước có pha thuốc tẩy (dung dịch hypochlorite 6% pha loãng 1:1200; ngâm 10 phút, 3 lần/tuần)
 - Nên tắm bằng nước pha thuốc tẩy kết hợp dùng mupirocin đường mũi cho bệnh nhân bị bệnh mức độ trung bình - nặng có tái phát nhiễm trùng thứ phát
 - Dung dịch sát trùng tại chỗ (như natri hypoclorit 0,005% dùng để pha tắm) có thể được xem xét cho bệnh nhân có bệnh mạn tính, kháng trị
- Cũng có thể dùng muối tắm để tẩy lớp keratin chết khỏi da
- Các sản phẩm yến mạch thêm vào khi tắm có thể làm mềm da nhưng không tăng hấp thu nước cho da
- Có thể xem xét điều trị bằng nước khoáng nóng cho bệnh nhân có bệnh mức độ nhẹ đến trung bình
- Thời điểm sử dụng thuốc dùng tại chỗ tốt nhất là sau khi tắm do da được làm ẩm sẽ tăng tính thấm

¹Trên thị trường có nhiều loại sản phẩm. Vui lòng tham khảo ấn bản MIMS mới nhất về dạng bào chế và thông tin kê toa.

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Chăm sóc da (Tiếp theo)****Làm ẩm da¹**

- Ưu tiên dùng chất làm mềm da dạng nước trong dầu; cũng có thể sử dụng chất khóa ẩm & giữ ẩm
 - Giúp ích cho điều trị bệnh đang hoạt động & trong cả phòng ngừa và điều trị duy trì
 - Giúp tái lập và bảo tồn lớp sừng
- Tác dụng:
 - Chất làm mềm da (như glycerol stearate, lanolin, sterol từ đậu nành) làm trơn láng, cải thiện lớp biểu bì và giúp làm mềm bề mặt da
 - Chất làm mềm da thế hệ mới được phát triển chứa các thành phần có tác động tích cực đến hệ vi sinh vật trên da của bệnh nhân viêm da cơ địa
 - Chất khóa ẩm (như dimeticone, dầu khoáng, petrolatum) tạo một hàng rào vật lý chống lại sự bay hơi nước
 - Chất giữ ẩm (như urea, glycerol, acid lactic, acid pyrrolidone carboxylic [PCA]) giúp duy trì độ ẩm cho lớp sừng
 - Urea, lactate, PCA & các amino acid (như arginine) là các yếu tố dưỡng ẩm tự nhiên (NMF), chúng duy trì đủ lượng nước cho da, nhờ vậy nên tối ưu hóa chức năng làm rào cản của lớp sừng
- Một phân tích so sánh các thử nghiệm lâm sàng khác nhau về chất dưỡng ẩm cho thấy sử dụng chất dưỡng ẩm đúng cách sẽ làm giảm ngứa, giảm sử dụng corticosteroid tại chỗ, phòng ngừa cơn bùng phát & tái phát
 - Cho thấy dùng chất dưỡng ẩm làm giảm đáng kể độ nặng của bệnh trên lâm sàng so với không dùng dưỡng ẩm
 - Thoa chất dưỡng ẩm phối hợp fluticasone propionate 2 lần/tuần có hiệu quả phòng ngừa đợt bùng phát nhiều hơn so với chỉ dùng chất dưỡng ẩm
 - Hiệu lực tốt hơn đã được ghi nhận ở bệnh nhân điều trị thuốc tại chỗ phối hợp dưỡng ẩm so với chỉ dùng thuốc điều trị tại chỗ
- Mong muốn của bệnh nhân và vùng cần điều trị sẽ quyết định công thức sử dụng để dưỡng ẩm (như ceramide, hydroxypalmitoyl sphinganine, palmitoylethanolamide [PEA], paraffin lỏng, dầu khoáng, glycerin, acid hyaluronic, bơ hạt mỡ [*Butyrospermum parkii*], telmesteine, acid glycyrrhetic, acid lactic)
 - Sản phẩm dưỡng ẩm có chứa urea làm giảm tỉ lệ bùng phát nhưng có thể gây cảm giác nóng rát & châm chích thoáng qua sau khi thoa
 - Sản phẩm dưỡng ẩm chứa yến mạch & glycerol cũng làm giảm tỷ lệ bùng phát nhưng ít tác dụng không mong muốn hơn & ít phải sử dụng corticosteroid tại chỗ
 - Acid glycyrrhetic & allantoin có tính kháng viêm, giúp làm giảm ngứa
 - Đặc tính kháng viêm & kháng khuẩn của licochalcone có trong một số sản phẩm dưỡng ẩm có hiệu quả tương đương với liệu pháp phối hợp chất dưỡng ẩm & kem hydrocortisone acetate 1%
 - Niacinamide & dầu hạt hướng dương cải thiện chức năng hàng rào bảo vệ da bằng cách làm giảm sự mất nước qua lớp biểu bì
- Nên thoa chất làm mềm da ít nhất 3 lần/ngày (buổi sáng & buổi chiều ngay sau khi tắm xong & buổi tối trước khi đi ngủ) hoặc thoa mỗi 3-4 giờ trong cơn bùng phát
- Tránh các sản phẩm chứa chất bảo quản hoặc hương liệu; nên tư vấn bác sĩ chuyên khoa nếu sản phẩm gây cảm giác châm chích và/hoặc nóng rát
- Báo cáo của các nghiên cứu cho thấy dùng chất làm mềm da ở trẻ nhỏ có thể phòng ngừa tiến triển viêm da cơ địa ở những bệnh nhân có nguy cơ cao

Liệu pháp băng ẩm

- Có thể sử dụng cho các tổn thương mạn tính & kháng trị, hoặc các tổn thương rỉ dịch mức độ trung bình-nặng
 - Làm mát da bị viêm, duy trì độ ẩm & giảm gãi
 - Có thể giúp giảm mất nước & độ nặng của bệnh cho bệnh nhân viêm da cơ địa mức độ trung bình-nặng
- Kết hợp với corticosteroid tại chỗ có thể hiệu quả trong điều trị những trường hợp kháng trị

Quang trị liệu

- Cần nhắc sử dụng ở bệnh nhân có bệnh khó chữa hoặc khi điều trị bước 1 với các thuốc dùng tại chỗ không có hiệu quả
- UVB và UVA rộng, UVB dải hẹp và UVA-1, hay kết hợp UVA và UVB có thể hữu ích
 - Điều trị các dạng lichen hóa mạn tính ở bệnh mức độ trung bình-nặng
 - Có hiệu quả trong giảm tạo khuẩn của *S. aureus* & *Malassezia* sp., & điều hòa quá trình sản xuất cytokine
 - UVB dải hẹp & UVA-1 liều trung bình được khuyến cáo cho bệnh nhân viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng
 - Có thể dùng cho trẻ em & thiếu niên sau khi đã đánh giá kiểu da nhưng chỉ dùng trong thời gian ngắn
 - Có thể cân nhắc các phương thức khác (như UVB & UVA dải rộng, kết hợp tắm ngâm và quang trị liệu) làm lựa chọn bước 2

¹Trên thị trường có nhiều loại sản phẩm. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Quang trị liệu (Tiếp theo)**

- Quang hóa trị liệu với psoralen và UVA (PUVA) chỉ nên sử dụng ở bệnh nhân viêm da cơ địa nặng lan rộng
 - Có thể cân nhắc phương pháp PUVA chỉ khi chu kỳ điều trị trước đó với liệu pháp quang trị liệu khác không có hiệu quả hoặc khi liệu pháp điều trị bằng thuốc được chấp thuận bị chống chỉ định, không có hiệu quả hoặc có tác dụng bất lợi
- Có thể kết hợp với corticosteroid và các chất làm mềm da trong giai đoạn bùng phát cấp tính & để phòng ngừa các đợt bùng phát về sau
- Thường xảy ra tái phát sau khi ngưng điều trị
- Tác dụng không mong muốn:
 - Ngắn hạn: Đỏ da, đau da, tăng sắc tố, ngứa
 - Dài hạn: Lão hóa da sớm, có khả năng gây bệnh ác tính ở da
- Không khuyến cáo cho bệnh nhân có tiền sử ung thư da hoặc có nguy cơ cao bị ung thư da
- Không khuyến cáo cho bệnh nhân đã điều trị với thuốc ức chế miễn dịch tác dụng toàn thân (như azathioprine, ciclosporin) do làm tăng nguy cơ ung thư

Phòng ngừa

- Xác định và loại trừ các yếu tố khởi phát là nguyên tắc chính để phòng ngừa các đợt bùng phát cũng như để điều trị lâu dài bệnh viêm da cơ địa
- Nuôi con bằng sữa mẹ hoặc sữa công thức thủy phân ít gây dị ứng cho thấy có mang lại lợi ích
 - Nếu trẻ bị viêm da cơ địa cũng được chẩn đoán là dị ứng thức ăn, nên khuyên người mẹ loại hết tất cả các thực phẩm gây dị ứng khỏi chế độ ăn hàng ngày của người mẹ
- Khuyến khích tiêm vắc-xin ngừa vi rút varicella-zoster để phòng nhiễm khuẩn toàn thân hoặc cục bộ thứ phát ở trẻ em bị viêm da cơ địa
- Men vi sinh cũng có thể làm giảm tần suất hoặc mức độ nặng của viêm da cơ địa, tuy nhiên vẫn cần thêm các nghiên cứu để chứng minh lợi ích này

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC**Corticosteroid dùng tại chỗ**

- Là liệu pháp hàng đầu cho viêm da cơ địa mức độ nhẹ đến nặng & khi can thiệp không dùng thuốc không mang lại hiệu quả
- Giảm nhanh triệu chứng trong các đợt bùng phát cấp; cũng có tác dụng phòng ngừa tái phát
- Lựa chọn sản phẩm tùy thuộc vào độ nặng của đợt bùng phát, sự phân bố & vị trí tổn thương, độ tuổi và mong muốn của bệnh nhân, & các yếu tố khác (như độ ẩm)
- Có tính kháng viêm & chống ngứa nhờ một số cơ chế
 - Thay đổi số lượng và hoạt động của bạch cầu
 - Ức chế phóng thích các hóa chất trung gian (như histamin, prostaglandin)
 - Tăng đáp ứng với các chất làm tăng adenosine monophosphate vòng (prostaglandin E₂ và histamin qua thụ thể histamin-2)
- Tuân theo các giới hạn đã được khuyến cáo về hoạt lực và thời gian sử dụng, đặc biệt trên những vùng da nhạy cảm ở trẻ em (như mặt, cổ và nếp gấp da)
 - Trước đây, sử dụng thuốc gián đoạn (1-2 lần/tuần) và kết hợp với chất dưỡng ẩm là liệu pháp tiêu chuẩn trong điều trị viêm da cơ địa
 - Sử dụng liên tục có thể dẫn đến tác dụng không mong muốn
- Có nhiều mức hoạt lực khác nhau từ nhẹ đến rất mạnh
 - Hoạt lực của thuốc cũng bị ảnh hưởng bởi dạng bào chế (hiệu lực giảm dần theo thứ tự thuốc mỡ, kem, lotion)
 - Hoạt lực của corticosteroid dùng tại chỗ không liên quan đến nồng độ phần trăm của thuốc (như hydrocortisone 2,5% so với betamethasone dipropionate 0,05%)
 - Nên sử dụng sản phẩm có hoạt lực thấp nhất có hiệu quả, đặc biệt nếu sử dụng trong thời gian dài
 - Có thể sử dụng các thuốc hoạt lực trung bình & mạnh (trừ trường hợp tổn thương ở mặt, háng, nách) để kiểm soát đợt bùng phát cấp & sau đó dùng các thuốc có hoạt lực thấp hơn khi thấy cải thiện trên lâm sàng
 - Có thể tái bùng phát nếu ngưng sử dụng đột ngột các thuốc có hoạt lực cao hơn
 - Nên giảm hoạt lực từ từ sau khi sử dụng thuốc có hoạt lực cao hơn
 - Tổn thương kháng trị có thể cần sử dụng corticosteroid tại chỗ hoạt lực mạnh kết hợp băng kín

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Dung dịch**

- Sử dụng cho da đầu và những vùng rậm lông khác
- Sản phẩm chứa cồn có thể gây kích ứng khi sử dụng trên những tổn thương bị viêm

Lotion

- Sử dụng trong trường hợp cần thoa một lượng thuốc rất nhỏ trên vùng da rộng hoặc vùng rậm lông
- Có thể sử dụng ở những tổn thương tiết dịch & vùng có lông tóc

Kem

- Thường ưu tiên dùng cho các tổn thương ẩm/rỉ nước
- Có thể ưu tiên dùng trong giai đoạn nhiệt độ hay độ ẩm quá cao
- Dễ sử dụng hơn nhưng hiệu quả kém hơn

Thuốc mỡ

- Thường sử dụng ở tổn thương khô, có vảy hoặc lichen hóa, hoặc nếu cần tác dụng khóa ẩm nhiều hơn (đây là dạng thuốc khóa ẩm tốt nhất)
- Thường sử dụng ít tá dược
- Giảm sự thoát hơi nước ở da

Corticosteroid toàn thân¹

- Điều trị ngắn hạn (tối đa 1 tuần) chỉ nên cân nhắc sử dụng trong trường hợp viêm da cơ địa kháng trị, đợt bùng phát cấp nặng & trong khi chờ các liệu pháp điều trị toàn thân khác không phải steroid
- Liều khuyến cáo: 0,5 mg/kg cân nặng
- Cải thiện tổn thương nhưng thường tái bùng phát nếu ngưng thuốc
- Sử dụng ngắn hạn và giảm khả năng tái phát bằng cách giảm liều dạng uống từ từ trong khi tăng liều corticosteroid dùng tại chỗ, và liên tục cung cấp độ ẩm cho da

Chất ức chế calcineurin - Thuốc điều hòa miễn dịch dùng tại chỗ

- Là thuốc không phải steroid dùng trong điều trị cấp tính & duy trì, chất ức chế calcineurin dùng tại chỗ ức chế phiên mã cytokine gây viêm trong tế bào T hoạt hóa và các tế bào gây viêm khác thông qua ức chế calcineurin
- Là điều trị hàng thứ 2 cho bệnh viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng; là liệu pháp đầu tay ưu tiên hơn corticosteroid tại chỗ khi viêm da cơ địa không đáp ứng với điều trị bằng steroid, có teo da hoặc giãn mao mạch thứ phát do sử dụng steroid, khi viêm da cơ địa ở mặt, vùng hậu môn sinh dục, và/hoặc nếp gấp da, & để điều trị lâu dài
- Có thể sử dụng ở mọi vị trí trên cơ thể trong thời gian dài, đặc biệt ở mặt, bàn tay, bàn chân
- Không có bằng chứng về mối quan hệ nhân quả giữa việc sử dụng thuốc ức chế calcineurin và ung thư
- Cũng dùng ở bệnh nhân có đáp ứng chưa đủ hoặc chống chỉ định với các thuốc điều trị tại chỗ khác

Pimecrolimus

- An toàn và hiệu quả đã được chứng minh ở trẻ >2 tuổi & người lớn bị viêm da cơ địa mức độ nhẹ-trung bình
 - Có thể cho tác dụng giảm ngứa từ ngày điều trị thứ 3; không gây teo da
 - Phòng ngừa cơn bùng phát & có tác dụng giảm nhu cầu sử dụng steroid khi điều trị đến 12 tháng
- Khi sử dụng ở giai đoạn sớm của bệnh, pimecrolimus cho thấy có lợi thế trị liệu hơn so với chất dưỡng ẩm + corticosteroid tại chỗ khi điều trị kéo dài

Tacrolimus

- Khuyến cáo dùng cho bệnh viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng
- Giảm nhanh dấu hiệu & triệu chứng viêm da cơ địa ở trẻ >2 tuổi và người lớn
 - Cải thiện thấy được sau 3-7 ngày điều trị và kéo dài ít nhất 12 tháng
 - Dung nạp tốt, có kích ứng da/rát da thoáng qua; giảm tần suất gây teo da so với steroid
- Các nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả của tacrolimus 0,03% so với corticosteroid tại chỗ hoạt lực thấp ở trẻ em & hiệu quả của tacrolimus 0,1% so với corticosteroid tại chỗ hoạt lực trung bình ở người lớn

Chất ức chế phosphodiesterase type-4 (PDE-4)**Apremilast**

- Có thể cân nhắc ở bệnh nhân viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng không đáp ứng với điều trị tiêu chuẩn nhưng cần có thêm nghiên cứu để thiết lập tính hiệu quả & an toàn

Crisaborole

- Có thể cân nhắc cho viêm da cơ địa mức độ nhẹ đến trung bình ở bệnh nhân ≥3 tháng tuổi
 - Các nghiên cứu cho thấy có cải thiện triệu chứng (ban đỏ, chai cứng, rỉ nước) khi dùng crisaborole

¹Trên thị trường có nhiều loại corticosteroid & thuốc ức chế miễn dịch dùng đường uống. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thuốc ức chế miễn dịch¹****Abrocitinib**

- Chất ức chế Janus kinase (JAK) 1 dạng uống được dùng để điều trị viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng, kháng trị, không kiểm soát đầy đủ được bằng các thuốc toàn thân khác (bao gồm thuốc sinh học) hoặc khi không khuyến dùng các liệu pháp này
- Có thể dùng kèm hoặc không kèm corticosteroid toàn thân
- Không khuyến cáo dùng phối hợp với các chất ức chế JAK khác, thuốc điều hòa miễn dịch sinh học hoặc với thuốc ức chế miễn dịch khác
- Một nghiên cứu lâm sàng về tính an toàn, lượng mẫu lớn, phân chia ngẫu nhiên đã cho thấy có sự tăng nguy cơ của bệnh ác tính (u lympho & ung thư phổi), tử vong do mọi nguyên nhân (bao gồm tử vong đột ngột do tim mạch), biến cố tim mạch lớn (MACE được định nghĩa là tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim & đột quy) và thuyên tắc (bao gồm thuyên tắc phổi & thuyên tắc động mạch và tĩnh mạch) khi dùng chất ức chế JAK khác so với khi dùng chất ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF) cho bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Azathioprine

- Sử dụng trong trường hợp nặng/kháng trị không đáp ứng hoặc chống chỉ định với điều trị bằng ciclosporin
- Nên theo dõi nồng độ men thiopurine methyltransferase (TMPT) khi bệnh nhân được điều trị với azathioprine để kiểm tra tình trạng ức chế tủy
- Phần lớn trẻ em đáp ứng với liều thấp
- Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy có hiệu quả trong viêm da cơ địa nặng & kháng trị
- Có thể gây buồn nôn, mệt mỏi, đau cơ, rối loạn chức năng gan & ức chế tủy xương ở bệnh nhân thiếu men thiopurine methyltransferase

Baricitinib

- Chất ức chế chọn lọc JAK1 & JAK2 dạng uống sẽ ngăn chặn tín hiệu của đáp ứng miễn dịch & viêm
- Có thể là lựa chọn để điều trị cho bệnh nhân người lớn bị viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng, không đáp ứng hoặc chống chỉ định với ít nhất một thuốc ức chế miễn dịch toàn thân (như ciclosporin, methotrexate, azathioprine, mycophenolate mofetil)
- Có thể thay thế dupilumab cùng với chăm sóc hỗ trợ tốt nhất & có thể dùng kèm corticosteroid dùng tại chỗ
- Các nghiên cứu cho thấy baricitinib, kèm hoặc không kèm corticosteroid, có thể giảm độ nặng & triệu chứng của viêm da cơ địa khi so với giả dược
- Đánh giá bệnh nhân sau 8 tuần điều trị nếu có đáp ứng thích hợp
 - Đáp ứng thích hợp được định nghĩa là giảm ít nhất 50% điểm số EASI-50 & giảm ít nhất 4 điểm trong DLQI so với lúc bắt đầu điều trị

Ciclosporin (cyclosporin A)

- Là lựa chọn đầu tay để điều trị ngắn hạn trong trường hợp bệnh mạn tính, kháng trị nặng ở người lớn cần điều trị ức chế miễn dịch toàn thân
 - Bệnh có xu hướng quay trở lại sau khi ngưng thuốc nhưng không phải luôn ở độ nặng như ban đầu
- Có thể dùng cho bệnh nặng hoặc kháng trị ở trẻ em và thanh thiếu niên
- Việc sử dụng thuốc trong thời gian dài chưa được chứng minh vì nguy cơ tăng huyết áp và rối loạn chức năng gan & thận
- Liệu pháp phối hợp với tia UV (như UVA, UVB, PUVA) không được khuyến cáo do làm tăng nguy cơ ung thư da

Methotrexate

- Có thể được xem xét trong trường hợp bệnh nặng/kháng trị không đáp ứng hoặc chống chỉ định với điều trị bằng ciclosporin
- Các nghiên cứu cho thấy hiệu quả của methotrexate đối với bệnh viêm da cơ địa tương đương với azathioprine và ciclosporin

Mycophenolate mofetil

- Có thể được xem xét trong trường hợp bệnh nặng/kháng trị không đáp ứng hoặc chống chỉ định với điều trị bằng ciclosporin

Ruxolitinib

- Ruxolitinib dùng tại chỗ là chất ức chế chọn lọc JAK1 & JAK2, được phê duyệt bởi Cơ quan quản lý thuốc & thực phẩm Hoa Kỳ (US FDA) để điều trị trong thời gian ngắn viêm da cơ địa mức độ nhẹ đến trung bình ở bệnh nhân có đáp ứng miễn dịch bình thường, ≥12 tuổi, không thể kiểm soát bệnh với các liệu pháp điều trị tại chỗ khác

¹Trên thị trường có nhiều loại thuốc ức chế miễn dịch. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Thuốc ức chế miễn dịch¹ (Tiếp theo)****Upadacitinib**

- Là chất ức chế chọn lọc & thuận nghịch các enzyme JAK (ưu tiên JAK1 hoặc JAK 1/3) dạng uống, đây là enzyme nội bào có liên quan đến kích thích tạo máu & chức năng tế bào miễn dịch thông qua một đường truyền tín hiệu
- Được dùng ở bệnh nhân ≥ 12 tuổi có viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng, kháng trị, không thể kiểm soát đầy đủ bằng các thuốc toàn thân khác (bao gồm thuốc sinh học) hoặc khi không khuyến dùng các liệu pháp này
- Không khuyến cáo dùng phối hợp với các chất ức chế JAK khác, thuốc điều hòa miễn dịch sinh học hoặc với thuốc ức chế miễn dịch khác
- Một nghiên cứu lâm sàng về tính an toàn, lượng mẫu lớn, phân chia ngẫu nhiên đã cho thấy có sự tăng nguy cơ của bệnh ác tính (u lympho & ung thư phổi), tử vong do mọi nguyên nhân (bao gồm tử vong đột ngột do tim mạch), biến cố tim mạch lớn (MACE được định nghĩa là tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim & đột quy) và thuyên tắc (bao gồm thuyên tắc phổi & thuyên tắc động mạch và tĩnh mạch) khi dùng chất ức chế JAK khác so với khi dùng chất ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF) cho bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Liệu pháp sinh học**Dupilumab**

- Là kháng thể đơn dòng globulin miễn dịch (Ig) G4 ở người, được phê duyệt sử dụng cho bệnh nhân ≥ 12 tuổi bị viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng không kiểm soát được bằng các thuốc điều trị hàng đầu và bệnh nhân thích hợp với điều trị toàn thân
- Gắn kết với tiểu đơn vị interleukin-4Ra (IL-4Ra), do đó ức chế các đáp ứng do cytokine IL-4 & IL-13 gây ra, bao gồm phóng thích cytokine tiền viêm, chemokine, & IgE
- Nên kết hợp với chất làm mềm da và các thuốc chống viêm tại chỗ khi cần thiết

Tralokinumab

- Được khuyến cáo cho bệnh nhân người lớn bị viêm da cơ địa mức độ trung bình đến nặng, không kiểm soát được với điều trị tại chỗ & thích hợp để điều trị toàn thân
- Là kháng thể đơn dòng của người, có ái lực cao với IgG4, tác động bằng cách trung hòa IL-13
- Có thể điều trị phối hợp với corticosteroid dùng tại chỗ, chất ức chế calcineurin dùng tại chỗ, & tia UV

Các thuốc sinh học khác

- Cần thêm nghiên cứu để chứng minh hiệu lực của nemolizumab, rituximab, mepolizumab, omalizumab, & ustekinumab trong viêm da cơ địa
 - Có thể xem xét điều trị thử nghiệm với mepolizumab ở các bệnh nhân chọn lọc không đáp ứng với những liệu pháp tiêu chuẩn
 - Các thuốc sinh học sau đây đang được nghiên cứu cho viêm da cơ địa: lebrikizumab, nemolizumab, tralokinumab, tezepelumab

Retinoid

- Alitretinoin là dẫn xuất của isotretinoin có hiệu quả kháng viêm được dùng trong viêm da cơ địa nặng & mạn tính ở bàn tay mà không đáp ứng với các liệu pháp đầu tay
- Có thể điều trị đồng thời với corticosteroid dùng tại chỗ, chất ức chế calcineurin dùng tại chỗ & chất làm mềm da

Liệu pháp miễn dịch đặc hiệu dị nguyên

- Có thể được xem xét cho một số bệnh nhân dị ứng nặng với mạt bụi nhà, gỗ cây phong hoặc phấn hoa, & đồng thời có tiền sử đợt cấp trên lâm sàng sau khi tiếp xúc hoặc có kết quả dương tính với thử nghiệm áp da

Thuốc kháng histamin²

- Thuốc kháng histamin dạng uống có tác dụng an thần thường được sử dụng vì tác dụng gây buồn ngủ nhằm giúp dễ ngủ và ngăn ngừa sự gia tăng mức độ ngứa về đêm & là thuốc điều trị hỗ trợ cho liệu pháp chống viêm tại chỗ
- Các nghiên cứu về thuốc kháng histamin dạng uống, không có tác dụng an thần cho thấy các kết quả khác nhau trong việc kiểm soát ngứa; tuy nhiên có thể có ích ở một số bệnh nhân bị mày đay
- Thuốc kháng histamin tại chỗ thường không giúp làm giảm ngứa & có thể gây viêm da tiếp xúc do dị ứng

Nhiễm trùng da²

- Cần phải điều trị hết nhiễm trùng tại vị trí tổn thương trước khi điều trị với các chất kháng viêm
- Có thể cần điều trị các ổ bệnh (như ở mũi, háng) để ngừa tái phát

¹Trên thị trường có nhiều loại thuốc ức chế miễn dịch. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có nhiều loại thuốc kháng histamin, kháng sinh, kháng nấm & kháng virus. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Nhiễm trùng da¹ (Tiếp theo)****Nhiễm vi khuẩn**

- *Staphylococcus aureus* hay được phân lập từ da bị chàm bội nhiễm, và thường là nguyên nhân gây nhiễm trùng tại chỗ
- Liệu pháp tại chỗ ngắn hạn
 - Có thể dùng để điều trị khu trú
 - Acid fusidic, mupirocin, neomycin & retapamulin là các lựa chọn điều trị
 - Neomycin có thể gây viêm da tiếp xúc do dị ứng
 - Retapamulin được khuyến cáo dùng cho trẻ >9 tháng tuổi
- Liệu pháp đường uống
 - Thường cần thiết để điều trị các tổn thương nhiễm trùng lan rộng
 - Penicillin kháng staphylococcus (như flucloxacillin), macrolid (như clarithromycin, erythromycin), cephalosporin thế hệ 1, 2, & clindamycin là các lựa chọn điều trị
 - Flucloxacillin được khuyến cáo là thuốc đầu tay để điều trị nhiễm vi khuẩn thứ phát; các thuốc điều trị thay thế cho flucloxacillin bao gồm clarithromycin & erythromycin

Nhiễm nấm

- Có thể được xem là biến chứng có thể gặp của viêm da cơ địa
- Điều trị kháng nấm (ketoconazole bôi hoặc ciclopirox olamine, itraconazole hoặc fluconazole đường toàn thân) có thể xem xét cho bệnh nhân nhiễm nấm ở vùng đầu và/hoặc cổ hoặc bệnh nhân có IgE nhạy với *Malassezia* spp.
- Bệnh nấm da nông & *Pityrosporum ovale* có thể được điều trị bằng thuốc kháng nấm tại chỗ hoặc toàn thân

Nhiễm virus

- Bệnh nhân có thể bị nhiễm herpes thứ phát bao gồm chàm dạng herpes, phát ban dạng thủy đậu Kaposi và có thể cần điều trị đường toàn thân bằng acyclovir hoặc valaciclovir tại bệnh viện
- Các thuốc dùng tại chỗ như KOH, cantharidin, tretinoin, hoặc cidofovir và các phương pháp điều trị vật lý như liệu pháp đông lạnh & nạo bỏ, có thể được sử dụng cho chàm bị nhiễm virus gây u mềm lầy

Các thuốc điều trị khác

- Cần có thêm nghiên cứu để chứng minh hiệu quả của probiotic, natri cromoglycate dùng tại chỗ, vitamin D, tofacitinib, thuốc ổn định tế bào mast & thuốc đối kháng leukotriene (như montelukast) trong viêm da cơ địa
- Bổ sung vitamin D & sử dụng prebiotic/probiotic có thể làm giảm triệu chứng nhưng không được khuyến cáo dùng hằng ngày

¹Trên thị trường có nhiều loại thuốc kháng sinh, kháng nấm & kháng virus. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất

HẤP THỤ MIỄN DỊCH

- Lựa chọn điều trị cho bệnh nhân có bệnh nặng, kháng trị kèm nồng độ IgE huyết thanh cao
- Là kỹ thuật ngoài cơ thể, sử dụng các cột hấp phụ miễn dịch để làm giảm nồng độ IgE trong huyết thanh từ đó làm giảm mức độ hoạt động của bệnh
- Các nghiên cứu cho thấy SCORAD giảm đáng kể và cải thiện mức độ hoạt động của bệnh

C THEO DÕI**Điều trị chủ động**

- Ở bệnh nhân viêm da cơ địa mức độ trung bình, sử dụng gián đoạn corticosteroid nhóm II-III tại chỗ (1-2 lần/tuần) hoặc calcineurin (như tacrolimus) (2-3 lần/tuần) để điều trị duy trì trên các vùng da thường bùng phát có thể giúp ngăn ngừa bệnh tái phát

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

Hướng dẫn về liệu dùng

CORTICOSTEROID - DÙNG TẠI CHỖ			
Thuốc	Dạng bào chế	Liệu dùng	Lưu ý
Hoạt lực rất mạnh			Cách sử dụng <ul style="list-style-type: none"> Nên thoa 1-2 lần/ngày đối với đa số thuốc. Có thể cần thoa thường xuyên hơn ở lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân Áp dụng thoa cách ngày hay cách tuần trong điều trị tình trạng mạn tính Độ dài của phần kem/thuốc mỡ bóp ra từ tuýp thuốc có thể được đo lường bằng đơn vị đầu ngón tay (FTU), là độ dài từ đầu ngón tay trở đến nếp gấp đầu tiên của ngón tay người lớn 1 FTU (khoảng 500 mg) đủ để bao phủ 2 lần diện tích bàn tay của người lớn Khuyến cáo sử dụng thuốc có hoạt lực rất mạnh trong 1-2 tuần (tối đa 3 tuần), sau đó chuyển sang thuốc có hoạt lực yếu hơn khi bệnh đã cải thiện
Clobetasol propionate	Kem, gel, thuốc mỡ, dầu gội 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Halcinonide	Thuốc mỡ, kem, lotion 0,1%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Halobetasol propionate	Thuốc mỡ, kem 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Hoạt lực mạnh			
Amcinonide	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Beclometasone dipropionate ¹	Kem 0,025%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Betamethasone dipropionate ¹	Kem, thuốc mỡ, dung dịch 0,05% Kem, thuốc mỡ, dung dịch 0,064%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Betamethasone valerate ¹	Kem 0,025% Kem 0,05% Kem 0,06% Kem, lotion, thuốc mỡ, dung dịch 0,1%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Desoximetasone (desoxymetasone)	Gel 0,05% Kem, thuốc mỡ 0,25%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Diflorasone diacetate	Thuốc mỡ, kem 0,05%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Diflucortolone valerate ¹	Kem, dầu béo, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Fluclorolone acetonide	Kem 0,025%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Fluocinolone acetonide ¹	Kem, thuốc mỡ 0,01% Kem, gel, thuốc mỡ 0,025% Kem 0,2%	Thoa mỗi 8-24 giờ	
Fluocinonide	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
	Kem 0,1%	Thoa mỗi 24 giờ	
Fluocortolone/fluocortolone caproate	Thuốc mỡ 0,25%/0,25%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Fluticasone propionate	Thuốc mỡ 0,005% Kem 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Halometasone	Kem, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Hydrocortisone aceponate	Kem 0,127%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Methylprednisolone aceponate	Kem, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 24 giờ	
Mometasone furoate	Kem, dầu béo, gel, lotion, thuốc mỡ 0,1%	Thoa mỗi 24 giờ	
Prednicarbate	Kem 0,25%	Thoa mỗi 12-24 giờ	

Tác dụng ngoại ý

- Thuốc có hoạt lực càng mạnh thì khả năng gặp tác dụng không mong muốn càng cao
- Tác dụng tại chỗ: mỏng da có thể hồi phục sau khi ngưng điều trị, làm nặng thêm tình trạng nhiễm trùng tiềm ẩn, viêm da tiếp xúc, mụn trứng cá tại vị trí thoa thuốc, giảm sắc tố da có thể hồi phục, giãn mao mạch không hồi phục, rạn da
- Tác dụng toàn thân: hấp thu qua da có thể gây ức chế trục tuyến yên-tuyến thượng thận, chậm tăng trưởng, tăng HA & hội chứng Cushing
 - Tăng hấp thu thuốc do da mỏng và/hoặc da non; vùng có nếp gấp hoặc bị băng kín
 - Hấp thu thuốc thường xảy ra khi thoa trên diện tích rộng & ở trẻ em

Hướng dẫn đặc biệt

- Xem trang sau

¹Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

CORTICOSTEROID - DÙNG TẠI CHỖ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Dạng bào chế	Liệu dùng	Lưu ý
Hoạt lực trung bình			Cách sử dụng <ul style="list-style-type: none"> Xem trang trước Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Xem trang trước Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Thuốc có hoạt lực yếu được ưu tiên sử dụng ở mặt và vùng có nếp gấp Thuốc có hoạt lực rất mạnh không nên sử dụng ở trẻ <1 tuổi Thuốc có hoạt lực trung bình & mạnh hiếm khi gây tác dụng không mong muốn nếu sử dụng <3 tháng (ngoại trừ sử dụng trên mặt hoặc vùng có nếp gấp) <ul style="list-style-type: none"> Thường ưu tiên điều trị gián đoạn hơn điều trị liên tục kéo dài Thuốc có hoạt lực yếu hiếm gây tác dụng không mong muốn <ul style="list-style-type: none"> Thường ưu tiên điều trị gián đoạn hơn điều trị liên tục kéo dài, đặc biệt nếu cần điều trị trên vùng da rộng
Alclometasone dipropionate	Kem, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Clobetasone butyrate	Kem, thuốc mỡ 0,05%	Tối đa thoa mỗi 6 giờ	
Desonide	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,05%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Flumetasone	Kem, lotion, thuốc mỡ 0,02%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Fluprednidene acetate	Kem 0,1%	Thoa mỗi 12-24 giờ	
Flurandrenolide	Kem, thuốc mỡ, lotion 0,05% Kem, thuốc mỡ 0,25%	Thoa mỗi 8-12 giờ	
Hydrocortisone butyrate	Kem, thuốc mỡ, dung dịch 0,1%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Triamcinolone acetonide ¹	Kem 0,02% Kem, lotion, thuốc mỡ, lotion bôi da đầu 0,1% Kem 0,2% Kem 0,5%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Hoạt lực yếu			
Hydrocortisone ¹	Kem, lotion, thuốc mỡ 1% Kem, lotion 2,5%	Thoa mỗi 6-12 giờ	
Prednisolone	Kem 0,5%	Thoa mỗi 8-24 giờ	

¹Trên thị trường có nhiều dạng phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

SẢN PHẨM LÀM MỀM, LÀM SẠCH & BẢO VỆ DA - ĐƯỜNG UỐNG

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Alitretinoin	10-30 mg uống mỗi 24 giờ trong 12-24 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (đau đầu, chóng mặt); Chuyển hóa (tăng nồng độ triglyceride & cholesterol, tăng men gan, giảm hormon tuyến giáp); Huyết học (tăng tiểu cầu trong máu, giảm số lượng hồng cầu & bạch cầu); Mắt (viêm kết mạc, viêm mí mắt); Ngoài da (khô da, mô viêm & khô, đỏ da, ban da ngứa, viêm da, rụng tóc); Tác dụng khác (ù tai, đỏ bừng, tăng HA, buồn nôn/nôn, khô miệng, đau cơ & khớp, mệt mỏi) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân quá mẫn với alitretinoin, các retinoid khác (như isotretinoin), đầu phụng hoặc đầu nành; cholesterol cao hoặc triglyceride cao, bệnh lý tuyến giáp, thừa vitamin A, bệnh gan & bệnh thận nặng; sử dụng đồng thời với tetracycline hoặc retinoid khác; mang thai & cho con bú Không hiến máu trong lúc điều trị & trong vòng 1 tháng sau khi ngừng dùng thuốc Ngừng thuốc ngay nếu phát triển bất kỳ vấn đề sức khỏe tâm thần nào hoặc có dấu hiệu của tăng huyết áp nội sọ lạnh tính hoặc xảy ra tiêu chảy ra máu Theo dõi thị lực của bệnh nhân, hạn chế tiếp xúc với ánh nắng & tránh dùng đèn phát tia cực tím & giảm hoạt động thể lực cường độ mạnh Phụ nữ phải dùng biện pháp ngừa thai hiệu quả vào 1 tháng trước, trong lúc điều trị & 1 tháng sau đó

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

SẢN PHẨM LÀM MỀM, LÀM SẠCH & BẢO VỆ DA - DÙNG TẠI CHỖ¹

Thuốc	Dạng bào chế	Chỉ định	Cách dùng
Allantoin	Kem; lotion; dịch rửa	<ul style="list-style-type: none"> Da khô/nhạy cảm Kháng viêm 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa khi cần
Arginine	Kem; lotion; dịch rửa	<ul style="list-style-type: none"> Giúp tăng độ ẩm cho da 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa khi cần
Ceramide	Kem; dạng bánh; lotion; thuốc mỡ; dịch rửa	<ul style="list-style-type: none"> Da khô/nhạy cảm Giảm triệu chứng của viêm da cơ địa mức độ nhẹ-trung bình & ban da 	<ul style="list-style-type: none"> Dùng thay cho xà phòng Dưỡng ẩm và/hoặc để điều trị: Thoa mỗi 8-12 giờ Tắm: Dùng như sản phẩm làm sạch
Dexpanthenol	Thuốc mỡ 5%	<ul style="list-style-type: none"> Hăm tã Da khô/bị tổn thương 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa một lần hoặc khi cần
Dimeticone	Kem; lotion; thuốc mỡ; dầu gội	<ul style="list-style-type: none"> Giúp giảm nhẹ, sửa chữa & bảo vệ cho da bị khô và tổn thương nhiều Giúp tăng độ ẩm cho da & tăng tính đàn hồi, độ mềm và mịn của da Giúp cấp ẩm, giảm ngứa & kích ứng, & làm dịu da đầu khô & nhạy cảm 	<ul style="list-style-type: none"> Mát-xa trên da vào buổi sáng & tối sau khi tắm hoặc khi cần Dầu gội: Mát-xa trên khắp da đầu/tóc ướt trong 3-5 phút sau đó rửa thật sạch
Glycerin (glycerine, glycerol)	Xà phòng; dịch rửa; kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Làm sạch da trong trường hợp da vảy cá, khô da, vùng da khô nhạy cảm, ngứa mùa đông, chàm cơ địa hoặc chàm nhũ nhi, viêm da dị ứng, vùng da không chịu được xà phòng, da bị cháy nắng, da trẻ em & da người lớn tuổi Giúp giảm ngứa & đỏ của da khô, da nhạy cảm 	<ul style="list-style-type: none"> Sử dụng thường xuyên khi cần
Acid glycyrrhetic (acid glycyrrhetic, enoxolone, kali glycyrrhetinate, acid glycyrrhetic)	Kem 2%; lotion 2%	<ul style="list-style-type: none"> Dưỡng ẩm & giảm độ nhạy cảm của mô viêm Giúp giảm rát, ngứa và đau Thúc đẩy quá trình lành da 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ hoặc khi cần
Acid hyaluronic (Na hyaluronate)	Kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Kiểm soát & giảm ngứa, rát & đau gây bởi các bệnh về da khác nhau; giảm tình trạng khô, cứng da Thúc đẩy quá trình lành vết thương 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 8 giờ & mát-xa nhẹ nhàng
Hydroxypalmitoyl sphinganine (dihydroceramide)	Lotion; dịch rửa	<ul style="list-style-type: none"> Giảm khô & ngứa da Dưỡng ẩm và chống nắng cho da đầu bị mụn, sử dụng hỗ trợ trong điều trị mụn 	<ul style="list-style-type: none"> Lotion: Thoa ngay sau khi tắm, dùng thường xuyên khi cần Dịch rửa: Thoa lên da ướt & mát-xa tạo bọt

¹Trên thị trường các dạng phối hợp của chất làm mềm da. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

SẢN PHẨM LÀM MỀM, LÀM SẠCH & BẢO VỆ DA - DÙNG TẠI CHỖ ¹ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Dạng bào chế	Chỉ định	Cách dùng
Acid lactic	Xà phòng lỏng; dịch tắm	<ul style="list-style-type: none"> Kháng khuẩn trong các bệnh viêm da tại chỗ, viêm da tăng tiết bã, chàm, ngứa, nấm da, chốc lở & tiết bã nhờn Hăm tã, vệ sinh trẻ nhỏ 	<ul style="list-style-type: none"> Dùng thay cho xà phòng
	Kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Dưỡng ẩm làm mềm da cho da khô, ngứa ở người già, viêm da cơ địa & da trầy xước 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa khi cần
Paraffin lỏng	Kem 6%; Dạng bánh 7,5%; Nhũ tương dùng tại chỗ 63,4%; Gel dùng tại chỗ 70%; Dầu tắm 85%	<ul style="list-style-type: none"> Điều trị da vảy cá, khô da, da khô liên quan đến viêm da, chàm, điều trị lão khoa, vảy nến mạn tính, ngứa da mùa đông 	<ul style="list-style-type: none"> Dạng bánh: Tạo nhiều bọt với một ít nước & rửa vùng da bị tổn thương. Hạn chế rửa lại quá nhiều bằng nước để giữ lại một lớp dầu mỏng trên da. Vỗ nhẹ cho khô Tắm bồn: Thoa một lượng nhỏ lên da ướt sau khi đã làm sạch & mát-xa nhẹ nhàng. Rửa sạch với nước Kem: Thoa lên vùng da bị tổn thương & xoa đều Tắm vòi sen: Thoa lên toàn bộ vùng da bị tổn thương khi da ướt. Sau đó xoa đều & mát-xa nhẹ nhàng. Rửa sạch với nước
Panthenol	Kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Dành cho da khô & nhạy cảm Phòng ngừa kích ứng da 	<ul style="list-style-type: none"> Dùng thay cho xà phòng
Paraffin (dầu khoáng)	Dạng bánh; kem; chất làm mềm; gel; sữa tắm	<ul style="list-style-type: none"> Da ngứa, kích ứng, khô, nhạy cảm Kiểm soát hoặc ngăn ngừa tiến triển của đau rát, đỏ & ngứa gây ra bởi viêm da cơ địa 	<ul style="list-style-type: none"> Kem: Thoa lên vùng da bị tổn thương & xoa đều. Sử dụng thường xuyên khi cần. Đặc biệt có hiệu quả nếu sử dụng ngay sau khi tắm để chống mất dầu trên da Chất làm mềm: Thêm vào nước tắm hoặc thoa lên da ướt
Piroctone olamine	Kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Giúp kiểm soát & giảm tình trạng da khô cứng bằng cách duy trì môi trường ẩm cho da, làm tăng cường quá trình làm lành da 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 8 giờ hoặc khi cần
Saccharide isomerate	Kem; lotion; thuốc mỡ; chất làm sạch	<ul style="list-style-type: none"> Giảm triệu chứng khô da thứ phát do viêm da mạn tính, chàm, vảy nến, vảy cá 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa mỗi 12 giờ hoặc khi cần, đặc biệt là sau khi tắm Chất làm sạch: Thoa lên da ướt & mát-xa khắp mặt & toàn bộ cơ thể, sau đó rửa sạch & vỗ cho khô
Bơ hạt mỡ (chiết xuất từ <i>Butyrospermum parkii</i>)	Bơ dưỡng thể; sữa tắm; kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Dưỡng ẩm & giúp giảm rát, ngứa & đau 	<ul style="list-style-type: none"> Bơ dưỡng thể: Thoa lên da với lượng tùy ý khi cần Sữa tắm: Sử dụng cùng bông tắm hoặc bọt biển Kem/lotion: Thoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 6-8 giờ & khi cần

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của các chất làm mềm da. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

SẢN PHẨM LÀM MỀM, LÀM SẠCH & BẢO VỆ DA - DÙNG TẠI CHỖ¹ (TIẾP THEO)

Thuốc	Dạng bào chế	Chỉ định	Cách dùng
Telmesteine	Kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Dưỡng ẩm & giảm độ nhạy cảm của mô viêm Giúp giảm ngứa, ngứa & đau Thúc đẩy quá trình lành da 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ hoặc khi cần
Urea	Kem; lotion; dầu gội 10%, 20%	<ul style="list-style-type: none"> Làm mềm da đối với da tăng sừng hoặc những trường hợp da khô quá mức (như khô da, viêm da kích ứng tiếp xúc, ngứa) 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa lượng vừa đủ & xoa lên vùng da bị tổn thương mỗi 8-12 giờ & khi cần Dầu gội: Dùng mỗi ngày khi cần
Vitamin A	Kem; thuốc mỡ	<ul style="list-style-type: none"> Hăm tã, da trầy xước, bong nhẹ, cháy nắng, vết thương nhỏ & da khô Giúp giảm ngứa, ngứa & đau Tăng cường quá trình lành da 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa mỗi 8-12 giờ
Vitamin E	Kem; lotion, dịch rửa	<ul style="list-style-type: none"> Da khô Bảo vệ da khỏi tia UV 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa khi cần
Chiết xuất hạt <i>Vitis vinifera</i> (chiết xuất hạt nho)	Kem; lotion	<ul style="list-style-type: none"> Thúc đẩy quá trình lành da bằng hoạt tính chống oxy hóa & loại bỏ gốc tự do Bảo vệ hàng rào da đã bị suy yếu 	<ul style="list-style-type: none"> Thoa mỗi 24 giờ
Kẽm oxide	Kem 7,5%, 10%, 32%, 310 mg/g; Thuốc mỡ 40%, 200 mg/g; Bột rắc tại chỗ	<ul style="list-style-type: none"> Phòng ngừa & điều trị hăm tã bằng cách ngăn chặn da tiếp xúc trực tiếp với môi trường ẩm ướt Thúc đẩy quá trình lành da của những kích ứng da nhẹ, vết thương & vết bong không nhiễm trùng Làm mềm và bảo vệ da trong chàm & lột da nhẹ 	<ul style="list-style-type: none"> Trẻ nhỏ: Thoa mỗi lần thay tã, đặc biệt vào buổi tối trước khi đi ngủ Người lớn: Sử dụng mỗi ngày ở da, vùng da tổn thương & nếp gấp da, làm mềm vùng da để bị trầy xước

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của các chất làm mềm da. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG UỐNG

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Ciclosporin (cyclosporin A, cyclosporine)	2,5-5 mg/kg/ngày, uống chia liều mỗi 12 giờ trong tối đa 8 tuần Có thể tăng đến liều tối đa 5 mg/kg/ngày sau 2 tuần nếu cần	<p>Tác dụng ngoại ý</p> <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (đau đầu, run, dị cảm, vọp bẻ, đau cơ); Tim mạch (tăng HA, tăng lipid máu, phù); Tiêu hóa (đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn, tăng sản nước, viêm tụy); Gan (độc tính gan); Thận (độc tính thận, rối loạn điện giải); Tác dụng khác (rậm lông, tăng acid uric máu, nhiễm trùng, phát ban, thiếu máu) <p>Hướng dẫn đặc biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> Tránh sử dụng ở bệnh nhân rối loạn chức năng thận, tăng HA không kiểm soát, nhiễm trùng không kiểm soát, tăng creatinin kéo dài, bệnh ác tính Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng acid uric máu, nguy cơ cao tăng áp lực nội sọ lạnh tính Theo dõi thường xuyên chức năng gan, thận, huyết áp, điện giải & lipid huyết thanh Không nên tiêm ngừa bằng vắc-xin virus sống trong khi điều trị

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - ĐƯỜNG UỐNG (TIẾP THEO)

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Chất ức chế Janus kinase (JAK)		
Abrocitinib	100 mg uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 200 mg uống mỗi 24 giờ CYP2C19 chuyển hóa kém: 50 mg uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 100 mg uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn/nôn, viêm dạ dày ruột, khó chịu ở bụng); TKTU' (đau đầu, chóng mặt); Tác dụng khác (viêm mũi họng, đau hầu họng, herpes simplex, herpes zoster, nhiễm trùng đường tiểu, cúm, mệt mỏi, mụn trứng cá, chốc lở, viêm da tiếp xúc, tăng HA, giảm tiểu cầu, tăng creatinine phosphokinase máu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng liệu pháp kháng tiểu cầu ngoại trừ aspirin liều thấp (≤ 81 mg/ngày) trong 3 tháng đầu điều trị Tránh dùng ở bệnh nhân có nhiễm trùng nặng đang hoạt động; ngưng điều trị nếu xảy ra nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng cơ hội Đánh giá & xét nghiệm lao cho bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị; điều trị bệnh lao tiềm ẩn trước khi dùng thuốc Khuyến cáo theo dõi các xét nghiệm về tiểu cầu, bạch cầu lympho & lipid vì các chỉ số này có khả năng biến đổi Tránh dùng vắc-xin sống trước, trong lúc & ngay sau khi điều trị với abrocitinib
Baricitinib	2-4 mg uống mỗi 24 giờ Điều chỉnh liều dựa trên đáp ứng của bệnh nhân	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, thuyên tắc phổi); Tiêu hóa (buồn nôn, đau bụng); Tác dụng khác (tăng cân, đau đầu, phát ban, tăng men gan, mụn trứng cá, tăng cholesterol máu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng với các thuốc sinh học chống thấp khớp cải thiện bệnh khác (bDMARD) hoặc chất ức chế miễn dịch mạnh (như azathioprine, ciclosporin) Dùng thận trọng ở bệnh nhân có nhiễm trùng đang hoạt động hoặc tái phát (như nhiễm khuẩn, nhiễm nấm, nhiễm virus), huyết khối động mạch & huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi Tầm soát lao phổi cho bệnh nhân trước khi điều trị
Upadacitinib	Trẻ em ≥ 12 tuổi có cân nặng 40 kg & người lớn <65 tuổi: 15 mg uống mỗi 24 giờ Có thể tăng đến 30 mg uống mỗi 24 giờ Người lớn ≥ 65 tuổi: 15 mg uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, ho); Tiêu hóa (buồn nôn, đau bụng); Tác dụng khác (mụn trứng cá, viêm nang lông, herpes simplex, herpes zoster, cúm, đau đầu, quá mẫn, sốt, tăng cân, đau cơ, mệt mỏi, giảm BCTT, tăng creatine phosphokinase máu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng cơ hội, có yếu tố nguy cơ rối loạn tim mạch, u lympho & các bệnh ác tính khác, có nguy cơ cao bị thuyên tắc huyết khối Không khuyến cáo dùng cho bệnh nhân suy gan nặng Tầm soát bệnh nhân về bệnh lao, viêm gan siêu vi & theo dõi khả năng tái hoạt bệnh trước khi bắt đầu dùng thuốc Thực hiện kiểm tra da định kỳ ở bệnh nhân có nguy cơ cao bị ung thư da

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Dạng bào chế	Liệu dùng	Lưu ý
Ruxolitinib	Kem 1,5%	Thoa một lớp mỏng lên vùng da tổn thương mỗi 12 giờ lên đến 20% diện tích cơ thể (BSA) Liều tối đa: 60 g/ tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (viêm mũi họng, viêm phế quản, chảy nước mũi); Ngoài da (viêm nang lông, mày đay); Tác dụng khác (tiêu chảy, nhiễm trùng tai, tăng bạch cầu ái toan, viêm amidan) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng cho bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch & bệnh nhân đang có nhiễm trùng nghiêm trọng Tránh dùng đồng thời với chất ức chế JAK hoặc chất ức chế miễn dịch mạnh (như azathioprine, ciclosporin) Hạn chế tiếp xúc với ánh nắng hoặc tia UV Theo dõi thường xuyên để phát hiện dấu hiệu & triệu chứng của nhiễm trùng Thường xuyên đếm số lượng tế bào máu, & định kỳ kiểm tra da ở bệnh nhân có nguy cơ cao bị ung thư da

CÁC THUỐC DA LIỄU KHÁC - ĐƯỜNG TIÊM

Thuốc	Liệu dùng	Lưu ý
Dupilumab	Liều khởi đầu: 600 mg (2 mũi tiêm 300 mg) tiêm dưới da, sau đó 300 mg tiêm dưới da cách tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (phản ứng tại chỗ tiêm); Mắt (viêm kết mạc, viêm kết mạc dị ứng, ngứa mắt, viêm bờ mi); Tác dụng khác (nhiễm herpes ở miệng, tăng bạch cầu ưa acid, đau đầu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Hai liều tiêm dưới da khởi đầu nên được tiêm liên tiếp tại hai vị trí khác nhau Dùng thận trọng ở bệnh nhân viêm da cơ địa kèm hen phế quản, bệnh nhân suy gan hoặc suy thận nặng Điều trị tình trạng nhiễm giun sán hiện đang có trước khi bắt đầu dùng dupilumab
Chất đối kháng interleukin-13		
Tralokinumab	Liều khởi đầu: 600 mg (chia thành 4 mũi tiêm 150 mg), sau đó là 300 mg (chia thành 2 mũi tiêm 150 mg) tiêm dưới da cách tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên); Mắt (viêm kết mạc dị ứng, viêm giác-kết mạc); Tác dụng khác (phản ứng tại chỗ) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Bất kỳ tình trạng nhiễm giun sán hiện đang có nào phải được điều trị trước khi bắt đầu dùng tralokinumab Chống chỉ định ở bệnh nhân đã biết có quá mẫn với tralokinumab Tránh dùng vắc-xin sống trong lúc điều trị

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin chi tiết của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

CÁC THUỐC DA LIỆU KHÁC - DÙNG TẠI CHỖ

Thuốc	Dạng bào chế	Liệu dùng	Lưu ý
Chất ức chế calcineurin			
Pimecrolimus	Kem 1%	Người lớn & trẻ em ≥2 tuổi: Thoa một lớp mỏng lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ Xoa đều & nhẹ nhàng	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (rất, cảm giác ám thường giảm khi sử dụng liên tục, phản ứng tại chỗ thoa thuốc); Tác dụng khác (nhiễm vi khuẩn, virus) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không thoa lên vùng da nhiễm virus cấp; không nên băng kín Pimecrolimus: Nhiễm khuẩn và nhiễm nấm cần được điều trị thích hợp. Nếu nhiễm trùng không hết, ngưng điều trị đến khi khỏi hẳn nhiễm trùng Tacrolimus: Nếu có bệnh về hạch bạch huyết, cần xác định nguyên nhân và nếu không có nguyên nhân rõ ràng, nên ngưng dùng tacrolimus <ul style="list-style-type: none"> Nhiễm trùng da trên lâm sàng cần được điều trị trước khi dùng thuốc; không nên băng kín Khi điều trị lâu dài, nên sử dụng ngay khi có dấu hiệu đầu tiên của viêm da cơ địa để phòng ngừa cơn bùng phát và tiếp tục dùng khi dấu hiệu & triệu chứng bệnh vẫn còn Nếu không có cải thiện trong 6 tuần, bệnh nhân nên được đánh giá lại Bệnh nhân nên hạn chế hoặc tránh tiếp xúc ánh mặt trời tự nhiên hoặc nhân tạo
Tacrolimus	Thuốc mỡ 0,03%, 0,1%	Trẻ em 2-15 tuổi: Thoa một lớp mỏng thuốc mỡ 0,03% lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ Người lớn & trẻ em ≥16 tuổi: Thoa một lớp mỏng thuốc mỡ 0,03% hoặc 0,1% lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ Xoa đều & nhẹ nhàng	
Các thuốc khác			
Crisaborole	Thuốc mỡ 2%	Người lớn & trẻ em ≥3 tháng: Thoa một lớp mỏng lên vùng da bị tổn thương mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Phản ứng tại chỗ (bong, châm chích, đau tại chỗ bôi thuốc); Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, ho, viêm mũi họng); Tác dụng khác (sốt) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không sử dụng >28 ngày Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc thận

THUỐC KHÁNG HISTAMIN/TRỊ NGỨA - DÙNG TẠI CHỖ¹

Thuốc	Dạng bào chế	Liệu dùng	Lưu ý
Nhựa thông	Dầu tắm 2,3%; gel 1,6%	<ul style="list-style-type: none"> Tắm bồn: Cho 10-15 mL vào nước ấm, ngâm từ 5-10 phút (trẻ sơ sinh: 3 mL) Tắm vòi sen: Thoa trực tiếp không cần pha loãng lên da ướt, để yên trong vài phút, rửa lại nhẹ nhàng 	Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh tiếp xúc với mắt

¹Trên thị trường có dạng phối hợp với chất làm mềm da. Vui lòng xem dạng bào chế và thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

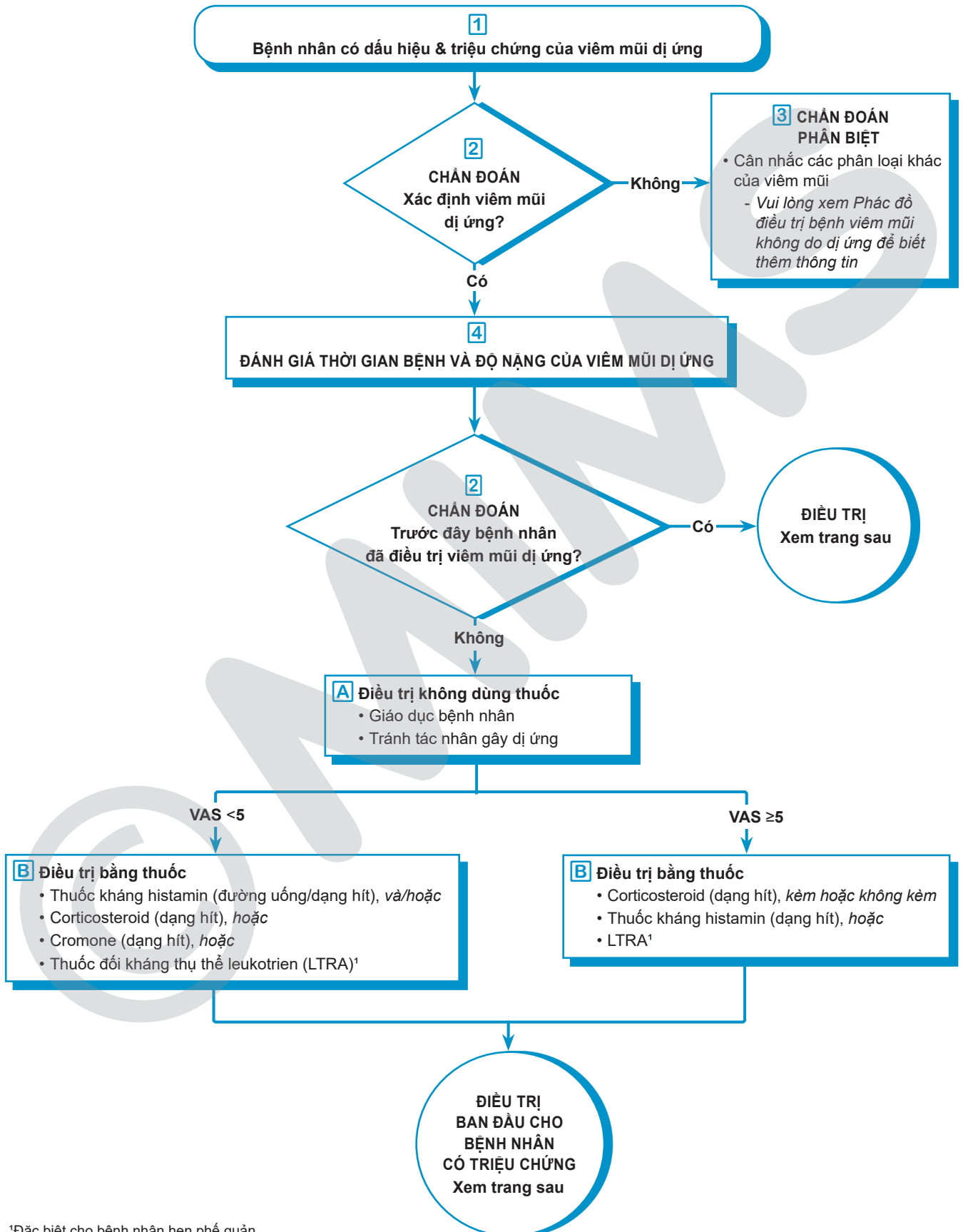
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

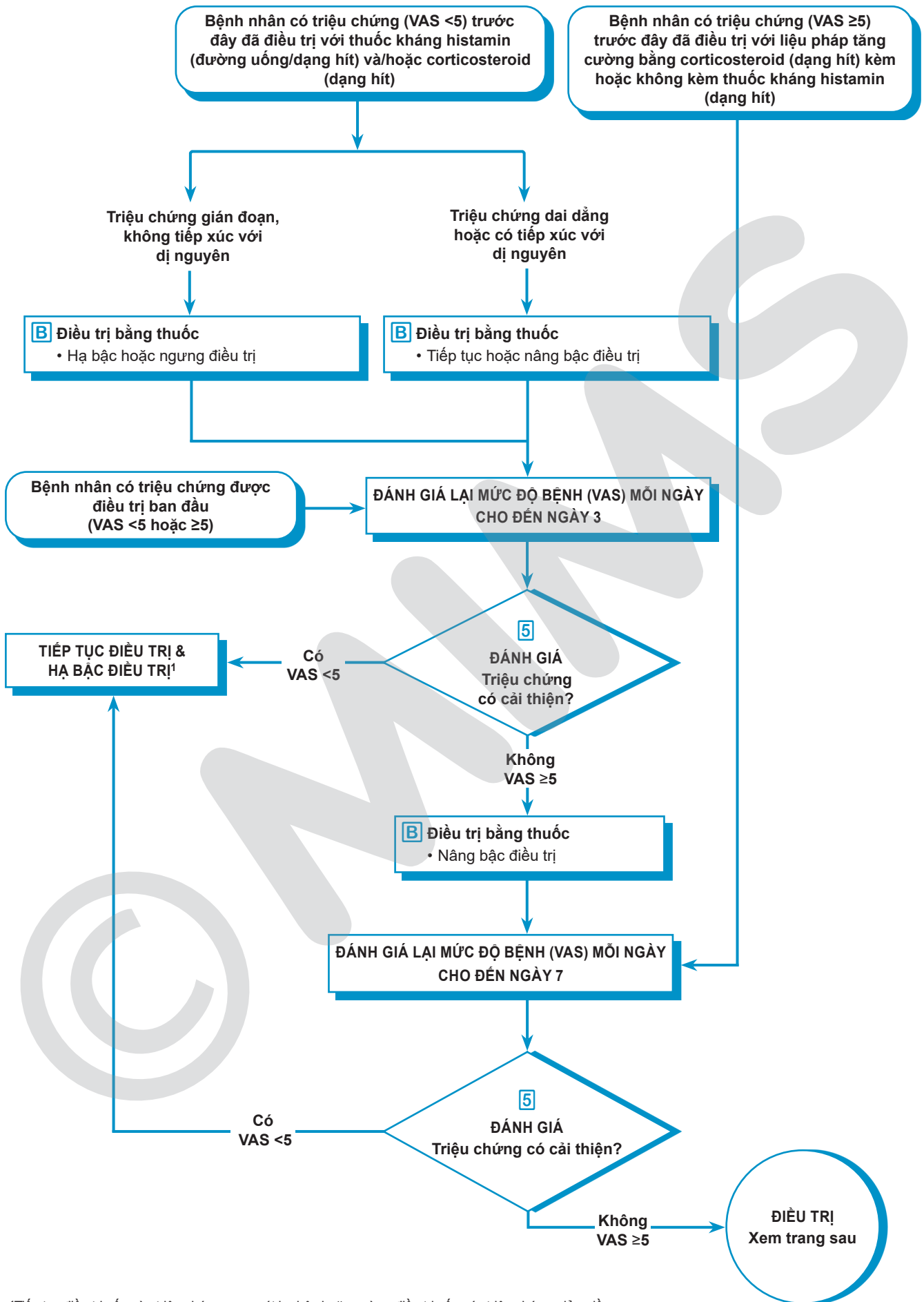
Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Viêm Mũi Dị Ứng (1/22)



¹Đặc biệt cho bệnh nhân hen phế quản

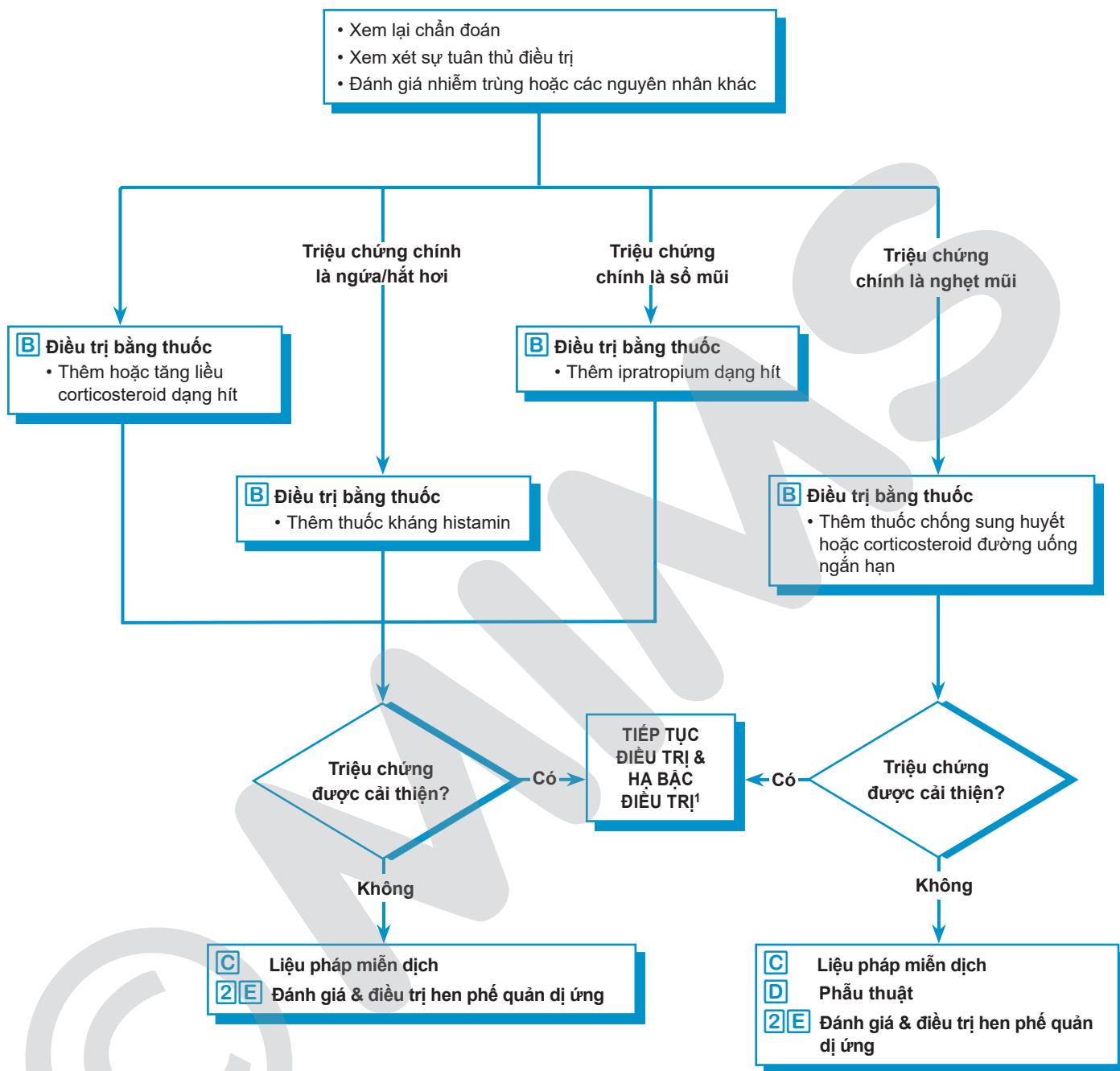
Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.



¹Tiếp tục điều trị nếu còn triệu chứng; xem xét hạ bậc hoặc ngưng điều trị nếu các triệu chứng giảm dần.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG (VAS ≥5)



¹Tiếp tục điều trị nếu còn triệu chứng; xem xét hạ bậc hoặc ngừng điều trị nếu các triệu chứng giảm dần.

1 VIÊM MŨI DỊ ỨNG

- Là một rối loạn có triệu chứng ở mũi do phản ứng qua trung gian globulin miễn dịch E (IgE) của niêm mạc mũi, xảy ra sau khi tiếp xúc với các dị nguyên
- Còn được gọi là sốt hoa cỏ hoặc viêm xoang mũi dị ứng

Dịch tế học

- Ảnh hưởng đến gần 25% trẻ em & 40% người lớn trên thế giới
 - Ước tính tỷ lệ mắc bệnh ở châu Âu & Hoa Kỳ là 30%
- Khoảng 80% trường hợp các triệu chứng của viêm mũi dị ứng phát triển trước khi 20 tuổi

Sinh lý bệnh

- Có thể có nhiều dạng cơ địa nhạy với viêm mũi dị ứng nhưng cơ chế quan trọng nhất là:
 - Các yếu tố di truyền
 - Sự sản xuất kháng thể IgE
- Phần lớn trường hợp viêm mũi dị ứng là do hít phải kháng nguyên như:
 - Mạt bụi (kháng nguyên trong mạt bụi nhà) - thường gặp nhất
 - Phấn hoa (như cây, các loại cỏ) - thường gặp nhất
 - Nấm
 - Thú cưng
- Phản ứng 2 pha:
 - Phản ứng pha sớm xảy ra khi histamin & leukotrien được phóng thích từ tế bào mast & kích thích đầu cuối của dây thần kinh cảm giác & mạch máu ở niêm mạc mũi
 - Kích thích này gây hắt hơi, chảy nước mũi, sưng hoặc tắc nghẽn niêm mạc mũi
 - Phản ứng pha muộn xảy ra khi các tế bào viêm như bạch cầu ái toan hoạt hóa đi đến niêm mạc mũi nơi tiếp xúc với các kháng nguyên này
 - Xuất hiện 6-10 giờ sau khi tiếp xúc với kháng nguyên
 - Gây sưng niêm mạc

Dấu hiệu & triệu chứng**Triệu chứng chính**

- Ngứa mũi
- Chảy nước mũi
- Nghẹt mũi/sung huyết mũi
- Hắt hơi
- Chảy dịch mũi sau

Các triệu chứng khác

- Đau đầu
- Các triệu chứng kết mạc, ngứa mắt
- Giảm khứu giác
- Ho vào buổi sáng
- Rối loạn giấc ngủ/ngủ quá nhiều vào ban ngày/rối loạn thở khi ngủ hoặc ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn

Các triệu chứng có thể tự phục hồi khi có hoặc không có điều trị**2 CHẨN ĐOÁN**

- Việc chẩn đoán viêm mũi dị ứng chủ yếu dựa vào tiền sử lâm sàng, khám thực thể & các xét nghiệm chẩn đoán

Tiền sử lâm sàng

- Nên khai thác tiền sử của bản thân và gia đình về dị ứng và các tình trạng liên quan
 - Hen phế quản hoặc chàm
 - Viêm da cơ địa
 - Viêm mũi
 - Viêm xoang mạn tính
 - Dị ứng thực phẩm
 - Nhạy cảm với thuốc (aspirin/thuốc kháng viêm không steroid [NSAID])
- Đánh giá khả năng bị hen phế quản dị ứng, đặc biệt ở bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm mũi dị ứng nặng và/hoặc dai dẳng
 - Bệnh nhân hen phế quản có nhiều khả năng bị viêm mũi dị ứng nhất ($\geq 80\%$)
 - Vui lòng xem Phác đồ điều trị hen phế quản để biết thêm thông tin về chẩn đoán & đánh giá
- Xác định các kiểu khởi phát triệu chứng bao gồm các yếu tố khởi phát, sự thay đổi theo mùa, & các phương pháp điều trị giúp giảm nhẹ
- Tiền sử tiếp xúc với các dị nguyên phải được xem xét cẩn thận
 - Tiếp xúc do nghề nghiệp, ở nhà & trường học
 - Tiếp xúc chủ động hoặc thụ động với khói thuốc lá

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.

2 CHẨN ĐOÁN (TIẾP THEO)**Khám thực thể**

- Nên kiểm tra toàn diện tất cả các hệ cơ quan có khả năng bị ảnh hưởng bởi dị ứng ở bệnh nhân có tiền sử viêm mũi

Khám mũi

- Tốt nhất nên thực hiện nội soi bởi bác sĩ chuyên khoa
- Có thể thấy:
 - Sưng cuốn mũi
 - Sổ mũi với dịch trong, đục hoặc có màu; nước mũi có màu có thể cho thấy có bệnh lý đi kèm viêm mũi dị ứng
- Nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa nếu các kết quả cho thấy là do nguyên nhân về cấu trúc (như khối u, polyp mũi, vẹo vách ngăn) hơn là do viêm mũi

Các kết quả khám thực thể khác gồm:

- Viêm kết mạc
- “Mắt thâm” dị ứng (quầng thâm dưới mắt do ứ máu tĩnh mạch)
- Các nếp nhăn ở mí mắt dưới (còn gọi là các đường Dennie-Morgan)
- Nếp gấp ngang ở mũi (do hành động vuốt dọc theo chóp mũi, hướng lên trên, đồng thời hít vào)
- Phù quanh hốc mắt
- Sỏi hầu họng
 - Một số bệnh nhân có thể bị viêm lưỡi bản đồ

Xét nghiệm dị ứng

- Cần nhắc thực hiện vì kết quả sẽ giúp xử trí bệnh & xác định dị nguyên để dễ phòng tránh
- Nên khám chuyên khoa

Các test da & test IgE đặc hiệu

- Dùng để phân biệt viêm mũi dị ứng với viêm mũi không do dị ứng hoặc để xác định dị nguyên cụ thể
- Test da được ưu tiên hơn do có độ nhạy tốt hơn, kết quả nhanh hơn & chi phí thấp hơn

Bạch cầu ái toan trong dịch mũi

- Bạch cầu ái toan có thể tìm thấy trong cả viêm mũi dị ứng & viêm mũi không do dị ứng
- Sự hiện diện của bạch cầu ái toan dự báo đáp ứng tốt với corticosteroid dùng tại chỗ ở mũi
- Có thể thực hiện khi có các triệu chứng dị ứng

3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm mũi nhiễm khuẩn
 - Cấp tính
 - Mạn tính
- Viêm mũi kích ứng
 - Hóa chất
 - Tác nhân vật lý
 - Bức xạ
- Viêm mũi tăng cảm không nhiễm trùng
 - Loại kết hợp (quá mẫn ở mũi)
 - Dị ứng (theo mùa, quanh năm)
 - Không dị ứng (viêm mũi vận mạch hoặc vô căn, viêm mũi có hội chứng tăng bạch cầu ái toan)
 - Loại sung huyết (viêm mũi do cảm lạnh, nội tiết tố, do thuốc, mang thai, viêm mũi tâm lý)
 - Loại tiết dịch (viêm mũi do hít khí lạnh, viêm mũi tiết dịch khởi phát do thức ăn, viêm mũi tuổi già)
 - Loại khô (khô mũi)
- Các loại khác
 - Viêm mũi teo niêm mạc
 - Viêm mũi u hạt đặc hiệu

4 ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN BỆNH & ĐỘ NẶNG

- Đánh giá dựa trên các yếu tố sau:
 - Triệu chứng của bệnh nhân
 - Sự tiếp xúc với dị nguyên của bệnh nhân
 - Thang điểm trực quan VAS (visual analogue scales)
- Đánh giá kiểu triệu chứng:
 - Viêm mũi dị ứng nhẹ, gián đoạn
 - Viêm mũi dị ứng trung bình-nặng, gián đoạn
 - Viêm mũi dị ứng nhẹ, dai dẳng
 - Viêm mũi dị ứng trung bình-nặng, dai dẳng

Phân loại theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng

- Nhẹ: Các triệu chứng không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, biểu hiện bằng giấc ngủ bình thường, có khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày, thể thao và giải trí, hiệu suất làm việc hoặc học tập bình thường, & không có các triệu chứng gây khó chịu
- Trung bình-nặng: Các triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống được biểu hiện bằng một hoặc nhiều dấu hiệu sau:
 - Ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày, giải trí và/hoặc thể thao
 - Ảnh hưởng hiệu suất học tập hoặc làm việc
 - Rối loạn giấc ngủ
 - Các triệu chứng gây khó chịu

Phân loại theo tần suất xuất hiện hoặc thời gian diễn ra triệu chứng

- Không liên tục: Các triệu chứng xảy ra <4 ngày/tuần hoặc <4 tuần liên tục/năm
- Dai dẳng: Các triệu chứng xảy ra ≥4 ngày/tuần & ≥4 tuần liên tục/năm

Kiểu tiếp xúc với dị nguyên**Theo mùa**

- Phụ thuộc vào một mùa cụ thể

Quanh năm

- Tiếp xúc với dị nguyên quanh năm & thường hiện diện trong môi trường hàng ngày

Bất ngờ

- Bệnh nhân tiếp xúc với dị nguyên không thường gặp trong hoạt động hàng ngày

Do nghề nghiệp

- Kích hoạt bởi dị nguyên, hóa chất hoặc chất gây kích ứng ở nơi làm việc & các triệu chứng cải thiện khi rời khỏi nơi làm việc

Thang điểm VAS

- Là thang đo phản ứng tâm lý cho biết thái độ hoặc cảm nhận chủ quan về mức độ nặng của triệu chứng liên quan đến bệnh ở mỗi bệnh nhân, dùng để phân loại mức độ triệu chứng & kiểm soát bệnh
- Mức độ kiểm soát viêm mũi dị ứng được chấm điểm như sau:
 - ≥5 = Không được kiểm soát
 - Điểm số VAS 5 gợi ý viêm mũi dị ứng trung bình-nặng
 - ≥2 đến <5 = Kiểm soát một phần
 - <2 = Được kiểm soát tốt

5 ĐÁNH GIÁ**Đánh giá kiểm soát bệnh**

- Cần nhắc các yếu tố sau đây khi đánh giá đáp ứng điều trị:
 - Điểm số triệu chứng
 - Đo lường mức độ tắc nghẽn mũi (như: lưu lượng đỉnh khí hít vào qua mũi, đo mũi bằng sóng âm, đo khí áp mũi)
 - Phân loại độ nặng theo ARIA (Allergic Rhinitis & its Impact on Asthma - Viêm mũi dị ứng & ảnh hưởng của nó lên hen phế quản)
 - Kết quả chất lượng cuộc sống (QOL)
 - Điểm số từng mục
 - Điểm số triệu chứng-thuốc
 - VAS
 - Điểm VAS thấp (<5) khi đã điều trị cho thấy có cải thiện bệnh, được thể hiện trong Bộ Câu hỏi về Chất Lượng Cuộc Sống liên quan Viêm Mũi-Viêm Kết mạc (RQLQ - Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) cũng như trong hiệu quả công việc, và điều trị thường được duy trì hoặc tiếp tục
 - Điểm VAS <2 cho thấy bệnh viêm mũi dị ứng đang được kiểm soát tốt & thường sẽ hạ bậc điều trị
 - Điểm VAS cao (≥5) cho thấy không có sự cải thiện về triệu chứng & thường sẽ nâng bậc điều trị

Mạng lưới trạm gác MACVIA-ARIA cho Viêm mũi dị ứng (MASK-Rhinitis)

- Dùng để chẩn đoán & phân loại bệnh nhân dựa trên độ nặng của bệnh, cũng là công cụ để đánh giá kiểm soát triệu chứng sau khi khởi trị bằng cách dùng công cụ ICT (Information & Communications Technology), hệ thống hỗ trợ ra quyết định lâm sàng (CDSS), dựa trên hướng dẫn của ARIA
- Sử dụng thiết bị điện tử để theo dõi các bệnh dị ứng bao gồm thang điểm VAS trên điện thoại thông minh (sử dụng MASK Aerobiology - ứng dụng đơn giản trên IOS/Android), Thử nghiệm kiểm soát viêm mũi dị ứng & hen phế quản (CARAT - Control of Allergic Rhinitis & Asthma Test), công cụ Tầm soát dị ứng điện tử & RAPP (RhinAsthma Patient Perspective) dùng trên điện thoại thông minh

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC**Giáo dục bệnh nhân**

- Cung cấp thông tin tổng quát về bệnh & các phương pháp điều trị hiện có
 - Tìm hiểu sự mong đợi của bệnh nhân từ việc điều trị & giải thích rằng có thể không chữa khỏi hoàn toàn
- Cung cấp các tài liệu giáo dục bệnh nhân khi cần thiết
- Giáo dục bệnh nhân về việc dùng thuốc hợp lý & các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra
 - Nên xem xét các thuốc dùng đồng thời để xác định xem thuốc đang dùng có gây ra khô miệng hoặc mũi không
- Giáo dục bệnh nhân về các biến chứng của viêm mũi dị ứng (như viêm tai giữa & viêm xoang mạn tính)
- Tư vấn bệnh nhân về việc sử dụng thuốc hợp lý & dùng thuốc đúng thời điểm trong trường hợp không thể tránh khỏi việc tiếp xúc với dị nguyên
- Khuyến bệnh nhân điều chỉnh lối sống: rửa mũi với nước muối để làm sạch mũi trước khi ngủ, điều chỉnh thời điểm & khoảng thời gian ngủ

Tránh dị nguyên

- Bước đầu tiên để kiểm soát triệu chứng trong viêm mũi dị ứng là xác định & tránh các dị nguyên gây khởi phát
- Xác định được các dị nguyên gây bệnh cụ thể, bằng test da hoặc xét nghiệm cận lâm sàng, để có thể khuyến khích bệnh nhân tuân theo các hướng dẫn giúp tránh dị nguyên
- Hiệu quả của việc tránh dị nguyên sẽ được đo bằng mức giảm triệu chứng & nhu cầu dùng thuốc của bệnh nhân
- Loại bỏ dị nguyên giúp làm giảm độ nặng của bệnh & giảm nhu cầu dùng thuốc
- Đa số các trường hợp không thể hoàn toàn tránh được dị nguyên nhưng nên cân nhắc biện pháp này khi thích hợp

Mạt bụi nhà

- Là tác nhân chính gây dị ứng tại nhà
- Giặt khăn trải giường & chăn mền trong nước nóng (60°C) mỗi tuần
- Dùng loại vải chống mạt bụi để làm bao gối, bọc nệm, giường
- Hút bụi giường mỗi tuần
- Để hút bụi trong nhà, nên dùng loại tuần hoàn khí thải
- Lau chùi đồ đạc trong phòng ngủ với giẻ ẩm

A ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC (TIẾP THEO)**Phấn hoa**

- Tránh đi ra ngoài vào những ngày có lượng phấn hoa trong không khí cao
- Mang khẩu trang & đeo kính trong suốt giai đoạn có lượng phấn hoa cao
- Tránh mặc áo khoác bằng len
- Tránh các hoạt động có thể làm tăng tiếp xúc với dị nguyên (như cắt cỏ)
- Giữ sạch bụi (từ quần áo & tóc) trước khi bước vào nhà
- Tắm sau khi có hoạt động ngoài trời ở nơi có nhiều phấn hoa
- Đóng cửa chính & cửa sổ khi ở nhà & ở bên trong xe
- Sử dụng máy điều hòa không khí

Vật nuôi

- Không nuôi thú cưng trong nhà
- Nếu không thể từ bỏ việc nuôi thú cưng, không cho vật nuôi vào phòng ngủ hoặc vào trong nhà
- Lau sạch phòng & tăng thông gió

Các biện pháp khác

- Khuyến khích tránh hút thuốc chủ động (bệnh nhân) và bị động (các thành viên trong gia đình & khách đến nhà)
- Hạn chế tiếp xúc với các chất gây kích ứng (như nước hoa, keo xịt tóc & các chất có mùi khác, ô nhiễm từ khí thải giao thông)
- Giảm nấm mốc phát triển trong nhà bằng cách giảm độ ẩm & loại bỏ các nơi có nấm mốc phát triển

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Điều trị viêm mũi dị ứng dựa trên thời gian mắc bệnh & độ nặng của các triệu chứng
- Nên điều trị từng bậc cho thanh thiếu niên & người trưởng thành
- Điều trị hạ bậc khi các triệu chứng của bệnh nhân có cải thiện & nâng bậc khi các triệu chứng xấu đi
- Áp dụng các nguyên tắc điều trị tương tự cho trẻ em; tuy nhiên, cần thận trọng để tránh các tác dụng không mong muốn của một số nhóm thuốc nhất định ở trẻ em
- Thuốc sử dụng trong viêm mũi thường dùng qua đường uống hoặc dạng hít
- Nên điều trị phối hợp hoặc tăng bậc cho bệnh nhân có bệnh vẫn tiến triển sau khi đơn trị liệu hoặc bệnh nhân bị viêm mũi dị ứng nặng
 - Các khuyến cáo tùy thuộc vào kiểu tiếp xúc với dị nguyên
 - Đối với bệnh nhân viêm mũi dị ứng theo mùa mức độ trung bình-nặng, áp dụng các nguyên tắc sau đây:
 - Phối hợp 1 corticosteroid dạng hít với 1 thuốc kháng histamin đường uống **hoặc** đơn trị với 1 corticosteroid dạng hít: Không có ưu tiên cụ thể
 - Phối hợp 1 corticosteroid dạng hít với 1 thuốc kháng histamin dạng hít **hoặc** đơn trị với 1 corticosteroid dạng hít: Không có ưu tiên cụ thể
 - Phối hợp 1 corticosteroid dạng hít với 1 thuốc kháng histamin dạng hít được ưu tiên hơn so với đơn trị bằng 1 thuốc kháng histamin dạng hít
 - Thuốc đối kháng thụ thể leukotrien **hoặc** thuốc kháng histamin đường uống: Không có ưu tiên cụ thể
 - Thuốc kháng histamin dạng hít **hoặc** thuốc kháng histamin đường uống: Không có ưu tiên cụ thể
 - Đối với bệnh nhân viêm mũi dị ứng quanh năm mức độ trung bình-nặng, khuyến cáo như sau:
 - Đơn trị với corticosteroid dạng hít được ưu tiên hơn phối hợp 1 corticosteroid dạng hít với 1 thuốc kháng histamin đường uống
 - Phối hợp 1 corticosteroid dạng hít với 1 thuốc kháng histamin dạng hít **hoặc** đơn trị với corticosteroid dạng hít: Không có ưu tiên cụ thể
 - Thuốc kháng histamin dạng hít **hoặc** thuốc kháng histamin đường uống: Không có ưu tiên cụ thể
- Nên cân nhắc phối hợp thuốc kháng histamin dạng hít & steroid dạng hít nếu điều trị vẫn không hiệu quả với đơn trị thuốc kháng histamin, đơn trị steroid dạng hít, hoặc phối hợp thuốc kháng histamin đường uống & corticosteroid dạng hít
- Đối với bệnh nhân sổ mũi kéo dài dù đã điều trị bằng corticosteroid dạng hít, có thể cân nhắc bổ sung thêm ipratropium dạng hít

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC**Thuốc kháng cholinergic**

- Như ipratropium bromide
- Chẹn thụ thể muscarinic của các tuyến thanh-niêm dịch
- Kiểm soát hiệu quả triệu chứng sổ mũi nhưng không tác động đến hắt hơi hoặc nghẹt mũi, vì vậy thuốc kháng cholinergic không được sử dụng làm thuốc điều trị đầu tay
- Có thể dùng cùng với corticosteroid dạng hít hoặc thuốc kháng histamin ở bệnh nhân có triệu chứng chủ yếu là sổ mũi, hoặc ở bệnh nhân bị sổ mũi không đáp ứng tốt với các thuốc khác

Thuốc kháng histamin

- Thuốc đối kháng thụ thể H₁ làm giảm ngứa mũi, hắt hơi & sổ mũi, nhưng ít hiệu quả đối với nghẹt mũi
- Là thuốc điều trị đầu tay cho viêm mũi nhẹ-trung bình không liên tục & viêm mũi nhẹ kéo dài
- Kết hợp thêm với corticosteroid dạng hít cho viêm mũi trung bình-nặng kéo dài chưa kiểm soát được triệu chứng ở mắt bằng đơn trị corticosteroid dạng hít

Thuốc kháng histamin dạng hít

- Như: azelastine, levocabastine, olopatadine
- Khởi phát tác động nhanh (<15-30 phút)
- Khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân bị viêm mũi dị ứng theo mùa, quanh năm, hoặc không thường xuyên
- Khuyến cáo là lựa chọn đầu tay cho bệnh nhân bị viêm mũi dị ứng gián đoạn
- Là thuốc ưu tiên so với cromone dạng hít trong điều trị viêm mũi dị ứng
- Có tác dụng chống nghẹt mũi đáng kể trên lâm sàng
- Cho hiệu quả tại vị trí sử dụng
- Có thể dùng trong trường hợp bệnh nhẹ, giới hạn tại mũi hoặc là thuốc “dùng khi cần” cùng với một loại thuốc dùng liên tục
- Có hiệu quả như thuốc kháng histamin đường uống nhưng phải dùng 2 lần/ngày

Thuốc kháng histamin đường uống

- Có ưu điểm là làm giảm các triệu chứng dị ứng tại các vị trí khác (như: viêm kết mạc) cùng với các triệu chứng ở mũi
- Có thể dùng để phòng ngừa các triệu chứng liên quan đến tiếp xúc dị nguyên không thường xuyên
- Ưu tiên hơn thuốc đối kháng thụ thể leukotrien ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng quanh năm mức độ trung bình-nặng
- Các thuốc kháng histamin thế hệ 2 được ưu tiên hơn các thuốc kháng histamin dùng dạng hít
- Nên hạn chế dùng các thuốc kháng histamin thế hệ 1; có thể làm giảm khả năng học tập ở trẻ em và ảnh hưởng khả năng lái xe ở người lớn
- Khởi phát tác động trong vòng 1 giờ

Thuốc kháng histamin đường uống thế hệ 2

- Như bilastine, cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine, loratadine, mequitazine, rupatadine
- Nên được xem là lựa chọn điều trị hàng đầu
- Được ưa chuộng hơn thuốc kháng histamin thế hệ 1 đường uống
- Có ít tác dụng không mong muốn trên hệ thần kinh trung ương & ít tác dụng kháng cholinergic hơn so với các thuốc kháng histamin thế hệ 1
- Có ít hoặc không có tác dụng an thần ở liều khuyến cáo

Thuốc kháng histamin đường uống thế hệ 1

- Như chlorpheniramine, clemastine, diphenhydramine
- Hạn chế dùng vì các tác dụng không mong muốn là an thần & kháng cholinergic & có thời gian bán thải ngắn
- Có thể làm giảm chức năng nhận thức & khả năng học tập ở trẻ em

Thuốc kháng histamin dùng ở mắt

- Có thể dùng ở bệnh nhân có các triệu chứng liên quan đến mắt (như: viêm kết mạc)

Kháng thể kháng globulin miễn dịch E (Ig E)

- Như omalizumab
- Cho thấy có hiệu quả làm giảm các triệu chứng ở mũi & nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng theo mùa

B ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (TIẾP THEO)**Corticosteroid**

- Có khả năng kháng viêm mạnh nhờ làm giảm phóng thích cytokine & chemokine

Corticosteroid dạng hít

- Như beclomethasone, budesonide, ciclesonide, flunisolide, fluticasone, mometasone, triamcinolone
- Hiệu quả hơn so với các thuốc kháng histamin đường uống hoặc dạng hít để làm giảm các triệu chứng viêm mũi dị ứng, đặc biệt là nghẹt mũi
- Được xem là thuốc điều trị hàng đầu ở bệnh nhân có triệu chứng trung bình-nặng &/hoặc kéo dài
 - Ưu tiên dùng hơn so với thuốc kháng histamin đường uống & dạng hít ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc quanh năm mức độ trung bình-nặng
 - Đơn trị với steroid dạng hít được ưu tiên hơn phối hợp với thuốc kháng histamin đường uống cho bệnh nhân viêm mũi dị ứng quanh năm
 - Liệu pháp phối hợp với thuốc kháng histamin dạng hít có hiệu quả hơn so với đơn trị bằng steroid dạng hít ở những bệnh nhân trung bình-nặng
- Khởi phát tác động từ vài giờ (6-12 giờ) đến vài ngày, với hiệu quả tối đa đạt được sau 2 tuần
- Ưu tiên dùng chế phẩm dạng nước vì ít gây kích ứng niêm mạc mũi
- Các nghiên cứu cho thấy dữ liệu về tính an toàn trên sự phát triển lâu dài của trẻ em khi sử dụng fluticasone, mometasone & ciclesonide
 - Nhìn chung, không gây tác dụng không mong muốn toàn thân đáng kể trên lâm sàng nếu dùng ở liều khuyến cáo
- Trong trường hợp nặng, nên bắt đầu dùng corticosteroid dạng hít 2 tuần trước khi mùa phấn hoa bắt đầu, sau đó dùng thường xuyên

Corticosteroid toàn thân

- Có thể dùng trong trường hợp hiếm gặp ở bệnh nhân nặng không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác & không dung nạp với corticosteroid dạng hít
- Prednisolone/methylprednisolone chỉ nên dùng trong thời gian ngắn (5-7 ngày)

Cromone (dạng hít)

- Ít hiệu quả hơn so với thuốc kháng histamin & corticosteroid dạng hít
- Tuân thủ thường kém vì cần dùng thuốc thường xuyên
- Có thể xem xét để điều trị triệu chứng (ngứa mũi họng, hắt hơi, sổ mũi) trước khi tiếp xúc với chất gây dị ứng
 - Có thể sử dụng cromone dạng dùng cho mắt để kiểm soát triệu chứng ở mắt (như: viêm kết mạc)
- Vì có dữ liệu an toàn tốt, cromone có thể là một lựa chọn phù hợp cho trẻ em & phụ nữ mang thai

Thuốc chống sung huyết

- Thúc đẩy sự co mạch bằng cách tác động lên thụ thể adrenergic, nhờ đó làm giảm sưng niêm mạc mũi

Thuốc chống sung huyết dạng hít

- Như: oxymetazoline, xylometazoline
- Rất hiệu quả để giảm nghẹt mũi & sổ mũi
- Vì nguy cơ giãn mạch dội ngược (viêm mũi do thuốc) & viêm mũi teo do dùng thuốc kéo dài, chỉ nên dùng thuốc từ 3-5 ngày
- Có thể dùng các đợt trị liệu ngắn để làm giảm ngay lập tức tình trạng nghẹt mũi nghiêm trọng trong khi vẫn dùng các thuốc khác để điều trị viêm mũi dị ứng (phối hợp thuốc chống nghẹt mũi và corticosteroid dạng hít)
- Có thể dùng bổ sung cho corticosteroid dạng hít hoặc phối hợp corticosteroid/thuốc kháng histamin dạng hít trong 4 tuần ở những bệnh nhân bị nghẹt mũi dai dẳng

Thuốc chống sung huyết đường uống

- Như: ephedrine, pseudoephedrine
- Tác động trên nghẹt mũi yếu hơn các dạng bào chế dùng tại chỗ, nhưng không gây giãn mạch dội ngược
- Giúp làm giảm nghẹt mũi, sổ mũi & các triệu chứng ở mắt
- Có thể cân nhắc sử dụng ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng nặng không đáp ứng với các thuốc kháng histamin đường uống & corticosteroid dạng hít
- Nên hạn chế sử dụng do các tác dụng không mong muốn đã biết (mất ngủ, kích động, đánh trống ngực)

Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene (LTRA)

- Như: montelukast, pranlukast, zafirlukast
- Hiệu quả tương tự như thuốc kháng histamin đường uống đối với bệnh nhân viêm mũi dị ứng theo mùa
- Giúp giảm hắt hơi và sổ mũi, giảm thâm nhiễm bạch cầu ái toan và dịch tiết mũi
- Dùng đơn trị hoặc kết hợp với thuốc kháng histamin; không được dùng làm liệu pháp khởi trị
 - Chỉ nên xem xét ở những bệnh nhân điều trị thất bại hoặc không dung nạp với liệu pháp đầu tay
- Ưu tiên ở bệnh nhân đồng thời bị hen phế quản
 - Giảm sử dụng thuốc chủ vận beta khi dùng chung với montelukast

Dung dịch nước muối

- Có thể dùng đơn lẻ hoặc hỗ trợ để làm giảm các triệu chứng của viêm mũi dị ứng
- Không có sự khác biệt trên hình ảnh X-quang hoặc điểm số triệu chứng khi so sánh nước muối đẳng trương với nước muối ưu trương, mặc dù dung dịch ưu trương cho thấy tăng khả năng làm sạch hệ thống lông mao ở màng nhầy

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

C LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH

- Khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân viêm mũi dị ứng trung bình hoặc nặng kéo dài, không đáp ứng đầy đủ với thuốc điều trị thông thường & các biện pháp tránh dị nguyên dưới sự giám sát của bác sĩ hoặc chuyên gia về dị ứng

Nguyên tắc điều trị

- Cho dùng lặp lại các dị nguyên đặc hiệu ở bệnh nhân dị ứng qua trung gian IgE, để cho tác dụng bảo vệ chống lại các triệu chứng dị ứng do tiếp xúc với các dị nguyên này
 - Hiệu quả nhất nếu dị ứng do phấn hoa, mạt bụi nhà & lông động vật; kém hiệu quả nếu do nấm mốc
- Liệu pháp miễn dịch đặc hiệu có hiệu quả khi được dùng một cách tối ưu
- Là liệu pháp điều trị duy nhất có thể giúp thuyên giảm viêm mũi trong thời gian dài (3-5 năm)
- Liệu khởi đầu nên thực hiện tại ở cơ sở y tế bởi người có kinh nghiệm
- Liệu trình khuyến cáo thường là 4-5 năm
- Liệu pháp miễn dịch có thể dùng cho trẻ em & người lớn có những yếu tố sau đây:
 - Có bằng chứng của kháng thể IgE đặc hiệu cho dị nguyên
 - Có bất kỳ điều nào sau đây:
 - Mong muốn của bệnh nhân
 - Tuân thủ điều trị
 - Cần sử dụng thuốc
 - Các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc
 - Đáp ứng kém với các biện pháp tránh dị nguyên
 - Phòng ngừa hen phế quản ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng
 - Chẩn đoán trên lâm sàng có cả viêm mũi dị ứng và hen phế quản

Liệu pháp miễn dịch dưới da (SCIT)

- Chỉ định:
 - Không kiểm soát thích hợp bằng thuốc
 - Bệnh nhân từ chối điều trị bằng thuốc, hoặc phải điều trị lâu dài
 - Không thể dung nạp hoặc không chịu được các tác dụng không mong muốn của thuốc
- Nên cân nhắc ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng theo mùa do phấn hoa & viêm mũi dị ứng quanh năm do mạt bụi nhà
- Có hiệu quả điều trị viêm mũi dị ứng tương đương với glucocorticoid dạng hít
- Sử dụng giới hạn do phải tiêm đều đặn & có một ít nguy cơ của phản ứng phản vệ

Liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi (SLIT)

- Nên cân nhắc thực hiện ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng do mạt bụi nhà & cỏ hoặc phấn hoa, bất kể bệnh nhân có bị hen phế quản hay không
- Có tính khả thi cao hơn so với SCIT vì dạng này được khuyến khích tự dùng
- Chỉ nên sử dụng cho bệnh nhân có thể chịu được phản ứng toàn thân & việc điều trị này
- Có các triệu chứng nhẹ ở miệng & trên đường tiêu hóa, và ít có nguy cơ phản vệ hơn so với SCIT

D PHẪU THUẬT**Cắt cuốn mũi dưới**

- Có thể áp dụng cho bệnh nhân tắc nghẽn đường thở ở mũi & cuốn mũi dưới phì đại không đáp ứng với điều trị bằng thuốc
- Nên để dành cho bệnh nhân bị viêm mũi dị ứng kéo dài

E HEN PHẾ QUẢN DỊ ỨNG

- Là dạng hen phế quản thường gặp nhất có liên quan với việc đã từng và/hoặc tiền sử gia đình có bệnh dị ứng như viêm mũi dị ứng, chàm hoặc dị ứng thức ăn hay thuốc
- Thường đáp ứng tốt với điều trị bằng corticosteroid dạng hít
- Việc điều trị bao gồm đánh giá độ nặng của bệnh, kiểm soát triệu chứng hen & tránh tác nhân gây khởi phát
- *Vui lòng tham khảo Phác đồ quản lý hen phế quản để có thêm thông tin*

CHUYỂN ĐẾN CHUYÊN KHOA

- Khuyến cáo chuyển đến bác sĩ chuyên khoa miễn dịch/dị ứng trong các trường hợp sau:
 - Cần làm thêm xét nghiệm về dị ứng & diễn giải kết quả để xác nhận chẩn đoán & giúp việc tránh dị nguyên dễ dàng hơn
 - Viêm mũi dị ứng nghiêm trọng hoặc không được kiểm soát đầy đủ mặc dù đã điều trị tối ưu & thực hiện các biện pháp tránh tiếp xúc
 - Bệnh nhân có tác dụng không mong muốn không thể chấp nhận được với thuốc điều trị
 - Cân nhắc đến liệu pháp miễn dịch dị ứng
 - Có các bệnh đồng mắc khác liên quan đến dị ứng cũng cần điều trị

*Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.
Thông tin kê toa cụ thể có thể tra cứu trong ấn bản MIMS mới nhất.*

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG CHOLINERGIC - DẠNG HÍT

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Ipratropium bromide	Dạng xịt 0,06%	≥6 tuổi: 42 mcg, xịt mỗi bên mũi mỗi 8-12 giờ Người lớn: 42-84 mcg, xịt mỗi bên mũi mỗi 6-12 giờ, lên đến 3 tuần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Hô hấp (nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm phế quản, viêm xoang, co thắt phế quản); Tim mạch (đau ngực, đánh trống ngực); TKTU (đau đầu, chóng váng); Tiêu hóa (khô miệng, giảm vị giác, khó tiêu, buồn nôn); Phản ứng quá mẫn (nổi mề đay, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng sản tuyến tiền liệt, bệnh nhân dễ bị tăng nhãn áp góc hẹp, tắc nghẽn cổ bàng quang, bệnh nhược cơ Tránh để mắt tiếp xúc với dung dịch hít Kiểm tra kỹ thuật hít của bệnh nhân để thuốc được phân phối nhiều nhất

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG (CHIẾT XUẤT DỊ NGUYÊN)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Chiết xuất dị nguyên phấn hoa	100 IR/mL 300 IR/mL	1 viên nén mỗi 24 giờ, để tan dưới lưỡi trong 2 phút sau đó nuốt	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Mũi họng (kích ứng họng, rộp niêm mạc miệng, phù lưỡi/môi/miệng, viêm amidan, nghẹt mũi); Hô hấp (viêm phế quản, hen phế quản, khó thở); TKTU (đau đầu, chóng váng); Tác dụng khác (viêm kết mạc, kích ứng tiêu hóa, đau ngực, ngứa) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân phẫu thuật ở miệng, nhổ răng, không dung nạp galactose, trẻ em <5 tuổi Bắt đầu điều trị 4 tháng trước và duy trì trong suốt mùa có phấn hoa

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG (CHIẾT XUẤT DỊ NGUYÊN) (TIẾP THEO)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Chiết xuất dị nguyên mật bụi nhà (<i>D. pteronyssinus</i> & <i>D. farinae</i>)	10 IR/mL 300 IR/mL	Liều khởi đầu Ngày 1-6 (10 IR/mL): Xịt dưới lưỡi với liều tăng dần mỗi ngày: Xịt 1, 2, 4, 6, 8, 10 nhát liên tiếp mỗi 24 giờ đến ngày 6 Ngày 7-9 (300 IR/mL): Xịt dưới lưỡi với liều tăng dần mỗi ngày: Xịt 1, 2, 4 nhát liên tiếp mỗi 24 giờ Liều duy trì Từ ngày 10 trở đi (300 IR/mL): Xịt 4 lần dưới lưỡi mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Mũi họng (kích ứng họng, rộp niêm mạc miệng, phù lưỡi/môi/miệng, viêm amidan, nghẹt mũi); Hô hấp (viêm phế quản, hen phế quản, khó thở); TKTU (đau đầu, choáng váng); Tác dụng khác (viêm kết mạc, kích ứng tiêu hóa, đau ngực, ngứa) Hướng dẫn đặc biệt • Duy trì ngâm dưới lưỡi trong 2 phút trước khi nuốt • Dùng thận trọng ở bệnh nhân có viêm ở khoang miệng, sang thương ở miệng, nhiễm nấm, mới nhổ răng, phẫu thuật ở miệng, điều chỉnh chế độ ăn (chế độ ăn ít muối nghiêm ngặt)
	Viên nén đồng hồ dùng đường uống 12 SQ-HDM	Trẻ em ≥12 tuổi & người lớn: Đặt 1 viên nén dưới lưỡi mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý • Mũi họng (kích ứng họng, sưng đỏ niêm mạc miệng, phù môi/miệng, viêm mũi); Hô hấp (viêm phế quản, hen phế quản, khó thở); Tác dụng khác (kích ứng tiêu hóa, khó chịu ở ngực, ngứa, mày đay) Hướng dẫn đặc biệt • Uống 5 phút trước khi dùng đồ ăn & thức uống; ngâm dưới lưỡi khoảng 1 phút trước khi nuốt • Sử dụng thận trọng cho bệnh nhân có phản ứng dị ứng toàn thân trước đó với liệu pháp miễn dịch mật bụi nhà đường tiêm dưới da, bệnh tim, các triệu chứng dạ dày-thực quản nặng hoặc dai dẳng, bệnh tự miễn đang thuyên giảm, dị ứng với cá • Tránh ngừng đột ngột thuốc kiểm soát hen • Tránh dùng ở bệnh nhân có cơn hen kịch phát nặng trong vòng 3 tháng gần đây, bệnh hen suyễn có nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính (tạm ngưng sử dụng cho đến khi hết nhiễm trùng); bệnh tự miễn hoạt động hoặc được kiểm soát kém, suy giảm miễn dịch, có khối u ác tính, vết thương ở miệng hoặc viêm miệng nặng cấp tính • Tạm ngưng điều trị ở bệnh nhân hen & bị nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính, viêm nặng ở miệng, vết thương ở miệng, phẫu thuật ở miệng, nhổ răng, hoặc sau khi mất răng & điều trị hiện tại bị gián đoạn tạm thời

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG - DẠNG HÍT¹

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Azelastine	Dạng xịt 0,1% (140 mcg/nhát xịt)	≥6 tuổi & người lớn: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • TKTU² (đau đầu, buồn ngủ, choáng váng, lơ mơ); Tiêu hóa (đầy miệng, buồn nôn); Hô hấp (cảm lạnh, ho, chảy máu cam, viêm xoang, kích ứng mũi); Tim mạch (đỏ bừng, tăng huyết áp, nhịp tim nhanh); Ngoài da (viêm da tiếp xúc, chàm) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Dùng thận trọng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc vận hành máy móc) • Tránh để mắt/miệng tiếp xúc với dung dịch hít
Levocabastine	Dạng xịt mũi 0,05%	≥9 tuổi & người lớn: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12 giờ Có thể tăng lên dùng mỗi 6-8 giờ khi cần	
Olopatadine	Dạng xịt mũi 0,6%	6-11 tuổi: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12 giờ ≥12 tuổi & người lớn: 2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc kháng histamin với corticosteroid. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG - ĐƯỜNG UỐNG²

Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 1			Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> • Rất thường gặp: TKTU² (buồn ngủ, mệt mỏi, choáng váng, mất phối hợp, kích thích nghịch thường) • Các tác dụng thường gặp khác: TKTU² (đau đầu, suy giảm thần kinh vận động); Kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) • Tình trạng có thể gây tác động trên hệ tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thèm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác động khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ HA) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> • Tránh dùng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc vận hành máy móc) & tránh dùng với đồ uống có cồn • Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận - Có thể cần phải giảm liều
Azatadine	6-12 tuổi: 0,5-1 mg, uống mỗi 12 giờ	1-2 mg uống mỗi 12 giờ	
Brompheniramine	≤3 tuổi: 0,4-1 mg/kg/ngày, uống chia mỗi 6 giờ 3-6 tuổi: 1-2 mg, uống mỗi 6-8 giờ 6-12 tuổi: 2-4 mg, uống mỗi 6-8 giờ >12 tuổi: Giống như người lớn	4-8 mg uống mỗi 6-8 giờ	
Carbinoxamine	2-5 tuổi: 1-2 mg, uống mỗi 6-8 giờ 6-11 tuổi: 2-4 mg, uống mỗi 6-8 giờ ≥12 tuổi: Giống như người lớn	4-8 mg uống mỗi 6-8 giờ	
Chlorpheniramine	1-2 tuổi: 1 mg, uống mỗi 12 giờ 2-6 tuổi: 1 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày 6-12 tuổi: 2 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày ≥12 tuổi: Giống như người lớn Dạng phóng thích kéo dài ≥12 tuổi: 12 mg, uống mỗi 12 giờ lúc đi ngủ	4 mg uống mỗi 4-6 giờ Dạng phóng thích kéo dài: 12 mg uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 24 mg/ngày	

²Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc kháng histamin với các corticosteroid khác, thuốc trị cảm hoặc thuốc chống sung huyết. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG - ĐƯỜNG UỐNG ¹ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 1 (tt)			Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Rất thường gặp: TKTU[*] (buồn ngủ, mệt mỏi, choáng váng, mất phối hợp, kích thích nghịch thường) Các tác dụng thường gặp khác: TKTU[*] (đau đầu, suy giảm thần kinh vận động); Kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) Thỉnh thoảng có thể tác động trên hệ tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thêm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác động khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ HA) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc vận hành máy móc) & tránh dùng với đồ uống có cồn Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận <ul style="list-style-type: none"> - Có thể cần phải giảm liều
Clemastine	1-3 tuổi: 0,25-0,5 mg, uống mỗi 12 giờ 3-6 tuổi: 0,5 mg, uống mỗi 12 giờ 6-12 tuổi: 0,5-1 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 3 mg/ngày >12 tuổi: 1 mg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày	1 mg uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày	
Cyproheptadine	-	4-20 mg/ngày uống, chia mỗi 8 giờ Liều tối đa: 32 mg/ngày hoặc 0,5 mg/kg/ngày	
Dexchlorpheniramine	2-5 tuổi: 0,5 mg uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 3 mg/ngày 6-12 tuổi: 1 mg uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 6 mg/ngày >12 tuổi: 2 mg uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày	1-2 mg uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 12 mg/ngày Dạng phóng thích kéo dài: 6 mg uống mỗi 12 giờ	
Dimethindene (dimetindene)	-	1-2 mg uống mỗi 8 giờ	
Diphenhydramine	2-6 tuổi: 6,25 mg, uống mỗi 4-6 giờ Liều tối đa: 37,5 mg/ngày 6-<12 tuổi: 12,5-25 mg, uống mỗi 4-8 giờ Liều tối đa: 150 mg/ngày >12 tuổi: Giống như người lớn	25-50 mg uống mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 300 mg/ngày	
Homochlorcyclizine	Một số quốc gia chấp thuận cho dùng ở trẻ em: 5-10 mg, uống mỗi 6-12 giờ	10-20 mg uống mỗi 8 giờ	
Mebhydrolin napsylate	<2 tuổi: 50-100 mg/ngày, uống chia nhiều liều 2-5 tuổi: 50-150 mg/ngày, uống chia nhiều liều 6-10 tuổi: 100-200 mg/ngày, uống chia nhiều liều >10 tuổi: Giống như người lớn	100-300 mg uống chia mỗi 8 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc kháng histamin với các corticosteroid khác, thuốc trị cảm hoặc thuốc chống sung huyết. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG - ĐƯỜNG UỐNG ¹ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 1 (tt)			Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Rất thường gặp: TKTU[*] (buồn ngủ, mệt mỏi, choáng váng, mất phối hợp, kích thích nghịch thường) Các tác dụng thường gặp khác: TKTU[*] (đau đầu, suy giảm thần kinh vận động); Kháng muscarinic (khô miệng, tiết chất nhầy, bí tiểu, nhìn mờ) Thỉnh thoảng có thể tác động trên hệ tiêu hóa (buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau thượng vị, chán ăn hoặc tăng thèm ăn); Tim mạch (đánh trống ngực, loạn nhịp tim, hiếm khi loạn nhịp thất nguy hiểm); Phản ứng quá mẫn (phát ban, phù mạch, phản vệ); Tác dụng khác (co giật, đổ mồ hôi, đau cơ, run, hạ HA) <ul style="list-style-type: none"> Promethazine thỉnh thoảng có thể gây nhạy cảm với ánh sáng hoặc vàng da Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Tránh dùng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc vận hành máy móc) & tránh dùng với đồ uống có cồn Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng sản tuyến tiền liệt, động kinh, suy gan hoặc thận <ul style="list-style-type: none"> Có thể cần phải giảm liều
Oxatomide	0,5 mg/kg/liều, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 1 mg/kg mỗi 12 giờ	30 mg uống mỗi 12 giờ	
Pheniramine	5-10 tuổi: 22,5 mg, uống mỗi 8 giờ >10 tuổi: Giống như người lớn	15-30 mg uống mỗi 8-12 giờ Liều tối đa: 3 mg/kg/ngày	
Piprinhydrinate	1,5 mg, uống mỗi 8 giờ	3 mg uống mỗi 8 giờ	
Promethazine	2-5 tuổi: 5-15 mg/ngày, uống chia liều mỗi 12-24 giờ 5-10 tuổi: 10-25 mg/ngày, uống chia liều mỗi 12-24 giờ	10-20 mg uống mỗi 8-12 giờ hoặc 25 mg uống liều duy nhất vào lúc đi ngủ Liều tối đa: 60 mg/ngày	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc kháng histamin với các corticosteroid khác, thuốc trị cảm hoặc thuốc chống sung huyết. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC KHÁNG HISTAMIN & CHỐNG DỊ ỨNG - ĐƯỜNG UỐNG ¹ (TIẾP THEO)			
Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Thế hệ 2			Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Ít hoặc không gây buồn ngủ & kháng muscarinic so với thuốc kháng histamin thế hệ 1 Cetirizine có thể gây buồn ngủ nhiều hơn so với các thuốc kháng histamin thế hệ 2 khác mặc dù được dùng với liều khuyến cáo Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân cần tỉnh táo (như lái xe hoặc vận hành máy móc), hiếm khi có thể ảnh hưởng đến công việc yêu cầu kỹ năng Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy gan hoặc thận, động kinh & ở người lớn tuổi
Acrivastine	≥12 tuổi: 8 mg, uống mỗi 8 giờ	8 mg, uống mỗi 8 giờ	
Bilastine	6-11 tuổi và cân nặng ≥20 kg: viên tan trong miệng 10 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 20 mg, uống mỗi 24 giờ	20 mg, uống mỗi 24 giờ	
Cetirizine ²	1-2 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ 2-6 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 5 mg, uống mỗi 24 giờ >6 tuổi: 5 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 10 mg, uống mỗi 24 giờ	5 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 10 mg, uống mỗi 24 giờ	
Desloratadine	6-11 tháng: 1 mg, uống mỗi 24 giờ 1-5 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 24 giờ 6-11 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ	5 mg, uống mỗi 24 giờ	
Ebastine	6-12 tuổi: 5-10 mg, uống mỗi 24 giờ >12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10-20 mg, uống mỗi 24 giờ	
Fexofenadine	2-11 tuổi: 30 mg, uống mỗi 12 giờ ≥12 tuổi: 60 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 120-180 mg, uống mỗi 24 giờ	60 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 120-180 mg, uống mỗi 24 giờ	
Levocetirizine ²	Viêm mũi quanh năm 6 tháng-5 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 24 giờ 6-11 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ Viêm mũi theo mùa 2-5 tuổi: 1,25 mg, uống mỗi 24 giờ 6-11 tuổi: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ	5 mg, uống mỗi 24 giờ	
Loratadine	2-12 tuổi ≤30 kg: 5 mg, uống mỗi 24 giờ >30 kg: 10 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10 mg, uống mỗi 24 giờ	
Mequitazine	6-12 tuổi 20-30 kg: 2,5 mg, uống mỗi 12 giờ 30-40 kg: 2,5 mg, uống vào buổi sáng, sau đó 5 mg, uống vào buổi tối ≥12 tuổi: 5 mg, uống mỗi 12 giờ	5 mg, uống mỗi 12 giờ	
Mizolastine	≥12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10 mg, uống mỗi 24 giờ	
Rupatadine	2-11 tuổi ≥10-<25 kg: 2,5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥25 kg: 5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	10 mg, uống mỗi 24 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc kháng histamin với các corticosteroid khác, thuốc trị cảm hoặc thuốc chống sung huyết. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có dạng phối hợp với montelukast. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - DẠNG HÍT ¹				
Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng		Lưu ý
		Trẻ em	Người lớn	
Beclomethasone	Dạng xịt mũi 50-100 mcg/liều	6-12 tuổi: Giống như người lớn Liều tối đa: 0,4 mg/ngày	100 mcg, xịt mỗi bên mũi mỗi 12-24 giờ hoặc 50 mcg, xịt mỗi bên mũi mỗi 6-8 giờ Liều tối đa: 0,4 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ (nhiễm candida hầu họng, ho do kích ứng đường hô hấp trên, khó phát âm); Co thắt phế quản nghịch thường Nguy cơ tác dụng toàn thân sẽ tùy thuộc vào liều, hoạt lực của corticosteroid, sự hấp thu của ruột, hệ thống phân phối, việc sử dụng bù đắp đệm và dược động học của thuốc Sử dụng kéo dài steroid liều cao có thể gây đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, mỏng da, dễ bầm tím & ức chế tuyến thượng thận Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Có thể giảm thiểu tác dụng tại chỗ bằng cách dùng bù đắp đệm, súc miệng với nước Dùng thận trọng ở trẻ em vì corticosteroid có thể ảnh hưởng đến sự tăng trưởng Chống chỉ định ở bệnh nhân gần đây bị loét vách ngăn mũi, phẫu thuật hoặc chấn thương ở mũi Dùng thận trọng ở bệnh nhân suy tim, nhồi máu cơ tim cấp tính, đái tháo đường, bệnh lý đường tiêu hóa, suy gan/thận, nhược cơ, loãng xương, rối loạn co giật, bệnh lý tuyến giáp
Budesonide	Dạng xịt mũi 32 mcg/liều	>6 tuổi: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12-24 giờ Liều tối đa <12 tuổi: 0,5 mg/ngày	2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12 giờ hoặc chia mỗi 12 giờ Dùng liều thấp nhất có hiệu quả để duy trì	
	Dạng xịt mũi 50 mcg/liều	>6 tuổi: Giống như người lớn	2 nhát, xịt mỗi 24 giờ hoặc chia mỗi 12 giờ Dùng liều thấp nhất có hiệu quả để duy trì	
	Dạng xịt mũi 64 mcg/liều			
Dạng xịt mũi 100 mcg/liều				
Ciclesonide	Dạng xịt mũi 50 mcg/liều	Viêm mũi theo mùa ≥6 tuổi hoặc Viêm mũi quanh năm ≥12 tuổi: 2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều tối đa: 2 nhát xịt/bên mũi/ngày	2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều tối đa: 2 nhát, xịt/bên mũi/ngày	
Fluticasone	Dạng xịt mũi 50 mcg/liều	4-11 tuổi: 1-2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều tối đa: 2 nhát, xịt/bên mũi ≥12 tuổi: Giống như người lớn	2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 12-24 giờ Liều tối đa: 4 nhát, xịt/bên mũi	
	Dạng xịt mũi 27,5 mcg/liều	2-11 tuổi: 1-2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều duy trì: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi/ngày ≥12 tuổi: Giống như người lớn	2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều duy trì: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi/ngày	
Mometasone	Dạng xịt mũi 50 mcg/liều	Một số quốc gia chấp thuận cho: 2-11 tuổi: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: Giống như người lớn	Liều khởi đầu: 2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều duy trì: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều tối đa: 4 nhát, xịt/bên mũi/ngày	
Triamcinolone	Dạng xịt mũi 55 mcg/nhát xịt	2-5 tuổi: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều tối đa: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ 6-12 tuổi: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều tối đa: 2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ ≥12 tuổi: Giống như người lớn	Liều khởi đầu: 2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ Liều duy trì: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp corticosteroid với thuốc kháng histamin và/hoặc thuốc chống sung huyết. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

CORTICOSTEROID - TÁC DỤNG TOÀN THÂN

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Methylprednisolone	<i>Liều cá thể hóa</i> Liều khởi đầu: 80-120 mg, tiêm bắp hoặc 4-8 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (viêm dạ dày). Nếu dùng trong thời gian dài: Suy võ thượng thận, loãng xương, teo cơ, đau hoặc yếu người, dễ bị nhiễm trùng, khó lành vết thương, mất cân bằng điện giải, tăng cân, đái tháo đường, mỏng da dẫn đến nứt da và dễ bị bầm tím, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Nên dùng cùng thức ăn Bệnh nhân dùng corticosteroid trong thời gian dài nên được điều trị dự phòng loãng xương
Prednisolone	Trẻ em: 0,14-2 mg/kg/ngày, uống chia thành 3 liều Người lớn: 5-60 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (viêm tụy cấp, loét dạ dày); TKTU¹ (rối loạn tâm thần & thần kinh, tăng HA nội sọ, đau đầu, trầm cảm); Tác dụng khác (hội chứng Cushing, vô kinh, tăng tiết mồ hôi, mỏng da, thay đổi của mắt, hoại tử vô khuẩn của xương, biến chứng thuyên tắc huyết khối, mệt mỏi, đau cơ & khớp) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Nên dùng cùng thức ăn Bệnh nhân dùng corticosteroid trong thời gian dài nên được điều trị dự phòng loãng xương

CROMONE (DẠNG HÍT)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Acid cromoglicic (Na cromoglycate, cromolyn Na, disodium cromoglycate, Na cromoglicate)	Dạng xịt mũi 2%	1-2 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 6 giờ Liều duy trì: 1 nhát, xịt mỗi bên mũi mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Cơ thắt phế quản thoáng qua, ho & kích ứng họng; vị giác khó chịu, buồn nôn, đau đầu Hiếm khi cơ thắt phế quản nghiêm trọng, phù thanh quản, phù mạch, và phản vệ Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân có rối loạn nhịp tim
	Dạng xịt mũi 4%	1 nhát, xịt mỗi bên mũi 3-6 lần/ngày	

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kế toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG SUNG HUYẾT - ĐƯỜNG UỐNG¹

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Phenylephrine	≥12 tuổi & người lớn: 10 mg, uống mỗi 4 giờ khi cần, lên đến 7 ngày Liều tối đa: 60 mg/ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (đau đầu, lo âu, mất ngủ, bồn chồn, run, ngầy ngật, choáng váng, kích động); Tim mạch (nhịp tim nhanh, tăng HA, loạn nhịp); Tiêu hóa (buồn nôn, khô miệng, khó tiêu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân loạn nhịp tim, tăng nhãn áp góc đóng, bí tiểu, tăng HA nặng, bệnh mạch vành nặng & người đang điều trị với thuốc ức chế monoamin oxidase (MAOI) Dùng thận trọng ở bệnh nhân tăng HA, suy thận, đái tháo đường, cường giáp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, lớn tuổi, phì đại tuyến tiền liệt
Pseudoephedrine	6-12 tuổi ≤30 kg: 30 mg, uống mỗi 12 giờ >30 kg: 60 mg, uống mỗi 12 giờ >12 tuổi & người lớn: 120 mg, uống mỗi 12 giờ hoặc 60 mg, uống mỗi 4-6 giờ hoặc 240 mg, uống mỗi 24 giờ Liều tối đa: 240 mg/ngày	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc chống sung huyết với corticosteroid hoặc thuốc kháng histamin. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

THUỐC ĐỐI KHÁNG THỤ THỂ LEUKOTRIENE

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Montelukast ²	6 tháng-2 tuổi: 4 mg cốm, uống mỗi 24 giờ 2-5 tuổi: 4 mg, uống mỗi 24 giờ 6-14 tuổi: 5 mg, uống mỗi 24 giờ ≥15 tuổi & người lớn: 10 mg, uống mỗi 24 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU' (đau đầu, choáng váng, kích động, hung hăng, trầm cảm, mất ngủ); Cơ xương (đau khớp, đau cơ); Huyết học (mất bạch cầu hạt, xuất huyết, tăng bạch cầu ái toan toàn thân); Tác dụng khác (đau toàn thân, phản ứng quá mẫn, sốt, bầm tím, phù, kích ứng tiêu hóa) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Pranlukast: Theo dõi thời gian prothrombin ở bệnh nhân đang điều trị với warfarin & các thuốc kháng đông khác
Pranlukast	Trẻ em: 3,5 mg/kg, uống mỗi 12 giờ Liều tối đa: 10 mg/kg/ngày không vượt quá 450 mg, uống mỗi 24 giờ Người lớn: 225 mg, uống mỗi 12 giờ	

²Trên thị trường có dạng phối hợp với thuốc kháng histamin. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liệu dùng

THUỐC CHỐNG SUNG HUYẾT MŨI & CÁC CHẾ PHẨM KHÁC DÙNG QUA MŨI¹

Thuốc	Hàm lượng	Liệu dùng	Lưu ý
Ephedrine	Thuốc nhỏ mũi 0,5% hoặc 1%	>12 tuổi & người lớn: 1-2 giọt vào mỗi bên mũi mỗi 6 giờ Thời gian tối đa: 7 ngày	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tại chỗ: Kích ứng thoáng qua, hắt hơi, khô niêm mạc mũi; có thể xảy ra sung huyết mũi dội ngược nếu dùng thường xuyên hoặc >3-7 ngày Tim mạch (tăng HA, rối loạn nhịp tim); TKTU[*] (choáng váng, buồn ngủ, đau đầu); Tiêu hóa (buồn nôn) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Không khuyến cáo dùng kéo dài >3-7 ngày Chống chỉ định ở bệnh nhân tăng nhãn áp góc hẹp Dùng thận trọng ở bệnh nhân hen phế quản, tăng HA, suy tim, bệnh động mạch vành, xơ cứng động mạch não, đái tháo đường, cường giáp, nhiễm trùng hoặc tổn thương ở mũi, phì đại tuyến tiền liệt
	Thuốc xịt mũi 0,5%	6-<12 tuổi: 1-2 nhát, xịt mỗi 4 giờ Thời gian tối đa: 3 ngày ≥12 tuổi & người lớn: 2-3 nhát, xịt vào mỗi bên mũi mỗi 4 giờ Thời gian tối đa: 3 ngày	
Naphazoline	Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi 0,05%	≥12 tuổi: 1-2 giọt hoặc 1 nhát, xịt vào mỗi bên mũi mỗi 6 giờ Người lớn: 1-2 giọt hoặc 1-2 nhát, xịt vào mỗi bên mũi mỗi 6 giờ	
	Oxymetazoline	Thuốc nhỏ mũi 0,01%	
Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi 0,025%		1-6 tuổi: 1-2 giọt, nhỏ vào mỗi bên mũi mỗi 8-12 giờ 2-6 tuổi: 1-3 nhát, xịt vào mỗi bên mũi mỗi 12 giờ Thời gian tối đa: 3 ngày	
Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi 0,05%		≥6 tuổi & người lớn: 1-3 giọt hoặc 1-2 nhát, nhỏ hoặc xịt vào mỗi bên mũi mỗi 8-12 giờ Thời gian tối đa: 3-5 ngày	
Thuốc xịt mũi 0,1%		Người lớn: 2-3 nhát, xịt vào mỗi bên mũi mỗi 12 giờ	
Tetrahydrozoline	Dung dịch dùng qua mũi 0,1%	>6 tuổi & người lớn: 2-4 giọt hoặc 3-4 nhát, xịt vào mỗi bên mũi mỗi 3-4 giờ	
	Dung dịch dùng qua mũi 0,05%	2-6 tuổi: 2-3 giọt, nhỏ vào mỗi bên mũi mỗi 4-6 giờ	
Xylometazoline	Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi 0,05%	6-11 tuổi: 1-2 giọt hoặc 1-2 nhát, nhỏ hoặc xịt vào mỗi bên mũi mỗi 8-12 giờ	
	Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi 0,1%	≥12 tuổi & người lớn: 2-3 giọt hoặc 1 nhát, nhỏ hoặc xịt vào mỗi bên mũi mỗi 8 giờ	

¹Trên thị trường có dạng phối hợp của thuốc chống sung huyết với corticosteroid hoặc thuốc kháng histamin. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

Liệu dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia. Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liệu dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương. Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Hướng dẫn về liều dùng

THUỐC CHỐNG SUNG HUYẾT MŨI & CÁC CHẾ PHẨM KHÁC DÙNG QUA MŨI¹ (TIẾP THEO)

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Lưu ý
Thuốc khác			
Dexpanthenol	<i>Phối hợp với nước biển</i>	1-2 nhát xịt vào mỗi bên mũi khi cần	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Phản ứng dị ứng & quá mẫn với dexpanthenol Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Ngửa thẳng đầu khi xịt
Natri chloride ²	<i>Phối hợp với nước biển</i>	1-2 giọt vào mỗi bên mũi khi cần hoặc 2-3 nhát xịt vào mỗi bên mũi mỗi 8 giờ hoặc khi cần	
	Bột dùng qua mũi 2,265 g	Hòa tan 1 gói vào 250 mL nước trong 1 chai bóp, sau đó đưa vào mỗi bên mũi mỗi 12 giờ vào buổi sáng & lúc đi ngủ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Đau tai Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Nếu bệnh nhân vừa phẫu thuật ở mũi hoặc xoang, không thổi vào mũi mà không tham khảo ý kiến bác sĩ

¹Trên thị trường có dạng thuốc chống sung huyết phối hợp với corticosteroid hoặc thuốc kháng histamin. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

²Trên thị trường có các chế phẩm phối hợp. Vui lòng xem dạng bào chế & thông tin kê toa cụ thể trong ấn bản MIMS mới nhất.

CÁC THUỐC KHÁNG HISTAMIN KHÁC CÓ TÁC DỤNG TOÀN THÂN

Thuốc	Liều dùng		Lưu ý
	Trẻ em	Người lớn	
Ketotifen	6 tháng-3 tuổi: 0,5 mg uống mỗi 12 giờ >3 tuổi: 1 mg uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích kéo dài >3 tuổi: 2 mg uống vào buổi tối hoặc 2 mg uống mỗi 12 giờ	1-2 mg uống mỗi 12 giờ Dạng phóng thích kéo dài: 2 mg uống vào buổi tối hoặc 2 mg uống mỗi 12 giờ	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> TKTU¹ (buồn ngủ, choáng váng, kích thích TKTU¹); Tiêu hóa (khô miệng, tăng thèm ăn, tăng cân) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Dùng thận trọng ở bệnh nhân cần giữ tỉnh táo (như lái xe, vận hành máy móc)

CÁC THUỐC KHÁC TÁC ĐỘNG LÊN HỆ HÔ HẤP

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
Chất ly giải vi khuẩn (vi khuẩn <i>H. influenzae,</i> <i>D. pneumoniae,</i> <i>K. pneumoniae,</i> <i>K. ozaenae,</i> <i>S. aureus,</i> <i>S. pyogenes,</i> <i>S. viridans,</i> <i>N. catarrhalis</i> đông khô)	Điều trị cấp: 50 mg đặt dưới lưỡi mỗi 24 giờ trong 10 ngày Điều trị lâu dài: 50 mg đặt dưới lưỡi mỗi 24 giờ trong 10 ngày liên tiếp/tháng trong 3 tháng	Tác dụng ngoại ý <ul style="list-style-type: none"> Tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng trên, kích ứng dạ dày); Tác dụng khác (ngứa da, phản ứng ngoài da, bệnh lý tiết niệu) Hướng dẫn đặc biệt <ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định ở bệnh nhân có bệnh tự miễn, suy tim phổi, tình trạng đi kèm với suy giảm miễn dịch, bệnh lao hoạt động, bệnh thấp khớp

Liều dùng khuyến cáo không áp dụng cho phụ nữ mang thai và cho con bú, người lớn tuổi có bất thường chức năng gan & thận trừ khi được nêu rõ.

Không phải tất cả các sản phẩm đều có mặt trên thị trường hoặc được chấp thuận sử dụng ở mọi quốc gia.

Các sản phẩm liệt kê trong Hướng dẫn về liều dùng được dựa trên các chỉ định có trong thông tin sản phẩm đã phê duyệt tại địa phương.

Vui lòng tham khảo thông tin sản phẩm tại địa phương trong ấn bản MIMS mới nhất hoặc trên website www.mims.com để biết thông tin kê toa cụ thể của mỗi quốc gia.

Vui lòng xem danh mục tài liệu tham khảo ở cuối phần này.

Tài Liệu Tham Khảo

I. THẤP KHỚP

Gout

- Becker M. Clinical manifestation and diagnosis of gout. UpToDate. <https://www.uptodate.com>.
- Becker MA. Treatment of acute gout. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. Jun 2016.
- Bernstein S. New draft gout guideline released. *The Rheumatologist*. <https://www.the-rheumatologist.org>. 20 Nov 2019. Accessed 28 Feb 2020.
- Chohan S. Gout and hyperuricemia. In: Kellerman R, Bope E. *Conn's Current Therapy 2018*; 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-52769-9.00061-1>. 281-284.
- Choi HK. A prescription for lifestyle change in patients with hyperuricemia and gout. *Curr Opin Rheumatol*. 2010 Mar;22(2):165-172. doi: 10.1097/BOR.0b013e328335ef38. PMID: 20035225.
- Editorial. Hitting the target in gout. *The Lancet Rheumatology*. 2020 Jan;2(1). [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(19\)30131-6](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(19)30131-6). Accessed 28 Feb 2020.
- Edwards NL. Crystal deposition diseases. In: Goldman L, Schafer A. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed; 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4557-5017-7.00273-7>. 1811-1816.e2.
- FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020 Jun;72(6):744-760. doi: 10.1002/acr.24180. Accessed 22 May 2020. PMID: 32391934.
- Gaffo AL. Treatment of gout flares. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 03 Feb 2022. Accessed 10 Mar 2022.
- Golenbiewski J, Keenan RT. Moving the needle: improving the care of the gout patient. *Rheumatol Ther*. 2019 Jun;6(2):179-193. doi: 10.1007/s40744-019-0147-5. Accessed 10 Mar 2022. PMID: 30826988.
- Hui M, Carr A, Cameron S, et al. The British Society for Rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology (Oxford)*. 2017 Jul 1;56(7):e1-e20. doi: 10.1093/rheumatology/kex156. PMID: 28549177.
- Jordan J, Cameron S, Snaith M, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. *MD Consult*. <http://www.mdconsult.com>. 2007.
- Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al; American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Oct;64(10):1431-1446. doi:10.1002/acr.21772. PMID: 23024028.
- Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, et al; American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Oct;64(10):1447-1461. doi: 10.1002/acr.21773. PMID: 23024029.
- Li Q, Li X, Wang J, et al. Diagnosis and treatment for hyperuricemia and gout: a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements. *BMJ Open*. 2019 Aug;9(8): e026677. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026677. Accessed 28 Feb 2020. PMID: 31446403.
- Li-Yu J, Salido EO, Manahan S, et al; in behalf of the Philippine Rheumatology Association. Philippine clinical practice guideline for the management of gout. *Philippine College of Physicians (PCP)*. <http://www.pcp.org.ph>. 2016.
- Low QJ, Lim TH, Hon SA, et al. Management of gout in the primary care setting. *Malays Fam Physician*. 2022 Mar 28;17(1):2-9. doi: 10.51866/rv1165. Accessed 04 May 2023. PMID: 35440955.
- Malaysian Society of Rheumatology. Clinical practice guidelines: management of gout. *Academy of Medicine of Malaysia*. <http://www.acadmed.org.my>. Oct 2008.
- Ministry of Health Malaysia, Malaysian Society of Rheumatology, Academy of Medicine Malaysia. Clinical practice guidelines. Management of gout (second edition). *Academy of Medicine of Malaysia*. <http://www.acadmed.org.my>. Nov 2021. Accessed 18 Oct 2022.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pegloticase for treating severe chronic tophaceous gout. *NICE*. <http://publications.nice.org.uk>. Jun 2013.
- Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol*. 2015 Oct;67(10):2557-2568. doi: 10.1002/art.39254. PMID: 26352873.
- Pascart T, Latourte A, Flipo RM, et al. 2020 Recommendations from the French Society of Rheumatology for the management of gout: urate-lowering therapy. *Joint Bone Spine*. 2020 Oct;87(5):395-404. doi: 10.1016/j.jbspin.2020.05.002. Accessed 10 Mar 2022. PMID: 32422338.
- Paul BJ, James R. Gout: an Asia-Pacific update. *Int J Rheum Dis*. 2017 Apr;20(4):407-416. doi: 10.1111/1756-185X.13103. PMID: 28585370.
- Perez-Ruiz F, Dalbeth N, Urresola A, et al. Imaging of gout: findings and utility. *Arthritis Research and Therapy*. *Medscape*. <http://www.medscape.com>. 2009.
- Perez-Ruiz F. Pharmacologic urate-lowering therapy and treatment of tophi in patients with gout. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 16 Dec 2020. Accessed 10 Mar 2022.
- Qaseem A, Harris RP, Forciea MA. Management of acute and recurrent gout: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Jan 3;166(1):58-68. doi: 10.7326/M16-0570. PMID: 27802508.
- Schlesinger N. Diagnosis of gout: clinical, laboratory, and radiologic findings. *Am J Manag Care*. 2005 Nov;11(Suppl 15):S443-450. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. PMID: 16300458.
- Tausche A, Jansen T, Schroder H, et al. Gout - current diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 Aug;106:549-555. doi: 10.3238/arztebl.2009.0549. PMID: 19795010.
- Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum*. 1977 Apr;20(3):895-900. doi: 10.1002/art.1780200320. PMID: 856219.
- Wortmann RL. Gout and hyperuricemia. In: Firestein GS, Budd RC, Harris ED Jr, et al, eds. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders, Elsevier; 2008.
- Yip RML, Cheung TT, So H, et al. The Hong Kong Society of Rheumatology consensus recommendations for the management of gout. *Clin Rheumatol*. 2023 Apr 4. doi: 10.1007/s10067-023-06578-9. Accessed 04 May 2023. PMID: 37014501.
- Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies including Therapeutics (ESCIIT). *Ann Rheum Dis*. 2006 Oct;65(10):1312-1324. doi: 10.1136/ard.2006.055269. PMID: 16707532.
- Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: diagnosis. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCIIT). *Ann Rheum Dis*. 2006 Oct;65(10):1301-1311. doi: 10.1136/ard.2006.055251. PMID: 16707533.

Loãng xương

- Academy of Medicine Malaysia, Malaysian Osteoporosis Society. Clinical practice guidelines on the management of osteoporosis. *Academy of Medicine Malaysia*. <http://www.acadmed.org.my>. 2000.
- Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Bauer DC, et al. Managing osteoporosis in patients on long-term bisphosphonate treatment: report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res*. 2016 Jan;31(1):16-35. doi: 10.1002/jbmr.2708. PMID: 26350171.

- American College of Rheumatology (ACR). 2022 American College of Rheumatology guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis guideline summary. ACR. <https://www.rheumatology.org/>. 09 Nov 2022. Accessed 17 Nov 2022.
- American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: 2001 update. *Arthritis Rheum*. 2001 Jul;44(7):1496-1503. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 11465699.
- Bethel M. Osteoporosis. Medscape. <https://emedicine.medscape.com>. 26 Sep 2019. Accessed 07 Jul 2020.
- Bonura F. Prevention, screening and management of osteoporosis: an overview of the current strategies. *Postgrad Med*. 2009 Jul;121(4):5-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 19641263.
- Brown JP, Fortier M, et al; Osteoporosis Guidelines Committee. Canadian Consensus Conference on osteoporosis, 2006 update. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006 Feb;28(2 Suppl 1):S95-S112. doi: 10.1016/s1701-2163(16)32087-4. PMID: 16626523.
- Buckley L, Guyatt G, Fink HA, et al. 2017 American College of Rheumatology guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Rheumatol*. 2017 Aug;69(8):1521-1537. doi: 10.1002/art.40137. Accessed 07 Jul 2020. PMID: 28585373.
- Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocr Pract*. 2020 May;26(Suppl 1):1-46. doi: 10.4158/GL-2020-0524SUPPL. Accessed 02 Sep 2020. PMID: 32427503.
- Campion JM, Maricic MJ. Osteoporosis in men. *Am Fam Physician*. 2003 Apr;67(7):1521-1526. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 12722852.
- Chandran M, Mitchell PJ, Amphansap T, et al. Asia Pacific Consortium on Osteoporosis (APCO). Development of the Asia Pacific Consortium on Osteoporosis (APCO) Framework: clinical standards of care for the screening, diagnosis, and management of osteoporosis in the Asia-Pacific region. *Osteoporos Int*. 2021 Jul;32(7):1249-1275. doi: 10.1007/s00198-020-05742-0. Accessed 07 Apr 2021. PMID: 33502559.
- Compston J, Barlow D, et al; Guidelines Working Group The Royal College of Physicians, The Bone Tooth Society of Great Britain and The National Osteoporosis Society. Glucocorticoid-induced osteoporosis: guidelines for prevention and treatment. *Royal College of Physicians*. <http://www.rcplondon.ac.uk>. Dec 2002.
- Compston J, Bowring C, Cooper A, et al; National Osteoporosis Guideline Group. Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and older men in the UK: National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) update 2013. *Maturitas*. 2013 Aug;75(4):392-396. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.013. PMID: 23810490.
- Compston J, Cooper A, Cooper C, et al; National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK. *Maturitas*. 2009 Feb;62(2):105-108. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.11.022. PMID: 19135323.
- Compston J. Clinical and therapeutic aspects of osteoporosis. *Eur J Radiol*. 2009 Sep;71(3):388-391. doi: 10.1016/j.ejrad.2008.04.063. PMID: 19660883.
- Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2014 Oct;25(10):2359-2381. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2. PMID: 25182228.
- Dell RM, Greene D, Anderson D, et al. Osteoporosis disease management: what every orthopaedic surgeon should know. *J Bone Joint Surg Am*. 2009 Nov;91(Suppl 6):79-86. doi: 10.2106/JBJS.I.00521. PMID: 19884415.
- Delmas PD, Eastell R, Garnero P, et al; Committee of Scientific Advisors of the International Osteoporosis Foundation. The use of biochemical markers of bone turnover in osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2000;11(Suppl 6):S2-S17. doi: 10.1007/s001980070002. PMID: 11193237.
- Delmas PD. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *Lancet*. 2002 Jun;359(9322):2018-2026. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08827-X. PMID: 12076571.
- Diab DL, Watts NB. Updates on osteoporosis in men. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2021 Jun;50(2):239-249. doi: 10.1016/j.ecl.2021.03.001. Accessed 10 Sep 2021. PMID: 34023041.
- Diez-Perez A, Adachi JD, Agnusdei D, et al; IOF CSA Inadequate Responders Working Group. Treatment failure in osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2012 Dec;23(12):2769-2774. doi: 10.1007/s00198-012-2093-8. Accessed 07 Jul 2020. PMID: 22836278.
- Eastell R, Rosen CJ, Black DM, et al. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 May;104(5):1595-1622. doi: 10.1210/je.2019-00221. Accessed 23 May 2019. PMID: 30907953.
- Finkelstein JS, Yu EW. Treatment of osteoporosis in men. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Dec 2018. Accessed 07 Jan 2019.
- Finkelstein JS. Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in men. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2010.
- Finkelstein JS. Diagnosis and evaluation of osteoporosis in men. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2010.
- Finkelstein JS. Overview of osteoporosis in men. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2003.
- Grossman JM, Gordon R, Ranganath VK, et al. American College of Rheumatology 2010 recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 Nov;62(11):1515-1526. <http://www.rheumatology.org/>. PMID: 20662044.
- Hauk L. Treatment of low BMD and osteoporosis to prevent fractures: updated guideline from the ACP. *Am Fam Physician*. 2018 Mar 1;97(5):352-353. <https://www.aafp.org>. Accessed 07 Jan 2019. PMID: 29671503.
- Hodgson SF, Watts NB, Bilezikian JP, et al; AACE Osteoporosis Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis: 2001 edition, with selected updates for 2003. *Endocr Pract*. 2003 Nov;9(6):544-564. doi: 10.4158/EP.9.6.544. PMID: 14715483.
- Jeremiah MP, Unwin BK, Greenawald MH, et al. Diagnosis and management of osteoporosis. *Am Fam Physician*. 2015 Aug 15;92(4):261-268. <http://www.aafp.org>. PMID: 26280231.
- Kanis JA, Burlet N, Cooper C, et al; European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2008 Apr;19(4):399-428. doi: 10.1007/s00198-008-0560-z. PMID: 18266020.
- Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, et al. Approaches to the targeting of treatment for osteoporosis. *Nat Rev Rheumatol*. 2009 Aug;5(8):425-431. doi: 10.1038/nrrheum.2009.139. PMID: 19648943.
- Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, et al; Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the Committee of Scientific Advisors of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2013 Jan;24(1):23-57. doi: 10.1007/s00198-012-2074-y. PMID: 23079689.
- Kwok TCY, Law SW, Leung EMF, et al. Hip fractures are preventable: a proposal for osteoporosis screening and fall prevention in older people. *Hong Kong Med J*. 2020 Jun;26(3):227-235. doi: 10.12809/hkmj198337. Accessed 08 Jul 2021. PMID: 32554817.
- Lau EM, Sambrook P, Seeman E, et al. Guidelines for diagnosing, prevention and treatment of osteoporosis in Asia. *APLAR J Rheumatol*. 2006 Apr;9(1):24-36. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8077.2006.00161.x>.
- Levine JP. Pharmacologic and nonpharmacologic management of osteoporosis. *Clin Cornerstone*. 2006;8(1):40-53. doi: 10.1016/s1098-3597(06)80064-5. PMID: 17591575.

- Leweicki EM. Current and emerging pharmacologic therapies for the management of postmenopausal osteoporosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Oct;18(10):1615-1626. doi: 10.1089/jwh.2008.1086. PMID: 19857095.
- Leweicki EM. Managing osteoporosis: challenges and strategies. *Cleve Clin J Med*. 2009 Aug;76(8):457-466. doi: 10.3949/ccjm.76a.09019. PMID: 19652039.
- Leweicki EM. Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008 Jun;35(2):301-315. doi: 10.1016/j.ogc.2008.03.007. PMID: 18486843.
- Lie D. Prevention and treatment of osteoporosis in long-term glucocorticoid users. *Medscape*. <http://www.medscape.com>. Aug 2002.
- Li-Yu J, Perez EC, Canete A, et al; Osteoporosis Society of the Philippines Foundation Inc, Philippine Orthopedic Association Clinical Practice Guidelines Task Force Committee on Osteoporosis. Summary of the consensus statements on osteoporosis prevention, diagnosis, and treatment in the Philippines. *Journal of ASEAN Federation of Endocrine Societies*. <http://www.asean-endocrinejournal.org>. 2012.
- Malaysian Osteoporosis Society, Academy of Medicine Malaysia, and Ministry of Health Malaysia. Clinical guidance on management of osteoporosis 2012. Revised 2015. Malaysian Society of Rheumatology (MSR). <http://www.msr.my>. 2015.
- Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2021 Sep 1;28(9):973-997. doi: 10.1097/GME.0000000000001831. Accessed 10 Sep 2021. PMID: 34448749.
- Mayes SL. Review of postmenopausal osteoporosis pharmacotherapy. *Nutr Clin Pract*. 2007 Jun;22(3):276-285. doi: 10.1177/0115426507022003276. PMID: 17507728.
- Mazziotti G, Giustina A, Canalis E, et al. Glucocorticoid-induced osteoporosis: clinical and therapeutic aspects. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2007 Nov;51(8):1404-1412. doi: 10.1590/S0004-27302007000800028. PMID: 18209880.
- Miller PD. Safety of parathyroid hormone for the treatment of osteoporosis. *Curr Osteoporos Rep*. 2008 Mar;6(1):012-016. doi: 10.1007/s11914-008-0003-y. PMID: 18430395.
- Ministry of Health (MOH) Malaysia, Academy of Medicine Malaysia, Malaysian Osteoporosis Society. Clinical practice guidelines management of osteoporosis 2022 (3rd ed). MOH. <https://www.moh.gov.my/>. 2022. Accessed 17 Nov 2022.
- Ministry of Health (MOH) Singapore. Clinical practice guidelines: osteoporosis. MOH Singapore. <http://www.moh.gov.sg>. 2008.
- Ministry of Health Malaysia, Academy of Medicine Malaysia, Malaysian Osteoporosis Society. Clinical guidelines on management of osteoporosis 2012. Malaysian Osteoporosis Society. <http://www.osteoporosis.my>. 2012.
- Muenier P, Roux C, Seeman E, et al. The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women with postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med*. 2004 Jan;350(5):459-468. doi: 10.1056/NEJMoa022436. PMID: 14749454.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Aug 2012.
- National Institute of Health. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. NIH Consensus Statement. 2000 Mar;17(1):001-36. <http://consensus.nih.gov>.
- National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. NOF. <http://nof.org>. 2013.
- National Osteoporosis Foundation. Foundation for Osteoporosis Research and Education: osteoporosis guidelines for the physician. 4th ed. NOF. <http://www.nof.org>. 2002.
- National Osteoporosis Guideline Group and the International Osteoporosis Foundation. Guidelines in practice. The University of Sheffield. <http://shef.ac.uk>. 2009.
- National Osteoporosis Guideline Group on behalf of the Bone Research Society, British Geriatrics Society, British Orthopaedic Association, British Orthopaedics Research Society, British Society of Rheumatology, National Osteoporosis Society, Osteoporosis 2000, Osteoporosis Dorset, Primary Care Rheumatology Society, Royal College of Physicians and Society for Endocrinology. Osteoporosis: clinical guideline for prevention and treatment. Executive summary. The University of Sheffield. <http://www.shef.ac.uk>. Mar 2014.
- Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 2001 May;344(19):1434-1441. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 11346808.
- North American Menopause Society (NAMS). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2010 Mar;17(2):242-255. doi: 10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9. PMID: 20154637.
- North American Menopause Society (NAMS). Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2010 Jan;17(1):25-54. doi: 10.1097/gme.0b013e3181c617e6. PMID: 20061894.
- OSHK Task Group for Formulation of 2013 OSHK Guideline for Clinical Management of Postmenopausal Osteoporosis in Hong Kong, Ip I, Cheung SK, Cheung TC, et al; Osteoporosis Society of Hong Kong. The Osteoporosis Society of Hong Kong (OSHK): 2013 OSHK guideline for clinical management of postmenopausal osteoporosis in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2013 Apr;19(Suppl 2):1-40. <http://www.hkmj.org>. PMID: 23535738.
- Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. National Institute of Health (NIH) consensus statement. Mar 27-29, 2000:1-36. <http://www.opd.od.nih.gov>.
- Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, et al. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ*. 2010 Nov;182(17):1864-1873. doi: 10.1503/cmaj.100771. PMID: 20940232.
- Poole KES, Compston JE. Osteoporosis and its management. *BMJ*. 2006 Dec;333(7581):1251-1256. doi: 10.1136/bmj.39050.597350.47. PMID: 17170416.
- Qaseem A, Forcica MA, McLean RM, et al; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Treatment of low bone density or osteoporosis to prevent fractures in men and women; a clinical practice guideline update from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Jun;166(11):818-839. doi: 10.7326/M15-1361. Accessed 08 Jan 2019. PMID: 28492856.
- Qaseem A, Hicks LA, Etzeandia-Ikobaltzeta I, et al. Pharmacologic treatment of primary osteoporosis or low bone mass to prevent fractures in adults: a living clinical guideline from the American College of Physicians. 2023 Feb;176(2):224-238. doi: 10.7326/M22-1034. Accessed 09 Mar 2023. PMID: 36592456.
- Rahmani P, Morin S. Prevention of osteoporosis-related fractures among postmenopausal women and older men. *CMAJ*. 2009 Nov;181(11):815-820. doi: 10.1503/cmaj.080709. PMID: 19841053.
- Reginster J, Lecart M, Deroisy R, et al. Strontium ranelate: a new paradigm in the treatment of osteoporosis. *Expert Opin Investig Drugs*. 2004 Jul;13(7):857-864. doi: 10.1517/13543784.13.7.857. PMID: 15212623.
- Reginster JY. New agents for the treatment of osteoporosis. *Medscape*. <http://www.medscape.com>. Jan 2003.
- Rosen HN, Drezner MK. Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Dec 2018. Accessed 07 Jan 2019.
- Rosen HN, Saag KG. Prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. May 2011.
- Rosen HN. Calcitonin in the prevention and treatment of osteoporosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Dec 2018. Accessed 07 Jan 2019.
- Rosen HN. Selective estrogen receptor modulators for prevention and treatment of osteoporosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Dec 2018. Accessed 07 Jan 2019.
- Saag KG, Shane E, Boonen S, et al. Teriparatide or alendronate in glucocorticoid-induced osteoporosis. *N Engl J Med*. 2007 Nov;357(20):2028-2039. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 18003959.
- Sambrook PN, Seeman E, Phillips SR, et al; Osteoporosis Australia; National Prescribing Service. Preventing osteoporosis: outcomes of the Australian Fracture Prevention Summit. *Med J Aust*. 2002 Apr 15;176(S8):S1-16. doi: 10.5694/j.1326-5377.2002.tb04475.x. PMID: 12049064.

- Schnitzer TJ. Diagnosis and treatment for osteoporosis: current status and expectations for the new millennium. *Medscape*. <http://www.medscape.com>. Dec 2001.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN publication no. 142. Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures. SIGN. <http://www.sign.ac.uk>. Jan 2021. Accessed 07 Apr 2021.
- Seeman E, Eisman J. Treatment of osteoporosis: why, whom, when and how to treat. The single most important consideration is the individual's absolute risk of fracture. *Med J Aust*. 2004 Mar;180(6):298-303. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 15012571.
- Shoback D, Rosen CJ, Black DM, et al. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an Endocrine Society guideline update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020 Mar 1;105(3). pii: dga048. doi: 10.1210/clinem/dgaa048. Accessed 17 Mar 2020. PMID: 32068863.
- South-Paul JE. Osteoporosis: part I. Evaluation and assessment. *Am Fam Physician*. 2001 Mar;63(5):897-904, 908. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 11261866.
- South-Paul JE. Osteoporosis: part II. Nonpharmacologic and pharmacologic treatment. *Am Fam Physician*. 2001 Mar;63(6):1121-1128. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 11277549.
- Stránský M, Rysavá L. Nutrition as prevention and treatment of osteoporosis. *Physiol Res*. 2009;58(Suppl 1):S7-S11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 19857038.
- Straseski JA. Osteoporosis. ARUP Consult. <https://arupconsult.com/content/osteoporosis>. Jan 2020. Accessed 07 Jul 2020.
- The Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists (HKCOG). Guidelines for the administration of hormone replacement therapy. Number 2. HKCOG. <http://hkcog.obg.cuhk.edu.hk>. Jan 2003.
- The Royal Australian College of General Practitioners and Osteoporosis Australia. Osteoporosis prevention, diagnosis and management in postmenopausal women and men over 50 years of age. 2nd ed. East Melbourne, Vic: RACGP, 2017. Royal Australian College of General Practitioners. <https://www.racgp.org.au>. Accessed 25 Sep 2020.
- Tu KN, Lie JD, Wan CKV, et al. Osteoporosis: a review of treatment options. *P T*. 2018 Feb;43(2):92-104. Accessed 07 Jan 2019. PMID: 29386866.
- Watts NB, Adler RA, Bilezikian JP, et al. Osteoporosis in men: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Jun;97(6):1802-1822. doi: 10.1210/jc.2011-3045. PMID: 22675062.
- Watts NB, Bilezikian JP, Camacho PM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. 2010. *Endocr Pract*. 2010 Dec;16(Suppl 3):1-37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 21224201.
- Woolf AD. An update on glucocorticoid-induced osteoporosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2007 Jul;19(4):370-375. doi: 10.1097/BOR.0b013e328133f5c7. PMID: 17551369.
- Lupus ban đỏ hệ thống**
- Ameer MA, Chaudhry H, Mushtaq J, et al. An overview of systemic lupus erythematosus (SLE) pathogenesis, classification, and management. *Cureus*. 2022 Oct 15;14(10):e30330. doi: 10.7759/cureus.30330. Accessed 15 Dec 2022. PMID: 36407159.
- American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Systemic Lupus Erythematosus Guidelines. Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. *Arthritis Rheum*. 1999 Sep;42(9):1785-1796. doi: 10.1002/1529-0131(199909)42:9<1785::AID-ANR1>3.0.CO;2-#. PMID: 10513791.
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019 Sep;78(9):1151-1159. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214819. Accessed 10 May 2020. PMID: 31383717.
- Bartels CM. Systemic lupus erythematosus. *eMedicine*. <http://www.emedicine.com>. 2007.
- Bertsias G, Ioannidis JPA, Boletis J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics. *Ann Rheum Dis*. 2008 Feb;67(2):195-205. doi: 10.1136/ard.2007.070367. PMID: 17504841.
- Bertsias GK, Ioannidis JP, Aringer M, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis*. 2010 Dec;69(12):2074-2082. doi: 10.1136/ard.2010.13047. PMID: 20724309.
- Castrejon I, Rúa-Figueroa I, Rosario MP, et al. Clinical composite measures of disease activity and damage used to evaluate patients with systemic lupus erythematosus: a systematic literature review. *Reumatol Clin*. Sep-Oct 2014;10(5):309-320. doi: 10.1016/j.reuma.2014.01.012. Accessed 13 Jun 2020. PMID: 25022441.
- Cervera R, Font J. Therapeutic perspectives in systemic lupus erythematosus. *Current Rheumatol Rev*. 2005 Jan;1:45-47.
- Chasset F, Richez C, Martin T, et al. Rare diseases that mimic systemic lupus erythematosus (lupus mimickers). *Joint Bone Spine*. 2019 Mar;86(2):165-171. doi: 10.1016/j.jbspin.2018.10.007. Accessed 14 Apr 2022. PMID: 30837156.
- Chessa E, Piga M, Floris A, et al. Use of Physician Global Assessment (PGA) in systemic lupus erythematosus: a systematic review of its psychometric properties. *medRxiv*. <https://www.medrxiv.org>. 17 Apr 2020. Accessed 13 Jun 2020.
- Dermatologicals. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. https://www.whocc.no/atc_ddd_index. Accessed 09 Feb 2022.
- Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, et al. 2019 Update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019 Jun;78(6):736-745. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215089. Accessed 06 May 2020. PMID: 30926722.
- Fanouriakis A, Kostopoulou M, Cheema K, et al. 2019 Update of the Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):713-723. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-216924. Accessed 28 Jan 2021. PMID: 32220834.
- Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, et al. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021 Jan;80(1):14-25. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218272. Accessed 15 Dec 2022. PMID: 33051219.
- Gill JM, Quisel AM, Rocca PV, et al. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am Fam Physician*. 2003 Dec;68(11):2179-2186. <http://www.aafp.org>. PMID: 14677663.
- Gordon C, Amisssah-Arthur MB, Gayed M, et al; British Society for Rheumatology Standards, Audit and Guidelines Working Group. The British Society for Rheumatology guideline for the management of systemic lupus erythematosus in adults. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Jan 1;57(1):e1-e45. doi: 10.1093/rheumatology/kex286. Accessed 06 May 2020. PMID: 29029350.
- Gripenberg-Gahmberg M. Systemic lupus erythematosus (SLE). In: *EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine*. Helsinki, Finland: Wiley Interscience, John Wiley & Sons; May 24, 2006.
- Hahn BH, McMahon M, Wilkinson A, et al; American College of Rheumatology. American College of Rheumatology guidelines for screening, case definition, treatment and management of lupus nephritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Jun; 64(6): 797-808. doi: 10.1002/acr.21664. PMID: 22556106.
- Hsieh C. Belimumab for systemic lupus erythematosus. *American College of Rheumatology*. <http://www.rheumatology.org>.
- Klein-Gitelman MS. Systemic lupus erythematosus. *eMedicine*. <http://www.emedicine.com>. 2006.
- Klein-Gitelman MS. Systemic lupus erythematosus. In: *Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, et al. Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: Saunders, an imprint of Elsevier Inc; 2007.

- Knott HM, Martinez JD. Innovative management of lupus erythematosus. *Dermatol Clin*. 2010 Jul;28(3):489-499. doi: 10.1016/j.det.2010.03.007. PMID: 20510759.
- Kumar A. Indian guidelines on the management of SLE. *J Indian Rheumatol Assoc*. 2002;10:80-96.
- Kyttaris VC. Biologic agents in the treatment of systemic lupus erythematosus. In: Lahita RG. *Systemic Lupus Erythematosus*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc.; 2011.
- Lam NCV, Ghetu MV, Bieniek ML. Systemic lupus erythematosus: primary care approach to diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2016 Aug 15;94(4):284-294. <https://www.aafp.org>. Accessed 14 Apr 2022.
- Lee MH, Koh JWH, Ng CH, et al. A meta-analysis of clinical manifestations in Asian systemic lupus erythematosus: the effects of ancestry, ethnicity and gender. *Semin Arthritis Rheum*. 2022 Feb;52:151932. doi: 10.1016/j.semarthrit.2021.12.004. Accessed 20 Dec 2022. PMID: 34996626.
- Mok CC. A consensus for the management of systemic lupus erythematosus in Asia. *Journal of Clinical Rheumatology and Immunology*. 2021;21(1):1-6. doi: 10.1142/S266134172101001X. Accessed 20 Dec 2022.
- Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012 Aug;64(8):2677-2686. doi: 10.1002/art.34473. PMID: 22553077.
- Petri M. Treatment of systemic lupus erythematosus: an update. *Am Fam Physician*. 1998 Jun;57(11):2753-2760. <http://www.aafp.org>. PMID: 9636338.
- Schmidt MJ, Adams SL. Tendinopathy and bursitis. In: Marx JA, ed-in-chief. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby, an imprint of Elsevier; 2009.
- Tassiulas IO, Boumpas DT. Clinical features and treatment of systemic lupus erythematosus. In: Firestein GS, Budd RC, Harris ED Jr, et al. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier W.B. Saunders Company; 2008.
- Thanou A, James JA, Arriens C, et al. Scoring systemic lupus erythematosus (SLE) disease activity with simple, rapid outcome measures. *Lupus Sci Med*. 2019 Dec 30;6(1):e000365. doi: 10.1136/lupus-2019-000365. Accessed 14 Apr 2022. PMID: 31921432.
- Yong PFK, D'Cruz DP. Mycophenolate mofetil in the treatment of lupus nephritis. *Biologics*. 2008 Jun;2(2):297-310. doi: 10.2147/btt.s2266. PMID: 19707362
- Thoái hóa khớp**
- Access Economics Pty Limited. Painful realities: the economic impact of arthritis in Australia in 2007. *Arthritis Australia*. <http://www.deloitteaccess-economics.com.au>. 31 Jul 2007.
- Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum*. 1990 Nov;33(11):1601-1610. doi: 10.1002/art.1780331101. PMID: 2242058.
- Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum*. 1991 May;34(5):505-514. doi: 10.1002/art.1780340502. PMID: 2025304.
- Altman R, Asch E, Bloch D, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and therapeutic criteria committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum*. 1986 Aug;29(8):1039-1049. doi: 10.1002/art.1780290816. PMID: 3741515.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of glenohumeral joint osteoarthritis evidence-based clinical practice guidelines. AAOS. <https://www.aaos.org/>. 23 Mar 2020. Accessed 09 Jan 2023.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of osteoarthritis of the hip evidence-based clinical practice guidelines. AAOS. <https://www.aaos.org/>. 13 Mar 2017. Accessed 09 Jan 2023.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty) evidence-based clinical practice guidelines. AAOS. <https://www.aaos.org/>. 31 Aug 2021. Accessed 09 Jan 2023.
- American College of Rheumatology (ACR). 2023 American College of Rheumatology (ACR) and American Association of Hip and Knee Surgeons (AAHKS) clinical practice guideline for the optimal timing of elective total hip or knee arthroplasty for patients with symptomatic moderate to severe osteoarthritis or osteonecrosis who have failed nonoperative therapy. Guideline summary. ACR. <https://rheumatology.org/>. 2023. Accessed 24 Apr 2023.
- Baker JF. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 14 Oct 2021. Accessed 11 Mar 2022.
- Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019 Nov;27(11):1578-1589. doi: 10.1016/j.joca.2019.06.011. Accessed 12 Jun 2020. PMID: 31278997.
- Block JA, Scanzello C. Osteoarthritis. In: Goldmann L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.
- British Columbia Medical Association and British Columbia Ministry of Health Services. Osteoarthritis in peripheral joints - diagnosis and treatment. British Columbia. <http://www.bcguidelines.ca>. Sep 2008.
- Brophy RH, Fillingham YA. AAOS clinical practice guideline summary: management of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty), third edition. *J Am Orthop Surg*. 2022 May;30(9):e271-e279. doi: 10.5435/JAAOS-D-21-01233. Accessed 09 Jan 2023. PMID: 35383651.
- Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum*. 2019 Dec;49(3):337-350. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.04.008. Accessed 07 Feb 2020. PMID: 31126594.
- Christiansen BA, Bhatti S, Goudarzi R, et al. Management of osteoarthritis with avocado/soybean unsaponifiables. *Cartilage*. 2015 Jan;6(1):30-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. PMID: 25621100.
- Classification criteria for osteoarthritis of the hand. American College of Rheumatology. <http://www.rheumatology.org>.
- Combined clinical and radiographic classification criteria for osteoarthritis of the hip, traditional format. American College of Rheumatology. <http://www.rheumatology.org>.
- Criteria for classification of idiopathic osteoarthritis (OA) of the knee. American College of Rheumatology. <http://www.rheumatology.org>.
- Deveza LA, Bennell K. Management of knee osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 11 Jun 2018.
- Deveza LA. Overview of the management of osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 21 Dec 2022. Accessed 09 Jan 2023.
- Doherty M, Abhishek A. Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 30 Oct 2017.
- Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016 Mar;65(1):1-49. doi: 10.15585/mmwr.rr6501e1. PMID: 26987082.
- Geenen R, Overman CL, Christensen R, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018 Jun;77(6):797-807. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212662. PMID: 29724726.
- Harvey WF, Hunter DJ. Pharmacologic intervention for osteoarthritis in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2010 Aug;26(3):503-515. doi: 10.1016/j.cger.2010.03.008. PMID: 20699168.
- Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Care Res (Hoboken)*. 2012 Apr;64(4):465-474. <http://www.rheumatology.org>. PMID: 22563589.

- Hunter DJ, Lo GH. The management of osteoarthritis: an overview and call to appropriate conservative treatment. *Rheum Dis Clin North Am*. 2008 Aug;34(3):689-712. doi: 10.1016/j.rdc.2008.05.008. PMID: 18687278.
- Jevsevar D, Brown GA, Jones DL, et al. Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline. 2nd ed. American Academy of Orthopaedic Surgeons. <http://www.aaos.org>. May 2013.
- Kalunian KC. Diagnosis and classification of osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 2013.
- Kalunian KC. Investigational approaches to the pharmacologic therapy of osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 23 Oct 2013.
- Kalunian KC. Risk factors for and possible causes of osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 06 Oct 2017.
- Kloppenborg M, Kroon F. Management of hand osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 18 Jun 2021. Accessed 25 Aug 2021.
- Kloppenborg M, Kroon FPB, Blanco FJ, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Am Rheum Dis*. 2019 Jan;78(1):16-24. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213826. Accessed 22 Aug 2021. PMID: 30154087.
- Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res*. 2020 Feb;72(2):149-162. doi: 10.1002/acr.24131. Accessed 03 Feb 2020. PMID: 31908149.
- March L, Cross M. Epidemiology and risk factors for osteoarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 28 May 2022. Accessed 09 Jan 2023.
- Martel-Pelletier J, Maheu E, Pelletier JP, et al. A new decision tree for diagnosis of osteoarthritis in primary care: international consensus of experts. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Jan;31(1):19-30. doi: 10.1007/s40520-018-1077-8. Accessed 22 Aug 2021. PMID: 30539541.
- Ministry of Health (MOH) Singapore. Osteoarthritis of the knees. MOH Singapore. <http://www.moh.gov.sg/>. May 2007.
- Ministry of Health Malaysia, Malaysian Society of Rheumatology, Academy of Medicine Malaysia. Clinical practice guidelines. Management of rheumatoid arthritis. Academy of Medicine of Malaysia. <http://www.acadmed.org.my>. 2019. Accessed 04 Feb 2020.
- Ministry of Health Malaysia. Clinical practice guidelines. Management of osteoarthritis. Ministry of Health Malaysia. <http://www.moh.gov.my>. 2013.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. Royal College of Physicians of London. 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 21290638.
- National Health and Medical Research Council. Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis. Australia: The Royal Australian College of General Practitioners. <http://www.nhmrc.gov.au>. Jul 2018.
- National Health and Medical Research Council. Guideline for the non-surgical management of hip and knee osteoarthritis. Australia: The Royal Australian College of General Practitioners. <http://www.nhmrc.gov.au>. Jul 2009.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Management of osteoarthritis. NICE. <https://pathways.nice.org.uk>. 15 Oct 2019. Accessed 07 Feb 2020.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management. NICE. <https://www.nice.org.uk>. 11 Dec 2020. Accessed 22 Aug 2021.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. NICE. <https://www.nice.org.uk/>. 19 Oct 2022. Accessed 09 Jan 2023.
- Rachala SR, Sierra RJ. Unicompartmental, bicompartmental, or tricompartmental arthritis of the knee: algorithm for surgical management. In: Scott N, Scuder G. *Insall & Scott Surgery of the Knee*. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone, Elsevier; 2012. <http://www.expertconsultbook.com>.
- Scarpignato C, Lanus A, Blandizzi C, et al; International NSAID Consensus Group. Safe prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis-an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks. *BMC Med*. 2015 Mar;13:55. doi: 10.1186/s12916-015-0285-0288. PMID: 25857826.
- Sellam J, Berenbaum F. Clinical features of osteoarthritis. In: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, eds. *Kelly's Textbook of Rheumatology*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier W.B. Saunders; 2009.
- Sinusas K. Osteoarthritis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2012 Jan;85(1):49-56. <https://www.aafp.org/>. PMID: 22230308.
- Stanos SP. Osteoarthritis guidelines: a progressive role for topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *J Multidiscip Healthc*. 2013;6:133-137. doi: 10.2147/JMDH.S35229. PMID: 23589694.
- Structure modification in osteoarthritis - time to update the guidelines. Satellite symposium held at the 2009 European Congress of Rheumatology, European League Against Rheumatism (EULAR), Copenhagen. <http://www.touchmusculoskeletal.com>.
- The Non-surgical Management of Hip & Knee Osteoarthritis Work Group; US Department of Veterans Affairs; US Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis. US Department of Defense. <https://www.healthquality.va.gov/>. Jun 2020. Accessed 14 Dec 2020.
- Uson J, Rodriguez-García SC, Castellanos-Moreira R, et al. EULAR recommendations for intra-articular therapies. *Ann Rheum Dis*. 2021 Oct;80(10):1299-1305. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-220266. Accessed 09 Jan 2023. PMID: 34035002.
- Yeap SS, Amin SRA, Baharuddin H, et al. A Malaysian Delphi consensus on managing knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021 Jun 4;22(1):514. doi: 10.1186/s12891-021-04381-8. Accessed 10 Aug 2022. PMID: 34088302.
- Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*. Feb 2008;16:137-162. <http://www.oarsi.org>.
- Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage*. Apr 2010;18:476-499. <http://www.oarsi.org>.

Viêm khớp dạng thấp

- Adam Rindfleisch J, Muller D. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *Am Fam Physician*. 2005 Sep 15;72(6):1037-1047. <https://www.aafp.org>. Accessed 05 Dec 2022.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010 Sep;69(9):1580-1588. doi: 10.1136/ard.2010.138461. PMID: 20699241.
- American College of Rheumatology (ACR). 2022 American College of Rheumatology (ACR) guideline for exercise, rehabilitation, diet, and additional integrative interventions for rheumatoid arthritis guideline summary. ACR. <https://www.rheumatology.org>. 31 Oct 2022. Accessed 05 Dec 2022.
- Chauhan K, Jandu JS, Goyal A, et al. Rheumatoid arthritis. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 04 Jun 2022. Accessed 05 Dec 2022.
- Cheung TT, McInnes IB. Future therapeutic targets in rheumatoid arthritis? *Semin Immunopathol*. 2017 Jun;39(4):487-500. doi:10.1007/s00281-017-0623-3. Accessed 09 Jul 2020. PMID: 28451787.
- England BR, Mikuls TR. Epidemiology of, risk factors for, and possible causes of rheumatoid arthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 08 Aug 2022. Accessed 05 Dec 2022.
- England BR, Tiong BK, Bergman MJ, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology recommended rheumatoid arthritis disease activity measures. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Dec;71(12):1540-1555. doi: 10.1002/acr.24042. Accessed 24 Feb 2020. PMID: 31709779.
- Felson DT, Smolen JS, Wells G, et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Arthritis Rheum*. 2011 Mar;63(3):573-586. doi: 10.1002/art.30129. PMID: 21294106.

- Fleischmann R, Mysler E, Hall S, et al. Efficacy and safety of tofacitinib monotherapy, tofacitinib with methotrexate, and adalimumab with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis (ORAL Strategy): a phase 3b/4, double-blind, head-to-head, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Jul;390(10093):457-468. doi:10.1016/S0140-6736(17)31618-5. Accessed 09 Jul 2020. PMID: 28629665.
- Fleischmann R, Pangan AL, Song IH, et al. Upadacitinib versus placebo or adalimumab in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate: results of a phase III, double-blind, randomized controlled trial. *Arthritis Rheumatol*. 2019 Nov;71(11):1788-1800. doi:10.1002/art.41032. Accessed 09 Jul 2020. PMID: 31287230.
- Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021 Jul;73(7):924-939. doi: 10.1002/acr.24596. Accessed 23 Sep 2021. PMID: 34101387.
- Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jan;79(1):39-52. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215882. Accessed 06 Jul 2020. PMID: 31413005.
- Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2007. *Ann Rheum Dis*. 2007 Nov;66(Suppl 3):iii2-22. doi: 10.1136/ard.2007.081430. PMID: 17934088.
- Hidayat R, Suryana BPP, Wijaya LK, et al. Indonesian Rheumatology Association (IRA) recommendations for diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *Ina J Rheum*. 2021;13(1):322-443. <https://journalrheumatology.or.id/>. Accessed 18 May 2023.
- Ho CTK, Mok CC, Cheung TT, et al. Management of rheumatoid arthritis: 2019 updated consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. *Clin Rheumatol*. 2019 Dec;38(12):3331-3350. doi: 10.1007/s10067-019-04761-5. Accessed 18 May 2023. PMID: 31485846.
- Majithia V, Geraci SA. Rheumatoid arthritis: diagnosis and management. *Am J Med*. 2007 Nov;120(11):936-939. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.04.005. PMID: 17976416.
- McInnes IB. Cytokine networks in rheumatic diseases: implications for therapy. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Aug 2018.
- Ministry of Health Malaysia, Malaysian Society of Rheumatology, Academy of Medicine Malaysia. Clinical practice guidelines. Management of rheumatoid arthritis. Academy of Medicine of Malaysia. <http://www.acadmed.org.my>. 2019. Accessed 04 Feb 2020.
- Moreland LW, Cannella A. General principles of management of rheumatoid arthritis in adults. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. May 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abatacept for treating rheumatoid arthritis after the failure of conventional disease-modifying anti-rheumatic drugs (rapid review of technology appraisal guidance 234). NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Apr 2013.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Adalimumab, etanercept, and infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Sep 2010.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab and abatacept for the treatment of rheumatoid arthritis after the failure of a TNF inhibitor. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Aug 2010.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Certolizumab pegol for the treatment of rheumatoid arthritis. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Feb 2010.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis in adults. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Feb 2009.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Tocilizumab for the treatment of rheumatoid arthritis. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Aug 2010.
- New long-term data from Rinvoq (Upadacitinib, 15 mg) phase 3 studies in rheumatoid arthritis presented at 2020 Annual European E-Congress of Rheumatology (EULAR). Abbvie News Center. <https://news.abbvie.com>. 04 Jun 2020. Accessed 06 Jun 2020.
- Ritter J, Lewis L, Timothy M, et al. Anti-inflammatory drugs and the treatment of arthritis. In: Hodder A. *A Textbook in Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 5th ed. London, UK: Hodden Education; 2008:170.
- Rubbert-Roth A, Enejosa J, Pangan AL, et al. Trial of upadacitinib or abatacept in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2020 Oct;383(16):1511-1521. doi: 10.1056/nejmoa2008250. Accessed 11 Jun 2022. PMID: 33053283.
- Saag KG, Teng GG, Patkar NM, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2008 Jun 15;59(6):762-784. doi: 10.1002/art.23721. PMID: 18512708.
- Schur PH, Maini RN, Gibofsky A. Nonpharmacologic and preventive therapies of rheumatoid arthritis. *UpToDate*. <http://www.uptodate.com>. 06 Dec 2010.
- Schur PH, Maini RN, Moreland LW. General principles of management of rheumatoid arthritis. *UpToDate*. <http://www.uptodate.com>. 16 Feb 2011.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. SIGN. <http://www.sign.ac.uk>. Feb 2011.
- Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 May;64(5):625-639. doi: 10.1002/acr.21641. PMID: 22473917.
- Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, et al; American College of Rheumatology. 2015 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Jan;68(1):1-25. doi: 10.1002/acr.22783. PMID: 26545825.
- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016 Oct;388(10055):2023-2038. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8. PMID: 27156434.
- Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2016 Jan; 75(1):3-15. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207524. PMID: 25969430.
- Smolen JS, Landewe RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2023 Jan;82(1):3-18. doi: 10.1136/ard-2022-223356. Accessed 11 May 2023. PMID: 36357155.
- Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):685-699. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655. Accessed 04 Feb 2020. PMID: 31969328.
- Strand V, Lee EB, Fleischmann R, et al. Tofacitinib versus methotrexate in rheumatoid arthritis: patient-reported outcomes from the randomised phase III ORAL Start trial. *RMD Open*. 2016 Sep;2(2):e000308. doi:10.1136/rmdopen-2016-000308. Accessed 09 Jul 2020. PMID: 27752357.
- Taylor PC, Keystone EC, van der Heijde D, et al. Baricitinib versus placebo or Adalimumab in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2017 Feb 16;376(7):652-662. doi: 10.1056/NEJMoa1608345. Accessed 06 Jun 2020. PMID: 28199814.
- U.S. Food & Drug Administration. Biosimilar product information. US FDA. <https://www.fda.gov/>. 24 Feb 2020. Accessed 28 Feb 2020.
- UCB Pharma Inc. Certolizumab pegol: highlights of prescribing information. US FDA. <http://www.accessdata.fda.gov>. 2008.
- Venables PJW, Maini RN. Clinical features of rheumatoid arthritis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 16 Feb 2011.
- Venables PJW, Maini RN. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 23 Nov 2010.

Viêm khớp vảy nến

- Azuaga AB, Ramírez J, Cañete JD. Psoriatic arthritis: pathogenesis and targeted therapies. *Int J Mol Sci*. 2023 Mar;24(5):4901. doi: 10.3390/ijms24054901. Accessed 08 Mar 2023. PMID: 36902329.

- Brent LH. Psoriatic arthritis. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 11 Aug 2021. Accessed 11 Mar 2022.
- Carneiro S, Palominos PE, Anti SMA, et al. Brazilian Society of Rheumatology 2020 guidelines for psoriatic arthritis. *Adv Rheumatol*. 2021 Nov 24;61(1):69. doi: 10.1186/s42358-021-00219-y. Accessed 08 Feb 2022. PMID: 34819174.
- Coates L, Tillett W, Chandler P, et al. The 2012 British Society for Rheumatology guidelines for the treatment of psoriatic arthritis with biologicals. *British Society for Rheumatology*. <http://www.rheumatology.org.uk>. 2012.
- Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016 May;68(5):1060-1071. doi:10.1002/art.39573. Accessed 09 Nov 2021. PMID: 26749174.
- Coates LC, Soriano ER, Corp N, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol*. 2022 Aug;18(8):465-479. doi: 10.1038/s41584-022-00798-0. Accessed 03 Mar 2023. PMID: 35761070.
- Fitzgerald O. Psoriatic arthritis. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc; 2013.
- Gladman DD, Ritchlin C. Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 01 May 2020. Accessed 05 Nov 2021.
- Gladman DD, Ritchlin C. Pathogenesis of psoriatic arthritis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 01 Feb 2022. Accessed 08 Mar 2023.
- Gladman DD, Ritchlin C. Treatment of psoriatic arthritis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 06 Mar 2023. Accessed 08 Mar 2023.
- Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):700-712. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217159. Accessed 05 Nov 2021. PMID: 32434812.
- Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, et al; European League Against Rheumatism. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2012 Jan;71(1):4-12. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200350. PMID: 21953336.
- Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2008 May;58(5):851-864. doi: 10.1016/j.jaad.2008.02.040. PMID: 18423261.
- Kavanaugh A, Mease PJ, Gomez-Reino JJ, et al. Treatment of psoriatic arthritis in a phase 3 randomised, placebo-controlled trial with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jun;73(6):1020-1026. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-205056. PMID: 24595547.
- Kyle S, Chandler D, Griffiths M, et al. Guideline for anti-TNF-alpha therapy in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2005 Mar;44(3):390-397. doi: 10.1093/rheumatology/keh514. PMID: 15695305.
- Leung YY, Ogdie A, Orbai A, et al. Classification and outcome measures for psoriatic arthritis. *Front Med (Lausanne)*. 2018;5:246. doi: 10.3389/fmed.2018.00246. Accessed 09 Nov 2021. PMID: 30238006.
- Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3(1):55-78. doi: 10.1016/0049-0172(73)90035-8. PMID: 4581554.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Golimumab for the treatment of psoriatic arthritis. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. 2011.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management. NICE. <https://www.nice.org.uk/>. 01 Sep 2017. Accessed 05 Nov 2021.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Review of TA199; Etanercept, infliximab, and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis (includes a review of NICE technology appraisal guidance 104 and 125), and TA220; Golimumab for the treatment of psoriatic arthritis. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. 2013.
- Noviani M, Feletar M, Nash P, et al. Choosing the right treatment for patients with psoriatic arthritis. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 2020 Jan;12:1-17. doi: 10.1177/1759720X20962623. Accessed 09 Nov 2021. PMID: 33133245.
- Ogdie A, Coates LC, Gladman DD. Treatment guidelines in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2020 Mar;59(Suppl 1):i37-i46. doi: 10.1093/rheumatology/kez383. Accessed 05 Nov 2021. PMID: 32159790.
- Remillard MA, Durand C. New GRAPPA treatment recommendations for psoriatic arthritis. *The Medical Xchange*. <https://themedicalxchange.com>. 2021. Accessed 14 Jun 2022.
- Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Sep;68(9):1387-1394. doi: 10.1136/ard.2008.094946. PMID: 18952643.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults. SIGN. <http://www.sign.ac.uk>. 2010.
- Singh JA, Guyatt G, Ogdie A, et al. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation guideline for the treatment of psoriatic arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2019 Jan;71(1):5-32. doi: 10.1002/art.40726. Accessed 05 Nov 2021. PMID: 30499246.
- Smolen JS, Schöls M, Braun J, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2018 Jan;77(1):3-17. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211734. Accessed 08 Nov 2021. PMID: 28684559.
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006 Aug;54(8):2665-2673. doi: 10.1002/art.21972. PMID: 16871531.
- Thomas S. Management of psoriatic arthritis. *J Skin Sex Transm Dis*. 2019;1(1):13-18. doi: 10.25259/JSSTD_16_2019. Accessed 11 Mar 2022.
- Tillett W, Allen A, Tucker L, et al. Treatment of psoriatic arthritis with biologic and targeted synthetic DMARDs: British Society for Rheumatology guideline scope. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Apr;60(4):1588-1592. doi: 10.1093/rheumatology/keaa526. Accessed 08 Nov 2021. PMID: 33097948.
- Tsai TF, Hsieh TY, Chi CC, et al; Taiwan Rheumatology Association (TRA) and the Taiwanese Association for Psoriasis and Skin Immunology (TAPSI). Recommendations for psoriatic arthritis management: a joint position paper of the Taiwan Rheumatology Association and the Taiwanese Association for Psoriasis and Skin Immunology. *J Formos Med Assoc*. 2021 Mar;120(3):926-938. doi: 10.1016/j.jfma.2020.08.026. Accessed 24 Jan 2022. PMID: 33012636.
- Tucker L, Allen A, Chandler D, et al. The 2022 British Society for Rheumatology guideline for the treatment of psoriatic arthritis with biologic and targeted synthetic DMARDs. *Rheumatology (Oxford)*. 2022 Aug;61(9):e255-e266. doi: 10.1093/rheumatology/keac295. Accessed 08 Mar 2023. PMID: 35640657.
- Tucker LJ, Coates LC, Helliwell PS. Assessing disease severity in psoriatic arthritis: a literature review. *Rheumatol Ther*. 2019 Mar;6(1):23-32. doi: 10.1007/s40744-018-0132-4. Accessed 08 Nov 2021. PMID: 30471015.
- U.S. Food & Drug Administration. Abrilada highlights of prescribing information. US FDA. <https://www.fda.gov/>. Nov 2019. Accessed 18 Aug 2022.
- U.S. Food & Drug Administration. BLA 125261 Stelara (ustekinumab). Risk evaluation and mitigation strategy (REMS). US FDA. <http://www.fda.gov/>. Sep 2013.
- U.S. Food & Drug Administration. FDA news release: FDA approves Otelza to treat psoriatic arthritis. US FDA. <http://www.fda.gov/>. Mar 2014.
- Van Voorhees A, Feldman SR, Koo JYM, et al. The psoriasis and psoriatic arthritis pocket guide: treatment algorithms and management options. *The National Psoriasis Foundation*. 2009.

Wofford J, Menter A. Ustekinumab for the treatment of psoriatic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2014 Feb;10(2):189-202. doi: 10.1586/1744666X.2014.878649. PMID: 24410536.

Hướng dẫn về liệu dùng

Aikman K, Bloor R, Brayfield A, et al, eds. British national formulary. [online] London, UK: BMJ Group and Pharmaceutical Press. <http://www.medicinescomplete.com>. 2023.

Buckingham R, ed. Martindale: The complete drug reference. [online] London: Pharmaceutical Press. <http://www.medicinescomplete.com>. 2023.

ClinicalKey: Drug Information Provided by Gold Standard. [online] Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com>. 2023.

Electronic Medicine Compendium (eMC) online. Datapharm. <https://www.medicines.org.uk>. 2023.

Facts & Comparisons [database online]. St. Louis, MO: Wolters Kluwer Health, Inc. <https://online.factsandcomparisons.com>. 2020.

Lexicomp online. Lexi-Drugs online. Hudson, Ohio: Lexicomp, Inc. <https://online.lexi.com>. 2023.

MIMS online (Hong Kong, Indonesia, Malaysia, Philippines, Singapore, Thailand, Vietnam). <https://www.mims.com>. 2023

II. DỊ ỨNG & MIỄN DỊCH

Dị ứng thức ăn

American Academy of Allergy, Asthma and Immunology and the American College of Allergy, Asthma and Immunology. Food allergy: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006 Mar;93(3 Suppl 2):S1-S68. <http://www.aaaai.org>. PMID: 16597066.

Atkins D. Food allergy: diagnosis and management. *Prim Care*. 2008 Mar;35(1):119-140. doi: 10.1016/j.pop.2007.09.003. PMID: 18206721.

Burks W, Tang M, Sicherer S, et al. ICON: food allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2012 Apr;129(4):906-920. doi: 10.1016/j.jaci.2012.02.001. PMID: 22365653.

Chan AWM, Chan JKC, Lee TH, et al. Guidelines for allergy prevention in Hong Kong. Hong Kong Institute of Allergy. <http://www.allergy.org.hk>. Sep 2015. Accessed 07 Apr 2020.

Chan JKC, Chan AWM, Ho MHK, et al. HKIA position paper on prevention of peanut allergy in high risk infants. Hong Kong Institute of Allergy. <http://www.allergy.org.hk>. 2015. Accessed 05 May 2020.

Cosme-Blanco W, Arroyo-Flores E, Ale H. Food allergies. *Pediatr Rev*. 2020 Aug;41(8):403-415. doi: 10.1542/pir.2019-0037. Accessed 01 Feb 2021. PMID: 32737253.

Elsevier Point of Care. Food allergies. ClinicalKey. <https://www.clinicalkey.com>. 28 Apr 2023. Accessed 02 May 2023.

Fiocchi A, Artesani MC, Riccardi C, et al. Impact of omalizumab on food allergy in patients treated for asthma: a real-life study. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019 Jul-Aug;7(6):1901-1909.e5. doi: 10.1016/j.jaip.2019.01.023. Accessed 01 Feb 2021. PMID: 30797778.

Fiocchi A, Schunemann HJ, Brozek J, et al. Diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy (DRACMA): a summary report. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Dec;126(6):1119-1128.e2. doi: 10.1016/j.jaci.2010.10.011. PMID: 21134569.

Greenhawt M, Shaker M, Wang J, et al. Peanut allergy diagnosis: a 2020 practice parameter update, systematic review, and GRADE analysis. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 Dec;146(6):1302-1334. doi: 10.1016/j.jaci.2020.07.031. Accessed 01 Feb 2021. PMID: 32810515.

Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, et al. The effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, hydrolyzed formulas, and timing of introduction of allergenic complementary foods. *Pediatrics*. 2019 Apr;143(4):pii: e20190281. doi: 10.1542/peds.2019-0281. Accessed 23 Oct 2019. PMID: 30886111.

Halken S, Muraro A, de Silva D, et al; European Academy of Allergy and Clinical Immunology Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI guideline: preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr Allergy Immunol*. 2021 Jul;32(5):843-858. doi: 10.1111/pai.13496. Accessed 03 Mar 2022. PMID: 33710678.

Hays T, Wood RA. A systematic review of the role of hydrolyzed infant formulas in allergy prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005 Sep;159(9):810-816. doi: 10.1001/archpedi.159.9.810. PMID: 16143739.

Ho M, Chan J, Lee TH. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy (CMPA) in Hong Kong. Hong Kong Institute of Allergy. <http://www.allergy.org.hk>. Nov 2014. Accessed 05 May 2020.

Hyams JS. Food allergy (food hypersensitivity). In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007.

Kattan JD, Cocco RR, Jarvinen KM. Milk and soy allergy. *Pediatr Clin N Am*. 2011 Apr;58(2):407-426. doi: 10.1016/j.pcl.2011.02.005. PMID: 21453810.

Keet CA, Wood RA. Food allergy and anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2007 May;27(2):193-212. doi: 10.1016/j.iac.2007.03.005. PMID: 17493498.

Kneepkens CMF, Meijer Y. Clinical practice. Diagnosis and treatment of cow's milk allergy. *Eur J Pediatr*. 2009 Aug;168(8):891-896. doi: 10.1007/s00431-009-0955-7. PMID: 19271238.

Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012 Aug;55(2):221-229. doi: 10.1097/MPG.0b013e31825c9482. PMID: 22569527.

Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, et al. Anaphylaxis - a practice parameter update 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015 Nov;115(5):341-384. doi: 10.1016/j.anai.2015.07.019. PMID: 26505932.

Luyt D, Ball H, Makwana N, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. *Clin Exp Allergy*. 2014 May;44(5):642-672. <http://onlinelibrary.wiley.com>. PMID: 24588904.

Ministry of Health (MOH) Singapore. AMS-MOH Clinical practice guidelines: management of food allergy. MOH Singapore. <https://www.moh.gov.sg>. Jun 2010.

Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy*. 2014 May;69(5):590-601. <http://onlinelibrary.wiley.com>. PMID: 24697491.

Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, et al; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy*. 2014 Aug;69(8):1008-1025. doi: 10.1111/all.12429. PMID: 24909706.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Food allergy in children and young people. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Feb 2011.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Dec;126(6 Suppl):S1-S58. doi: 10.1016/j.jaci.2010.10.007. PMID: 21134576.

Nowak-Wegrzyn A, Chehade M, Groetch ME, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: executive summary-workgroup report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Apr;139(4):1111-1126.e4. doi: 10.1016/j.jaci.2016.12.966. PMID: 28167094.

Pajno GB, Fernandez-Rivas M, Arasi S, et al; EAACI Allergen Immunotherapy Guidelines Group. EAACI Guidelines on allergen immunotherapy: IgE-mediated food allergy. *Allergy*. 2018 Apr;73(4):799-815. doi: 10.1111/all.13319. Accessed 01 Feb 2021. PMID: 29205393.

Royal College of Paediatrics and Child Health. Food allergy. <http://www.rcpch.ac.uk>. 2011.

Sampson HA, Aceves S, Bock SA, et al; Joint Task Force on Practice Parameters; Practice Parameter Workgroup. Food allergy: a practice parameter update-2014. *J Allergy Clin Immunol*. 2014 Nov;134(5):1016-1025.e43. doi: 10.1016/j.jaci.2014.05.013. PMID: 25174862.

- Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, et al; World Allergy Organization. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012 Aug;12(4):389-399. doi: 10.1097/ACI.0b013e328355b7e4. PMID: 22744267.
- Sood MR. Gluten-sensitive enteropathy (Celiac disease). In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007.
- Taniuchi S, Enomoto M, Minami H. Immunotherapy and oral immunotherapy with omalizumab for food allergies. *EMJ*. 2019 Dec;4(4):63-70. <https://emj.emg-health.com/>. Accessed 01 Feb 2021.
- Togias A, Cooper SF, Acebal ML, et al. Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Jan;139(1):29-44. doi: 10.1016/j.jaci.2016.10.010. PMID: 28065278.
- ## Hen phế quản
- Agache I, Akdis CA, Akdis M, et al. EAACI Biologicals guidelines-recommendations for severe asthma. *Allergy*. 2021 Jan;76(1):14-44. doi: 10.1111/all.14425. Accessed 03 Feb 2021. PMID: 32484954.
- Agache I, Beltran J, Akdis C, et al. Efficacy and safety of treatment with biologicals (benralizumab, dupilumab, mepolizumab, omalizumab and reslizumab) for severe eosinophilic asthma. A systematic review for the EAACI guidelines - recommendations on the use of biologicals in severe asthma. *Allergy*. 2020 May;75(5):1023-1042. doi: 10.1111/all.14221. Accessed 14 Feb 2022. PMID: 32034960.
- Agache I, Lau S, Akdis CA, et al. EAACI Guidelines on allergen immunotherapy: house dust mite-driven allergic asthma. *Allergy*. 2019 May;74(5):855-873. doi: 10.1111/all.13749. Accessed 03 Feb 2021. PMID: 31095767.
- Agency for Care Effectiveness, Ministry of Health Singapore, Academy of Medicine Singapore, College of Family Physicians Singapore. Asthma optimising long-term management with inhaled corticosteroid. ACE. www.ace-hta.gov.sg. 15 Oct 2020. Accessed 18 Feb 2021.
- Al Moamry, Al-Kordi AG, Al Ghobain MO, et al. Utilization and responsiveness of the asthma control test (ACT) at the initiation of therapy for patients with asthma: a randomized controlled trial. *BMC Pulm Med*. 2012 Mar 26;12:14. doi: 10.1186/1471-2466-12-14. PMID: 22449144.
- Alvaro-Lozano M, Akdis CA, Akdis M, et al. EAACI allergen immunotherapy in children user's guide. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020 May;31(S25):1-101. <https://doi.org/10.1111/pai.13189>. Accessed 28 May 2022. PMID: 32436290.
- Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy*. 2008 Jan;63(1):5-34. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01586.x. PMID: 18053013.
- Balter MS, Bell AD, Kaplan AG, et al. Diagnosis of asthma in adults. *CMAJ*. 2009 Nov;181(10):E210-E220. doi: 10.1503/cmaj.080006. PMID: 19770241.
- British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma: a national clinical guideline. Revised 2016. British Thoracic Society. <https://www.brit-thoracic.org.uk>. Sep 2016.
- British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 158: British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. Revised edition published July 2019. British Thoracic Society. <https://www.brit-thoracic.org.uk>. Jul 2019. Accessed 16 Sep 2019.
- Chan AWM, Chan JKC, Lee TH, et al. Guidelines for allergy prevention in Hong Kong. Hong Kong Institute of Allergy. <http://www.allergy.org.hk>. Sep 2015. Accessed 05 May 2020.
- Corren J, Ambrose CS, Salapa K, et al. Efficacy of tezepelumab in patients with severe, uncontrolled asthma and perennial allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021 Dec;9(12):4334-4342.e6. doi: 10.1016/j.jaip.2021.07.045. Accessed 07 Feb 2022. PMID: 34358701.
- Fanta CH. Treatment of intermittent and mild persistent asthma in adolescents and adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. Sep 2019. Accessed 21 Oct 2019.
- Fleischer DM. The impact of breastfeeding on the development of allergic disease. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. Sep 2019. Accessed 21 Oct 2019.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2019. GINA. <http://www.ginasthma.org>. 2019. Accessed 16 Sep 2019.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2020. GINA. <http://www.ginasthma.org>. 2020. Accessed 05 May 2020.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2021. GINA. <http://www.ginasthma.org>. 2021. Accessed 02 Aug 2021.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2022. GINA. <http://www.ginasthma.org>. 2022. Accessed 05 Jul 2022.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Interim guidance about COVID-19 and asthma. GINA. <https://ginasthma.org>. 20 Dec 2020. Accessed 03 Feb 2021.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Pocket guide for asthma management and prevention for adults and children older than 5 years. A pocket guide for healthcare professionals: updated 2019. GINA. <https://ginasthma.org/>. 2019. Accessed 13 Jun 2019.
- Global Initiative for Asthma (GINA). What's new in GINA 2019? GINA global strategy for asthma management and prevention. GINA. <https://ginasthma.org>. 2019. Accessed 13 Jun 2019.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of asthma. ICSI. <http://www.icsi.org>. Jul 2012.
- Kirenga BJ, Schwartz JL, de Jong C, et al. Guidance on the diagnosis and management of asthma among adults in resource limited settings. *Afr Health Sci*. 2015 Dec;15(4):1189-1199. doi: 10.4314/ahs.v15i4.18. PMID: 26958020.
- Liu Ah, Spahn JD, Sicherer SH. Childhood asthma. In: Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, et al eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2020.
- Liu M. Pathogenesis of asthma. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. May 2016.
- McGregor MC, Krings JG, Nair P, et al. Role of biologics in asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Feb 15;199(4):433-445. doi: 10.1164/rccm.201810-1944CI. Accessed 14 Feb 2022. PMID: 30525902.
- Menzies-Gow A, Corren J, Bourdin A, et al. Tezepelumab in adults and adolescents with severe, uncontrolled asthma. *N Engl J Med*. 2021 May 13;384(19):1800-1809. doi: 10.1056/NEJMoa2034975. Accessed 07 Feb 2022. PMID: 33979488.
- Ministry of Health (MOH) Singapore. Clinical practice guidelines: management of asthma. MOH Singapore. <http://www.moh.gov.sg>. Jan 2008.
- Murphy VE. Managing asthma in pregnancy. *Breathe (Sheff)*. 2015 Dec;11(4):258-267. doi: 10.1183/20734735.007915. PMID: 27066119.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) of the National Institutes of Health; National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP). Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. NIH. <http://www.nhlbi.nih.gov>. Aug 2007.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. NICE. <https://www.nice.org.uk>. Nov 2017.
- Peters S, McCallister JW. Treatment of moderate persistent asthma in adolescents and adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. Sep 2019. Accessed 21 Oct 2019.
- Philippine College of Chest Physicians Council on Asthma. Philippine consensus report on asthma diagnosis and management 2019. Philippine College of Chest Physicians. <https://philchest.org>. 2019. Accessed 05 Aug 2021.
- Sanofi press releases. Dupixent (dupilumab) approved for severe asthma by European Commission. Sanofi. <https://www.sanofi.com>. 07 May 2019. Accessed 12 Oct 2020.

- Tabar AI, Delgado J, Gonzalez-Mancebo E, et al. Recent advances in allergen-specific immunotherapy as treatment for allergic asthma: a practical overview. *Int Arch Allergy Immunol*. 2021;182(6):496-514. doi: 10.1159/000513811. Accessed 28 Mar 2022. PMID: 33631755.
- Toward Optimized Practice (Alberta). Clinical practice guideline: chronic asthma. Toward Optimized Practice. <http://www.topalbertadoctors.org>. Apr 2018. Accessed 21 Oct 2019.
- Toward Optimized Practice (Alberta). Guideline for acute asthma in adults and children. Toward Optimized Practice. <http://www.topalbertadoctors.org>. 2009.
- U.S. Food & Drug Administration. Dupixent highlights of prescribing information. US FDA. <https://www.accessdata.fda.gov>. Oct 2018. Accessed 12 Oct 2020.
- U.S. Food & Drug Administration. FDA approves maintenance treatment for severe asthma [Internet]. US FDA. <https://www.fda.gov/>. 20 Dec 2021. Accessed 07 Feb 2022.
- U.S. Food & Drug Administration. FDA news release. FDA approves first drug to treat group of rare blood disorders in nearly 14 years. US FDA. <https://www.fda.gov>. 25 Sep 2020. Accessed 12 Oct 2020.
- ### Mày đay
- Alper BS. SOAP: solutions to often asked problems. Choice of antihistamines for urticaria. *Arch Fam Med*. 2000 Aug;9(8):748-751. doi: 10.1001/archfami.9.8.748. PMID: 10927716.
- Amar SM, Dreskin SC. Urticaria. *Prim Care*. 2008 Mar;35(1):141-157. doi: 10.1016/j.iac.2005.03.003. PMID: 18206722.
- American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Omalizumab: well tolerated and effective in refractory chronic idiopathic/spontaneous urticaria. AAAAI. <https://www.aaaai.org/>. Jul 2013.
- Antia C, Baquerizo K, Korman A, et al. Urticaria: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Oct;79(4):617-633. doi: 10.1016/j.jaad.2018.01.023. Accessed 13 Mar 2019. PMID: 30241624.
- Asero R. New-onset urticaria. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2019. Accessed 13 Mar 2019.
- Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCI). Position paper - chronic spontaneous urticaria (CSU). ASCIA. <https://www.allergy.org.au/>. 2020. Accessed 15 Feb 2021.
- Baxi S, Dinakar C. Urticaria and angioedema. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2005 May;25(2):353-367, vii. doi: 10.1016/j.iac.2005.03.003. PMID: 15878460.
- Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2014 May;133(5):1270-1277. <http://www.aaaai.org>. PMID: 24766875.
- Bingham C. New onset urticaria: diagnosis and treatment. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 17 Sep 2010.
- Bingham C. New onset urticaria: epidemiology, clinical manifestations, and etiologies. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 17 Sep 2010.
- Blauvelt A, Hwang ST, Udey MC. 11. Allergic and immunologic diseases of the skin. *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Feb;111(2 Suppl):S560-S570. doi: 10.1067/mai.2003.78. PMID: 12592302.
- Cho YT, Chan TC, Lee CH, et al. Taiwanese dermatological association consensus for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: a 2021 update. *J Formos Med Assoc*. 2022 Jul;121(7):1191-1203. doi: 10.1016/j.jfma.2022.02.007. Accessed 11 Apr 2023. PMID: 35219557.
- Chow SK. Management of chronic urticaria in Asia: 2010 AADV consensus guidelines. *Asia Pac Allergy*. 2012 Apr;2(2):149-160. doi: 10.5415/apallergy.2012.2.2.149. PMID: 22701866.
- Giménez-Arnau AM, Jáuregui I, Silvestre-Salvador JF, et al; Urticaria Study Group. Consensus on the definition of control and remission in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2022 Jul 22;32(4):261-269. doi: 10.18176/jiaci.0820. Accessed 11 Apr 2023. PMID: 35503509.
- Grattan C, Humphreys F, on behalf of the British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol*. 2007 Dec;157(6):1116-1123. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.08283.x. PMID: 18021095.
- Grattan C, Powell S, Humphreys F. Management and diagnostic guidelines for urticaria and angio-oedema. *Br J Dermatol*. 2001 Apr;144(4):708-714. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04175.x. PMID: 11298527.
- Grattan CE, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol*. 2002 May;46(5):645-657. doi: 10.1067/mjd.2002.122759. PMID: 12004303.
- Greaves M. Chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2000 Apr;105(4):664-672. doi: 10.1067/mai.2000.105706. PMID: 10756214.
- Greaves MW. Antihistamines. *Dermatol Clin*. 2001 Jan;19(1):53-62. doi: 10.1016/s0733-8635(05)70229-1. PMID: 11155586.
- Habif TP. Urticaria. *Clinical Dermatology*. 5th ed. Pennsylvania: Mosby, Elsevier; 2010.
- Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med*. 2002 Jan;346(3):175-179. doi: 10.1056/NEJMcp011186. PMID: 11796852.
- Kaplan H, Chenoweth A, Crescioli S, et al. Antibodies to watch in 2022. *MAbs*. Jan-Dec 2022;14(1):2014296. doi: 10.1080/19420862.2021.2014296. Accessed 16 Apr 2022. PMID: 35030985.
- Kennedy MS. Comprehensive care in the allergy/asthma office: evaluation of chronic eczema and urticaria and angioedema. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1999;19(1):19-33.
- Khan DA. Chronic spontaneous urticaria: standard management and patient education. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2019. Accessed 13 Mar 2019.
- Khan DA. Chronic spontaneous urticaria: treatment of refractory symptoms. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2019. Accessed 13 Mar 2019.
- Konstantinou GN, Asero R, Ferrer M, et al. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic criteria. *Allergy*. 2013 Jan;68(1):27-36. doi: 10.1111/all.12056. PMID: 23157716.
- Leung DY, Boguniewicz M. Advances in allergic skin diseases. *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Mar;111(Suppl 3):S805-812. doi: 10.1067/mai.2003.155. PMID: 12618747.
- Linscott MS, Crawford MB. Urticaria. *eMedicine*. <http://www.emedicine.com>. 12 Jun 2006.
- Magerl M, Altrichter S, Borzova E, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA²LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy*. 2016 Jun;71(6):780-802. doi: 10.1111/all.12884. Accessed 28 Jan 2022. PMID: 26991006.
- Maurer M, Eyerich K, Eyerich S, et al. Urticaria: Collegium Internationale Allergologicum (CIA) update 2020. *Int Arch Allergy Immunol*. 2020 Mar;181(5):321-333. doi: 10.1159/000507218. Accessed 15 Feb 2021. PMID: 32224621.
- Monroe E, Finn A, Patel P, et al. Efficacy and safety of desloratadine 5 mg once daily in the treatment of chronic idiopathic urticaria: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Apr;48(4):535-541. doi: 10.1067/mjd.2003.143. PMID: 12664016.
- Muller BA. Urticaria and angioedema: a practical approach. *Am Fam Physician*. 2004 Mar;69(5):1123-1128. <https://www.aafp.org>. PMID: 15023012.
- Nichols K, Cook-Bolden F. Allergic skin disease: major highlights and recent advances. *Med Clin Am*. 2009 Nov;93(6):1211-1224. doi: 10.1016/j.mcna.2009.08.004. PMID: 19932327.
- Poonawalla T, Kelly B. Urticaria - a review. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(1):9-21. doi: 10.2165/0128071-200910010-00002. PMID: 19170406.
- Powell RJ, Leech SC, Till S, et al; British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy*. 2015 Mar;45(3):547-565. doi: 10.1111/cea.12494. PMID: 25711134.
- Zacharisen MC. Pediatric allergy and immunology: pediatric urticaria and angioedema. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1999 Dec;19(2):363-382. doi: 10.1016/S1081-1206(10)62866-9. PMID: 10619346.

- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014 Jul;69(7):868-887. doi:10.1111/all.12313. PMID: 24785199.
- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2018 Jul;73(7):1393-1414. doi: 10.1111/all.13397. Accessed 11 Feb 2019. PMID: 29336054.
- Zuberbier T, Bernstein JA. A comparison of the United States and international perspective on chronic urticaria guidelines. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018 Jul - Aug;6(4):1144-1151. doi: 10.1016/j.jaip.2018.04.012. Accessed 13 Mar 2019. PMID: 29779967.
- Zuberbier T, Latiff AHA, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2021 Sep 18. doi: 10.1111/all.15090. Accessed 24 Jan 2022. PMID: 34536239.
- ## Vảy nến
- Alefcept (Amevive) for treatment of psoriasis. *Med Lett Drugs Ther*. 2003 Apr 14;45(1154):31-32. PMID: 12717339.
- American Academy of Dermatology Work Group, Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jul;65(1):137-174. doi: 10.1016/j.jaad.2010.11.055. PMID: 21306785.
- Ashcroft DM, Li Wan Po A, Williams HC, et al. Systematic review of comparative efficacy and tolerability of calcipotriol in treating chronic plaque psoriasis. *BMJ*. 2000 Apr 8;320(7240):963-967. doi: 10.1136/bmj.320.7240.963. PMID: 10753146.
- Blauvelt A, Ehst BD. Pathophysiology of plaque psoriasis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 12 Oct 2021. Accessed 24 Apr 2023.
- British Association of Dermatologists. Psoriasis guideline. British Association of Dermatologists. <http://www.bad.org.uk>. 2006.
- Canadian Psoriasis Guidelines Committee. Canadian guidelines for the management of plaque psoriasis: overview. Toronto Dermatology Centre. <http://www.torontodermatologycentre.com>. Aug 2011.
- Cohen SN, Baron SE, Archer CB; British Association of Dermatologists and Royal College of General Practitioners. Guidance on the diagnosis and clinical management of psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2012 May;37(Suppl 1):13-18. doi: 10.1111/j.1365-2230.2012.04337.x. PMID: 22486764.
- Dermatologicals. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. https://www.whocc.no/atc_ddd_index. 14 Dec 2021. Accessed 09 Feb 2022.
- Drew GS. Psoriasis. *Prim Care*. 2000 Jun;27(2):385-406. doi: 10.1016/S0095-4543(05)70202-5. PMID: 10815050.
- Efalizumab (Raptiva) for treatment of psoriasis. *Med Lett Drugs Ther*. 2003 Dec 8;45(1171):97-98. PMID: 14657802.
- Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jul;S0190-9622(20)32288-X. doi: 10.1016/j.jaad.2020.07.087. Accessed 09 Dec 2020. PMID: 32738429.
- Elmets CA, Leonardi CL, Davis DMR, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Apr;80(4):1073-1113. doi: 10.1016/j.jaad.2018.11.058. Accessed 04 Apr 2019. PMID: 30773097.
- Elmets CA, Lim HW, Stoff B, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Sep;81(3):775-804. doi: 10.1016/j.jaad.2019.04.042. Accessed 04 Feb 2020. PMID: 31351884.
- Federman DG, Froelich CW, Kirsner RS. Topical psoriasis therapy. *Am Fam Physician*. 1999 Feb;59(4):957-969. <https://www.aafp.org>. PMID: 10068717.
- Feldman SR. Psoriasis: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 12 Sep 2022. Accessed 24 Apr 2023.
- Feldman SR. Treatment of psoriasis in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. Nov 2017.
- Finnish Medical Society Duodecim. Psoriasis. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CD-ROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005 May 25.
- Habif TP. Psoriasis and other papulosquamous diseases. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. 5th ed. Pennsylvania: Mosby, Elsevier; 2010.
- Hawkes JE, Chan TC, Krueger JG. Psoriasis pathogenesis and the development of novel targeted immune therapies. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Sep;140(3):645-653. doi: 10.1016/j.jaci.2017.07.004. Accessed 24 Apr 2023. PMID: 28887948.
- Köllner K, Wimmershoff MB, Hintz C, et al. Comparison of the 308-nm excimer laser and a 308-nm excimer lamp with 311-nm narrowband ultraviolet B in the treatment of psoriasis. *Br J Dermatol*. 2005 Apr;152(4):750-754. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06533.x. PMID: 15840108.
- Koo J, Lee E, Lee CS, et al. Psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Apr;50(4):613-622. doi: 10.1016/j.jaad.2003.11.046. PMID: 15034513.
- Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, et al. A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Adv Skin Wound Care*. 2013 Jun;26(6):271-284;285-286. doi: 10.1097/01.ASW.0000429778.10020.67. PMID: 23669329.
- Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 1. Topical therapy and phototherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Oct;45(4):487-498. doi: 10.1067/mjd.2001.117046. PMID: 11568737.
- Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 2. Systemic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Nov;45(5):649-661. doi: 10.1067/mjd.2001.117047. PMID: 11606913.
- Lebwohl M, Menter A, Koo J, et al. Combination therapy to treat moderate to severe psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Mar;50(3):416-430. doi: 10.1016/j.jaad.2002.12.002. PMID: 14988684.
- Luba KM, Stulberg DL. Chronic plaque psoriasis. *Am Fam Physician*. 2006 Feb;73(4):636-644. <https://www.aafp.org>. PMID: 16506705.
- Menter A, Gelfand JM, Connor C, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jun;82(6):1445-1486. doi: 10.1016/j.jaad.2020.02.044. Accessed 09 Dec 2020. PMID: 32119894.
- Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2008 May;58(5):826-850. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 18423260.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Apr;60(4):643-659. doi: 10.1016/j.jaad.2008.12.032. PMID: 19217694.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Sep;61(3):451-485. doi: 10.1016/j.jaad.2009.03.027. PMID: 19493586.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Jan;62(1):114-135. doi: 10.1016/j.jaad.2009.08.026. PMID: 19811850.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jul;65(1):137-174. doi: 10.1016/j.jaad.2010.11.055. PMID: 21306785.

- Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Apr;80(4):1029-1072. doi: 10.1016/j.jaad.2018.11.057. Accessed 04 Apr 2019. PMID: 30772098.
- Ministry of Health Malaysia, Dermatological Society of Malaysia, Academy of Medicine Malaysia. Clinical practice guidelines. Management of psoriasis vulgaris. Academy of Medicine Malaysia. <http://www.acadmed.org.my>. Jun 2013.
- Mudigonda T, Dabade TS, West CE, et al. Therapeutic modalities for localized psoriasis: 308-nm UVB excimer laser versus nontargeted phototherapy. *Cutis*. 2012 Sep;90(3):149-154. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 23094316.
- Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, et al. S3 - Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012 Mar;10(Suppl 2):S1-95. doi: 10.1111/j.1610-0387.2012.07919.x. PMID: 22386073.
- Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Dec;29(12):2277-2294. doi: 10.1111/jdv.13354. PMID: 26481193.
- Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Nov;34(11):2461-2498. doi: 10.1111/jdv.16915. Accessed 14 Feb 2022. PMID: 33349983.
- Nast A, Spuls PI, van der Kraaij G, et al. European S3-Guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris – Update Apremilast and Secukinumab - EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Dec;31(12):1951-1963. doi: 10.1111/jdv.14454. PMID: 28895202.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Apremilast for treating moderate to severe plaque of psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Nov 2016.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dimethyl fumarate for treating moderate to severe plaque psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Sep 2017. Accessed 10 Apr 2019.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Adalimumab for the treatment of adults with psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Jun 2008.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Etanercept and efalizumab for the treatment of adults with psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Jul 2006.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Infliximab for the treatment of adults with psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Jan 2008.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Psoriasis: the assessment and management of psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Oct 2012.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Ustekinumab for the treatment of adults with moderate to severe psoriasis. NICE. <http://www.nice.org.uk>. Sep 2009.
- National Psoriasis Foundation. Psoriasis severity. National Psoriasis Foundation. <http://www.psoriasis.org>. 2013.
- Novartis Pharmaceuticals Corporation. Cosentyx (secukinumab): highlights of prescribing information. Novartis. <http://www.pharma.us.novartis.com>. Jan 2015.
- Ortonne JP, Humbert P, Nicolas JP, et al. Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitriol 3 microg g(-1) ointment and calcipotriol 50 microg g(-1) ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. *Br J Dermatol*. 2003 Feb;148(2):326-333. doi: 10.1046/j.1365-2133.2003.05228.x. PMID: 12588387.
- Pai SB, Shetty S. Guidelines for bath PUVA, bathing suit PUVA and soak PUVA. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. Nov-Dec 2015;81(6):559-567. doi: 10.4103/0378-6323.168336. Accessed 16 Apr 2022. PMID: 26515832.
- Pardasani AG, Feldman SR, Clark AR. Treatment of psoriasis: an algorithm-based approach for primary care physicians. *Am Fam Physician*. 2000 Feb;61(3):725-733,736. <https://www.aafp.org>. PMID: 10695585.
- Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci*. 2019 Mar;20(6):1475. doi: 10.3390/ijms20061475. Accessed 24 Apr 2023. PMID: 30909615.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults. SIGN. <http://www.sign.ac.uk>. 2010.
- Smith CH, Anstey AV, Barker JN, et al. British Association of Dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis 2005. *Br J Dermatol*. 2005 Sep;153(3):486-497. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06893.x. PMID: 16120132.
- Smith CH, Jabbar-Lopez ZK, Yiu ZZ, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2017. *Br J Dermatol*. 2017 Sep;177(3):628-636. doi: 10.1111/bjd.15665. PMID: 28513835.
- Smith CH, Yiu ZZ, Bale T, et al; British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020 - a rapid update. *Br J Dermatol*. 2020 Mar 18. doi: 10.1111/bjd.19039. Accessed 05 Jun 2020. PMID: 32189327.
- Trehan M, Taylor CR. Medium-dose 308-nm excimer laser for the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Nov;47(5):701-708. doi: 10.1067/mjd.2002.125075. PMID: 12399761.
- U.S. Food & Drug Administration. Abridged highlights of prescribing information. US FDA. <https://www.fda.gov/>. Nov 2019. Accessed 18 Aug 2022.
- U.S. Food & Drug Administration. Biosimilar product information. US FDA. <https://www.fda.gov>. 24 Feb 2020. Accessed 28 Feb 2020.
- U.S. Food & Drug Administration. FDA approves new psoriasis drug Cosentyx. US FDA. <http://www.fda.gov>. 21 Jan 2015.
- Verallo-Rowell VM, Katalbas SS, Evangelista MTP, et al. Review update on topical therapy for psoriasis. *Curr Derm Rep*. 2018;7:24-36. <https://doi.org/10.1007/s13671-018-0209-x>. Accessed 16 Apr 2022.
- Weigle N, McBane S. Psoriasis. *Am Fam Physician*. 2013 May;87(9):626-633. <https://www.aafp.org>. PMID: 23668525.
- World Health Organization (WHO). Global report on psoriasis. WHO. <https://www.who.int/>. 2016. Accessed 24 Apr 2023.
- Zeichner JA, Lebwohl MG, Menter A, et al. Optimizing topical therapies for treating psoriasis: a consensus conference. *Cutis*. 2010 Sep;86(3 Suppl):5-31. PMID: 21049712

Viêm da cơ địa

- Akdis CA, Akdis M, Bieber T, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol*. 2006 Jul;118(1):152-169. doi: 10.1016/j.jaci.2006.03.045. PMID: 16815151.
- American Academy of Dermatology. Atopic dermatitis: signs and symptoms. American Academy of Dermatology. <https://www.aad.org>. 2018.
- Atopic Dermatitis Working Group, Immunology Group, Chinese Society of Dermatology, Xu Yao, Zhi-Qiang Song, Wei Li, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of atopic dermatitis in China (2020). *Int J Dermatol Venereol*. 2021 Jan;4(1):1-9. doi: 10.1097/JD9.000000000000143. Accessed 07 Jul 2021.
- Australasian College of Dermatologists. Consensus statement on management of atopic dermatitis in adults. Australasian College of Dermatologists. <https://www.dermcoll.edu.au/>. 09 Mar 2021. Accessed 16 Jan 2023.
- Australian Public Assessment Report for prescription medicines (AusPAR). Olumiant-baricitinib. Australian Government, Department of Health, Therapeutic Goods Administration. <https://tga.gov.au>. 05 May 2021. Accessed 07 Jul 2021.
- Berger TG. Evaluation and management of severe refractory atopic dermatitis (eczema) in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com>. 27 Oct 2022. Accessed 16 Jan 2023.
- Best Practice Advocacy Centre New Zealand. Topical corticosteroids for childhood eczema: clearing up the confusion. BPAC. <https://bpac.org.nz>. Dec 2016.

- Boguniewicz M, Leung DY. Atopic dermatitis. In: Adkinson NF, Bochner BS, Burks W, et al, eds. *Middleton's Allergy Principles & Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014.
- Buyts LM. Treatment options for atopic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2007 Feb 15;75(4):523-528. <http://www.aafp.org>. PMID: 17323714.
- Chamlin SL. Atopic dermatitis. In: Rakei RE, Bope ET. *Conn's Current Therapy*. 60th ed. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier; 2008.
- Chan AWM, Chan JKC, Lee TH, et al. Guidelines for allergy prevention in Hong Kong. *Hong Kong Institute of Allergy*. <http://www.allergy.org.hk>. Sep 2015.
- Comparison of representative topical corticosteroid preparations (classified according to the United States system). *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 2022. Accessed 09 Feb 2022.
- Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, et al. American Academy of Dermatology guidelines: awareness of comorbidities associated with atopic dermatitis in adults. *J Am Acad Dermatol*. 2022 Jun;86(6):1335-1336.e18. doi: 10.1016/j.jaad.2022.01.009. Accessed 16 Jan 2023. PMID: 35085682.
- Del Rosso J. Moisturizer and barrier repair formulations. In: Draeos Z, Dover J, Alam M. *Cosmeceuticals*. 3rd ed: Elsevier; 2016. <http://www.clinicalkey.com>. 81-89.
- Dermatologicals. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. https://www.whocc.no/atc_ddd_index. 14 Dec 2021. Accessed 09 Feb 2022.
- Draeos Z. Cosmetics and cosmeceuticals. In: Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatology*. 4th ed; 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-7020-6275-9.00153-7>. 2578-2592.
- Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A, et al. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: a comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Apr;139(4S):S49-S57. doi: 10.1016/j.jaci.2017.01.009. PMID: 28390477.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Jul;71(1):116-132. doi: 10.1016/j.jaad.2014.03.023. PMID: 24813302.
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Feb;70(2):338-351. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.010. PMID: 24290431.
- Ellis C, Luger T, Abeck D, et al. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies. *Br J Dermatol*. 2003 May;148(Suppl 63):3-10. doi: 10.1046/j.1365-2133.148.s63.1.x. PMID: 12694268.
- Ferri FF. *Atopic dermatitis. Ferri's Clinical Advisor: Instant Diagnosis and Treatment*. 1st ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier; 2008.
- Fowler J. Understanding the role of natural moisturizing factor in skin hydration. *Practical Dermatology*. <https://practicaldermatology.com>. Jul 2012. Accessed 12 Aug 2021.
- Frazier W, Bhardwaj N. Atopic dermatitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2020 May 15;101(10):590-598. <https://www.aafp.org>. Accessed 25 Mar 2021. PMID: 32412211.
- Fukami H, Tachimoto H, Kishi M, et al. Preparation of (13)C-labeled ceramide by acetic acid bacteria and its incorporation in mice. *J Lipid Res*. 2010 Nov;51(Suppl 11):3389-3395. doi: 10.1194/jlr.D009191. PMID: 20656918.
- Galli E, Neri I, Ricci G, et al. Consensus conference on clinical management of pediatric atopic dermatitis. *Ital J Pediatr*. 2016 Mar 2;42:26. doi: 10.1186/s13052-016-0229-8. PMID: 26936273.
- Gelbard CM, Hebert AA. New and emerging trends in the treatment of atopic dermatitis. *Patient Prefer Adherence*. 2008 Feb;387-392. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 19920986.
- Goldstein BG, Goldstein AO. General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Aug 2019.
- Habif TP. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. 6th ed. Philadelphia: Mosby, Elsevier Inc; 2016.
- Hanifin JM, Cooper KD, Ho VC, et al. Guidelines of care for atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Mar;50(3):391-404. doi: 10.1016/j.jaad.2003.08.003. PMID: 14988682.
- Hon KL, Kung JSC, Ng WGG, et al. Emollient treatment of atopic dermatitis: latest evidence and clinical considerations. *Drugs Context*. 2018 Apr 17;7:212530. doi: 10.7573/dic.212530. Accessed 27 Aug 2021. PMID: 29692852.
- Hon KL, Pong NH, Wang SS, et al. Acceptability and efficacy of an emollient containing ceramide-precursor lipids and moisturizing factors for atopic dermatitis in pediatric patients. *Drugs R D*. 2013 Mar;13(Suppl 1):37-42. doi: 10.1007/s40268-013-0004-x. PMID: 23456759.
- Howe W. Atopic dermatitis (eczema): pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 28 Sep 2022. Accessed 16 Jan 2023.
- Howe W. Treatment of atopic dermatitis (eczema). *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 07 Mar 2023. Accessed 22 Jun 2023.
- Irvine AD, McLean WHI. Breaking the (un)sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*. 2006 Jun;126(6):1200-1202. doi: 10.1038/sj.jid.5700365. Accessed 12 Aug 2021. PMID: 16702964.
- Kasperkiewicz M, Mook SC, Knuth-Rehr D, et al. IgE-selective immunoabsorption for severe atopic dermatitis. *Front Med (Lausanne)*. 2018 Feb 12;5:27. doi: 10.3389/fmed.2018.00027. Accessed 02 Sep 2019. PMID: 29484297.
- Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, et al; Committee for Clinical Practice Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis 2018, The Japanese Society of Allergology, The Japanese Dermatology Association. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020. *Allergol Int*. 2020 Jul;69(3):356-369. doi: 10.1016/j.allit.2020.02.006. Accessed 25 Mar 2021. PMID: 32265116.
- Kim BS. Atopic dermatitis differential diagnosis. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/>. Feb 2023. Accessed 22 Jun 2023.
- Kircik LH. Efficacy and tolerability of retapamulin 1% ointment for the treatment of infected atopic dermatitis: a pilot study. *J Drugs Dermatol*. 2012 Jul;11(7):858-860. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 22777229.
- Kolb L, Ferrer-Bruker SJ. *Atopic dermatitis*. StatPearls Publishing. Treasure Island (FL); 2022 Aug. Accessed 22 Jun 2023.
- Krol A, Krafchik B. The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. *Dermatol Ther*. 2006 Mar-Apr;19(2):73-82. doi: 10.1111/j.1529-8019.2006.00058.x. Accessed 22 Jun 2023. PMID: 16669989.
- Kulthanan K, Tuchinda P, Nitiyarom R, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2021 Sep;39(3):145-155. doi: 10.12932/AP-010221-1050. Accessed 22 Jun 2023. PMID: 34246205.
- Leung DYM. Atopic dermatitis (Atopic eczema). In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2020.
- Leung TN, Hon KL. Eczema therapeutics in children: what do the clinical trials say? *Hong Kong Med J*. 2015 Jun;21(3):251-260. doi: 10.12809/hkmj144474. PMID: 25904389.
- Leung TNH, Cheng JWCH, Chan SCW, et al. Management of atopic dermatitis in children: 2020 review by the Guidelines Development Panel of Hong Kong College of Paediatricians. *HK J Paediatr (New Series)*. 2021;26(1):42-57. <https://www.hkjaed.org>. Accessed 09 Feb 2022.
- Lio PA, Lee M, LeBovidge J, et al. Clinical management of atopic dermatitis: practical highlights and updates from the atopic dermatitis practice parameter 2012. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014 Jul-Aug;2(4):361-9;quiz 370. doi: 10.1016/j.jaip.2014.02.015. PMID: 25017522.
- Margolis DJ, Mitra N, Wubbenhorst B, et al. Association of filaggrin loss-of-function variants with race in children with atopic dermatitis. *JAMA Dermatol*. 2019 Nov 1;155(11):1269-1276. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.1946. Accessed 12 Aug 2021. PMID: 31365035.

- McAlear MA, O'Regan GM, Irvine AD. Atopic dermatitis. In: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatology*. 4th ed. Philadelphia, PA; 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-7020-6275-9.00012-X:208-227>.
- Milam EC, Jacob SE, Cohen DE. Contact dermatitis in the patient with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019 Jan;7(1):18-26. doi: 10.1016/j.jaip.2018.11.003. Accessed 16 Apr 2022. PMID: 30598176.
- Ministry of Health Malaysia. Clinical practice guideline: management of atopic eczema. Ministry of Health Malaysia. <http://www.moh.gov.my>. 2018. Accessed 02 Sep 2019.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. NICE. <http://www.nice.org.uk/>. Dec 2007.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Baricitinib for treating moderate to severe atopic dermatitis. NICE. <https://www.nice.gov.uk>. 03 Mar 2021. Accessed 07 Jul 2021.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Secondary bacterial infection of eczema and other common skin conditions: antimicrobial prescribing. NICE. <https://www.nice.org.uk>. Mar 2021. Accessed 25 Mar 2021.
- Reich K, DeLozier AM, Nunes FP, et al. Baricitinib improves symptoms in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis and inadequate response to topical corticosteroids: patient-reported outcomes from two randomized monotherapy phase III trials. *J Dermatolog Treat*. 2020 Nov 22;1-10. doi: 10.1080/09546634.2020.1839008. Accessed 07 Jul 2021. PMID: 33222559.
- Ring J, Alomar A, Bieber T, et al; European Dermatology Forum (EDF); European Academy of Dermatology and Venereology (EADV); European Federation of Allergy (EFA); European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD); European Society of Pediatric Dermatology (ESPD); Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN). Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Aug;26(8):1045-1060. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04635.x. PMID: 22805051.
- Ring J, Alomar A, Bieber T, et al; European Dermatology Forum; European Academy of Dermatology and Venereology; European Task Force on Atopic Dermatitis; European Federation of Allergy; European Society of Pediatric Dermatology; Global Allergy and Asthma European Network. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Sep;26(9):1176-1193. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04636.x. PMID: 22813359.
- Rubel D, Thirumoorthy T, Soebaryo RW, et al; Asia-Pacific Consensus Group for Atopic Dermatitis. Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: an Asia-Pacific perspective. *J Dermatol*. 2013 Mar;40(3):160-171. doi: 10.1111/1346-8138.12065. PMID: 23289827.
- Schneider L, Tilles S, Lio P, et al. Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012. *J Allergy Clin Immunol*. 2013 Feb;131(2):295-9.e1-27. doi: 10.1016/j.jaci.2012.12.672. PMID: 23374261.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. SIGN. <http://www.guideline.gov>. Mar 2011.
- Shaw JC. Dermatitis and eczema. In: Noble J, Greene HL, Levinson W, et al. *Textbook of Primary Care Medicine*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby, Inc; 2001.
- Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Aug;71(2):327-349. doi: 10.1016/j.jaad.2014.03.030. PMID: 24813298.
- Sidbury R, Kodama S. Atopic dermatitis guidelines: diagnosis, systemic therapy, and adjunctive care. *Clin Dermatol*. 2018 Sep-Oct;36(5):648-652. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.05.008. Accessed 13 Aug 2019. PMID: 30217277.
- Sidbury R, Tom WL, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Dec;71(6):1218-1233. doi: 10.1016/j.jaad.2014.08.038. PMID: 25264237.
- Simpson E, Dutronc Y. A new body moisturizer increases skin hydration and improves atopic dermatitis symptoms among children and adults. *J Drugs Dermatol*. 2011 Jul;10(7):744-749. Accessed 12 Aug 2021. PMID: 21720656.
- Snyder AM, Taliencio VL, Brandenberger AU, et al. Effects of pain from atopic dermatitis: interview and focus group study with patients and their families. *JMIR Dermatol*. 2021;4(2):e29826. doi: 10.2196/29826. Accessed 16 Apr 2022.
- Thiele JJ, Ekanayake-Mudiyanselage S. Vitamin E in human skin: organ-specific physiology and considerations for its use in dermatology. *Mol Aspects Med*. 2007 Oct;28(5-6):646-667. doi: 10.1016/j.mam.2007.06.001. PMID: 17719081.
- van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, et al. Emollients and moisturisers for eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb;2:CD012119. doi: 10.1002/14651858.CD012119.pub2. PMID: 28166390.
- Wasserbauer N, Ballow M. Atopic dermatitis. *Am J Med*. 2009 Feb;122(2):121-125. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.09.014. PMID: 19185084.
- Wegner J, Saloga J, Grabbe S, et al. IgE-specific immunoadsorption: new treatment option for severe refractory atopic dermatitis. *Allergy*. 2019 Jun;74(6):1190-1193. doi: 10.1111/all.13716. Accessed 02 Sep 2019. PMID: 30636038.
- Weston WL, Howe W. Treatment of atopic dermatitis (eczema). *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 15 Apr 2021. Accessed 07 Jul 2021.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al; European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and the European Union of Medical Specialists (UEMS). Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 May;32(5):657-682. doi: 10.1111/jdv.14891. PMID: 29676534.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al; European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and the European Union of Medical Specialists (UEMS). Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Jun;32(6):850-878. doi: 10.1111/jdv.14888. Accessed 02 Sep 2019. PMID: 29878606.
- Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taeib A, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Dec;34(12):2717-2744. doi: 10.1111/jdv.16892. Accessed 16 Jan 2023. PMID: 33205485.
- Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. EuroGuiDerm guideline on atopic eczema. *European Dermatology Forum (EDF)*. <https://www.edf.one/de/>. Accessed 16 Jan 2023.
- Wollenberg A, Kinberger M, Arents B. European guidelines (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Dermatol Venereol*. 2022 Nov;36(11):1904-1926. doi: 10.1111/jdv.18429. Accessed 16 Jan 2023. PMID: 36056736.
- Wollenberg A, Kinberger M, Arents B. European guidelines (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I – systemic therapy. *J Eur Dermatol Venereol*. 2022 Nov;36(9):1409-1431. doi: 10.1111/jdv.18345. Accessed 16 Jan 2023. PMID: 35980214.

- Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, et al; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 May;30(5):729-747. doi: 10.1111/jdv.13599. PMID: 27004560.
- Viêm mũi dị ứng**
- American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. The allergy report: diseases of the atopic diathesis. AAAAI. <http://www.aaaai.org/>.
- Angier E, Willington J, Scadding G, et al; British Society for Allergy & Clinical Immunology (BSACI) Standards of Care Committee. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. *Prim Care Respir J*. 2010 Sep;19(3):217-222. doi: 10.4104/pcrj.2010.00044. PMID: 20680237.
- Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCI). Allergic rhinitis clinical update. ASCIA. <https://www.allergy.org.au>. 2020. Accessed 16 Aug 2021.
- Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCI). Allergic rhinitis clinical update. ASCIA. <https://www.allergy.org.au>. 2022. Accessed 23 Jan 2023.
- Becker JM. Pediatric allergic rhinitis. *Medscape*. <http://www.emedicine.com/>. May 2017.
- Bergeron C, Hamid Q. Relationship between asthma and rhinitis: epidemiologic, pathophysiologic and therapeutic aspects. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2005 Jun;1(2):81-87. doi: 10.1186/1710-1492-1-2-81. PMID: 20529228.
- Bourdin A, Gras D, Vachier I, et al. Upper airway x 1: allergic rhinitis and asthma: united disease through epithelial cells. *Thorax*. 2009 Nov;64(11):999-1004. doi: 10.1136/thx.2008.112862. PMID: 19864543.
- Bousquet J, Canonica GW, Demoly P, et al. Allergic rhinitis management pocket reference 2008. *Allergy*. 2008 Aug;63(8):990-996. doi: 10.1111/j.1398-9995.2008.01642.x. PMID: 18691301.
- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al; World Health Organization; GA(2)LEN; Allergen. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008 Apr;63(Suppl 86):008-160. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. PMID: 18331513.
- Bousquet J, Pfaar O, Togias A, et al. 2019 ARIA Care pathways for allergen immunotherapy. *Allergy*. 2019 Nov;74(11):2087-2102. doi: 10.1111/all.13805. Accessed 15 Jun 2020. PMID: 30955224.
- Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, et al. MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK rhinitis): the new generation guideline implementation. *Allergy*. 2015 Nov;70(11):1372-92. doi: 10.1111/all.12686. Accessed 29 Mar 2019. PMID: 26148220.
- Bousquet J, Schünemann HJ, Hellings PW, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2016 Aug;138(2):367-374.e2. doi: 10.1016/j.jaci.2016.03.025. Accessed 29 Mar 2019. PMID: 27260321.
- Bousquet J, Schünemann HJ, Samolinski B, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol*. 2012 Nov;130(5):1049-1062. doi: 10.1016/j.jaci.2012.07.053. PMID: 23040884.
- Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and realworld evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 Jan;145(1):70-80.e3. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049. Accessed 04 Feb 2020. PMID: 31627910.
- Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), in collaboration with the World Health Organization. Executive summary of the workshop report. 7-10 December 1999, Geneva, Switzerland. *Allergy*. 2002 Sep;57(9):841-855. doi: 10.1034/j.1398-9995.2002.23625.x. PMID: 12169183.
- Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001 Nov;108(Suppl 5):S147-S334. doi: 10.1016/mai.2001.118891. Accessed 10 Jul 2019. PMID: 11707753.
- Bousquet J, Van Cauwenberge, Khaltaev N, et al. ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. *Allergic rhinitis and its impact on asthma*. *Allergy*. 2004 Apr;59(4):373-387. PMID: 15005760
- Braunstaal GJ. United airways concept: what does it teach us about systemic inflammation in airways disease? *Proc Am Thorac Soc*. 2009 Dec;6(8):652-654. doi: 10.1513/pats.200906-052DP. PMID: 20008869.
- Brozek JL, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Oct;140(4):950-958. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050. PMID: 28602936.
- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Sep;126(3):466-476. doi: 10.1016/j.jaci.2010.06.047. PMID: 20816182.
- Chan AWM, Chan JKC, Lee TH, et al. Guidelines for allergy prevention in Hong Kong. Hong Kong Institute of Allergy. <http://www.allergy.org.hk>. Sep 2015. Accessed 07 Apr 2020.
- CKS. Allergic rhinitis. Clinical Knowledge Summaries. <http://cks.library.nhs.uk/>. 2005.
- Clark AT, Cullinan P, Dizon TA, et al. BSACI guideline for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2008 Jan;38(1):19-42. doi: 10.1111/j.1365-2222.2007.02888. PMID: 18081563.
- Corren J. Allergic rhinitis: treating the adult. *J Allergy Clin Immunol*. 2000 Jun;105(6)(Suppl Pt 2):S610-S615. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10856166>. PMID: 10856166.
- Cox L, Nelson H, Lockey R, et al. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Jan;127(Suppl 1):S1-S55. doi: 10.1016/j.jaci.2010.09.034. PMID: 21122901.
- Creticos PS. Subcutaneous immunotherapy (SCIT) for allergic disease: indications and efficacy. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 26 Aug 2019. Accessed 16 Aug 2021.
- Creticos PS. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis and conjunctivitis: SLIT-tablets. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 29 Jul 2022. Accessed 23 Jan 2023.
- Dafar A. Factors associated with geographic tongue: clinical, immunological and microbiological aspects. *GUPEA*. <https://gupea.ub.gu.se>. Nov 2016. Accessed 11 Jul 2019.
- deSchazo RD, Kemp SF. Allergic rhinitis: clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 26 Apr 2022. Accessed 23 Jan 2023.
- deSchazo RD, Kemp SF. Pathogenesis of allergic rhinitis (rhinosinusitis). *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 09 Apr 2022. Accessed 23 Jan 2023.
- deSchazo RD, Kemp SF. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. 17 Aug 2022. Accessed 23 Jan 2023.
- Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, et al. Rhinitis 2020: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 Oct;146(4):721-767. doi: 10.1016/j.jaci.2020.07.007. Accessed 27 Nov 2020. PMID: 32707227.
- Gentile DA, Friday GA, Skoner DP. Management of allergic rhinitis: antihistamines and decongestants. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2000 May;20(2):355-368. doi: 10.1016/S0889-8561(05)70152-1.
- Greenhawt M, Oppenheimer J, Nelson M, et al. Sublingual immunotherapy: a focused allergen immunotherapy practice parameter update. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2017 Mar;118(3):276-282.e2. doi: 10.1016/j.anai.2016.12.009. PMID: 28284533.
- Grossman J. Update on allergic and infectious rhinitis. New York City, USA. AAPA 24th Annual Conference. 29 May 1996.
- Hellings PW, Fokkens WJ, Akdis C, et al. Uncontrolled allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis: where do we stand today? *Allergy*. 2013 Jan;68(1):1-7. doi: 10.1111/all.12040. PMID: 23025484.
- Hooda A, Rathee M, Gulia J, et al. Benign migratory glossitis: a review. *The Internet Journal of Family Practice*. 2009;9(2). Accessed 11 Jul 2019.

- Husna SMN, Tan HTT, Shukri NM, et al. Allergic rhinitis: a clinical and pathophysiological overview. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Apr;9:874114. doi: 10.3389/fmed.2022.874114. Accessed 23 Jan 2023. PMID: 35463011.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Healthcare guideline: diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. ICSI. <http://www.icsi.org>. Jan 2008.
- Kim H, Bouchard J, Renzi PM. The link between allergic rhinitis and asthma: a role for antileukotrienes? *Can Respir J*. 2008 Mar;15(2):91-98. doi: 10.1155/2008/416095. PMID: 18354749.
- Klimek L, Bachert C, Pfaar O, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergol Select*. 2019 Dec;3(1):22-50. doi: 10.5414/ALX02120E. Accessed 16 Aug 2021. PMID: 32176226.
- Klimek L, Bergmann KC, Biedermann T, et al. Visual analogue scales (VAS): measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care: position paper of the German Society of Allergology (AeDA) and the German Society of Allergy and Clinical Immunology (DGAKI), ENT Section, in collaboration with the working group on Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (DGHNOKHC). *Allergo J Int*. 2017;26(1):16-24. doi: 10.1007/s40629-016-0006-7. Accessed 25 Apr 2019. PMID: 28217433.
- Krouse JH. Allergic rhinitis-current pharmacotherapy. *Otolaryngol Clin N Am*. 2008 Apr;41(2):347-358, vii. doi: 10.1016/j.otc.2007.11.014. PMID: 18328373.
- Marple BF, Fornadley JA, Patel AA, et al; American Academy of Otolaryngic Allergy Working Group on Allergic Rhinitis. Keys to successful management of patients with allergic rhinitis: focus on patient confidence, compliance, and satisfaction. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Jun;136(6 Suppl):S107-S124. doi: 10.1016/j.otohns.2007.02.031. PMID: 17512862.
- Meltzer EO. Performance effects of antihistamines. *J Allergy Clin Immunol*. 1990 Oct;86(4 Pt 2):613-619. doi: 10.1016/s0091-6749(05)80225-8. PMID: 2229823.
- Ministry of Health (MOH) Singapore. MOH clinical practice guideline: management of rhinosinusitis and allergic rhinitis. MOH Singapore. <http://www.moh.gov.sg>. Feb 2010.
- Mullol J, Valero A, Alobid I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma update (ARIA 2008). The perspective from Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2008;18(5):327-334. PMID: 18973095.
- Murray JF, Nadel JA. Disorders of the upper airways. In: *Textbook of Respiratory Medicine*. 3rd ed. St Louis: W.B. Saunders Company; 2000:1346-1350.
- Nayak A. A review of montelukast in the treatment of asthma and allergic rhinitis. *Expert Opin Pharmacother*. 2004 Mar;5(3):679-686. doi: 10.1517/14656566.5.3.679. PMID: 15013935.
- Okubo K, Kurono Y, Ichimura K, et al; Japanese Society of Allergology. Japanese guidelines for allergic rhinitis 2020. *Allergol Int*. 2020 Jul;69(3):331-345. doi: 10.1016/j.alit.2020.04.001. Accessed 27 Nov 2020. PMID: 32473790.
- Peden D. An overview of rhinitis. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>. Jul 2018. Accessed 10 Jul 2019.
- Philippine Society of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery. Clinical practice guidelines: allergic rhinitis in adults. PSO-HNS. <https://pso-hns.org>. Dec 2016. Accessed 16 Aug 2021.
- Plaut M, Valentine MD. Clinical practice. Allergic rhinitis. *N Engl J Med*. 2005 Nov;353(18):1934-1944. <http://www.nejm.org>. PMID: 16267324.
- Ridolo E, Incorvaia C, Pucciarini F, et al. Current treatment strategies for seasonal allergic rhinitis: where are we heading? *Clin Mol Allergy*. 2022 Aug;20:9. doi: 10.1186/s12948-022-00176-x. Accessed 23 Jan 2023.
- Rimmer JI, Ruhno JW. Rhinitis and asthma: united airway disease. *Med J Aust*. 2006 Nov 20;185(10):565-571. <https://www.mja.com.au>. PMID: 17115970.
- Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (revised edition 2017; first edition 2007). *Clin Exp Allergy*. 2017;47:856-889. doi: 10.1111/cea.12953.
- Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, et al. Clinical practice guideline: allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015 Feb;152(1 Suppl):S1-S43. doi: 10.1177/0194599814561600. PMID: 25644617.
- Short S, Bashir H, Marshall P, et al; Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. ICSI. <http://www.icsi.org>. Sep 2017. Accessed 02 Aug 2021.
- Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018 Sep;14(Suppl 2):51. doi: 10.1186/s13223-018-0280-7. Accessed 07 Jan 2019. PMID: 30263033.
- Sur DK, Plesa ML. Treatment of allergic rhinitis. *Am Fam Physician*. 2015 Dec;92(11):985-992. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Accessed 10 Jul 2019. PMID: 26760413.
- Sybilski AJ. Visual analogue scale. A simple tool for daily treatment monitoring in allergic rhinitis. *Pediatr Med Rodz*. 2018;14(3):277-281. doi: 10.15557/PiMR.2018.0030. Accessed 17 Feb 2020.
- Ukena D, Biberger C, Steinijans V, et al. Ciclesonide is more effective than budesonide in the treatment of persistent asthma. *Pulm Pharmacol Ther*. 2007;20(5):562-570. doi: 10.1016/j.pupt.2006.05.007. PMID: 16962345.
- University of Michigan Health System. Guidelines for clinical care: allergic rhinitis. University of Michigan Health System. <http://cme.med.umich.edu>. Updated 2007.
- Van Cauweberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Allergy*. 2000 Feb;55(2):116-134. doi: 10.1034/j.1398-9995.2000.00526.x. PMID: 10726726.
- Virant FS. Allergic rhinitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2000 May;20(2):265-282.
- Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Aug;122(Suppl 2):S1-S84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003. PMID: 18662584.
- Zohalinezhad ME, Zarshenas MM. Non-pharmacological treatments of allergic rhinitis (neglected treatments). *Iran J Med Sci*. 2016 May;31(3 Suppl):S46. Accessed 10 Jul 2019. PMID: 27840512.

Hướng dẫn về liều dùng

- Aikman K, Bloor R, Brayfield A, et al, eds. *British national formulary*. [online] London, UK: BMJ Group and Pharmaceutical Press. <http://www.medicinescomplete.com>. 2023.
- Buckingham R, ed. *Martindale: The complete drug reference*. [online] London: Pharmaceutical Press. <http://www.medicinescomplete.com>. 2023.
- ClinicalKey: Drug Information Provided by Gold Standard. [online] Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com>. 2023.
- Electronic Medicine Compendium (eMC) online. Datapharm. <https://www.medicines.org.uk>. 2023.
- Facts & Comparisons [database online]. St. Louis, MO: Wolters Kluwer Health, Inc. <https://online.factsandcomparisons.com>. 2020.
- Lexicomp online. Lexi-Drugs online. Hudson, Ohio: Lexicomp, Inc. <https://online.lexi.com>. 2023.
- MIMS online (Hong Kong, Indonesia, Malaysia, Philippines, Singapore, Thailand, Vietnam). <https://www.mims.com>. 2023

DANH MỤC SẢN PHẨM

Danh mục này liệt kê theo thứ tự chữ cái các hoạt chất và biệt dược lưu hành ở Việt Nam, được sử dụng trong điều trị các bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch.

- Tên hoạt chất được in nghiêng, kèm với các biệt dược tương ứng, nhà sản xuất đặt trong dấu ngoặc đơn.
- Số trang để tham khảo đến phần Hướng dẫn về liều dùng của các phác đồ điều trị có liên quan.
- Tên gọi khác của hoạt chất được tham khảo chéo ở phần hoạt chất chính.
- Dưới mỗi biệt dược đều có thành phần hoạt chất. Các biệt dược có hình ảnh sản phẩm được liệt kê thêm các thông tin sau: nhà sản xuất, nhà phân phối, nhà tiếp thị, mã số phân nhóm MIMS và trình bày/dóng gói (TB/ĐG).

A				Viêm da cơ địa B214	
aceclofenac					
Xem phác đồ				BEPROGEL (<i>Hoe Pharmaceuticals</i>)	
Thoái hóa khớp B65				* BEPROSALIC Lotion (<i>Hoe Pharmaceuticals</i>)	
Viêm khớp dạng thấp B89				* CANASONE C.B (<i>Thai Nakorn Patana VN</i>)	
ACECLOFENAC STELLA 100mg (<i>Stellapharm</i>)				* DAIVOBET (<i>LEO</i>)	
ACECLOFENAC STELLA 100mg				* DIPROSPAN Injection (<i>Organon</i>)	
aceclofenac				* FOBANCORT Cream/FOBANCORT Ointment (<i>Hoe Pharmaceuticals</i>)	
acetaminophen				* FUCICORT (<i>LEO</i>)	
(Xem paracetamol)				* GENBECLO (<i>Hasan-Dermapharm</i>)	
ACLASTA				* HOEBEPROSALIC Ointment (<i>Hoe Pharmaceuticals</i>)	
zoledronic acid				HOEBEPROSONE Cream/HOEBEPROSONE Ointment (<i>Hoe Pharmaceuticals</i>)	
ACTEMRA				* XAMIOL Gel (<i>LEO</i>)	
tocilizumab				bilastine	
adrenaline				Xem phác đồ	
(Xem epinephrine)				Mây đay B171	
adrenaline (epinephrine)				Viêm mũi dị ứng B238	
(Xem epinephrine)				BILAXTEN (<i>Menarini</i>)	
ADRENALINE AGUETTANT 0.1mg/mL				BILAXTEN	
epinephrine				bilastine	
ADVAGRAF				BLOSATIN 10/BLOSATIN 20	
tacrolimus				ebastine	
AERIOUS				BRIOZCAL	
desloratadine				calcium carbonate, colecalciferol	
albuterol				BRUFEN	
(Xem salbutamol)				ibuprofen	
ALENBE 70 mg/DH- ALENBE PLUS 70 mg/2800 IU				BRUSONEX	
alendronic acid, colecalciferol				mometasone	
acid alendronic				budesonide	
Xem phác đồ				Xem phác đồ	
Loãng xương B29				Hen phế quản B155	
* ALENBE 70 mg/DH-ALENBE PLUS 70 mg/2800 IU (<i>Hasan-Dermapharm</i>)				Viêm mũi dị ứng B239	
* FOSAMAX PLUS (<i>Organon</i>)				PULMICORT RESPULES (<i>AstraZeneca</i>)	
allopurinol				RHINOCORT AQUA (<i>AstraZeneca</i>)	
Xem phác đồ				* SYMBICORT RAPIHALER (<i>AstraZeneca</i>)	
Gout B12				* SYMBICORT TURBUHALER (<i>AstraZeneca</i>)	
ALLOPURINOL STELLA 300mg (<i>Stellapharm</i>)				C	
ALLOPURINOL STELLA 300mg				calcipotriene	
allopurinol				(Xem calcipotriol)	
AMCINOL-PASTE				calcipotriol	
triamcinolone				Xem phác đồ	
ARINOSE				* DAIVOBET (<i>LEO</i>)	
desloratadine				DAIVONEX (<i>LEO</i>)	
ARNETINE				* XAMIOL Gel (<i>LEO</i>)	
ranitidine				calcium 2-hydroxypropionate	
ARTRODAR				(Xem calcium lactate)	
diacerein				calcium carbonate	
AVAMYS				Xem phác đồ	
GlaxoSmithKline				Loãng xương B34	
[MIMS 3d]				* BRIOZCAL (<i>Bridge Healthcare</i>)	
Mỗi nhát xịt: Fluticasone furoate 27,5 mcg.				* CALMIBE 500 mg/400 IU (<i>Hasan-Dermapharm</i>)	
TB/ĐG: Hỗn dịch xịt mũi (dung môi nước) hộp 1 bình 30, 60, 120 liều xịt.				calcium lactate	
Xem thông tin chi tiết ở trang 1				Xem phác đồ	
				Loãng xương B34	
				CATULUS 300 (<i>Hasan-Dermapharm</i>)	
				CALMIBE 500 mg/400 IU	
				calcium carbonate, colecalciferol	
				Bambuterol	
				Xem phác đồ	
				Hen phế quản B151	
				Viêm mũi dị ứng B239	
				BAMBEC (<i>AstraZeneca</i>)	
				LUNGASTIC 10/LUNGASTIC 20 (<i>Hasan-Dermapharm</i>)	
				beclometasone	
				Xem phác đồ	
				Hen phế quản B152, B154	
				Lupus ban đỏ hệ thống B49	
				Vảy nến B190	
				Viêm da cơ địa B214	
				ELPESOM 50 µg/DOSE (<i>Orion</i>)	
				beclometasonum	
				(Xem beclometasone)	
				beclomethasone	
				(Xem beclometasone)	
				BEPROGEL	
				betamethasone	
				BEPROSALIC Lotion	
				betamethasone, salicylic acid	
				BERODUAL	
				fenoterol, ipratropium bromide	
				betamethasone	
				Xem phác đồ	
				Gout B10	
				Lupus ban đỏ hệ thống B49	
				Thoái hóa khớp B64	
				Vảy nến B187, B200	

CANASONE C.B betamethasone, clotrimazole	
CATAFLAM diclofenac	
CATULUS 300 calcium lactate	
celecoxib Xem phác đồ Thoái hóa khớp B65 Viêm khớp vảy nến B109 CELECOXIB STELLAPHARM (Stellapharm)	
CELECOXIB STELLAPHARM celecoxib	
CELLCEPT mycophenolic acid	
CETIMED cetirizine	
cetirizine Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B122 Mày đay B171 Viêm mũi dị ứng B238 CETIMED (Medochemie) HISTALONG (Dr. Reddy's Lab.) ZYRTEC 10mg (UCB)	
CHILDREN'S TYLENOL paracetamol	
chlorphenamine Xem phác đồ Mày đay B169 * COLATUS (Thai Nakorn Patana VN) * MEXCOLD (Imexpharm) * Sirô ho ANTITUSS PLUS (Mekophar) * TIFFY/TIFFY DEY/TIFFY Syrup (Thai Nakorn Patana VN)	
chlorpheniramine (<i>Xem chlorphenamine</i>)	
cholecalciferol (<i>Xem colecalciferol</i>)	
chondroitin Xem phác đồ Thoái hóa khớp B69 * OZTIS (Bridge Healthcare)	
clobetasol Xem phác đồ Lupus ban đỏ hệ thống B49 Viêm da cơ địa B214 CLODERM Kem/CLODERM Dung dịch (Hoe Pharmaceuticals) DERMOVATE (GlaxoSmithKline) MEDODERMONE (Medochemie)	
clobetasone Xem phác đồ Vảy nến B191 Viêm da cơ địa B215 EUMOVATE Cream (GlaxoSmithKline)	
CLODERM Kem/CLODERM Dung dịch clobetasol	
COLATUS chlorphenamine, dextromethorphan, paracetamol, phenylephrine	
COLCHICINA SEID 1mg Tablet colchicine	
colchicine Xem phác đồ Gout B12 COLCHICINA SEID 1mg Tablet (Seid S.A) COLCHICINE CAPEL 1 mg (Mayoly Spindler) COLCHICINE STELLA 1mg (Stellapharm)	
COLCHICINE CAPEL 1 mg colchicine	

COLCHICINE STELLA 1mg colchicine	
colecalfiferol Xem phác đồ Loãng xương B32 * ALENBE 70 mg/DH-ALENBE PLUS 70 mg/2800 IU (Hasan-Dermapharm) * BRIOZCAL (Bridge Healthcare) * CALMIBE 500 mg/400 IU (Hasan-Dermapharm) * FOSAMAX PLUS (Organon)	
COMBIVENT ipratropium bromide, salbutamol	
D	
DAIVOBET betamethasone, calcipotriol	
DAIVONEX calcipotriol	
DECOCORT Kem hydrocortisone, miconazole	
delta hydrocortisone (<i>Xem prednisolone</i>)	
desloratadine Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B122 Mày đay B171 Viêm mũi dị ứng B238 AERIUS (Organon) ARINOSE (Mekophar) LORASTAD D (Stellapharm) RINOFIL Syrup 2.5mg/5mL (Abbott)	
diacerein Xem phác đồ Thoái hóa khớp B70 ARTRODAR (TRB Chemedica)	
diacerhein (<i>Xem diacerein</i>)	
diclofenac Xem phác đồ Gout B13 Viêm khớp dạng thấp B92 Viêm khớp vảy nến B109 CATAFLAM (Novartis Pharma) DICLOFENAC STELLA Gel (Stellapharm) DICLOWAL Supp. (Rubiopharm Arzneimittel) DIFELENE Viên/DIFELENE Gel (Thai Nakorn Patana VN) ELARIA (Medochemie) STADLOFEN 50 (Stellapharm) VOLTAREN (Novartis Pharma)	
diclofenac acid (<i>Xem diclofenac</i>)	
DICLOFENAC STELLA Gel diclofenac	
DICLOWAL Supp. diclofenac	
DIFELENE Viên/DIFELENE Gel diclofenac	
DIPROSPAN Injection betamethasone	
DOPAGAN 650 mg paracetamol	
E	
ebastine Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B122 Mày đay B171 Viêm mũi dị ứng B238 BLOSATIN 10/BLOSATIN 20 (Hasan-Dermapharm)	

ELARIA diclofenac	
ELLYG CORN AND WARTS TREATMENT SOLUTION salicylic acid	
ELPESOM 50 µg/DOSE beclometasone	
epinephrine Xem phác đồ Hen phế quản B152 Dị ứng thức ăn B123 Mày đay B172 ADRENALINE AGUETTANT 0.1mg/mL (Laboratoire AGUETTANT)	
etoricoxib Xem phác đồ Gout B13 Thoái hóa khớp B65 Viêm khớp vảy nến B109 ARCOXIA (Merck Sharp & Dohme (MSD)) XIBTOSAN 90 (Hasan-Dermapharm)	
etoricoxib beta-cyclodextrin (<i>Xem etoricoxib</i>)	
F	
FASTUM Gel ketoprofen	
fenoterol Xem phác đồ Hen phế quản B155 * BERODUAL (Boehringer Ingelheim)	
fexofenadine Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B122 Mày đay B171 Viêm mũi dị ứng B238 FEXOSTAD (Stellapharm) TELFAST HD (Cty Cổ phần Sanofi Vietnam) TERNAFAST 60 (Mekophar)	
FEXOSTAD fexofenadine	
fluticasone Xem phác đồ Vảy nến B191 Viêm da cơ địa B214 Viêm mũi dị ứng B239 FLIXONASE (GlaxoSmithKline) FLIXOTIDE Evohaler (GlaxoSmithKline) * SERETIDE Accuhaler (GlaxoSmithKline) * SERETIDE Evohaler DC (GlaxoSmithKline)	
fluticasone furoate Xem phác đồ Hen phế quản B153, B154 AVAMYS (GlaxoSmithKline)	
FOBANCORT Cream/FOBANCORT Ointment betamethasone, fusidic acid	
FOBAN Cream/FOBAN Ointment fusidic acid	
formoterol Xem phác đồ Hen phế quản B150, B154, B155 * SYMBICORT RAPIHALER (AstraZeneca) * SYMBICORT TURBUHALER (AstraZeneca)	
FOSAMAX PLUS alendronic acid, colecalciferol	
FRAIZERON secukinumab	

FUCICORT betamethasone, fusidic acid
FUCIDIN fusidic acid
FUCIDIN H fusidic acid, hydrocortisone
acid fusidic Xem phác đồ Vảy nến B187 * FOBANCORT Cream/FOBANCORT Ointment (Hoe Pharmaceuticals) FOBAN Cream/FOBAN Ointment (Hoe Pharmaceuticals) * FUCICORT (LEO) FUCIDIN (LEO) * FUCIDIN H (LEO)

G

GENBECLO betamethasone, clotrimazole, gentamicin
gentamicin Xem phác đồ Vảy nến B187 * GENBECLO (Hasan-Dermapharm)

gentamycin (<i>Xem gentamicin</i>)
--

GLOTADOL POWER caffeine, paracetamol
--

glucosamine Xem phác đồ Thoái hóa khớp B69 * OZTIS (Bridge Healthcare) VIARTRIL-S (Rottapharm Madaus) VORIFEND 500 (Stellapharm)

glycopyrrolate (<i>Xem glycopyrronium bromide</i>)
--

glycopyrronium bromide Xem phác đồ Hen phế quản B155 <i>Xem BRI BREEZHALER (Novartis Pharma)</i>

glycopyrronium bromide (glycopyrrolate) (<i>Xem glycopyrronium bromide</i>)

golimumab Xem phác đồ Viêm khớp vảy nến B108 SIMPONI (Baxter, Cilag AG)
--

guselkumab Xem phác đồ Vảy nến B196 Viêm khớp vảy nến B106 TREMIFYA (Cilag AG)
--

H

HAPACOL 650 paracetamol

HAPACOL 80/HAPACOL 150/HAPACOL 250 paracetamol
--

HISTALONG cetirizine

HISTALONG L levocetirizine

HOEBEPROSALIC Ointment betamethasone, salicylic acid
--

HOEBEPROSONE Cream/HOEBEPROSONE Ointment betamethasone
--

hydrocortisone Xem phác đồ Gout B10 Lupus ban đỏ hệ thống B48 Vảy nến B191
--

Viêm da cơ địa B214, B215 Viêm khớp vảy nến B102 * DECOCORT Kem (Hoe Pharmaceuticals) * FUCIDIN H (LEO)
--

I

ibuprofen Xem phác đồ Gout B13 Viêm khớp vảy nến B110 BRUFEN (Abbott) MOMENTACT ANALGESICO (E-Pharma Trento) * PROTAMOL (Mekophar)
--

indacaterol Xem phác đồ Hen phế quản B155 ONBREZ BREEZHALER (Novartis Pharma)
--

ipratropium bromide Xem phác đồ Hen phế quản B147 Viêm mũi dị ứng B233 * BERODUAL (Boehringer Ingelheim) * COMBIVENT (Boehringer Ingelheim)
--

J

JAPROLOX loxoprofen

K

ketoprofen Xem phác đồ Gout B13 Viêm khớp vảy nến B110 FASTUM Gel (Menarini)
--

KLEVATOR 2.5 mg TABLETS methotrexate
--

L

levocetirizine Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B122 Mày đay B171 Viêm mũi dị ứng B238 HISTALONG L (Dr. Reddy's Lab.) STADELTINE (Stellapharm) XYZAL 5mg (UCB)

LORASTAD Sp. loratadine

loratadine Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B122 Mày đay B171 Viêm mũi dị ứng B238 LORASTAD Sp. (Stellapharm) TICEVIS 10mg (Medochemie)

loxoprofen Xem phác đồ Thoái hóa khớp B66 Viêm khớp vảy nến B110 JAPROLOX (Daiichi Sankyo)
--

LUNGASTIC 10/LUNGASTIC 20 bambuterol
--

M

MEDEXA methylprednisolone

MEDODERMONE clobetasol

MEDOXICAM meloxicam

acid mefenamic Xem phác đồ Thoái hóa khớp B65

Viêm khớp dạng thấp B90 MEFENAMIC ACID STELLA 500mg (Stellapharm)
--

MEFENAMIC ACID STELLA 500mg mefenamic acid
meloxicam Xem phác đồ Gout B13 Thoái hóa khớp B66 Viêm khớp vảy nến B110 MEDOXICAM (Medochemie) MOBIC (Boehringer Ingelheim) STADXICAM 7.5/STADXICAM 15 (Stellapharm)

metacortandralone (<i>Xem prednisolone</i>)

methotrexate Xem phác đồ Vảy nến B192 Viêm khớp dạng thấp B87 Viêm khớp vảy nến B104 KLEVATOR 2.5 mg TABLETS (Orion) METHOTREXAT EBEWE 500 mg/5 mL (Ebewe Pharma)

METHOTREXAT EBEWE 500 mg/5 mL methotrexate
--

methylprednisolone Xem phác đồ Dị ứng thức ăn B123 Gout B10 Hen phế quản B153 Lupus ban đỏ hệ thống B48 Mày đay B172 Thoái hóa khớp B64 Vảy nến B189, B191 Viêm da cơ địa B214 Viêm khớp vảy nến B102 Viêm mũi dị ứng B240 MEDEXA (Dexa Medica) METHYLPREDNISOLONE MKP (Mekophar) STADSONE 4/STADSONE 16 (Stellapharm)
--

METHYLPREDNISOLONE MKP methylprednisolone

MEXCOLD caffeine, chlorphenamine, paracetamol

MOBIC Boehringer Ingelheim [MIMS 4]

Meloxicam.
P/P: Viên nén 7,5 mg x 2 vỉ x 10 viên, 15 mg x 2 vỉ x 10 viên.
Dung dịch tiêm 15 mg/1,5 mL x 5 ống.

MOMENTACT ANALGESICO ibuprofen
--

mometasone Xem phác đồ Hen phế quản B155 Vảy nến B191 Viêm da cơ địa B214 Viêm mũi dị ứng B239 BRUSONEX (Farmae)
--

montelukast Xem phác đồ Hen phế quản B156 Viêm mũi dị ứng B241 Hen phế quảnTIN 4/Hen phế quảnTIN 10 (Stellapharm) SANDOZ MONTELUKAST FCT 10mg (Sandoz) SINGULAIR (Organon) VENTEK 5mg/VENTEK 10mg (Searle)

acid mycophenolic Xem phác đồ Vảy nến B194 CELLCEPT (F. Hoffmann-La Roche)

N

naproxen Xem phác đồ Gout B13 Thoái hóa khớp B66 Viêm khớp dạng thấp B91 Viêm khớp vảy nến B110
--

PROPAIN SYRUP (Orion)
neosynephrine (Xem phenylephrine)
O
omalizumab Xem phác đồ
Mày đay B168
Hen phế quản B156
XOLAIR (Novartis Pharma)
ONBREZ BREEZHALER indacaterol
OZTIS chondroitin, glucosamine
P
paracetamol Xem phác đồ
Thoái hóa khớp B62
CHILDREN'S TYLENOL (Janssen-Cilag)
* COLATUS (Thai Nakorn Patana VN)
DOPAGAN 650 mg (DOMESCO)
* GLOTADOL POWER (Glomed)
HAPACOL 650 (DHG Pharma)
HAPACOL 80/HAPACOL 150/HAPACOL 250 (DHG Pharma)
* MEXCOLD (Imexpharm)
* PROTAMOL (Mekophar)
SARA Viên/SARA SARA dầu/SARA FOR CHILDREN (Thai Nakorn Patana VN)
* TIFFY/TIFFY DEY/TIFFY Syrup (Thai Nakorn Patana VN)
* ULTRACET (Janssen-Cilag)
phenylephrine Xem phác đồ
Viêm mũi dị ứng B241
* COLATUS (Thai Nakorn Patana VN)
* TIFFY/TIFFY DEY/TIFFY Syrup (Thai Nakorn Patana VN)
prednisolone Xem phác đồ
Gout B10
Hen phế quản B153
Lupus ban đỏ hệ thống B48
Mày đay B172
Thoái hóa khớp B64
Viêm da cơ địa B215
Viêm mũi dị ứng B240
SOVEPRED (Mekophar)
PROGRAF tacrolimus
PROPAIN SYRUP naproxen
PROTAMOL ibuprofen, paracetamol
R
ranitidine Xem phác đồ
Mày đay B173
ARNETINE (Medochemie)
REDDITUX rituximab
REMOVART salicylic acid
RESIDRON risedronic acid
RHINOCORT AQUA budesonide
RINOFIL Syrup 2.5mg/5mL desloratadine
acid risedronic Xem phác đồ
Loãng xương B30
RESIDRON (Pharmathen S.A)

ROSENAX 5/ROSENAX 35/ROSENAX 75 (Hasan-Dermapharm)
rituximab Xem phác đồ
Viêm khớp dạng thấp B85
REDDITUX (Dr. Reddy's Lab.)
ROSENAX 5/ROSENAX 35/ROSENAX 75 risedronic acid
S
salbutamol Xem phác đồ
Dị ứng thức ăn B124
Hen phế quản B155
* COMBIVENT (Boehringer Ingelheim)
VENTOLIN Inhaler (GlaxoSmithKline)
VENTOLIN Nebules (GlaxoSmithKline)
acid salicylic Xem phác đồ
Vảy nến B201
* BEPROSALIC Lotion (Hoe Pharmaceuticals)
ELLYG CORN AND WARTS TREATMENT SOLUTION (Hoe Pharmaceuticals)
* HOEBEPROSALIC Ointment (Hoe Pharmaceuticals)
REMOVART (Farmalabor Produtos Farmacêuticos)
salmeterol Xem phác đồ
Hen phế quản B150, B154
* SERETIDE Accuhaler (GlaxoSmithKline)
* SERETIDE Evohaler DC (GlaxoSmithKline)
SANDOZ MONTELUKAST FCT 10mg montelukast
SARA Viên/SARA dầu/SARA FOR CHILDREN paracetamol
secukinumab Xem phác đồ
Vảy nến B197
Viêm khớp vảy nến B105
FRAIZERON (Novartis Pharma)
SEEBRI BREEZHALER glycopyrronium bromide
SINGULAIR montelukast
Sirô ho ANTITUSS PLUS chlorphenamine, dextromethorphan, guaifenesin, sodium citrate
SOVEPRED prednisolone
SPIOLTO RESPIMAT olodaterol, tiotropium bromide
SPIRIVA RESPIMAT tiotropium bromide
STADELTINE levocetirizine
STADLOFEN 50 diclofenac
STADSONE 4/STADSONE 16 methylprednisolone
STADXCICAM 7.5/STADXCICAM 15 meloxicam
STELARA 130mg ustekinumab
T
tacrolimus Xem phác đồ
Lupus ban đỏ hệ thống B52
Vảy nến B188
Viêm da cơ địa B221
ADVAGRAF (Astellas)
PROGRAF (Astellas)
TELFAST HD fexofenadine
terbutaline Xem phác đồ

BRICANYL (AstraZeneca)
TERNAFAST 60 fexofenadine
TICEVIS 10mg loratadine
TIFFY/TIFFY DEY/TIFFY Syrup chlorphenamine, paracetamol, phenylephrine
tiotropium bromide Xem phác đồ
Hen phế quản B147
* SPIOLTO RESPIMAT (Boehringer Ingelheim)
SPIRIVA RESPIMAT (Boehringer Ingelheim)
tocilizumab Xem phác đồ
Viêm khớp dạng thấp B85
ACTEMRA (Roche)
tramadol Xem phác đồ
Thoái hóa khớp B63
* ULTRACET (Janssen-Cilag)
TRAMSONE 0.1% triamcinolone
TREMFYA guselkumab
triamcinolone Xem phác đồ
Gout B10
Lupus ban đỏ hệ thống B48
Mày đay B173
Thoái hóa khớp B64
Vảy nến B189
Viêm da cơ địa B215
Viêm khớp vảy nến B102
Viêm mũi dị ứng B239
AMCINOL-PASTE (Mekophar)
TRAMSONE 0.1% (Hoe Pharmaceuticals)
U
ULTRACET paracetamol, tramadol
ustekinumab Xem phác đồ
Vảy nến B198
Viêm khớp vảy nến B105
STELARA 130mg (Janssen-Cilag)
STELARA 45mg (Cilag AG)
V
VENTEK 5mg/VENTEK 10mg montelukast
VIARTRIL-S glucosamine
vitamin D3 (Xem colecalciferol)
VOLTAREN diclofenac
VORIFEND 500 glucosamine
X
XAMIOL Gel betamethasone, calcipotriol
XIBTOSAN 90 etoricoxib
XOLAIR omalizumab
Z
zoledronic acid Xem phác đồ
Loãng xương B30
ACLASTA (Novartis Pharma)
ZORUXA (Gland Pharma)
ZORUXA zoledronic acid

MỤC LỤC BỆNH LÝ

Mục lục này liệt kê các loại bệnh thấp khớp, dị ứng & miễn dịch. Trong mỗi bệnh lý, sẽ liệt kê các phân nhóm MIMS có liên quan với phác đồ điều trị, mã số phân nhóm được in nghiêng và đặt trong dấu ngoặc vuông.

Bệnh lý	Phân nhóm MIMS [<i>mã số phân nhóm</i>] [†]	Số trang Hướng dẫn về liều dùng	
Gout	Hormon corticosteroid [6d] Corticosteroid - Tiêm trong khớp Corticosteroid - Đường uống/Tiêm	B10 B10	
	Các thuốc khác tác động lên hệ tiết niệu-sinh dục [10f]	B14	
	Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) [4l] Butylpyrazolidine Coxib Dẫn xuất của acid acetic Dẫn xuất của acid propionic Dẫn xuất của oxycam	B13 B13 B13 B13 B13	
	Thuốc trị gout & tăng acid uric máu [5b] Thuốc không tác dụng lên quá trình chuyển hóa acid uric Thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu Thuốc ức chế sản xuất acid uric	B12 B11 B12	
	Thuốc ức chế miễn dịch [12c] Thuốc ức chế interleukin (IL)	B12	
	Androgen & các thuốc tổng hợp liên quan [6a]	B33	
	Calci/Phối hợp vitamin với calci [30d] Calci & vitamin D	B34	
Loãng xương	Estrogen, progesteron & thuốc tổng hợp có liên quan [6b] Estrogen khác	B34	
	Tác nhân đồng hóa [6f]	B33	
	Thuốc ảnh hưởng chuyển hóa xương [11f] Bisphosphonate Các thuốc khác ảnh hưởng đến khoáng hóa & cấu trúc xương Calcitonin Chất tương tự hormon cận giáp (PTH) Chất tương tự vitamin D Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (SERM) Thuốc ức chế sclerostin Vitamin K	B29 B32 B30 B31 B32 B31 B31 B31 B32	
	Hormon corticosteroid [6d] Corticosteroid - Tác dụng toàn thân	B48	
	Corticosteroid dùng tại chỗ [16e] Hoạt lực mạnh Hoạt lực rất mạnh	B49 B49	
	Sản phẩm làm mềm, làm sạch & bảo vệ da [40a]	B50	
	Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh (DMARD) [5a]	B50	
	Thuốc ức chế miễn dịch [12c] Thuốc sinh học Thuốc ức chế calcineurin	B50 B51 B52	
	Lupus ban đỏ hệ thống	Các liệu pháp hỗ trợ & thực phẩm chức năng [31b]	B70

Bệnh lý	Phân nhóm MIMS [mã số phân nhóm] [†]	Số trang Hướng dẫn về liều dùng
Thoái hóa khớp (Tiếp theo)	Các thuốc khác tác động trên hệ cơ xương [5f] Tiêm trong khớp Đường uống Dùng tại chỗ	B68 B69 B70
	Hormon corticosteroid [6d] Tiêm trong khớp	B64
	Thuốc điều trị đau thần kinh [4m]	B64
	Thuốc giảm đau (không opioid) & hạ sốt [4k] Acid salicylic & dẫn xuất Anilide Các thuốc khác sử dụng như thuốc giảm đau tại chỗ	B62 B62 B63
	Thuốc giảm đau (opioid) [4j] Các alkaloid thuốc phiện có nguồn gốc tự nhiên Các opioid khác	B63 B63
	Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) [4l] Đường uống Coxib Dẫn xuất của acid acetic Dẫn xuất của acid fenamic Dẫn xuất của acid propionic Dẫn xuất của acid salicylic Dẫn xuất của oxicam NSAID khác Đường tiêm Tại chỗ	B65 B65 B65 B65 B66 B66 B66 B66 B66 B67 B67
	Viêm khớp dạng thấp	Hormon corticosteroid [6d] Đường uống Tiêm trong khớp
Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh (DMARD) [5a] Thuốc sinh học - kháng TNF Thuốc sinh học - không tác động trên TNF Thuốc tổng hợp thông thường Thuốc tổng hợp nhắm trúng đích		B84 B85 B86 B88
Thuốc giảm đau (không opioid) & hạ sốt [4k] Thuốc giảm đau (không opioid) Anilide Acid salicylic & dẫn xuất		B82 B82 B82
Thuốc giảm đau (opioid) [4j]		B82
Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) [4l] Tác dụng toàn thân Acid salicylic & Dẫn xuất Butylpyrazolidine Coxib Dẫn xuất của acid acetic Dẫn xuất của acid fenamic Dẫn xuất của acid propionic Dẫn xuất của oxicam NSAID khác Tại chỗ		B89 B91 B90 B90 B89 B90 B91 B90 B91 B90 B91 B92
Thuốc ức chế miễn dịch [12c]		B89
Viêm khớp vẩy nến		Hormon corticosteroid [6d]

†Tham khảo chéo với MIMS

Bệnh lý	Phân nhóm MIMS [mã số phân nhóm] [†]	Số trang Hướng dẫn về liều dùng
Viêm khớp vảy nến (Tiếp theo)	Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) [4l] Acid salicylic & Dẫn xuất Coxib Dẫn xuất của acid acetic Dẫn xuất của acid fenamic Dẫn xuất của acid propionic Dẫn xuất của oxycam NSAID khác	B110 B109 B109 B110 B110 B110
	Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh (DMARD) [5a]	B103
	Thuốc ức chế miễn dịch [12c] Thuốc ức chế interleukin-12/23 (IL-12/23) Thuốc ức chế interleukin-17 (IL-17) Thuốc ức chế interleukin-23 (IL-23) Thuốc ức chế Janus kinase (JAK) Thuốc ức chế phosphodiesterase-4 (PDE-4) Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF)	B105 B105 B106 B106 B107 B107
Dị ứng thức ăn	Hormon corticosteroid [6d]	B123
	Thuốc kháng histamin & chống dị ứng [12a] Thế hệ 1 Thế hệ 2	B120 B122
	Thuốc tim [2a]	B123
	Thuốc trị hen & bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [3b] Thuốc chủ vận chọn lọc thụ thể beta ₂ adrenergic	B124
Hen phế quản	Hormon corticosteroid [6d] Corticosteroid - Tác dụng toàn thân	B153
	Thuốc kháng histamin & kháng dị ứng [12a] Chiết xuất dị nguyên Thuốc ổn định dưỡng bào	B147 B148
	Thuốc trị hen & bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [3b] Corticosteroid (dạng hít) Kháng thể đơn dòng Kháng thể kháng IgE Thuốc ức chế interleukin Thuốc ức chế lymphopoietin mô đệm tuyến ức Thuốc điều trị hen - chế phẩm dạng phối hợp Thuốc đồng vận beta ₂ (dạng hít) Tác động kéo dài Tác động ngắn Thuốc đồng vận beta ₂ (đường uống) Tác động kéo dài Tác động ngắn Thuốc giãn phế quản (đường tiêm) Thuốc đồng vận beta ₂ Thuốc cường giao cảm không đặc hiệu Thuốc kháng cholinergic (dạng hít) Tác động kéo dài Tác động ngắn Thuốc kháng leukotriene (đường uống) Thuốc ức chế 5-lipoxygenase Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene Xanthine	B153 B156 B157 B158 B154 B150 B148 B151 B151 B152 B152 B147 B147 B156 B156 B159
	Thuốc khác tác động trên hệ hô hấp [3e]	B158

Bệnh lý	Phân nhóm MIMS [<i>mã số phân nhóm</i>] [†]	Số trang Hướng dẫn về liều dùng
Mày đay	Hormon corticosteroid [6d] Corticosteroid - Đường uống	B172
	Thuốc chống trầm cảm [4c]	B168
	Thuốc kháng acid, chống trào ngược & chống loét [1a] Thuốc đối kháng thụ thể H ₂ - Đường uống	B173
	Thuốc kháng histamin & kháng dị ứng [12a] Thuốc kháng histamin - Đường uống Thế hệ 1 Thế hệ 2	B169 B171
	Thuốc trị hen & bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) [3b] Thuốc kháng histamin khác có tác dụng toàn thân Các thuốc có tác dụng toàn thân khác sử dụng trong điều trị các bệnh đường hô hấp tắc nghẽn	B168 B168
	Thuốc tim [2a]	B172
	Thuốc ức chế miễn dịch [12c]	B174
	Vẩy nến	Các sản phẩm da liễu khác [16k] Thuốc ức chế calcineurin dùng tại chỗ
Corticosteroid dùng tại chỗ [16e] Hoạt lực rất mạnh Hoạt lực mạnh Hoạt lực trung bình Hoạt lực yếu		B190 B190 B191 B191
Hormon corticosteroid [6d] Corticosteroid - Tác dụng toàn thân		B189
Hóa trị độc tế bào [9a]		B192
Kháng sinh dùng tại chỗ [16a]		B187
Kháng sinh kết hợp corticosteroid dùng tại chỗ [16d]		B187
Thuốc trị mụn cóc & chai da [16i]		B201
Thuốc trị vẩy nến, tăng tiết bã nhờn & vẩy cá [16h] Đường uống Psoralen Retinoid - Tác dụng toàn thân Dùng tại chỗ Các thuốc trị vẩy nến khác dùng tại chỗ Dẫn xuất anthracene dùng tại chỗ		B198 B198 B199 B199 B199 B201
Thuốc ức chế miễn dịch [12c] Đường uống Đường tiêm		B193 B195

†Tham khảo chéo với MIMS

Bệnh lý	Phân nhóm MIMS [mã số phân nhóm] [†]	Số trang Hướng dẫn về liều dùng
Viêm da cơ địa	Các thuốc da liễu khác [16k] Đường tiêm Thuốc đối kháng interleukin-13 Tại chỗ Thuốc ức chế calcineurin dùng tại chỗ Các thuốc khác	B220 B220 B221 B221 B221
	Corticosteroid dùng tại chỗ [16e] Hoạt lực rất mạnh Hoạt lực mạnh Hoạt lực trung bình Hoạt lực yếu	B214 B214 B215 B215
	Thuốc kháng histamin/ chống ngứa dùng tại chỗ [16g]	B221
	Thuốc làm mềm, làm sạch & bảo vệ da [40a] Đường uống Dùng tại chỗ	B215 B216
	Thuốc ức chế miễn dịch [12c] Đường uống Thuốc ức chế Janus kinase (JAK) Dùng tại chỗ	B218 B218 B220
	Viêm mũi dị ứng	Hormon corticosteroid [6d] Corticosteroid - Tác dụng toàn thân
Thuốc chống sung huyết mũi & các thuốc nhỏ mũi khác [3d] Thuốc kháng cholinergic (dạng hít) Corticosteroid (dạng hít) Cromone (dạng hít) Thuốc khác		B233 B240 B240 B243
Thuốc khác tác động trên hệ hô hấp [3e]		B243
Thuốc kháng histamin & chống dị ứng [12a] Chiết xuất dị nguyên Thuốc kháng histamin & chống dị ứng (dạng hít) Thuốc kháng histamin & chống dị ứng (đường uống) Thế hệ 1 Thế hệ 2 Các thuốc kháng histamin khác có tác dụng toàn thân		B233 B235 B235 B235 B238 B243
Thuốc trị hen & bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính COPD [3b] Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene		B241
Thuốc trị ho & cảm [3c] Thuốc chống sung huyết mũi (đường uống)		B241

MỤC LỤC PHÂN LOẠI DƯỢC LÝ VÀ CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG

Mục lục này liệt kê các phân nhóm MIMS với mã số phân nhóm được in nghiêng và đặt trong dấu ngoặc vuông []. Ở mỗi phân nhóm MIMS, sẽ liệt kê phân nhóm hóa học (nếu có) và cơ chế tác động tương ứng.

Phân nhóm MIMS [mã số phân nhóm]*	Phân nhóm hóa học	Cơ chế tác động
Androgen & các thuốc tổng hợp có liên quan [6a]	Androgen	Testosterone có vai trò thúc đẩy sự tăng trưởng và phát triển bình thường của cơ quan sinh dục nam & duy trì các đặc điểm giới tính thứ cấp ở nam giới thiếu hụt androgen; androgen cũng ảnh hưởng đến sự phát triển của xương & cơ
Các sản phẩm da liễu khác [16k]	Thuốc ức chế calcineurin	Ức chế sự phiên mã cytokine gây viêm trong tế bào T hoạt hóa & các tế bào gây viêm khác bằng cách ức chế calcineurin
	Thuốc đối kháng interleukin-13	Tralokinumab: Ức chế phản ứng do IL-13 gây ra, trong đó bao gồm việc giải phóng cytokine tiền viêm, chemokine & IgE
Các thuốc khác tác động lên hệ cơ xương [5f]		Acid hyaluronic: Tác động như chất làm trơn mô và/hoặc khớp, điều hòa tương tác giữa các mô gần nhau
		Chondroitin: Ức chế enzyme hoạt dịch (elastase hyaluronidase), enzyme này có thể góp phần gây phá hủy sụn & mất chức năng khớp; có thể tác động hiệp lực với glucosamine để hỗ trợ duy trì sụn khớp trong thoái hóa khớp
		Diacerein: Ức chế interleukin-1 β , do đó có tác dụng kháng viêm
		Glucosamine: Tác dụng lên sự tổng hợp các thành phần cấu trúc chủ yếu của sụn (như glycolipid, glycoprotein, acid hyaluronic, proteoglycan & glycosaminoglycan) & hỗ trợ quá trình sản sinh acid hyaluronic để tăng cường tác dụng chống viêm
Các thuốc khác tác động lên hệ hô hấp [3e]		Chất ly giải vi khuẩn (bacterial lystate): Có tác dụng kháng khuẩn đường hô hấp & điều hòa miễn dịch
Các thuốc khác tác động lên hệ niệu dục [10f]	Thuốc kiềm hóa	Oxy hóa trong cơ thể để tạo bicarbonate, do đó tăng độ hòa tan & đảm bảo tốt lưu lượng nước tiểu

Calci/Calci phối hợp với vitamin [30d]		<p>Calci là chất thiết yếu cho sự hình thành & giữ xương chắc & răng khỏe; cho sự cầm máu, sự dẫn truyền xung thần kinh & co bóp cơ</p> <p>Vitamin là chất thiết yếu cho hoạt động bình thường của cơ thể, như các quá trình chuyển hóa có liên quan đến enzyme & chất dinh dưỡng để tạo năng lượng cho tế bào của cơ thể. Vitamin được hấp thu qua ruột vào máu, được dự trữ trong cơ thể & gan trong một thời gian nhất định tùy thuộc vào tính hòa tan</p>
Corticosteroid dùng tại chỗ [16e]	Hoạt lực yếu (Nhóm I)	Cảm ứng protein ức chế phospholipase A ₂ (lipocortin), từ đó làm giảm sự hình thành, phóng thích & hoạt động của yếu tố điều hòa viêm nội sinh như prostaglandin, kinin, liposomal enzyme và hệ thống bổ thể. Dùng cho vùng da nhạy cảm như mặt, bộ phận sinh dục hay vùng có nếp gấp
	Hoạt lực trung bình (Nhóm II)	Cảm ứng protein ức chế phospholipase A ₂ (lipocortin), từ đó làm giảm sự hình thành, phóng thích & hoạt động của yếu tố điều hòa viêm nội sinh như prostaglandin, kinin, liposomal enzyme và hệ thống bổ thể. Dùng cho vùng tổn thương trên cơ thể & các chi
	Hoạt lực mạnh (Nhóm III)	Cảm ứng protein ức chế phospholipase A ₂ (lipocortin), từ đó làm giảm sự hình thành, phóng thích & hoạt động của yếu tố điều hòa viêm nội sinh như prostaglandin, kinin, liposomal enzyme và hệ thống bổ thể
	Hoạt lực rất mạnh (Nhóm IV)	Cảm ứng protein ức chế phospholipase A ₂ (lipocortin), từ đó làm giảm sự hình thành, phóng thích & hoạt động của yếu tố điều hòa viêm nội sinh như prostaglandin, kinin, liposomal enzyme và hệ thống bổ thể. Dùng cho vẩy nến thể mảng kháng trị hoặc vẩy nến ở lòng bàn tay & lòng bàn chân
Estrogen, progesteron & các thuốc tổng hợp có liên quan [6b]	Estrogen	Tibolone: Điều hòa sự tiết gonadotropin, FSH & LH của tuyến yên thông qua cơ chế phản hồi âm tính
Hóa trị độc tế bào [9a]	Chất tương tự acid folic	Ức chế dihydrofolate reductase, là enzyme khử acid folic thành tetrahydrofolate. Việc thiếu tetrahydrofolate sẽ ức chế các phản ứng cần folate làm co-enzyme, do đó cản trở quá trình tổng hợp của cả ADN & ARN. Tác dụng ức chế miễn dịch do ức chế sự nhân lên của tế bào lympho
	Tác nhân alkyl hóa	Alkyl hóa ADN & ARN, & ức chế các phản ứng xúc tác qua enzym bằng cách carbamoyl hóa các acid amin trong protein
Hormon corticosteroid [6d]	Corticosteroid tác dụng toàn thân	Glucocorticoid: Ức chế phóng thích nhiều loại cytokine, do đó có tác dụng kháng viêm & ức chế miễn dịch. Duy trì đường huyết bình thường & tăng phục hồi sau khi bị thương & stress

Kháng sinh tác dụng tại chỗ [16a]		Có tác động kháng khuẩn phổ rộng, kháng <i>Staphylococcus</i> & <i>Streptococcus</i> spp; thấm qua lớp sừng của da, làm giảm lượng vi khuẩn bằng cách can thiệp vào quá trình chuyển hóa của vi khuẩn (như sulfadiazine) hoặc ức chế sự tổng hợp protein của vi khuẩn (như tetracycline, aminoglycoside, mupirocin & acid fusidic) hoặc ảnh hưởng trên tính thấm của màng tế bào vi khuẩn (như polymyxin), & tăng loại bỏ tế bào da
Tác nhân đồng hóa [6f]	Steroid đồng hóa	Bất chước tác dụng đồng hóa của hormon tự nhiên; tăng khối cơ & phát triển cơ thể; cũng có thể giúp tăng tạo tế bào máu trong một số dạng thiếu máu
Thuốc ảnh hưởng chuyển hóa xương [11f]	Bisphosphonate	Ức chế tế bào hủy xương & giảm hủy xương
	Calcitonin	Ức chế hủy xương bởi tế bào hủy xương & giảm chu chuyển xương. Giảm tái hấp thu tại ống thận & tăng cường bài tiết calci, clo, natri, magiê, kali & phosphate qua thận
	Chất ức chế sclerostin	Romosozumab: Ức chế sclerostin, một yếu tố điều hòa chuyển hóa xương, ức chế con đường truyền tín hiệu Wnt, điều hòa sự phát triển của xương, dẫn đến tăng tạo xương, giảm hủy xương & cải thiện cấu trúc và sức mạnh của xương
	Chất tương tự vitamin D	Tác động trực tiếp lên tế bào tạo xương để kích thích sự phát triển xương & lên tuyến cận giáp để ức chế sự tổng hợp & tiết hormon cận giáp (PTH); làm giảm sự tăng sinh & làm tăng biệt hóa của tế bào sừng
	Chất tương tự hormon cận giáp (PTH)	Duy trì nồng độ calci trong huyết tương nhờ tác động trên xương & thận
	Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen	Giảm hủy xương & giảm chu chuyển xương bằng cách gắn vào thụ thể estrogen của cơ quan đích để tạo ra nhiều tác dụng kiểu estrogen
	Vitamin K	Menatetrenone: Tăng tốc quá trình tạo xương, ức chế quá trình hủy xương, do đó làm giảm sự mất cân bằng trong chuyển hóa mô xương
Thuốc chống sung huyết mũi & Các thuốc nhỏ mũi khác [3d]	Corticosteroid (dạng hít)	Có tác dụng chống viêm và chống phù nề lớp màng nhầy do đó cải thiện tình trạng phù nề và ức chế các chất trung gian gây viêm

Thuốc chống sung huyết mũi & Các thuốc nhỏ mũi khác [3d] (Tiếp theo)	Cromone	Ức chế phóng thích các chất trung gian, histamin & SRS-A từ tế bào mast bằng cách ức chế độ nhạy & quá trình mất hạt của tế bào mast, quá trình này xảy ra sau khi tiếp xúc với kháng nguyên đặc hiệu
	Thuốc chống sung huyết mũi (dạng hít)	Tác dụng của các thuốc dạng hít chứa khí đã làm ẩm và ẩm được tăng cường thêm nhờ phối hợp với tinh dầu bay hơi có thể có tác dụng trên kênh calci của dây thần kinh cảm giác, nhờ đó hỗ trợ chống nghẹt mũi
	Thuốc kháng cholinergic	Đối kháng hoạt động của acetylcholine, một chất dẫn truyền thần kinh trong hệ TKTƯ, đồng thời kiểm soát các tín hiệu đầu vào ở cơ và cơ quan thụ cảm
Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi diễn tiến bệnh (DMARD) [5a]		Ức chế sự phóng thích hoặc hoạt động của cytokine, do đó có tác dụng kháng viêm
	Thuốc sinh học	Ức chế phản ứng viêm bằng cách tương tác với các cytokine đặc hiệu: TNF- α , các mục tiêu như: thụ thể interleukin-6 hoặc CD20 trên tế bào lympho B
	Thuốc tổng hợp thông thương	Ức chế hoạt hóa & tăng sinh tế bào lympho T, lympho B, đồng thời ức chế chức năng của tế bào trình diện kháng nguyên thông qua việc gián đoạn hoạt động của lysozyme
	Thuốc nhắm trúng đích	Ức chế Janus kinase (JAK) do đó ngăn chặn sự kết hợp của thụ thể cytokine loại I/II với tín hiệu nội bào
Thuốc chống trầm cảm [4c]	Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin & norepinephrine	Ức chế tái hấp thu serotonin & norepinephrine ở màng tế bào thần kinh trước synap
	Thuốc chống trầm cảm khác	Ức chế tái hấp thu ở tế bào thần kinh của serotonin, norepinephrine & ức chế tái hấp thu dopamine ở mức độ thấp hơn

Thuốc giảm đau (không opioid) & Hạ sốt [4k]	Acid salicylic & dẫn xuất	Hạ sốt bằng cách làm giãn mạch ngoại biên, do đó làm tăng loại trừ nhiệt dư thừa & giảm sự tăng nhiệt độ cơ thể; ức chế phức hợp enzyme tổng hợp prostaglandin
	Anilide	Hạ sốt bằng cách tác dụng trực tiếp lên trung tâm điều hòa nhiệt ở vùng dưới đồi, do đó làm tăng sự tỏa nhiệt cơ thể; ức chế tổng hợp prostaglandin & chặn sự lan truyền cảm giác đau ở ngoại biên
	Thuốc giảm đau	Giảm đau nhờ làm tăng ngưỡng đau và không gây lệ thuộc đáng kể
	Thuốc hạ sốt	Làm giảm thân nhiệt đang tăng cao nhờ tác động lên trung tâm điều hòa nhiệt ở vùng dưới đồi
Thuốc giảm đau (opioid) [4j]	Alkaloid opioid	Gắn kết với các thụ thể opiate ở thần kinh trung ương, gây ức chế đường dẫn truyền lên của cảm giác đau, làm biến đổi thụ cảm & đáp ứng với đau; gây ức chế toàn bộ thần kinh trung ương
Thuốc giãn cơ [5c]	Thuốc giãn cơ tác động trung ương	Cho tác dụng trên tủy sống & vùng dưới vỏ não bằng cách ức chế phản xạ sau synap
	Thuốc giãn cơ tác động ngoại biên	Tác động trực tiếp lên cơ xương nhờ can thiệp lên sự phóng thích ion calci từ hệ lưới cơ tương
Thuốc kháng acid, chống trào ngược & chống loét [1a]	Thuốc đối kháng thụ thể H ₂	Ức chế tiết acid gastric bằng cách đối kháng có hồi phục với histamin nhờ gắn kết với thụ thể H ₂ ở tế bào thành của dạ dày
Thuốc kháng histamin & kháng dị ứng [12a]	Các thuốc kháng histamin có tác dụng toàn thân khác	Ketotifen: Đối kháng thụ thể histamin H ₁ & ổn định tế bào mast
	Chiết xuất dị nguyên	Ức chế các tế bào trình diện kháng nguyên, tế bào Th1 & Th2, IgE đặc hiệu dị nguyên, tế bào mast, bạch cầu ưa kiềm, bạch cầu ái toan, & cảm ứng IgG
	Thuốc kháng histamin (Thế hệ 1)	Gắn kết không chọn lọc lên thụ thể H ₁ của histamin ở trung ương và ngoại biên & có thể dẫn đến kích thích hệ TKTU' hoặc ức chế TKTU' (ở liều cao)

Thuốc kháng histamin & kháng dị ứng [12a] (Tiếp theo)	Thuốc kháng histamin (Thế hệ 2)	Gắn kết có chọn lọc lên thụ thể H_1 của histamin ở ngoại biên & ít có tác dụng an thần
	Thuốc ổn định tế bào mast	Ức chế sự mất hạt của tế bào mast & ngăn ngừa phóng thích histamin & các chất trung gian khác
Thuốc kháng khuẩn tại chỗ có chứa corticosteroid [16a]		Làm giảm sự xâm lấn của vi khuẩn, do đó ngăn ngừa viêm nặng hơn hoặc nhiễm trùng vùng da bị viêm, kiểm soát ngứa và giữ ẩm da
Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) [4l]	Acid salicylic & Dẫn xuất	Hạ sốt bằng cách làm giãn mạch ngoại biên, do đó làm tăng loại trừ nhiệt dư thừa & làm giảm sự tăng nhiệt độ cơ thể; ức chế phức hợp enzyme tổng hợp prostaglandin
	Butylpyrazolidine	Phenylbutazone: Có tác dụng kháng viêm, hạ sốt, giúp tăng thải acid uric & giảm đau chủ yếu do ức chế prostaglandin, ức chế bạch cầu di chuyển và ổn định enzyme trong lysosome
	Dẫn xuất của acid acetic	Giảm thể tích nước tiểu trong tất cả các dạng của đái tháo nhạt do thận; ức chế tổng hợp prostaglandin
	Dẫn chất của acid fenamic	Ức chế tổng hợp prostaglandin bằng cách ngăn hoạt động của cyclooxygenase
	Dẫn xuất của acid propionic	Ức chế cyclooxygenase; biến đổi chức năng tiểu cầu, kéo dài thời gian chảy máu; một số thuốc có thể ức chế chức năng của bạch cầu
	Dẫn chất của oxicam	Ngăn hoạt hóa bạch cầu trung tính & ức chế cyclooxygenase, proteoglycanase & collagenase
	Thuốc ức chế chọn lọc COX-2	Ức chế tổng hợp prostaglandin bằng cách ức chế chọn lọc hoạt tính của enzyme cyclooxygenase-2 (COX-2)
Thuốc làm mềm, làm sạch và bảo vệ da [40a]		Cung cấp hàng rào vật lý bảo vệ da bị tổn thương không bị tổn thương nặng hơn & bảo vệ chống lại độ ẩm & chất ô nhiễm
Thuốc trị bệnh tim [2a]	Thuốc đồng vận adrenergic	Kích thích trực tiếp hoặc gián tiếp các thụ thể adrenergic tại thụ thể α_1 (co cơ trơn, co mạch, tăng huyết áp & giãn đồng tử), thụ thể β_1 (tăng nhịp tim) & thụ thể β_2 (giãn cơ trơn & giãn mạch).
Thuốc trị đau do bệnh lý thần kinh [4m]		Duloxetine: Chất ức chế mạnh sự tái hấp thu serotonin, norepinephrine ở neuron thần kinh và ức chế tái hấp thu dopamine ở mức độ yếu hơn. Nó không có ái lực đáng kể đối với thụ thể adrenergic, muscarinic, cholinergic, histamin, opioid, glutamate & GABA. Duloxetine cũng không có hoạt tính ức chế monoamine oxidase

Thuốc trị hen & bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) [3b]	Các thuốc có tác dụng toàn thân khác điều trị tắc nghẽn đường thở	Omalizumab: Ức chế gắn kết ái lực cao giữa IgE với thụ thể của IgE trên bề mặt của tế bào mast & bạch cầu ưa kiềm, do đó làm giảm phóng thích các chất trung gian của phản ứng dị ứng
	Corticosteroid (dạng hít)	Giảm số lượng & hoạt động của các tế bào liên quan đến viêm đường hô hấp bằng cách phục hồi tình trạng phù niêm mạc, làm giảm tính thấm mao mạch & ức chế phóng thích leukotriene
	Kháng thể đơn dòng	Gắn với phân tử tế bào T do đó ngăn cản sự tăng sinh của tế bào lympho T
	Methylxanthine	Ức chế phosphodiesterase & đối kháng thụ thể adenosine
	Thuốc kháng cholinergic	Đối kháng tác động của acetylcholine, một chất dẫn truyền thần kinh của hệ thần kinh trung ương, chất này cũng kiểm soát tín hiệu truyền đến cơ và các giác quan
	Thuốc đồng vận adrenergic	Kích thích thụ thể adrenergic, làm tăng sản xuất AMP vòng gây giãn phế quản & giãn mạch
	Thuốc đồng vận beta ₂	Kích thích thụ thể β ₂ -adrenergic, làm tăng sản xuất AMP vòng gây giãn phế quản và giãn mạch; ổn định màng tế bào mast giúp hạn chế sự phóng thích các chất trung gian gây viêm
	Thuốc giãn phế quản	Kích thích thụ thể β ₂ -adrenergic, làm tăng sản xuất AMP vòng gây giãn phế quản và giãn mạch
	Thuốc kháng leukotriene	Ức chế chọn lọc & cạnh tranh LTD ₄ & LTE ₄ gắn vào thụ thể leukotriene, các chất này tạo thành chất phản ứng chậm của phản vệ. Ức chế đặc hiệu 5-lipoxygenase & do đó ức chế sự hình thành leukotriene
Thuốc trị ho & cảm [3c]	Thuốc chống sung huyết mũi	Tăng co các tiểu động mạch ở niêm mạc mũi thông qua tác dụng trực tiếp trên thụ thể alpha-adrenergic & hoạt tính beta-adrenergic yếu
Thuốc trị mụn cóc & chai da [16i]		Làm bong tế bào chết trên bề mặt da, do đó thúc đẩy quá trình lột da
Thuốc trị tăng acid uric máu và gout [5b]	Thuốc làm tăng bài tiết acid uric	Ức chế cạnh tranh sự tái hấp thu acid uric ở ống lượn gần, do đó làm giảm nồng độ acid uric trong huyết thanh & giảm lắng đọng acid uric
	Thuốc ức chế sản sinh acid uric	Ức chế enzyme xanthine oxidase, enzyme này chuyển hypoxanthine thành xanthine rồi thành acid uric, do đó giúp giảm nhẹ triệu chứng của tăng acid uric máu và gout
	Thuốc không tác động lên sự chuyển hóa acid uric	Làm giảm đáp ứng viêm gây ra do lắng đọng tinh thể urate và giảm quá trình thực bào ở khớp; ngăn cản lắng đọng các tinh thể urate và ngăn phản ứng viêm nhờ ức chế bạch cầu sản sinh acid lactic

Thuốc trị vẩy nến, tăng tiết bã nhờn & vẩy cá [16h]	Dẫn xuất của anthracene dùng tại chỗ	Dithranol: Giảm tốc độ phân bào và tăng sinh của tế bào biểu bì trong bệnh vẩy nến bằng cách ức chế quá trình sao chép ADN, hô hấp tế bào & các enzyme quan trọng của tế bào
	Psoralen	Methoxsalen: Tăng khả năng phản ứng của da với tia UV bước sóng dài. Thuốc liên kết cộng hóa trị với ADN, do đó ức chế tổng hợp ADN, ức chế tế bào phân chia & có tác dụng tái tạo da
	Retinoid - Tác dụng toàn thân	Acitretin: Cơ chế hoạt động chính xác chưa rõ nhưng có thể do kích hoạt các phân nhóm α , β & γ của acid retinoic & thụ thể retinoid X để ức chế sự biểu hiện của cytokine tiền viêm IL-6, ức chế sự di chuyển của các yếu tố liên quan đến protein-8 (MRP-8), & interferon- γ , dẫn đến bình thường hóa sự tăng sinh tế bào biểu bì, sự biệt hóa & sừng hóa
	Thuốc ly giải keratin	Làm mềm và phá hủy lớp sừng bằng cách tăng nước nội sinh khiến cho lớp sừng của da sưng lên, mềm & sau đó bong vẩy
Thuốc ức chế miễn dịch [12c]	Thuốc sinh học	Kháng thể đơn dòng can thiệp vào quá trình của bệnh thông qua sự cạn kiệt có chọn lọc của các tế bào B
	Thuốc ức chế calcineurin	Cyclosporine & tacrolimus: Gắn với immunophilin tạo thành phức hợp liên kết với phosphatase calcineurin & ức chế sự dephosphoryl hóa xúc tác bởi calcineurin, đây là quá trình thiết yếu cho phép yếu tố nhân của tế bào T hoạt hóa (NFAT) di chuyển vào nhân tế bào
	Thuốc ức chế interleukin	Gắn kết với interleukin, do đó ngăn chặn sự tương tác với các thụ thể trên bề mặt tế bào, hoạt hóa gen & sản sinh các chất trung gian gây viêm
	Thuốc ức chế Janus kinase (JAK)	Ức chế truyền tín hiệu từ các tương tác của cytokine hoặc yếu tố tăng trưởng, do đó ảnh hưởng đến quá trình tạo máu và chức năng của tế bào miễn dịch
	Thuốc ức chế miễn dịch chọn lọc	Acid mycophenolic: Ngăn chặn sự tăng sinh của tế bào lympho T & lympho B và sự hình thành kháng thể bằng cách ức chế inosine monophosphate dehydrogenase gây thiếu hụt guanosine nucleotide, một chất cần thiết trong quá trình tổng hợp mới purine ở tế bào lympho
	Thuốc ức chế phosphodiesterase-4 (PDE-4)	Tăng nồng độ các cAMP nội bào, điều hòa giảm phản ứng viêm, thúc đẩy sản xuất các chất trung gian kháng viêm
	Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF)	Ngăn chặn các phản ứng của tế bào qua trung gian TNF bằng cách làm bất hoạt TNF

AVAMYS

GlaxoSmithKline

Phân nhóm dược lý theo MIMS: 3d. Thuốc chống sung huyết mũi & các chế phẩm khác dùng cho mũi (Nasal Decongestants & Other Nasal Preparations)

TRÌNH BÀY

Hỗn dịch xịt mũi: hộp 1 bình 30, 60 hoặc 120 liều xịt.

THÀNH PHẦN

Mỗi nhát xịt: Fluticason furoat (*dạng siêu mịn*) 27,5 mcg.

MÔ TẢ

Thuốc xịt mũi AVAMYS là hỗn dịch màu trắng, đồng nhất đựng trong chai thủy tinh màu hổ phách, được gắn với một bơm xịt định liều (50 microlit). Chai thuốc bên trong này được gắn chặt trong một dụng cụ bằng nhựa phần lớn là màu trắng ngà với cần đẩy bên cạnh có màu xanh dương và nắp đóng có nút chặn.

DƯỢC LÝ

Cơ chế tác dụng

Fluticason furoat là một corticosteroid tổng hợp có 3 nguyên tử flour gắn vào khung steroid, có ái lực rất cao với thụ thể glucocorticoid và có tác dụng kháng viêm mạnh.

Được động học

Hấp thu

Fluticason furoat được chuyển hóa bước đầu khá nhiều và được hấp thu không hoàn toàn ở gan và ruột dẫn đến nồng độ toàn thân không đáng kể. Khi dùng liều 110 microgram một lần mỗi ngày qua đường xịt mũi, nồng độ thuốc trong huyết tương đạt được dưới mức có thể định lượng được (dưới 10 picogram/mL). Sinh khả dụng tuyệt đối của fluticason furoat khi dùng 880 microgram ba lần mỗi ngày (tổng liều hàng ngày là 2640 microgram) là 0,50%.

Phân bố

Độ gắn kết với protein huyết tương của fluticason furoat lớn hơn 99%. Fluticason furoat được phân bố rộng rãi với thể tích phân bố ở trạng thái ổn định trung bình là 608 L.

Chuyển hóa

Fluticason furoat được thải trừ nhanh (độ thanh thải huyết tương toàn phần là 58,7 L/giờ) khỏi vòng tuần hoàn toàn thân chủ yếu do chuyển hóa qua gan thành chất chuyển hóa không có hoạt tính 17 beta-carboxylic (GW694301X) bởi cytochrom P450 enzym CYP3A4. Đường chuyển hóa chính là thủy phân nhóm chức năng S-fluoromethyl carbothioat để tạo thành chất chuyển hóa 17 beta-carboxylic acid. Các nghiên cứu *in vivo* không cho thấy bằng chứng về việc phân tách một phần phân tử furoat để tạo thành fluticason.

Thải trừ

Sự thải trừ chủ yếu qua phân sau khi dùng thuốc theo đường uống và đường tĩnh mạch cho thấy fluticason furoat và các chất chuyển hóa của nó bài tiết qua mật. Sau khi dùng thuốc qua đường tĩnh mạch, thời gian bán thải trung bình của thuốc là 15,1 giờ. Khoảng 1% liều thuốc dùng qua đường uống và 2% liều thuốc dùng qua đường tĩnh mạch được bài tiết qua nước tiểu.

Các nhóm bệnh nhân đặc biệt

Người cao tuổi

Các dữ liệu về dược động học được cung cấp chỉ dựa vào một số ít bệnh nhân là người cao tuổi (n=23/872; 2,6%). Không có bằng chứng cho thấy tỉ lệ các đối tượng có nồng độ fluticason furoat có thể định lượng được ở nhóm người cao tuổi cao hơn so với nhóm đối tượng trẻ hơn.

Trẻ em

Fluticason furoat là một chất không thể định lượng được (quy ước khi nồng độ dưới 10 picogram/mL) sau khi xịt mũi ở liều 110 microgram một lần mỗi ngày. Các mức có thể định lượng được đã được quan sát thấy ở dưới 16% số bệnh nhi sau khi dùng thuốc xịt mũi ở liều 110 microgram một lần mỗi ngày và chỉ dưới 7% số bệnh nhi sau khi dùng liều 55 microgram một lần mỗi ngày. Không có bằng chứng cho thấy mức fluticason furoat có thể định lượng được với tỉ lệ cao hơn ở trẻ nhỏ hơn (dưới 6 tuổi).

Suy thận

Không phát hiện được fluticason furoat trong nước tiểu của những người tình nguyện khỏe mạnh sau khi dùng thuốc qua đường xịt mũi. Dưới 1% thành phần hoạt chất được bài tiết qua nước tiểu, do vậy suy thận không được coi là yếu tố có ảnh hưởng đến dược động học của fluticason furoat.

Suy gan

Không có dữ liệu về việc sử dụng fluticason furoat dạng xịt mũi ở những bệnh nhân suy gan. Dữ liệu có sẵn dưới đây của fluticason furoat (dạng fluticason furoat hoặc fluticason furoat/vilanterol) dùng đường hít qua miệng ở những bệnh nhân suy gan cũng có thể áp dụng cho dạng thuốc xịt mũi. Trong một nghiên cứu khi dùng liều đơn 400 microgram fluticason furoat hít qua miệng ở những bệnh nhân bị suy gan mức độ vừa (Child-Pugh B) dẫn đến tăng C_{max} (42%) và diện tích dưới đường cong AUC_(0-∞) (172%) so với nhóm đối tượng khỏe mạnh. Ở các bệnh nhân suy gan mức độ vừa hoặc nặng (Child Pugh B hoặc C), sau khi dùng liều lặp lại fluticason furoat/vilanterol đường hít qua miệng trong 7 ngày, có sự gia tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticason furoat (trung bình gấp hai lần được đo bằng diện tích dưới đường cong AUC₍₀₋₂₄₎) so với người khỏe mạnh. Sự gia tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticason furoat (fluticason furoat/vilanterol 200/25 microgram) ở các bệnh nhân suy gan mức độ vừa có liên quan đến sự giảm trung bình 34% nồng độ cortisol huyết thanh so với người khỏe mạnh. Không có ảnh hưởng trên nồng độ cortisol huyết thanh ở những bệnh nhân suy gan nặng (khi dùng liều fluticason furoat/vilanterol 100/12,5 microgram). Từ kết quả này, sự phơi nhiễm trung bình được dự đoán khi dùng 110 microgram fluticason furoat qua đường xịt mũi ở những bệnh nhân này không được cho là dẫn đến sự ức chế của cortisol.

Đặc điểm dược động học khác

Fluticason furoat là một chất không thể định lượng được (quy ước khi nồng độ dưới 10 picogram/mL) sau khi dùng qua đường xịt mũi ở liều 110 microgram một lần mỗi ngày. Các mức có thể định lượng được chỉ được quan sát thấy ở dưới 31% số bệnh nhân từ 12 tuổi trở lên và dưới 16% số bệnh nhi sau khi dùng thuốc xịt mũi ở liều 110 microgam một lần mỗi ngày. Không có bằng chứng cho thấy giới tính, tuổi tác (kể cả bệnh nhi), hoặc chủng tộc có liên quan đến nồng độ thuốc có thể định lượng được hay không thể định lượng được trong các nhóm nghiên cứu trên.

Các nghiên cứu lâm sàng

Viêm mũi dị ứng theo mùa ở người lớn và thiếu niên

Dùng một lần mỗi ngày 110 microgram thuốc xịt mũi AVAMYS dẫn đến cải thiện có ý nghĩa thống kê tổng điểm số triệu chứng mũi so với trước khi dùng thuốc phản ánh theo ngày - rTNSS (bệnh nhân cảm thấy thế nào so với 12 giờ trước đó) và ngay tức thì - iTNSS (bệnh nhân cảm thấy thế nào tại thời điểm đánh giá) [bao gồm chảy nước mũi, nghẹt mũi, hắt hơi và ngứa mũi] và tổng điểm số triệu chứng mắt phản ánh theo ngày và tức thì [rTOSS và iTOSS bao gồm ngứa/cảm giác rát bỏng mắt, chảy nước mắt và đỏ mắt] so với giả dược (xem bảng). Sự cải thiện các triệu chứng ở mũi và mắt được duy trì hơn 24 giờ sau khi dùng thuốc một lần mỗi ngày.

- xem bảng.

Viêm mũi dị ứng theo mùa: Các tiêu chí chính và phụ				
Nghiên cứu	Tiêu chí chính: rTNSS theo ngày		Tiêu chí phụ: rTOSS theo ngày	
	Sai biệt trung bình LS (LS Mean difference)	Giá trị P (Khoảng tin cậy 95%)	Sai biệt trung bình LS (LS Mean difference)	Giá trị P (Khoảng tin cậy 95%)
FFR20001	-2,012	<0,001 (-2,58;-1,44)	-	-
FFR30003	-0,777	0,003 (-1,28;-0,27)	-0,546	0,008 (-0,95;-0,14)
FFR103184	-1,757	<0,001 (-2,28;-1,23)	-0,741	<0,001 (-1,14;-0,34)
FFR104861	-1,473	<0,001 (-2,01;-0,94)	-0,600	0,004 (-1,01;-0,19)

rTNSS = reflective total nasal symptom scores = tổng điểm số triệu chứng mũi phản ánh theo ngày;
 rTOSS = reflective total ocular symptom scores = tổng điểm số triệu chứng mắt phản ánh theo ngày;
 LS = Least square
 LS mean difference = Sai biệt trung bình LS = thay đổi trung bình LS so với ban đầu ở nhóm dùng hoạt chất – thay đổi trung bình LS so với ban đầu ở nhóm dùng giả dược;
 CI = Confidence Interval = Khoảng tin cậy.

Các bệnh nhân dùng thuốc xịt mũi AVAMYS 110 microgram có nhận thức về đáp ứng chung đối với điều trị (sử dụng thang điểm 7 có phạm vi từ cải thiện đáng kể đến tình trạng xấu đi đáng kể) tốt hơn so với giả dược, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thuốc khởi phát tác dụng sớm chỉ 8 giờ sau khi dùng liều khởi đầu trong cả hai nghiên cứu. Trong 24 giờ đầu đã quan sát thấy cải thiện đáng kể các triệu chứng trong tất cả bốn nghiên cứu và các triệu chứng vẫn tiếp tục được cải thiện trong vài ngày sau. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (được đánh giá theo Bộ câu hỏi về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bị Viêm mũi-kết mạc mắt-RQLQ), được cải thiện đáng kể so với ban đầu ở nhóm dùng thuốc xịt mũi AVAMYS khác biệt có ý nghĩa thống kê so sánh với nhóm giả dược. (Sai biệt quan trọng tối thiểu trong tất cả các nghiên cứu = cải thiện ít nhất -0,5 so với giả dược; sai biệt về điều trị -0,690, p<0,001, khoảng tin cậy 95% -0,84; -0,54).

Viêm mũi dị ứng quanh năm ở người lớn và thiếu niên

Dùng một lần mỗi ngày 110 microgram thuốc xịt mũi AVAMYS dẫn đến cải thiện có ý nghĩa thống kê tổng điểm số triệu chứng mũi phản ánh theo ngày - rTNSS (sai biệt trung bình LS = -0,706, P=0,005, khoảng tin cậy 95% -1,20; -0,21). Cải thiện các triệu chứng về mũi được duy trì hơn 24 giờ sau khi dùng thuốc một lần mỗi ngày. Nhận thức của các bệnh nhân về đáp ứng chung đối với điều trị cũng được cải thiện có ý nghĩa thống kê so với giả dược.

Trong một nghiên cứu kéo dài 2 năm để đánh giá tính an toàn trên mắt của fluticason furoat (110 microgram xịt mũi một lần mỗi ngày), đối tượng nghiên cứu là người lớn và thanh thiếu niên bị viêm mũi dị ứng quanh năm dùng fluticason furoat (n=367) hoặc giả dược (n=181). Tiêu chí chính [thời gian để tăng độ đục dưới bao sau ($\geq 0,3$ so với ban đầu theo Hệ thống Phân loại Độ đục Thủy tinh thể (Lens Opacities Classification System, Version III = LOCS III grade)) và thời gian để tăng áp lực nội nhãn (IOP; ≥ 7 mmHg so với ban đầu)] không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Sự tăng độ đục dưới bao sau ($\geq 0,3$ so với ban đầu) thường gặp hơn ở những đối tượng điều trị bằng fluticason furoat 110 microgram [14 (4%)] so với giả dược [4 (2%)] và về bản chất là thoáng qua ở 10 đối tượng trong nhóm fluticason furoat và 2 đối tượng trong nhóm giả dược. Sự tăng áp lực nội nhãn (≥ 7 mmHg so với ban đầu) thường gặp hơn ở nhóm điều trị bằng fluticason furoat 110 microgram: 7 (2%) đối với fluticason furoat 110 microgram một lần mỗi ngày và 1 (<1%) đối với giả dược. Những biến cố này về bản chất là thoáng qua với 6 đối tượng trong nhóm fluticason furoat và 1 đối tượng nhóm giả dược. Ở tuần 52 và 104, 95% đối tượng ở cả hai nhóm điều trị có giá trị độ đục dưới bao sau trong khoảng $\pm 0,1$ giá trị ban đầu với mỗi mắt và ở tuần 104, $\leq 1\%$ số đối tượng ở cả hai nhóm điều trị có tăng độ đục dưới bao sau $\geq 0,3$ so với ban đầu. Ở tuần 52 và 104, phần lớn đối tượng (>95%) có giá trị áp lực nội nhãn trong khoảng ± 5 mmHg giá trị ban đầu. Sự tăng độ đục dưới bao sau hay áp lực nội nhãn không đi kèm với bất kỳ tác dụng không mong muốn đục thủy tinh thể hay tăng nhãn áp (glaucoma) nào.

Trẻ em

Việc định liều thuốc sử dụng trên bệnh nhi dựa vào việc đánh giá các dữ liệu về hiệu quả của thuốc trên bệnh nhi bị viêm mũi dị ứng. Trong một nghiên cứu về viêm mũi dị ứng theo mùa ở trẻ em, dùng 110 microgram thuốc xịt mũi AVAMYS trong hơn 2 tuần cho thấy đạt hiệu quả ở tiêu chí chính (tổng điểm số triệu chứng mũi phản ánh theo ngày (rTNSS) với sai biệt trung bình LS = -0,616, P=0,025, khoảng tin cậy 95% -1,15; -0,08) và ở tất cả các tiêu chí phụ ở mũi, ngoại trừ điểm số phản ánh theo ngày riêng biệt cho triệu chứng chảy nước mũi ở từng cá nhân. Không quan sát thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm dùng thuốc xịt mũi AVAMYS liều 55 microgram và nhóm giả dược ở bất kỳ tiêu chí nào. Trong một nghiên cứu về viêm mũi dị ứng quanh năm, thuốc xịt mũi AVAMYS liều 55 microgam đạt hiệu quả ở tiêu chí tổng điểm số triệu chứng mũi phản ánh theo ngày (rTNSS) (sai biệt trung bình LS = -0,754, P=0,003, khoảng tin cậy 95% -1,24; -0,27). Mặc dù có một khuynh hướng nghiêng về cải thiện tổng điểm số triệu chứng mũi phản ánh theo ngày (rTNSS) ở liều 100 microgram, nhưng ở liều này không đạt được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (sai biệt trung bình LS = -0,452, P=0,073, khoảng tin cậy 95% -1,24; -0,04). Phân tích hậu - thử nghiệm (Post-hoc analysis) các dữ liệu về hiệu quả thuốc từ 6 đến 12 tuần từ nghiên cứu này và một nghiên cứu về tính an toàn trên trục HPA (hạ đồi-tuyến yên-thượng thận) kéo dài 6 tuần, mỗi nghiên cứu đều cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về tổng điểm số triệu chứng mũi phản ánh theo ngày (rTNSS) khi dùng thuốc xịt mũi AVAMYS liều 110 microgram so với giả dược.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, nhóm song song, đa trung tâm, đối chứng với giả dược kéo dài 1 năm về sự tăng trưởng trên lâm sàng đã đánh giá hiệu quả của fluticason furoat xịt mũi 110 microgram/ngày trên tốc độ tăng trưởng ở 474 trẻ em trước tuổi dậy thì (5 đến 7,5 tuổi với nữ và 5 đến 8,5 tuổi với nam) sử dụng thiết bị đo chiều cao. Tốc độ tăng trưởng trung bình trong giai đoạn điều trị 52 tuần thấp hơn ở bệnh nhân dùng fluticason furoat (5,19 cm/năm) so với bệnh nhân dùng giả dược (5,46 cm/năm). Sự khác biệt điều trị trung bình là -0,27 cm/năm [95% CI -0,48 đến -0,06].

AN TOÀN TIỀN LÂM SÀNG

Tính sinh ung thư, gây đột biến

Trong những nghiên cứu về dạng hít kéo dài 2 năm trên chuột cống và chuột nhắt, không có sự tăng tần suất bị u bướu liên quan đến điều trị.

Thuốc xịt mũi AVAMYS không gây đột biến gen trên cả *in vitro* hoặc *in vivo*.

Độc tính trên khả năng sinh sản

Khả năng gây độc lên sinh sản được đánh giá trên các loại động vật sau khi dùng dạng hít để đảm bảo nồng độ phơi nhiễm toàn thân với fluticason furoat cao. Không có ảnh hưởng lên khả năng giao phối hoặc khả năng sinh sản ở chuột cống đực và cái. Ở chuột cống, độc tính đối với sự phát triển giới hạn trong sự gia tăng tỷ lệ bị cốt hóa xương ức không hoàn toàn kèm với giảm trọng lượng bào thai. Dùng những liều cao trên thỏ gây sảy thai. Các phát hiện này là đặc trưng sau khi phơi nhiễm toàn thân với các corticosteroid mạnh. Không thấy các bất thường lớn trên xương hoặc nội tạng cả trên chuột cống hoặc thỏ, và không ảnh hưởng lên phát triển trước hoặc sau khi sinh con ở chuột cống.

Độc tính và/hoặc dược lý học trên động vật

Những phát hiện trong các nghiên cứu độc tính chung là tương tự như các phát hiện đã được quan sát với những glucocorticoid khác và không được xem là có liên quan trên lâm sàng với việc sử dụng thuốc xịt mũi AVAMYS.

CHỈ ĐỊNH/CÔNG DỤNG

Người lớn và thiếu niên (12 tuổi trở lên)

Điều trị các triệu chứng ở mũi (chảy nước mũi, xung huyết mũi, ngứa mũi và hắt hơi) và các triệu chứng ở mắt (ngứa/cảm giác rát bỏng mắt, chảy nước mắt và đỏ mắt) của viêm mũi dị ứng theo mùa.

Điều trị các triệu chứng ở mũi (chảy nước mũi, xung huyết mũi, ngứa mũi và hắt hơi) của viêm mũi dị ứng quanh năm.

Trẻ em (2 đến 11 tuổi)

Điều trị các triệu chứng ở mũi (chảy nước mũi, xung huyết mũi, ngứa mũi và hắt hơi) của cả viêm mũi dị ứng theo mùa và viêm mũi dị ứng quanh năm.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG

Chỉ sử dụng thuốc xịt mũi AVAMYS qua đường xịt vào trong mũi. Nên khuyến bệnh nhân sử dụng thuốc đều đặn để có được hiệu quả điều trị đầy đủ. Thuốc khởi phát tác dụng sớm khoảng 8 giờ sau khi dùng liều khởi đầu. Có thể cần dùng thuốc trong vài ngày để đạt được lợi ích tối đa. Cần giải thích cho bệnh nhân rằng hiệu quả điều trị của thuốc không xuất hiện ngay (xem mục *Các nghiên cứu lâm sàng*).

Các nhóm đối tượng bệnh nhân

Để điều trị viêm mũi dị ứng theo mùa và viêm mũi dị ứng quanh năm

Người lớn và thiếu niên (12 tuổi trở lên)

Liều khởi đầu được đề nghị là 2 nhát xịt (27,5 microgram/nhát xịt) vào mỗi bên mũi x 1 lần/ngày (tổng liều mỗi ngày là 110 microgram).

Một khi các triệu chứng đã được kiểm soát đầy đủ, việc giảm liều xuống còn 1 nhát xịt vào mỗi bên mũi x 1 lần/ngày (tổng liều mỗi ngày là 55 microgram) có thể có hiệu quả để điều trị duy trì.

Trẻ em (từ 2 đến 11 tuổi)

Liều khởi đầu được đề nghị là 1 nhát xịt (27,5 microgram/nhát xịt) vào mỗi bên mũi x 1 lần/ngày (tổng liều mỗi ngày là 55 microgram).

Có thể sử dụng 2 nhát xịt vào mỗi bên mũi x 1 lần/ngày (tổng liều hàng ngày là 110 microgram) khi bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ với liều 1 nhát xịt vào mỗi bên mũi x 1 lần/ngày (tổng liều mỗi ngày là 55 microgram).

Một khi các triệu chứng đã được kiểm soát đầy đủ, nên giảm liều xuống 1 nhát xịt vào mỗi bên mũi x 1 lần/ngày (tổng liều mỗi ngày là 55 microgram).

Trẻ em (dưới 2 tuổi)

Không có dữ liệu để khuyến cáo sử dụng thuốc xịt mũi AVAMYS trong điều trị viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc viêm mũi dị ứng quanh năm ở trẻ em dưới 2 tuổi.

Người cao tuổi

Không cần điều chỉnh liều dùng (xem mục *Dược lý* - "Dược động học").

Suy thận

Không cần điều chỉnh liều dùng (xem mục *Dược lý* - "Dược động học").

Suy gan

Không cần điều chỉnh liều ở những bệnh nhân suy gan (xem mục *Cảnh báo và thận trọng* và mục *Dược lý* - "Dược động học").

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG

Nên hướng dẫn bệnh nhân rằng phải khởi động bình xịt trước khi sử dụng lần đầu tiên và khởi động lại nếu nắp bị bỏ ra hoặc bình xịt có vẻ như không hoạt động. Để khởi động bình xịt, lắc kỹ bình xịt đang đầy nắp trong khoảng 10 giây. Việc này rất quan trọng vì thuốc xịt mũi AVAMYS là hỗn dịch đặc, hỗn dịch này trở nên lỏng khi lắc kỹ. Chỉ có thể xịt được khi hỗn dịch trở thành lỏng. Sau đó, bệnh nhân phải ấn mạnh nút khoảng 6 lần cho đến khi trông thấy lớp sương mịn (để đảm bảo phân phối được đủ liều). Một khi đã khởi động bình xịt, bệnh nhân phải lắc kỹ bình xịt trước mỗi lần sử dụng. Phải đóng nắp lại sau khi dùng để giữ cho vòi xịt sạch và để tránh việc phải khởi động lại.

Phần này bao gồm các thông tin sau:

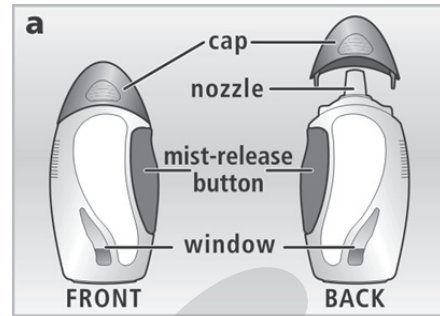
- Mô tả bình xịt mũi
- 6 điều quan trọng cần biết về thuốc xịt mũi AVAMYS
- Chuẩn bị bình xịt
- Sử dụng bình xịt
- Vệ sinh bình xịt
- xem Hình.

Mô tả bình xịt mũi

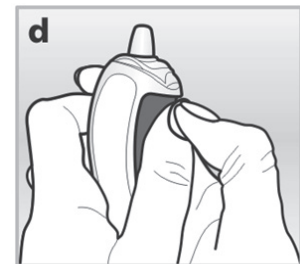
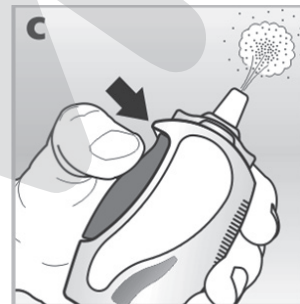
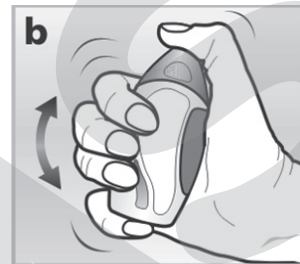
- Thuốc được đóng trong chai thủy tinh màu nâu nằm trong một vỏ nhựa. Chai này chứa 30, 60 hoặc 120 liều xịt, tùy thuộc vào quy cách đóng gói được kê đơn (**hình a**)
- Cửa sổ ở vỏ nhựa cho phép nhìn thấy lượng thuốc còn lại. Có thể nhìn thấy mức chất lỏng đối với chai mới 30 hoặc 60 liều (**hình a**) nhưng không nhìn thấy đối với chai mới 120 liều do mức chất lỏng vượt quá cửa sổ.
- Các liều thuốc được xịt ra khỏi vòi khi ấn mạnh nút ở mặt bên hướng vào trong.
- Một nắp có thể tháo ra có tác dụng bảo vệ vòi xịt khỏi bụi và ngăn vòi xịt bị tắc.

Chú thích:

- Cap: nắp bình xịt;
Nozzle: vòi xịt;
Mist-release button: nút phóng thích sương mịn;
Window: cửa sổ;
Front: mặt trước;
Back: mặt sau.

**Sáu điều quan trọng cần biết về thuốc xịt mũi AVAMYS**

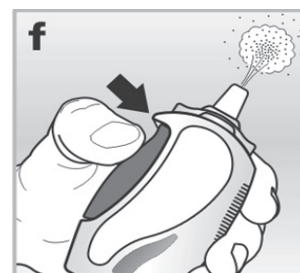
1. Thuốc xịt mũi nằm trong chai thủy tinh màu nâu. Để kiểm tra lượng thuốc còn lại, **giữ bình xịt hướng lên ngược chiều ánh sáng**. Sau đó có thể nhìn thấy mức thuốc qua cửa sổ trên bình.
2. Khi **sử dụng bình xịt lần đầu tiên, phải lắc kỹ bình** đang đóng nắp trong khoảng 10 giây. Điều này là quan trọng vì thuốc xịt mũi AVAMYS rất đặc và chỉ trở nên lỏng hơn khi lắc kỹ (**hình b**). Thuốc chỉ được phun ra khi ở trạng thái lỏng.
3. Phải ấn mạnh nút ở mặt bên vào phía trong để giải phóng thuốc xịt qua vòi xịt (**hình c**).
4. Nếu có khó khăn trong việc ấn nút bằng ngón tay cái, có thể sử dụng cả hai tay (**hình d**).
5. **Luôn đẩy nắp trên bình xịt** khi không sử dụng. Nắp giúp chống bụi, giữ áp suất và ngăn vòi khỏi bị tắc. Khi đóng nắp, nút ở mặt bên cũng không thể ấn được một cách vô ý.
6. **Không bao giờ sử dụng đinh ghim** hay vật nhọn để làm sạch vòi vì như vậy sẽ làm hỏng bình xịt.

**Chuẩn bị bình xịt****Phải chuẩn bị bình xịt:**

- Trước khi sử dụng lần đầu tiên
- Nếu không đẩy nắp

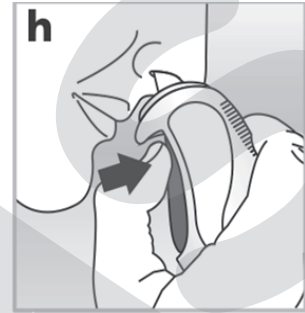
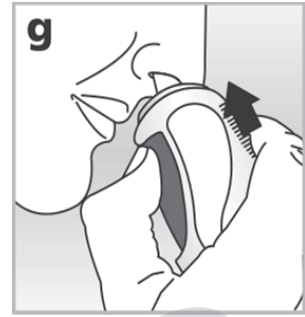
Chuẩn bị bình xịt giúp chắc chắn rằng nhận được đủ liều thuốc. Làm theo các bước sau đây:

- Vặn đẩy nắp, **lắc kỹ bình xịt** trong khoảng 10 giây.
- Tháo nắp ra bằng cách bóp nhẹ các mặt của nắp bằng ngón cái và ngón trỏ và kéo nắp ra (**hình e**).
- Giữ bình xịt hướng lên và đưa vòi xịt ra xa.
- **Ấn mạnh nút vào phía trong. Thực hiện ít nhất 6 lần** để phóng thích một lượng thuốc phun sương vào không khí (**hình f**).
- Bình xịt bây giờ sẵn sàng để sử dụng.



Sử dụng bình xịt

1. Lắc kỹ bình xịt.
2. Tháo nắp đậy.
3. **Xi mũi** để làm sạch hai bên mũi, sau đó hơi nghiêng đầu về phía trước.
4. Cầm bình xịt hướng thẳng lên và cẩn thận đặt vòi xịt vào một lỗ mũi (**hình g**).
5. Để đầu vòi xịt hướng ra xa khỏi sống mũi. Làm như vậy sẽ giúp cho thuốc vào đúng vị trí.
6. Khi hít vào bằng mũi, **ấn mạnh vào nút một lần để xịt thuốc vào trong mũi (hình h)**.
7. Hãy cẩn thận để không xịt thuốc vào mắt. Nếu xịt thuốc vào mắt, hãy rửa sạch mắt với nước.
8. Đưa vòi xịt ra ngoài và thở ra bằng miệng.
9. Nếu bác sĩ chỉ định 2 nhát xịt vào mỗi lỗ mũi, lặp lại các bước từ 4 đến 6.
10. Lặp lại bước 4 đến 6 cho lỗ mũi bên kia.
11. **Đậy nắp** vào bình xịt.

**Vệ sinh bình xịt****Sau mỗi lần sử dụng:**

• Lau sạch vòi xịt và bên trong nắp (**hình i và j**). Không sử dụng nước để làm sạch. Hãy lau bằng khăn giấy sạch, khô.

• **Không được dùng đinh ghim** hay vật nhọn để thông vòi xịt.

• **Luôn đậy nắp** sau khi hoàn thành việc vệ sinh bình xịt để chống bụi, giữ áp suất và ngăn vòi khỏi bị tắc.

Nếu bình xịt có vẻ như không hoạt động:

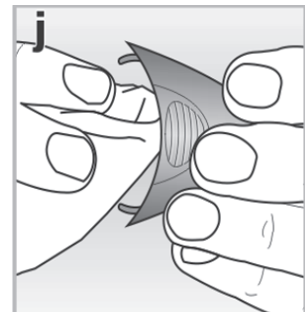
• Kiểm tra xem có còn thuốc không. Nhìn vào mức thuốc qua cửa sổ. Nếu mức này rất thấp, có thể không đủ thuốc để vận hành bình xịt.

• Kiểm tra bình xịt xem có bị hư hỏng không.

• Nếu nghĩ vòi xịt có thể bị tắc, **không sử dụng đinh ghim** hay vật nhọn để thông vòi xịt.

• Hãy cố gắng khởi động lại theo chỉ dẫn trong mục “Chuẩn bị bình xịt để sử dụng”.

• Nếu bình xịt vẫn không hoạt động, hoặc nếu thuốc xịt ra dạng khác mà không phải là dạng sương mịn (chẳng hạn như dòng chất lỏng), hoặc nếu cảm thấy không thoải mái khi sử dụng bình xịt, hãy trả lại cho nhà thuốc.

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định sử dụng thuốc xịt mũi AVAMYS cho những bệnh nhân quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG

Dựa trên các dữ liệu về một glucocorticoid khác được chuyển hóa bởi CYP3A4, thuốc được khuyến cáo không sử dụng kết hợp với ritonavir do có nguy cơ tăng nồng độ fluticason furoat toàn thân (xem mục *Tương tác và Dược lý* - “Dược động học”).

Đã có báo cáo về tác dụng toàn thân khi dùng corticosteroid xịt qua đường mũi, đặc biệt khi dùng liều cao trong thời gian dài. Các tác dụng này ít xảy ra hơn nhiều so với khi dùng corticosteroid đường uống và có thể khác nhau ở các đối tượng bệnh nhân và khác nhau giữa các chế phẩm corticosteroid. Đã quan sát thấy sự giảm tốc độ tăng trưởng ở trẻ em điều trị bằng fluticason furoat 110 microgram/ngày trong 1 năm (xem *Tác dụng không mong muốn* và *Dược lý* - “Các nghiên cứu lâm sàng”). Do đó, nên duy trì liều thấp nhất đủ để kiểm soát triệu chứng cho trẻ em (xem *Liều lượng* và *Cách dùng*). Cũng như các corticosteroid dùng qua đường mũi khác, bác sĩ nên chú ý đến khả năng xảy ra tác dụng toàn thân của steroid bao gồm cả những thay đổi về mắt (xem *Dược lý* - “Các nghiên cứu lâm sàng”).

Mũi

Tác dụng không mong muốn trên mũi: trong dữ liệu thử nghiệm lâm sàng, các tác dụng không mong muốn phổ biến được báo cáo là chảy máu cam và loét mũi. Các trường hợp bị thủng vách mũi khi dùng thuốc xịt mũi fluticason furoat đã được báo cáo sau khi lưu hành thuốc (xem *Tác dụng không mong muốn*).

Bệnh tăng nhãn áp và đục thủy tinh thể

Các corticosteroid dùng đường hít và tại mũi có thể gây ra sự tiến triển của bệnh tăng nhãn áp và/hoặc đục thủy tinh thể. Do đó, nên theo dõi chặt chẽ đối với những bệnh nhân bị thay đổi thị lực hoặc có tiền sử bị tăng áp lực nội nhãn (Increased intraocular pressure IOP), tăng nhãn áp và/hoặc đục thủy tinh thể.

Sự hình thành bệnh tăng nhãn áp và đục thủy tinh thể đã được đánh giá bằng việc đo áp lực nội nhãn và kiểm tra đèn khe trong một nghiên cứu có đối chứng kéo dài 12 tháng trên 806 bệnh nhân người lớn và thanh thiếu niên từ 12 tuổi trở lên và trong một nghiên cứu có đối chứng kéo dài 12 tuần trên 558 trẻ em từ 2 đến 11 tuổi. Những bệnh nhân bị viêm mũi dị ứng quanh năm điều trị bằng fluticason furoat dạng xịt mũi (110 mcg một lần/ngày ở bệnh nhân người lớn và thanh thiếu niên, và 55 hoặc 110 mcg một lần/ngày ở bệnh nhi) hoặc giả dược. Áp lực nội nhãn duy trì trong khoảng giới hạn bình thường (nhỏ hơn 21 mmHg) ở ≥98% bệnh nhân trong bất kỳ nhóm điều trị nào của cả hai nghiên cứu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu kéo dài 12 tháng ở người lớn và thanh thiếu niên, 12 bệnh nhân có áp lực nội nhãn cao hơn mức bình thường (≥21mmHg) đều điều trị bằng fluticason furoat dạng xịt mũi 110 mcg một lần/ngày. Cũng trong nghiên cứu đó, có 7 bệnh nhân bị phát hiện đục thủy tinh thể trong quá trình nghiên cứu mà không bị như vậy khi bắt đầu nghiên cứu (trong đó 6 bệnh nhân điều trị bằng fluticason furoat dạng xịt mũi 110 mcg một lần/ngày và 1 bệnh nhân điều trị bằng giả dược).

Phản ứng quá mẫn

Phản ứng quá mẫn, bao gồm phản vệ, phù mạch, ngứa và mày đay có thể xảy ra sau khi dùng thuốc fluticason furoat dạng xịt mũi. Nên ngừng thuốc fluticason furoat dạng xịt mũi nếu các phản ứng này xảy ra (xem *Chống chỉ định*).

Ảnh hưởng lên trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận

Ức chế thượng thận và tình trạng Cushing do thuốc.

Khi sử dụng các steroid đường mũi ở liều cao hơn khuyến cáo hoặc ở những đối tượng nhạy cảm khi dùng đúng với liều khuyến cáo, tác dụng toàn thân của corticosteroid như tình trạng Cushing do thuốc và ức chế thượng thận có thể xảy ra.

Nếu những thay đổi này xảy ra, nên từ từ ngừng sử dụng thuốc fluticason furoat dạng xịt mũi tương tự như qui trình ngừng liệu pháp corticoid dùng đường uống.

Việc thay thế corticoid dùng đường toàn thân bằng một corticoid dùng tại chỗ có thể cũng xảy ra các dấu hiệu suy thượng thận. Ngoài ra, một số bệnh nhân có thể gặp các triệu chứng “cai thuốc” corticoid, ví dụ như đau khớp và/hoặc cơ, mệt mỏi, trầm cảm. Những bệnh nhân trước đó đã điều trị lâu dài bằng corticosteroid đường toàn thân chuyển sang dùng thuốc corticosteroid tác dụng tại chỗ nên được theo dõi cẩn thận tình trạng suy thượng thận cấp khi đáp ứng với stress.

Ở những bệnh nhân bị hen hoặc các bệnh lý mà yêu cầu điều trị kéo dài bằng corticosteroid đường toàn thân, sự giảm liều corticosteroid đường toàn thân nhanh có thể gây ra một đợt kịch phát nghiêm trọng các triệu chứng của họ.

Ảnh hưởng lên khả năng lái xe và vận hành máy móc

Dựa vào dược lý học của fluticason furoat và các steroid khác dùng qua đường xịt mũi, không có cơ sở cho thấy thuốc xịt mũi AVAMYS có ảnh hưởng lên khả năng lái xe và vận hành máy móc.

SỬ DỤNG Ở PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Không có dữ liệu đầy đủ về việc sử dụng thuốc xịt mũi AVAMYS trong thai kỳ và cho con bú ở người. Chỉ nên sử dụng thuốc xịt mũi AVAMYS trong thai kỳ khi mà lợi ích điều trị cho người mẹ vượt trội các nguy cơ tiềm tàng đối với thai nhi.

Khả năng sinh sản

Không có dữ liệu trên người (xem *An toàn tiền lâm sàng* - “Độc tính trên khả năng sinh sản”).

Thai kỳ

Sau khi dùng thuốc xịt mũi AVAMYS ở liều tối đa được khuyến cáo cho người qua đường xịt vào trong mũi (110 microgram mỗi ngày), nồng độ của fluticason furoat trong huyết tương không thể định lượng được và do vậy nguy cơ gây độc trên khả năng sinh sản được dự đoán là rất thấp (xem *An toàn tiền lâm sàng* - “Độc tính trên khả năng sinh sản”).

Cho con bú

Sự bài tiết của fluticason furoat vào sữa mẹ chưa được nghiên cứu. Fluticason furoat dùng đường mũi chưa được biết rõ có bài tiết vào sữa mẹ hay không. Việc sử dụng fluticason furoat ở phụ nữ đang cho con bú. Chỉ nên được cân nhắc khi lợi ích mong muốn đối với người mẹ cao hơn nguy cơ tiềm tàng đối với em bé.

TƯƠNG TÁC

Fluticason furoat được thải trừ nhanh bởi chuyển hóa bước đầu khá nhiều qua trung gian cytochrom P450 3A4. Trong một nghiên cứu về tương tác thuốc giữa fluticason furoat dạng xịt mũi với chất ức chế mạnh CYP3A4 là ketoconazol, số lượng bệnh nhân với nồng độ fluticason furoat có thể đo được trong huyết tương ở nhóm dùng ketoconazol (6 trên 20 bệnh nhân) cao hơn so với nhóm dùng giả dược (1 trên 20 bệnh nhân). Sự tăng nhẹ nồng độ thuốc này không dẫn đến khác biệt có ý nghĩa thống kê về các mức cortisol huyết thanh trong 24 giờ giữa hai nhóm.

Các dữ liệu về việc ức chế enzyme và cảm ứng enzyme gợi ý rằng không có cơ sở lý thuyết để tiên đoán tương tác chuyển hóa giữa fluticason furoat và sự chuyển hóa qua trung gian cytochrome P450 của các hợp chất khác ở những liều xịt mũi thích hợp trên lâm sàng. Do vậy, người ta không tiến hành nghiên cứu lâm sàng để khảo sát sự tương tác thuốc giữa fluticason furoat với các thuốc khác (xem mục *Cảnh báo và thận trọng* và mục *Dược lý* - “Dược động học”).

Dựa trên dữ liệu của fluticason propionat, một glucocorticoid khác chuyển hóa bởi CYP3A4, không khuyến cáo sử dụng đồng thời fluticason furoat dạng xịt mũi với chất ức chế mạnh CYP3A4, ritonavir bởi vì nguy cơ xảy ra tác dụng toàn thân thứ phát do tăng phơi nhiễm với fluticason furoat. Sự phơi nhiễm với các corticosteroid cao làm tăng khả năng xảy ra tác dụng phụ toàn thân, như ức chế tiết cortisol.

TƯƠNG KÝ

Không có.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Corticosteroid dùng đường toàn thân hay tại chỗ có thể gây ra tác dụng không mong muốn sau:

- Đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp (xem *Cảnh báo và thận trọng*)

Dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng rộng lớn được sử dụng để xác định tần suất của các tác dụng không mong muốn. Quy ước dưới đây được sử dụng trong việc phân loại tần suất: Rất phổ biến ($\geq 1/10$); Phổ biến ($\geq 1/100$ đến $< 1/10$); Không phổ biến ($\geq 1/1.000$ đến $< 1/100$); Hiếm ($\geq 1/10.000$ đến $< 1/1.000$); Rất hiếm ($< 1/10.000$).

Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng

Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất

Rất phổ biến: Chảy máu cam.

Ở người lớn và thanh thiếu niên, tỷ lệ bị chảy máu cam khi sử dụng thuốc trong thời gian dài (nhiều hơn 6 tuần) cao hơn so với khi sử dụng thuốc trong thời gian ngắn (không quá 6 tuần). Trong các nghiên cứu lâm sàng trên bệnh nhi với thời gian lên tới 12 tuần thì tỷ lệ bị chảy máu cam là tương tự giữa nhóm điều trị bằng thuốc xịt mũi AVAMYS so với nhóm dùng giả dược.

Phổ biến: Loét mũi.

Trẻ em

Rối loạn cơ xương và mô liên kết

Không biết: Chậm tăng trưởng.

Trong một nghiên cứu lâm sàng kéo dài 1 năm đánh giá sự tăng trưởng ở trẻ em trước tuổi dậy thì dùng 110 microgram fluticason furoat 1 lần/ngày, đã quan sát thấy sự khác biệt trung bình -0,27cm mỗi năm về tốc độ tăng trưởng so với giả dược (xem *Dược lý* - "Các nghiên cứu lâm sàng").

Dữ liệu sau khi lưu hành thuốc

Rối loạn hệ miễn dịch

Hiếm: Các phản ứng quá mẫn bao gồm phản vệ, phù mạch, phát ban và mày đay.

Rối loạn hệ thần kinh

Phổ biến: Đau đầu.

Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất

Không phổ biến: Đau mũi, khó chịu ở mũi (bao gồm cảm giác rát bỏng mũi, kích ứng mũi và đau nhức mũi), khô mũi.

Rất hiếm: Thủng vách ngăn mũi.

QUÁ LIỀU

Triệu chứng và dấu hiệu

Trong một nghiên cứu về sinh khả dụng, người ta không quan sát thấy tác dụng không mong muốn toàn thân khi dùng liều cao đến gấp 24 lần so với liều hàng ngày được khuyến cáo dành cho người lớn qua đường xịt mũi trong hơn 3 ngày (xem mục *Dược lý* - "Dược động học").

Điều trị

Quá liều cấp tính có thể không cần điều trị gì ngoài việc theo dõi.

BẢO QUẢN

Bảo quản dưới 30°C.

Không để trong tủ lạnh hoặc đông đá.