PHÁT HIỆN-ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ VÀ XỬ TRÍ BIẾN CỐ BẤT LỢI TRONG ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG THUỐC

Nội dung

Phát hiện, đánh giá mức độ và xử trí BCBL

- Cách áp dụng và xử trí một số BCBL cụ thể
- Thực hành ca bệnh

Một số định nghĩa chính

- **Phản ứng có hại của thuốc (ADR):** *phản ứng* với một loại thuốc độc hại và ngoài ý muốn, và xảy ra với liều thường được dùng ở người
- **Biến cố bất lợi (AE):** bất kỳ biến cố y tế nào xảy ra trong quá trình điều trị với dược phẩm, nhưng *không nhất thiết phải có mối quan hệ nhân quả* với việc điều trị này
- **Mối quan hệ nhân quả:** mối liên quan giữa tiếp xúc/phơi nhiễm (A) và một sự kiện (B) trong đó A có trước và gây ra B. Điều này có thể dẫn đến mối quan hệ nhân quả giữa việc sử dụng thuốc Lao và sự xuất hiện của phản ứng bất lợi

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG BC BẤT LỢI

1. Sự dung nạp thuốc của từng cá nhân.

2. Tùy thuộc phác đồ điều trị.

3. Bệnh lý kèm theo của bệnh nhân VD VGSV, đau dạ dày, đái tháo đường, suy thận….

4. Tùy thuộc cách sử dụng thuốc.

5. Tùy khả năng phát hiện BCBL của cơ sở điều trị (một số pứ phụ xảy ra tiềm tàng)

Phát hiện, đánh giá mức độ và xử trí BCBL

Tổng quan và hướng dẫn sử dụng tài liệu:

- Tài liệu có sử dụng màu để phân tuyến xử trí biến cố
  - Ô vàng: xử trí tại tuyến quận, huyện/xã,phường
  - Ô đỏ: xử trí tuyến tỉnh trở lên
- Biến cố mức độ 3,4 cần chuyển lên bệnh viện tuyến tỉnh để xử trí

ĐAU KHỚP

Thuốc nghi ngờ: Z>FQs, Bdq, Eto/Pto

Lâm sàng:
•Đau khớp, viêm khớp, đau cơ
•Giảm theo thời gian

Cận lâm sàng: có thể tăng acid uric (Z)

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Đau khớp	Đau khớp không gây hoặc ít gây gây ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Đau khớp gây ảnh hưởng nhiều hơn đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Đau khớp gây mất khả năng thực hiện các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Đau khớp không hồi phục gây mất khả năng thực hiện các chức năng tự chăm sóc cơ bản

Xử trí, giám sát:
-Chống viêm không steroid
-Giảm hoặc ngừng liều thuốc nghi ngờ (Z)

Lưu ý:
-Chẩn đoán gout, nhiễm khuẩn, bệnh lý khác
-Allopurinol nếu gout
-Không dùng hạ acid uric nếu không có tiền sử gout

DỊ ỨNG DA

Lâm sàng: Phát ban nhiều mức độ,nổi mề đay, ngứa, da khô

Thuốc nghi ngờ:
-Bất kỳ thuốc nào
-Tần suất: Z>E,PAS,Eto/Pto

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Phản ứng của da – nổi ban	Ban chấm khu trú	Ban chấm, nốt sần rải rác hoặc ban dạng sởi HOẶC các tổn thương đích	Ban chấm, nốt sần rải rác hoặc ban dạng sởi với các nốt phồng nước hoặc có một số giới hạn các nốt mọng nước HOẶC các tổn thương loét bề mặt của niêm mạc giới hạn tại một vị trí	Các tổn thương lan rộng hoặc toàn thân HOẶC hội chứng Stevens-Johnson HOẶC tổn thương loét của niêm mạc liên quan đến một hoặc hai vị trí khác nhau HOẶC hoại tử da nhiễm độc
Ngứa	Ngứa không gây hoặc ít gây ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Ngứa gây ra hạn chế hoạt động của chi HOẶC gây ảnh hưởng nhiều hơn đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Ngứa chứng gây mất khả năng thực hiện các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Không áp dụng

DỊ ỨNG DA

Xử trí:

•PƯ nghiêm trọng: Ngừng các thuốc + cấp cứu sốc phản vệ (nếu có).

•Loại trừ nguyên nhân tiềm ẩn gây p/ư da, kiểm tra enzym gan

•Phản ứng nhẹ:

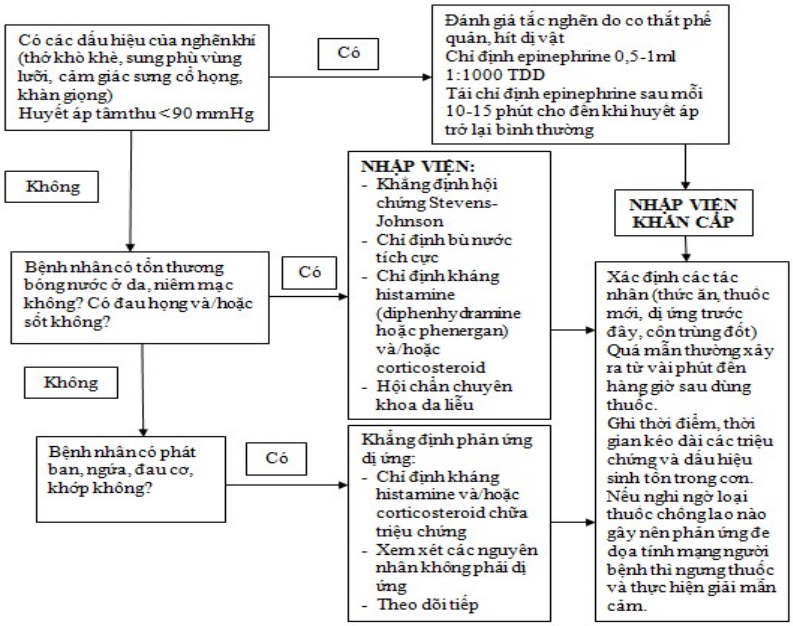
- antihistamin
- kem hydrocortison tại chỗ
- prednisolon liều thấp 10-20mg/ngày
- Khô da (clofazimin): lotion dưỡng ẩm

•Sau khi giải quyết xong phản ứng da, tái sử dụng lần lượt (thấp→ cao). Nếu mề đay nhiều, có thể giải mẫn cảm (đủ đk)

Giải mẫn cảm

- **Chỉ định**:
  - Thuốc gây dị ứng không thể thay thế, thuốc đầu tay
- **Chống chỉ định**:
  - Nguy cơ cao hen phế quản, dị ứng mạnh (Stevens-Johnson, Lyell…
  - Bệnh gan, thận nặng
- **Nhận dạng thuốc**:
  - Tái sử dụng (ít nguy cơ nhất, liều nhỏ nhất→liều điều trị)
  - Liều 1/10.000-1/100 liều điều trị (hen 1/1.000.000-1/10.000, tăng gấp đôi sau 15-20ph
- **Corticoid** nếu giải mẫn cảm là cấp bách (lao nặng)

XỬ LÝ QUÁ MẪN DO THUỐC LAO



VIÊM GAN/NHIỄM ĐỘC GAN

Thuốc nghi ngờ: Z > Pto/Eto, PAS, E, FQs, Lzd, Cfz, Bdq

Lâm sàng: Buồn nôn, nôn, vàng da, vàng củng mạc mắt, nước tiểu màu trà, phân nhạt, và chán ăn

Cận lâm sàng: gan to, tăng enzym gan

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Tăng ALT (SGPT)	1,25 đến < 2,5 x ULN	2,5 đến < 5,0 x ULN	5,0 đến < 10,0 x ULN	≥ 10,0 x ULN
Tăng AST (SGOT)	1,25 đến < 2,5 x ULN	2,5 đến < 5,0 x ULN	5,0 đến < 10,0 x ULN	≥ 10,0 x ULN
Tăng bilirubin TP	1,1 đến < 1,6 x ULN	1,6 đến < 2,6 x ULN	2,6 đến < 5,0 x ULN	≥ 5,0 x ULN

Các yếu tố ảnh hưởng: Tiền sử viêm gan vi rút, người bệnh nghiện rượu

Theo dõi enzym gan

- Theo dõi hàng tháng trong giai đoạn tấn công và hàng quý trong giai đoạn duy trì điều trị lao kháng thuốc nếu các chỉ số enzym gan bình thường và không có tiền sử bệnh gan (Tham khảo thời gian biểu theo dõi điều trị)
- Theo dõi từng đợt (mỗi 1-3 tháng) ở người bệnh sử dụng pyrazinamid trong thời gian dài hoặc người bệnh có nguy cơ cao hay có triệu chứng viêm gan. Ở người bệnh nhiễm HIV, cần theo dõi hàng tháng.

Xử trí nhiễm độc gan

•**Enzym gan tăng < 5 lần, không triệu chứng LS (loại trừ căn nguyên khác)**:

- Không cần ngừng thuốc
- Theo dõi lâm sàng, enzym gan
- Trường hợp men gan tăng trên 3 lần và có biêu hiện lâm sàng cần cân nhắc việc dừng các loại thuốc lao độc với gan.

•**Enzym gan tăng từ 5- 10 lần**

- Ngừng thuốc nghi ngờ (+ thuốc có tiền sử viêm gan)
- Tiếp tục điều trị ít nhất 3 thuốc ít độc với gan (tiêm, FQs, Cs, thay thuốc khác)
- Nếu không cải thiện→ dừng tất cả
- Sàng lọc các nguyên nhân, đk thuận lợi khác: Viêm gan A,B,C, đường mật, rượu
- Đánh giá lâm sàng và tiên lượng (bilirubin, yếu tố đông máu).
- Dùng lại thuốc nghi ngờ: khi enzym gan <2 lần mức bt, dùng từng thuốc (ít độc

Xử trí nhiễm độc gan

•**Enzym gan tăng > 10 lần**

○ Ngừng tất cả thuốc lao

○ Can thiệp, hỗ trợ gan (Bil tăng): thuốc, thay huyết tương

○ Sàng lọc các nguyên nhân, đk thuận lợi khác: Viêm gan A,B,C, đường mật, rượu→ xử trí

○Đánh giá lâm sàng và tiên lượng (bilirubin, yếu tố đông máu).

○ Khi enzym gan về bình thường (hoặc mức ban đầu ở người bệnh có TS bệnh gan)→ dùng thuốc lao: Điều trị ít nhất 3 thuốc ít độc với gan (tiêm, FQs, Cs, thay thuốc khác)

○Dùng lại thuốc nghi ngờ: khi enzym gan <2 lần bt, dùng từng thuốc (ít độc nhất với gan trước), cách nhau 3-4 ngày, theo dõi enzym gan

RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI

Thuốc nghi ngờ:
S, Km, Am, Cm

Cơ chế, yếu tố ảnh hưởng:

•Mất nước (nôn mửa, tiêu chảy)

•Ngộ độc ống thận: Thuốc tiêm (Cm>Km), thường ở HIV (+).

Lâm sàng:

Không có triệu chứng (nhẹ)→Mệt mỏi, đau cơ, chuột rút, dị cảm, yếu chi dưới, hành vi hay tâm trạng thay đổi, buồn ngủ, nhầm lẫn→ co cứng cơ, tê liệt, loạn nhịp tim đe dọa tính mạng.

Cận lâm sàng:

[K+] máu < 3,5 mEq/L.

[Mg++] máu < 1,5 mEq/L.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Giảm Kali máu	3,0 đến < 3,4 mEq/L *3,0 đến < 3,4 mmol/L*	2,5 đến < 3,0 mEq/L *2,5 đến < 3,0 mmol/L*	2,0 đến < 2,5 mEq/L *2,0 đến < 2,5 mmol/L*	< 2,0 mEq/L *< 2,0 mmol/L*
Giảm Magiê máu	1,2 đến < 1,4 mEq/L *0,60 đến < 0,70 mmol/L*	0,9 đến < 1,2 mEq/L *0,45 đến < 0,60 mmol/L*	0,6 đến < 0,9 mEq/L *0,30 đến < 0,45 mmol/L*	< 0,60 mEq/L *< 0,30 mmol/L*
Giảm calci máu	7,8 đến < 8,4 mEq/L *1,95 đến < 2,10 mmol/L*	7,0 đến < 7,8 mEq/L *1,75 đến < 1,95 mmol/L*	6,1 đến < 7,0 mEq/L *1,53 đến < 1,75 mmol/L*	< 6,1 mg/dL *< 1,53 mmol/L*

Xử trí Rối loạn điện giải

•Kiểm tra [Mg] và [Ca] máu khi [K] máu < 3,5 mEq/L, điều trị tích cực khi kali máu <2,0 mEq/L.

• ECG nếu rối loạn điện giải đáng kể, dừng thuốc kéo dài QT .

•Bù nước và điện giải (nôn mửa, tiêu chảy): bù theo nhu cầu hoặc kinh nghiệm (bổ sung bù Mg khi hạ K=magiê gluconat 1000 mg x 2 lần/ngày, nếu uống : xa thời điểm dùng FQs tránh giảm hấp thu)

•Amilorid 5-10 mg hoặc spironolacton 25mg uống hàng ngày: giảm mất K khi dùng thuốc tiêm.

•Theo dõi vài tháng sau khi ngừng thuốc tiêm

Xử trí hạ kali máu

Mức độ nhẹ: K: 2,5 - 3,0 mmol/L

- Lâm sàng và ECG: không triệu chứng
- Điều trị: 1–1,5g KCL uống hoặc TTM mỗi 6 giờ
- Kiểm tra lại: mỗi 24 giờ.

Mức độ trung bình và nặng : K+ ≤ 2,5 hoặc K+ < 3,0 nếu đang dùng Digoxin

Mức độ trung bình: Chướng bụng, chuột rút, ECG: U, T dẹt, ST chênh xuống, QT kéo dài

- Điều trị: 1-1,5g KCL uống mỗi 3 giờ và/ hoặc 10mmol/h TTM
- Kiểm tra lại: mỗi 6 giờ.

Mức độ nặng: Yếu liệt cơ, tiêu cơ vân. ECG: Nhanh thất, xoắn đỉnh.

- Điều trị: 1-1,5g KCL TTM (tốt nhất qua tĩnh mạch trung tâm) mỗi giờ x 3 giờ liên tục
- Kiểm tra lại: mỗi 3 giờ.

SUY THẬN

Thuốc nghi ngờ: S, Km, Am, Cm

Các yếu tố ảnh hưởng:

Tiền sử bệnh thận, tiểu đường, nhiễm HIV.

***Lâm sàng*:**

Giai đoạn cuối :thiểu niệu/vô niệu, phù ,thở nông, tinh thần.

***Cận lâm sàng*:**

○**C**reatinine tăng cao (gấp đôi so với trước điều trị :suy thận cấp)

○Có thể hạ kali/magie

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Tăng creatinin máu	1,1 đến 1,3 x ULN	> 1,3 đến 1,8 x ULN	> 1,8 đến < 3,5 x ULN HOẶC tăng 1,5 đến < 2 lần kết quả xét nghiệm ban đầu	≥ 3,5 x ULN HOẶC tăng ≥ 2 lần kết quả xét nghiệm ban đầu

XỬ TRÍ SUY THẬN

• Ngừng thuốc nghi ngờ (tiêm) khi có suy thận cấp→ ngừng tất cả (nghiêm trọng)

•Giải quyết nguyên nhân khác (thuốc chống viêm, tiểu đường, mất nước, suy tim sung huyết, viêm thận kẽ do thuốc…)

•Giãn liều thuốc tiêm (không thể thay thế, có thể dung nạp), Theo dõi chặt chẽ creatinin và điện giải mỗi 1-2 tuần, hiệu chỉnh liều dựa vào độ thanh thải creatinin.

• Nếu creatinin tiếp tục tăng →dừng thuốc tiêm vĩnh viễn.

NÔN, BUỒN NÔN

• **Thuốc nghi ngờ**: Pto/Eto, PAS, Bdq > H, E, Z, Amx/Clv, Cfz

• **Triệu chứng lâm sàng/bệnh liên quan**:

○Thường trong vài tuần đầu, kích ứng đường tiêu hóa

○ Mang thai

○ Giai đoạn đầu viêm gan.

○ Nôn có máu hoặc giống bã cà phê: Xuất huyết tiêu hóa

○Rối loạn tiền đình (đang dùng thuốc tiêm).

○ Nhiễm toan lactic (đồng nhiễm HIV) .

NÔN, BUỒN NÔN

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Buồn nôn	Buồn nôn thoáng qua (< 24 giờ) hoặc không liên tục nhưng không gây hoặc ít gây ảnh hưởng tới ăn uống	Buồn nôn kéo dài dẫn đến giảm ăn trong 24-48 giờ	Buồn nôn kéo dài dẫn đến giảm ăn > 48 giờ HOẶC phải chỉ định bổi phụ nước tích cực (ví dụ truyền dịch tĩnh mạch)	Các hậu quả gây đe doạ tính mạng (ví dụ: sốc do hạ huyết áp)
Nôn	Nôn thoáng qua hoặc không liên tục và không hoặc ít gây ảnh hưởng đến ăn uống	Các giai đoạn nôn thường xuyên không gây hoặc gây ra thiếu nước nhẹ	Nôn kéo dài dẫn đến giảm huyết áp tư thế đứng HOẶC cần chỉ định bổi phụ nước tích cực (ví dụ truyền dịch tĩnh mạch)	Các hậu quả gây đe doạ tính mạng (ví dụ: sốc do hạ huyết áp)

XỬ TRÍ NÔN-BUỒN NÔN

- **Đánh giá các dấu hiệu nguy hiểm và xử trí phù hợp**: (i) mất nước, nặng -creatinine , điện giải, (ii) viêm gan, (iii) xuất huyết TH (Hb).
- **Kiểm soát nôn, buồn nôn:**

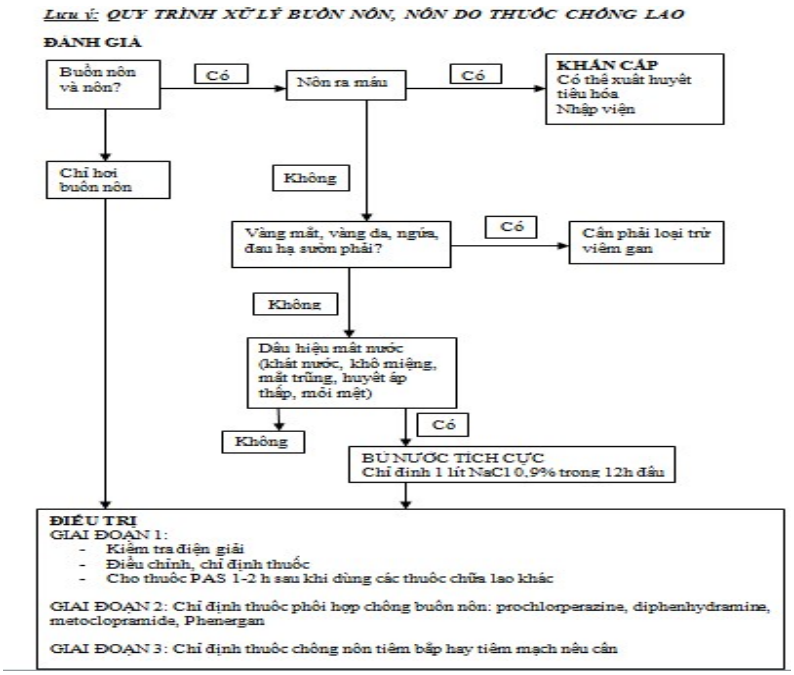
o Pha 1: Điều chỉnh cách dùng thuốc (Pto buổi tối, chia liều Pto-PAS, ăn nhẹ; PAS 2 h sau thuốc khác).

o Pha 2: Thuốc chống nôn (liều cố định, 30 phút trước khi uống thuốc lao):

o Pha 3: Giảm liều thuốc nghi ngờ

- Tạm ngừng thuốc nghi ngờ 2-4 ngày
- Ngừng hoàn toàn thuốc nghi ngờ (hiếm).

o Đặc biệt lo lắng (5mg diazepam hoặc 0,5 mg lorazepam), 30 phút trước thuốc. Gây nghiện→ ko dùng thường xuyên



VIÊM DẠ DÀY, ĐAU BỤNG

Thuốc nghi ngờ: PAS, Eto, Pto, Cfz > FQs, H, E và Z

Lâm sàng: Đau bụng, chướng, buồn nôn, bỏng rát thượng vị, vị chua; nặng- xuất huyết TH

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Viêm niêm mạc/viêm dạ dày	Sưng đỏ niêm mạc	Các giả mạc hoặc tổn thương loét.	Các lớp giả mạc hoặc các tổn thương loét HOẶC xuất huyết niêm mạc cùng với tổn thương nhẹ	Hoại tử tổ chức HOẶC chảy máu niêm mạc rải rác tự nhiên HOẶC các hậu quả gây đe doạ tính mạng (ví dụ: do hút, hít phải)

XỬ TRÍ VIÊM DẠ DÀY, ĐAU BỤNG

- Ngừng thuốc nghi ngờ.
- Nếu viêm dd:
  - Ngừng chống viêm không steroid
  - Chẩn đoán điều trị Helicobacter pylory (HP)
  - Dùng kháng H2 (ranitidin), ức chế proton (omeprazol)
  - Tránh trung hòa acid vì giảm hấp thu FQs (nếu bắt buộc →uống trước 2h hoặc sau 3h)
  - Nếu H2, proton không kiểm soát được; tùy mức độ:→ giảm liều thuốc nghi ngờ→tạm dừng thuốc nghi ngờ 1-7 ngày→ dừng thuốc nghi ngờ
- Có thể dự phòng : kháng H2 hoặc ức chế bơm proton khi bắt đầu điều trị MDR-TB.

TIÊU CHẢY, ĐẦY HƠI

Thuốc nghi ngờ: PAS > Eto/Pto > FQ, Amx/Clv

Lâm sàng: Đi ngoài ≥ 3 lần phân lỏng/ngày.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Tiêu chảy ở người lớn và trẻ em > 1 tuổi	Các giai đoạn đại tiện phân không thành khuôn thoáng qua hoặc không liên tục HOẶC đại tiện tăng # 3 lần so với ban đầu sau thời gian 24 giờ.	Giai đoạn đại tiện phân không thành khuôn đến phân lỏng HOẶC tăng đại tiện 4-6 lần so với ban đầu trong thời gian 24 giờ.	Tiêu chảy ra máu HOẶC đại tiện tăng # 7 lần trong thời gian 24 giờ HOẶC phải chỉ định truyền dịch tĩnh mạch	Các hậu quả gây đe doạ tính mạng (ví dụ shock do hạ huyết áp)

XỬ TRÍ TIÊU CHẢY, ĐẦY HƠI

- Đánh giá dấu hiệu mất nước và RLĐG (K+)
- Tìm nguyên nhân khác: *Clostridium dificille*, KST, VSV, không dung nạp lactose
- Khuyến khích uống nhiều nước
- Tạm dừng thuốc đến khi hết tiêu chảy
- Thuốc giảm nhu động (Loperamid 4mg) nếu vẫn tiêu chảy nhưng không sốt, không có máu
- Sử dụng lại thuốc tại một thời điểm trong 4 ngày (bắt đầu bằng thuốc ít gây tiêu chảy, nếu xuất hiện trở lại có thể thay thuốc khác)
- Cân nhắc tách thời điểm sử dụng các thuốc nếu tiêu chảy xảy ra với nhiều thuốc (không chia nhỏ liều)

SUY GIÁP

Thuốc nghi ngờ: Eto/Pto, PAS

Lâm sàng: mệt, lú lẫn, không chịu được lạnh, khô da, tóc thô ráp và táo bón, trầm cảm, mất khả năng tập trung.
Cận lâm sàng: TSH huyết thanh > 10 mU/L hoặc > 2 lần giới hạn bình thường

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Suy giáp	Triệu chứng không điển hình	Triệu chứng điển hình gây ảnh hưởng nhiều hơn đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường HOẶC phải chỉ định điều trị thay thế hoóc môn tuyến giáp	Các triệu chứng gây mất khả năng thực hiện các hoạt động chức năng và xã hội thông thường HOẶC suy giáp không kiểm soát mặc dù điều chỉnh thuốc điều trị	Các hậu quả đe doạ tính mạng (ví dụ: hôn mê do suy giáp)

Các yếu tố ảnh hưởng: Cần thận trọng khi kết hợp Eto/Pto với PAS vì nguy cơ suy giáp sẽ cao hơn so với khi dùng thuốc đơn lẻ.

Xử trí suy giáp

- **Liệu pháp thay thế hormon bằng levothyroxin** (liều thuốc tùy tuổi, bệnh phối hợp)
- **Theo dõi TSH mỗi 1-2 tháng** và tăng dần liều mỗi lần 12,5-25mcg đến khi TSH đạt đến bình thường (tốc độ tăng liều tùy tuổi, bệnh phối hợp)
- **Có thể hồi phục** sau khi dừng Eto/Pto, PAS

KÉO DÀI KHOẢNG QT

Bdq, Dlm,
FQs, Clr, Cfz

QTc >440 ms
QtcF> 450 (nam), >470 (nữ)

Xử trí và giám sát biến cố

- Đo điện tâm đồ nhiều lần.
- Dừng các thuốc kéo dài QT (nếu có triệu chứng dừng tất cả các thuốc kd QT, nếu không triệu chứng dừng thuốc có bán thải ngắn hơn:Mfx/ Lfx-Cfz-Dlm-Bdq)
- Kiểm tra điện giải → xử trí
- Kiểm tra Hb, TSH
- Tránh sử dụng kèm các thuốc khác kéo dài khoảng QT.
- Theo dõi chức năng gan thận

Xử trí kéo dài khoảng QT

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
QTcF	450-480ms	481-500ms	> 500ms hoặc > 60ms so với ban đầu	Các hậu quả đe dọa tính mạng (Cơn xoaawns đỉnh hoặc nhịp nhanh thất đa hình, hoặc các triệu chứng dấu hiệu của rối loạn nhịp tim nghiêm trọng
Xử trí	Giám sát chặt chẽ ECG hàng tuần cho đến khi QTcF trở lại < độ 1, bổ xung các chất điện giải nếu cần.	Giám sát chặt chẽ ECG hàng tuần cho đến khi QTcF trở lại < độ 1, bổ xung các chất điện giải nếu cần.	Ngừng các thuốc nghi ngờ, nhập viện điều trị và bổ xung chất điện giải khi cần.	Ngừng toàn bộ các thuốc điều trị, nhập viện ICU.

GIẢM THÍNH LỰC

Thuốc nghi ngờ: S, Km, Am, Cm > Clr
Lâm sàng: giảm thính lực, ù tai, triệu chứng tiền đình
Cận lâm sàng: đo thính lực và so sánh thính lực đồ chuẩn.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Nhạy cảm với âm thanh	25 – 40 dB HL	41 – 70 dB HL	71 – 90 dB HL	>90 dB HL

Yếu tố ảnh hưởng:
• Thuốc tiêm, capreomycin ít gây tổn thương thính giác hơn aminosid
• Dùng đồng thời furosemid
• Suy thận
• Người đã mất thính lực một phần, dùng Aminoglycosid trước đó

GIẢM THÍNH LỰC

Giám sát, xử trí biến cố:
• Đo thính lực trước khi điều trị và đánh giá thính lực hàng tháng. (Thông thường bắt đầu giảm thính lực ở tần số cao).
•Hướng dẫn cho bệnh nhân nhận biết các triệu chứng sớm (ù tai, chóng mặt)
•Giãn liều thuốc tiêm dùng 2 hoặc 3 lần một tuần
•Tăng liều vitamin B6 lên 200mg/ ngày
•Ngừng sử dụng thuốc tiêm nếu tình trạng mất thính lực tiến triển xấu đi; thay thế bằng thêm thuốc khác.
•Sự mất thăng bằng nhẹ cũng có thể do cycloserin, fluoroquinolones, ethionamide / prothionamide, isoniazid hoặc linezolid→Dừng trong vài ngày để phân biệt

RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

Thuốc nghi ngờ: S, Km, Am, Cm > Cs, FQs, H, Eto, Lzd, Clr

Lâm sàng: Ù tai, đứng không vững hay mất cân bằng, giảm thính lực và có tiếng rung

Các yếu tố ảnh hưởng: Liều tích lũy lớn các thuốc tiêm, dùng đồng thời furosemid, suy thận.

Xử trí và giám sát biến cố
+ Hỏi về tình trạng ù tai và mất thăng bằng mỗi lần khám.
+ Giãnliều thuốc tiêm nếu có triệu chứng sớm của mất thính lực
+ Ngừng sử dụng thuốc
+ Lưu ý một số thuốc có thể gây mất thăng bằng mức độ nhẹ như Cs, các kháng sinh FQs, Eto/Pto, H, Lzd.
+ Có thể cân nhắc thay thế bằng các thuốc mới hơn như bedaquilin.

RỐI LOẠN TÂM THẦN

Thuốc nghi ngờ: Cs, H > FQs, Pto

Biểu hiện lâm sàng: ảo thanh, ảo giác, hoang tưởng, rối loạn tâm lý

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Triệu chứng loạn thần	Các thay đổi không gây hoặc ít gây ảnh hưởng nhiều hơn đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Tình trạng hôn mê nhẹ hoặc ngủ lơ mơ gây ảnh hưởng nhiều hơn đến cc hoạt động chức năng và xã hội thơng thường	Nhầm lẫn, tổn thương về trí nhớ, tình trạng hôn mê hoặc ngủ lơ mơ gây mất khả năng thực hiện các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Sự mê sảng HOẶC mất cảm giác HOẶC hôn mê

Yếu tố ảnh hưởng:
+ Tiền sử tâm thần
+ Suy thận
+ Efavirenz (HIV)

RỐI LOẠN TÂM THẦN

Xử trí:

-Đánh giá các nguyên nhân khác

-Dừng, giảm thuốc nghi ngờ (1-4 tuần)

-Thuốc chống loạn thần (haloperidol hoặc risperidon 0,5-5mg)

-Nhập viện chuyên khoa tâm thần

-Tăng liều pyridoxin tới tối đa 200mg/ngày (BN dung Cs nên dùng B6 50mg cho 250 mg Cs→ thông thường 100 mg hàng ngày)

ĐỘNG KINH

Thuốc nghi ngờ: Cs, H, FQs

Lâm sàng: cơn co cứng-giật rung, co giật, thay đổi trạng thái tâm thần, đại tiểu tiện không tự chủ.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Co giật đối với người bệnh có các cơn co giật mới khởi phát	Không áp dụng	Không áp dụng	1 – 3 cơn co giật	Bất cứ loại cơn giật nào mà kéo dài và lặp đi lặp lại (ví dụ: tình trạng động kinh) hoặc khó kiểm soát (ví dụ: động kinh dai dẳng)
Co giật đối với người bệnh đã có các cơn co giật từ trước	Không áp dụng	Tăng tần số cơn giật trước đó (không lặp lại) và không có sự thay đổi về đặc tính của động kinh, cơn giật nặng trong khi điều trị thuốc ổn định trong một đợt rối loạn động kinh được kiểm soát từ trước	Thay đổi đặc tính của cơn giật hoặc về thời gian kéo dài hoặc chất lượng so với ban đầu (ví dụ: mức độ nghiêm trọng hoặc mức độ cục bộ)	Bất cứ loại cơn giật nào mà kéo dài và lặp đi lặp lại (ví dụ: tình trạng động kinh) hoặc khó kiểm soát (ví dụ: động kinh dai dẳng)

Yếu tố ảnh hưởng

- Tiền sử động kinh
- Suy thận

VIÊM DÂY THẦN KINH THỊ GIÁC

Thuốc nghi ngờ: Lzd >E > Eto/Pto, , Cfz, H, S

Biểu hiện lâm sàng: Nhìn mờ, cảm giác nhìn có đốm, vết, # mù màu đỏ lục

Các yếu tố ảnh hưởng : Đái tháo đường , Bệnh thận mạn tính, liều E cao

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Thay đổi thị giác (so với ban đầu)	Các thay đổi thị giác không gây hoặc ít gây gây ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Các thay đổi thị giác gây ảnh hưởng nhiều hơn đến các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Các thay đổi thị giác gây mất khả năng thực hiện các hoạt động chức năng và xã hội thông thường	Mất thị giác không hồi phục tại 1 mắt hoặc cả 2 mắt bị ảnh hưởng

Xử trí và giám sát biến cố:

-Dừng Lzd, E. Không tái sử dụng (tiếp tục→ tổn thương vĩnh viễn)

-Dừng các thuốc khác nếu nghi ngờ

-Chuyển khám và điều trị chuyên khoa mắt.

BẤT THƯỜNG VỀ HUYẾT HỌC

- **Thuốc nghi ngờ**: Lzd
- **Cận lâm sàng**: giảm BC, TC, thiếu máu, bất sản hồng cầu, bất thường đông máu
- **Các yếu tố ảnh hưởng**: thuốc chống lao (chủ yếu Lzd), đồng nhiễm HIV, nhiễm nấm, bệnh máu ác tính, thiếu máu bất sản, thiếu hụt folat hoặc cobalamin.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Giảm hemoglobin (Hb) (nam giới)	10,0 đến 10,9 g/dL *6,19 đến 6,76 mmol/L*	9,0 đến < 10 g/dL *5,57 đến < 6,19 mmol/L*	7,0 đến < 9,0 g/dL *4,34 đến < 5,57 mmol/L*	< 7,0 g/dL *< 4,34 mmol/L*
Giảm hemoglobin (Hb) (nữ giới)	9.5 đến 10.4 g/dL *5.88 đến 6.48 mmol/L*	8.5 đến < 9.5 g/dL *5.25 đến < 5.88 mmol/L*	6.5 đến < 8.5 g/dL *4.03 đến < 5.25 mmol/L*	< 6.5 g/dL *< 4.03 mmol/L*
Giảm bạch cầu	2.000 đến 2.500/mm³ *2.000 x 10^9 đến 2.500 x 10^9/L*	1.500 đến 1.999/mm³ *1.500 x 10^9 đến 1.999 x 10^9/L*	1.000 đến 1.499/mm³ *1.000 x 10^9 đến 1.499 x 10^9/L*	< 1.000/mm³ *< 1.000 x 10^9/L*
Giảm tiểu cầu	100.000 đến 124.999/mm³ *100.000 x 10^9 đến 124.999 x 10^9/L*	50.000 đến < 100.000 /mm³ *50.000 x 10^9 đến < 100.000 x 10^9/L*	25.000 đến < 50.000/mm³ *25.000 x 10^9 đến < 50.000 x 10^9/L*	< 25.000/mm³ *< 25.000 x 10^9/L*

Xử trí

Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Theo dõi cẩn thận, làm công thức máu hàng tuần và cân nhắc giảm liều Lzd xuống 600mg cách nhật, hoặc 300mg mỗi ngày	Theo dõi cẩn thận, làm công thức máu hàng tuần và giảm liều Lzd xuống 600mg cách nhật, hoặc 300mg mỗi ngày. Trong trường hợp bạch cầu giảm độ 2 dừng Lzd.	Ngừng Lzd ngay lập tức trong trường hợp thiếu máu mức độ 3. cân nhắc điều trị lại với liều 600mg cách nhật hoặc 300mg hàng ngày khi độc tính đã giảm xuống độ 1, hoặc cân nhắc ngừng Lzd vĩnh viễn	Dừng Lzd ngay lập tức, nhập viện và cân nhắc truyền máu.

XỬ TRÍ BẤT THƯỜNG VỀ HUYẾT HỌC

Suy tủy (ức chế bạch cầu, hồng cầu hoặc tiểu cầu):

- Ngừng thuốc nghi ngờ.
- Xem xét sử dụng lại Lzd liều thấp (300 mg thay vì 600 mg)
- Xem xét các nguyên nhân khác
- Cân nhắc việc truyền máu

Thiếu máu:

- Ngừng thuốc nghi ngờ nếu xảy ra thiếu máu.
- Đánh giá nguyên nhân thiếu máu và đánh giá thiếu máu thuộc loại nào (thể tích trung bình HC)
- Kiểm tra số lượng hồng cầu lưới để đánh giá tủy xương .
- Đánh giá tình trạng tan máu (LDH, bilirubin và haptoglobin).
- Cân nhắc truyền máu

RỐI LOẠN/TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT

Thuốc nghi ngờ: Gfx, Eto/Pto

Yếu tố nguy cơ: người ĐTĐ, thuốc ARV ức chế protease

(Eto/Pto khó kiểm soát insulin→ hạ đường huyết hoặc kém điều hòa đường huyết. ARV gây kháng insulin→tăng đường huyết).

Xử trí và giám sát biến cố

- Ngừng sử dụng Gatifloxacin, thay bằng FQ thế hệ sau khác

- Điều trị ĐTĐ. Cần kiểm soát glucose tốt trong quá trình điều trị lao.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Tăng glucose máu lúc no	116 đến 160 mg/dL 6,44 đến 8,89 *mmol/L*	> 160 đến 250 mg/dL > 8,89 đến 13,89 *mmol/L*	> 250 đến 500 mg/dL > 13,89 đến < 27,75 *mmol/L*	> 500 mg/dL ≥ 27,75 *mmol/L*
Tăng glucose máu lúc đói	110 đến 125 mg/dL 6,11 đến 6,95 *mmol/L*	> 125 đến 250 mg/dL > 6,95 đến 13,89 *mmol/L*	> 250 đến 500 mg/dL > 13,89 đến < 27,75 *mmol/L*	> 500 mg/dL ≥ 27,75 *mmol/L*

VIÊM GÂN, ĐỨT GÂN

Thuốc nghi ngờ: FQs

Biểu hiện lâm sàng: đau và sưng khớp.

Các yếu tố ảnh hưởng: người mới hđ thể lực, người lớn tuổi, ĐTĐ

Xử trí và giám sát biến cố:

-Viêm gân hoặc màng gân đáng kể:

+ Xem xét ngừng FQ

+ NSAID (ibuprofen 400mg x 4 lần/ngày)

+ Nghỉ ngơi khớp

+ Nếu phải sử dụng FQ: giảm liều, hạn chế vận động, trao đổi về nguy cơ/lợi ích

NHIỄM TOAN LACTIC

Thuốc nghi ngờ: Lzd

Biểu hiện lâm sàng: nôn, buồn nôn, thở nhanh, đau bụng, hôn mê, lo âu

Cận lâm sàng: thiếu máu, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, tăng lactat máu

Các yếu tố ảnh hưởng : Lzd, thuốc ARV nhóm ức chế men sao chép ngược cũ

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Lactat	< 2.0 x ULN nhưng không bị nhiễm toan	≥ 2.0 x ULN nhưng không bị nhiễm toan	Lactat tăng cùng với pH < 7.3 mà không có các hậu quả gây đe doạ tính mạng	Lactat tăng cùng với pH < 7.3 và có các hậu quả gây đe doạ tính mạng

Xử trí và giám sát biến cố:

-Kiểm tra điện giải đồ, thận, khí máu động mạch, C lactat

-Ngừng sử dụng thuốc nghi ngờ

-Điều trị hỗ trợ

-Thay thuốc nghi ngờ

-Natri bicarbonat trong trường hợp pH thấp ít có hiệu quả trong xử trí nhiễm toan lactic

-Theo dõi bằng xét nghiệm lactat máu

NHIỄM NẤM BỀ MẶT

- **Thuốc nghi ngờ**: FQ và các thuốc kháng sinh khác.
- **Các yếu tố ảnh hưởng**: Nấm *Candida* âm đạo hoặc dương vật, nấm miệng hoặc nấm *Candida* trong các nếp da có thể xảy ra khi điều trị với kháng sinh.
- **Xử trí và giám sát biến cố**

- Thuốc kháng nấm tại chỗ và thuốc kháng nấm ngắn đường uống.

- Loại trừ các bệnh khác nếu đáp ứng điều trị không nhanh chóng (như HIV).

CHỨNG VÚ TO Ở NAM

- **Thuốc nghi ngờ:** Eto/Pto
- **Các yếu tố ảnh hưởng**: Thuốc Eto/Pto, ngoài ra còn có báo cáo với Efevirenz
- **Xử trí và giám sát biến cố**

- Khuyến khích chịu đựng được phản ứng có hại này.

- Triệu chứng sẽ biến mất sau khi dừng điều trị

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Chứng vú to ở nam giới	Có thể do đối tượng tham gia nghiên cứu phát hiện (hoặc phát hiện bởi người chăm sóc của trẻ nhỏ và của người lớn tàn tật)	Được phát hiện khi nhân viên y tế khám thực thể	Bị biến dạng HOẶC có các thay đổi rõ ràng khi kiểm tra bằng mắt thường	Không áp dụng

MIỆNG CÓ VỊ KIM LOẠI

- **Thuốc nghi ngờ**: Eto/Pto > Clr, FQs
- **Xử trí và giám sát biến cố**

- Khuyến khích nên chịu đựng phản ứng có hại này.

- Ngậm kẹo cứng hoặc nhai kẹo cao su.

- Vị giác bình thường trở lại sau khi dừng điều trị.

RỤNG TÓC

- **Thuốc nghi ngờ**: H, Eto/Pto
- **Xử trí và giám sát biến cố:**

- Rụng tóc xảy ra hoặc tóc mỏng đi đáng kể chỉ là tạm thời và không tiến triển trong quá trình điều trị.

- Khuyến khích người bệnh chịu đựng phản ứng có hại này.

Thông số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Tình trạng hói –rụng tóc	Tóc thưa có thể do đối tượng tham gia nghiên cứu phát hiện (hoặc do người chăm sóc phát hiện đối với trẻ em và người lớn mất khả năng)	Tóc thưa hoặc rụng tóc lốm đốm do cán bộ y tế phát hiện	Rụng tóc hoàn toàn	Không áp dụng

BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

- *Thuốc nghi ngờ:*
  - Các thuốc lao: Lzd, Cs, H, S, Am ,Km, Cm, FQ, Pto/Eto, E
  - Các thuốc khác d4T, ddl
- Triệu chứng : đa dạng và ở các mức độ khác nhau (tê bì, ngứa, đau , dị cảm. Có thể giảm phản xạ gân sâu, yếu cơ, rối loạn dáng đi, có thể tăng phản xạ gân sâu, giật cơ)
- *Yếu tố nguy cơ:* nhiễm HIV, tiểu đường, nghiện rượu bia, thuốc lá, suy giáp, suy dinh dưỡng, phụ nữ có thai; người có bệnh tự miễn; rối loạn chức năng gan thận
- *Tiên lượng:* có thể hồi phục và cải thiện sau khi dừng các thuốc nghi ngờ khi các triệu chứng ở mức độ nhẹ. Tuy nhiên, Lzd thường xảy ra muộn, gây đau đớn và thường không hồi phục.
- *Chẩn đoán:*
  - Triệu chứng cơ năng kèm triệu chứng thực thể * (bất thường về cảm nhận độ rung âm thoa hoặc bất thường phản xạ gân gót)
  - Sinh thiết da và các XN khác là tiêu chuẩn vàng nhưng không thực sự cần thiết để chẩn đoán

BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

- Xử trí: Dừng các thuốc nghi ngờ (đặc biệt Lzd, Cs. Lưu ý *<u>không sử dụng lại Lzd</u>* nếu từ mức độ 2 trở lên).

Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Các triệu chứng và dấu hiệu ở mức độ nhẹ, không cần điều trị, hoặc triệu chứng cơ năng ở thang điểm từ 1-3	Các triệu chứng và dấu hiệu ở mức độ trung bình, cần sử dụng thuốc giảm đau không gây nghiện; hoặc triệu chứng cơ năng ở thang điểm từ 4-6	Các triệu chứng và dấu hiệu ở mức độ nặng, cần sử dụng thuốc giảm đau gây nghiện nhưng có đáp ứng với thuốc; hoặc triệu chứng cơ năng ở thang điểm từ 7-10	Mức độ rất nặng, người bệnh không đáp ứng với thuốc giảm đau gây nghiện
Dừng Cs và Lzd. Nếu triệu chứng cải thiện có thể sử dụng lại Lzd liều thấp (300 mg hàng ngày hoặc 600 mg cách nhật). Nếu Cs không thực sự cần thiết trong phác đồ thì có thể xem xét dừng sử dụng	Dừng Cs và Lzd. Nếu triệu chứng cải thiện có thể sử dụng lại Cs. Tuy nhiên không sử dụng lại Lzd trừ khi triệu chứng hồi phục trở lại ở mức độ 1.	Tương tự mức độ 2	Tương tự mức độ 2

BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

- Xử trí
  - Tư vấn
  - Bảo đảm rằng pyridoxine được dùng, tăng liều tới 200 mg/ngày
  - Nghi ngờ tiểu đường và quản lý đúng cách
  - Dùng Amitryptiline/Gabapentine
  - Người nhiễm HIV, tránh không sử dụng d4T hoặc ddl với Lzd, Cs
  - Giảm liều/ngừng những thuốc nghi ngờ nếu không đáp ứng với cách xử trí ở trên và <u>điều này không ảnh hưởng tới phác đồ điều trị</u>

3. Xử trí các BCBL

3.4. Tóm tắt BCBL và hướng xử trí

Động kinh	**Cs, H, Quinolone**	1. Tạm ngưng các thuốc nghi ngờ cho đến khi quản lý được co giật 2. Thuốc chống co giật (Phenytoin,Valproic acid) 3. Tăng VitB6 Tối đa (200mg/ ngày) 4. Bắt đầu dùng lại thuốc nghi ngờ và từ liều thấp tăng dần
Viêm dây Thần kinh ngoại vi	**Cs, H, Km, Am, Eto/Pto, Quinolone**	1. Tăng VitB6 Tối đa (200mg/ ngày) 2. Thay thuốc tiêm bằng Cm (nếu Cm nhạy cảm) 3. Điều trị thuốc chống suy nhược như amitryplytine, Gabapentine, thuốc kháng viêm non steroid hoặc acetaminophen để giảm các triệu chứng 4. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ 5. Ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ
Nghe kém, điếc	**S, Km, Am Cm**	1. So sánh với thính giác lúc đầu 2. Thay thuốc tiêm bằng Cm (nếu Cm nhạy cảm) 3. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ. Tăng tần số (3lần/ tuần) hoặc giảm liều. 4. Tạm ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ

3. Xử trí các BCBL

3.4. Tóm tắt BCBL và hướng xử trí

Tâm thần	**Cs, H, Quinolone Eto/Pto**	1. Tạm ngưng các thuốc nghi ngờ trong thời gian ngắn (1-4 tuần) 2. Điều trị thuốc tâm thần (Hội chẩn) 3. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ 4. Ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ
Suy nhược cơ thể	**Kinh tế Cs, H, Eto/Pto, Quinolone**	1. Cải thiện điều kiện kinh tế 2. Tham vấn 3. Điều trị chống suy nhược 4. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ 5. Ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ
Buồn nôn, nôn	**Eto/Pto, Pas H, E, Z**	1. Đánh giá tình trạng mất nước , bù nước và điện giải 2. Điều trị thuốc chống nôn 3. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ. 4. Ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ

3. Xử trí các BCBL

3.4. Tóm tắt BCBL và hướng xử trí

Viêm dạ dày	**Pas** **Eto/Pto**	1. H2 Blokers, ức chế bơm proton, antacid 2. Tạm ngưng các thuốc nghi ngờ trong thời gian ngắn (1-7 ngày) 3. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ 4. Ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ
Viêm gan	**Z, H, R** **Pas, Eto/Pto, Quinolone**	1. Ngưng tất cả thuốc nghi ngờ cho tới khi giải quyết xong viêm gan. 2. Loại bỏ các nguyên nhân tiềm tàng viêm gan 3. Xem xét việc tạm hoãn các thuốc có ảnh hưởng tới gan . Dùng các thuốc không gây độc cho gan . Sau đó cẩn thận sử dụng lại các thuốc nghi ngờ và theo dõi sát
Nhiễm độc thận	**Km, Am, Cm**	1. Ngưng thuốc nghi ngờ 2. Xem xét sử dụng Cm , nếu thuốc tiêm là bắt buộc trong phác đồ. 3. Xem xét liều 3 lần / tuần nếu thuốc cần thiết cho phác đồ . 4. Điều chỉnh liều theo chỉ số thanh thải creatinin

3. Xử trí các BCBL

3.4. Tóm tắt BCBL và hướng xử trí

Rối loạn điện giải	**Km, Am, Cm**	1. Kiểm tra Kali/máu, Mg, Ca 2. Bù điện giải 3. Hội chẩn 4. Chuyển bệnh nhân nếu cần
Viêm TK Thị giác	**E, Pto**	1. Ngưng E 2. Khám mắt
Đau khớp	**Z, Quinolone**	1. Điều trị thuốc chống viêm non steroid 2. Giảm liều thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ 3. Ngưng thuốc nghi ngờ nếu không ảnh hưởng tới phác đồ
Thiểu năng tuyến giáp	**Pas** **Eto/Pto**	1. Hội chẩn 2. Thyroxine

Danh mục thuốc tham khảo điều trị triệu chứng

Triệu chứng	Thuốc dùng
Buồn nôn, nôn, khó chịu dạ dày	Metopropamide, Promethazine. Ondansetron Dimehydrin, domperidon
Chứng ợ hơi, khó tiêu, ợ chua,	H2 blocker (ranitidine,cimetidine.) Omeprazole, Lasoprazole
Nấm miệng Candidasis (người bệnh không mắc AIDS)	Fluconazole, Ketoconazole, Itraconazole.
Tiêu chảy	Loberamide, Actapulzite
Suy nhược cơ thể, tâm thần	Hội chẩn với các chuyên gia tâm thần Haloperidol, rsperidon
Lo lắng nặng	Lorazepam, Diazepam, Clonazepam
Mất ngủ	Diazepam, Phenobarbital
Dự phòng các biến chứng thần kinh do Cycloserin	Pyridoxine (vitamin B6) Thuốc chống co giật (carbamazepine, phynetoin, acid valporic) Thuốc chống trầm cảm (amitryptilin, fluoxetine hoặc các thuốc tương tự)
Viêm dây thần kinh ngoại vi	Pyridoxine (vitamin B6) Paracetamol, Ultracet

Danh mục thuốc tham khảo điều trị triệu chứng

Triệu chứng tiền đình	Meclizine, Dimenhydrinate, Flunarizine
Đau cơ xương, đau khớp và đau đầu	Ibuprofen, Paracetamol, Ultracet Indomethacin Thuốc hạ acid máu (allopurinol_bệnh gout)
Phản ứng da, ngứa	Hydrocortisone cream, Chlorpheniramine, kháng histamine Diphenhydramine hoặc phenergan Prednisolone
Phản ứng tăng nhạy cảm da	Antihistamines (Diphenhydramine, Chlorpheniramin, Corticosteroids (Prednisone, Dexamethasone) Hội chẩn với các thầy thuốc da liễu nếu tình trạng nặng
Co thắt khí quản	Beta-agonists hít (Salbutamol, Albuterol , Bricanyl) Corticosteroids hít (Prednisone, Dexamethasone)
Thiếu năng tuyến giáp	Hội chẩn với bác sĩ nội tiết Levothyroxine
Thiếu hụt điện giải	Bù Kali và Magne (magie gluconat) Amilorid Spironolacton
Viêm gan	Glucose 5%, Nacl 0,9% Hepamez Lọc huyết tương trong trường hợp viêm gan nặng
Suy thận	Nacl 0,9% Siêu âm thận Lọc thận nhân tạo

NGUỒN TÀI LIỆU THAM KHẢO (các bước vào trang web)

1 **http://canhgiacduoc.org.vn**

2

3

Chương trình Chống Lao Quốc gia:

1. Biểu mẫu sử dụng trong điều trị lao nội trú tại bệnh viện (áp dụng tại các cơ sở khám, ch
2. Biểu mẫu sử dụng trong điều trị lao kháng thuốc (áp dụng tại các cơ sở khám, chữa bện
3. Biểu mẫu sử dụng trong điều trị lao tại cộng đồng (áp dụng tại tổ chống lao quận (huyện
4. Hướng dẫn Giám sát phản ứng có hại của thuốc chống lao: Tải tại đây.
5. Báo cáo aDSM (giám sát an toàn thuốc chủ động): Mẫu 1; Mẫu 2; Hướng dẫn báo cáo.
6. Hướng dẫn Quản lý biến cố bất lợi trong điều trị lao kháng thuốc: Tải tại đây.