

BỆNH VIỆN MẮT-TAI MŨI HỌNG-RĂNG HÀM MẶT
TỈNH AN GIANG

Tổ thông tin thuốc

---o0o---



**BẢN TIN
THÔNG TIN THUỐC**

Tháng 04/2025

MỤC LỤC

TT	NỘI DUNG	TRANG
1	Viêm tai giữa mạn tính	3
2	Viêm amidan cấp và mạn tính	7
3	Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID): Thời gian sử dụng tối đa	13
4	CV số 1232/SYT-NVD ngày 22/4/2025 của Sở Y An Giang tế về việc sử dụng các thuốc do công ty Mylan Laboratories Limited tại Indore-Pithampur, Ấn Độ sản xuất.	17
5	CV số 1268/SYT-NVD ngày 23/4/2025 của Sở Y An Giang tế về việc cảnh báo thuốc giả, thuốc lưu hành trái phép trên thị trường	19

DUYỆT BAN GIÁM ĐỐC



BSCKII. Mã Lan Thanh

TỔ THÔNG TIN THUỐC

DSCKI. Phan Thanh Bình

BSCKII. Dương Tòng Chinh

BSCKI. Phạm Thị Anh Thư

BSCKI. Thái Đức Lộc

DSCKI. Hồ Thanh Phong

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

Nguồn: Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Nhà xuất bản Y học.

Hồ Thanh Phong

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ bị thủng, chảy tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào).

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm tai giữa thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*. Những trường hợp khác bao gồm *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Trong số các thanh thiếu niên lớn tuổi hơn và người lớn trẻ tuổi, nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhiễm trùng tai là *Haemophilus influenzae*. Các loại virus như virus hợp bào hô hấp (RSV) và những loại gây ra cảm lạnh thông thường cũng có thể dẫn đến viêm tai giữa bằng cách làm tổn hại đến hệ thống phòng thủ bình thường của các tế bào biểu mô đường hô hấp trên.

Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn. Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối liền tai giữa với vòm họng, nó giúp dẫn lưu dịch tiết trong hòm nhĩ về họng. Nếu vòi nhĩ bị tắc, dịch nhầy bị ứ đọng trong tai giữa và gây nên viêm tai giữa. Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt. Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi. Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.

Các yếu tố thuận lợi: Cấu trúc xương chũm loại có thông bào nhiều, độc tố của vi khuẩn nhất là *streptococcus hemolytique*, *pneumococcus mucosus*... và thể trạng, cơ địa của bệnh nhân: trẻ em suy dinh dưỡng, người lớn bị suy nhược cơ thể thì sức đề kháng bị giảm, do đó dễ bị viêm tai giữa.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy: Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.

- Viêm tai giữa mạn tính mủ: Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.

- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co giật, rối loạn tiêu hóa... Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương. Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt. Trong một vài trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mặt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thể Bezold)...

3.1.2. Cận lâm sàng

- Khám tai: mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nhám nhờ, đáy hòm nhĩ bần, có thể có polyp ở hòm nhĩ.

- Cấy dịch tai để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

- Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm để xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa.

- Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm ống tai ngoài (không có tiền sử chảy mủ tai, kéo vành tai, ấn bình tai đau, phim Schuller bình thường).

- Viêm tấy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai (không có tiền sử chảy mủ tai, không nghe kém, dấu hiệu Jacques (-), phim Schuller bình thường).

- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp tính (mủ không thối, không nghe kém nhiều, X quang tai bình thường).

- Viêm tai giữa sau lao phổi (hỏi tiền sử và chụp X quang phổi...).

- Viêm tai giữa do xoắn khuẩn bệnh giang mai (hỏi tiền sử bệnh và làm các xét

nghiệm chuyên biệt...).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhầy, mủ...) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.

- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.

- Nếu không có chuyên khoa, nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.

- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

4.2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6-10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.

- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Neomycin, Polymyxin, Chloromycetin hoặc Gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2-4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn *Pseudomonas*.

- Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng trong các đợt cấp của VTG mạn tính nhưng phải rất hạn chế.

- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.

- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v...

4.3. Điều trị ngoại khoa

- Khi phát hiện bệnh nhân có Polyp hòm nhĩ thò ra ở ống tai, hoặc mô hạt thì phải được phẫu thuật cắt bỏ thì việc nhỏ thuốc vào tai mới có hiệu quả. Tuy nhiên phải cẩn thận khi cắt bỏ vì những khối polyp này có thể mọc ra từ niêm mạc xương bàn đạp, dây thần kinh số VII, hoặc ống bán khuyên ngang, và như vậy có thể dẫn tới tai biến liệt mặt hoặc viêm mê nhĩ sau mổ.

- Phẫu thuật phục hồi: vá màng nhĩ đơn thuần và mở sào bào thượng nhĩ, có hoặc

không có vá màng nhĩ.

- Phẫu thuật tiết căn xương chũm với hai phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai (canal wall up) và hạ thấp thành sau ống tai (canal wall down).

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- VTG mạn tính nhạy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.
- VTG mạn tính mủ ít khi bệnh tự khỏi, thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

5.2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.
- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.
- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.
- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanosclerosis).
- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.
- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Áp xe ngoài màng cứng hoặc áp xe não.
- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.
- Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

6. PHÒNG BỆNH

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm VA, sâu răng...
- Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo
- Nếu đã bị viêm tai giữa mạn tính thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết.
- Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.

VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH

Nguồn: Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Nhà xuất bản Y học.

Hồ Thanh Phong

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm amidan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amidan khẩu cái, thường gặp ở trẻ ở lứa tuổi học đường 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên, thường thấy ở thời kỳ đầu của nhiều bệnh viêm nhiễm vì vậy có người coi amidan là "cửa vào" của một số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não.

Viêm amidan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần của amidan khẩu cái. Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, amidan viêm có thể phát triển to lên (viêm quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc amidan có thể nhỏ lại (viêm xơ teo).

2. NGUYÊN NHÂN

Các tác nhân gây viêm amidan:

- Vi khuẩn: liên cầu $\square$ tan huyết nhóm A, S.pneu hemophilus, tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí;
- Virus: cúm, sởi, ho gà...

Có nhiều nguyên nhân thuận lợi gây viêm amidan:

- Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...).
- Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.
- Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.
- Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amidan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Viêm amidan cấp tính

- Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 380C-390C. Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.

- Cơ năng:

+ Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí amidan, mấy giờ sau biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho.

+ Kèm theo viêm V.A, thường có viêm mũi hoặc ở trẻ em có amidan to nên hay gặp thở khò khè, ngủ ngáy to, nói giọng mũi.

+ Viêm nhiễm có thể lan xuống thanh quản, khí quản gây nên ho từng cơn, đau và có đờm nhầy, giọng khàn nhẹ.

- Thực thể:

+ Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ.

+ Amidan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa. Đôi khi thấy hai amidan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt amidan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào amidan, dễ chùi sạch, không chảy máu, để lộ niêm mạc amidan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm amidan mủ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn).

+ Tổ chức lympho ở thành sau họng to và đỏ: đó là thể viêm amidan ban đỏ thường do virus gây nên.

3.1.1.2. Viêm amidan mạn tính

- Toàn thân:

+ Triệu chứng nghèo nàn. Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hồi viêm có triệu chứng giống như viêm amidan cấp tính.

+ Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngáy ngáy sốt về chiều.

- Cơ năng:

+ Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai.

+ Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên.

+ Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

- Thực thể:

+ Trên bề mặt amidan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mủ màu trắng.

+ Thể quá phát: amidan to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng lún vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em.

* Xếp loại amidan quá phát:

- Viêm amidan quá phát A1 (A+): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

- Viêm amidan quá phát A2 (A++): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/3 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

- Viêm amidan quá phát A3 (A+++): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/2 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

- Thể xơ teo: Thường gặp ở người lớn, amidan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ hoặc chằng chịt xơ trắng biểu hiện bị viêm nhiễm nhiều lần. Màu đỏ sẫm, trụ trước đỏ, trụ sau dày. Amidan mất vẻ mềm mại bình thường, ấn vào amidan có thể thấy phôi mủ hôi ở các hốc.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.2.1. Viêm amidan cấp tính

Thể viêm do vi khuẩn, xét nghiệm công thức máu có số lượng bạch cầu tăng cao trên 10 G/l, nhiều bạch cầu đa nhân trung tính.

3.1.2.2. Viêm amidan mạn tính

Viêm amidan mạn tính có thể là một ổ viêm nhiễm gây nên những bệnh toàn thân khác, nhưng nhiều khi khẳng định điều đó trong những trường hợp cụ thể lại là vấn đề khó khăn và tế nhị. Người ta đã đề xuất khá nhiều test để chẩn đoán xác định:

- Test Viggo - Schmidt: thử công thức bạch cầu trước khi làm nghiệm pháp. Dùng ngón tay xoa trên bề mặt amidan trong vòng 5 phút, thử lại công thức bạch cầu. Nếu amidan viêm sẽ thấy số lượng bạch cầu tăng lên. Bạch cầu tăng dần trong vòng 30 phút, giảm dần trong vòng 2 giờ, sau trở lại bình thường.

- Test Le Mée: nếu amidan viêm đã gây các biến chứng, sau khi xoa trên bề mặt amidan có khi thấy khớp đau hơn, xuất hiện phù nhẹ hoặc trong nước tiểu có hồng cầu.

- Đo tỷ lệ ASLO trong máu: bình thường 200 đơn vị, khi viêm do liên cầu khuẩn sẽ tăng cao từ 500 - 1000 đơn vị.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm amidan cấp tính	Bệnh bạch hầu
----------------------	---------------

Viêm amidan cấp tính	Bệnh bạch hầu
Sốt cao, bắt đầu đột ngột	Sốt, bắt đầu từ từ
Mạch nhanh, mạnh	Mạch chậm, yếu
Mệt mỏi vừa, mặt đỏ	Mệt mỏi rõ rệt, mặt xanh tái
Chấm mủ ở bề mặt amidan hoặc màng mủ, không vượt khỏi amidan	Giả mạc không giới hạn ở miệng hốc và có thể vượt ra ngoài amidan
Màng mủ mềm dễ nát và không dính chắc vào tổ chức amidan	Giả mạc chắc, dính, khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu
Hạch cổ thường không sưng trù trường hợp nặng	Hạch cổ sưng to, ngay cả trường hợp thông thường
Nước tiểu rất ít khi có albumin	Nước tiểu thường có albumin
Không tìm thấy trực khuẩn <i>Klebs-Loeffer</i>	Có trực khuẩn <i>Klebs-Loeffer</i> khi soi giả mạc

Viêm amidan mạn tính cần phân biệt với:

- Lao amidan: Có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.
- Giang mai thời kỳ hai: Niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amidan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.
- Ung thư amidan: Thường một bên amidan to, xù xì, có thể loét hoặc không, mặt độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.

- Thở lâm sàng: Viêm A do liên cầu β tan huyết nhóm A.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Đối với viêm amidan cấp tính chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.
- Viêm amidan mạn tính, vấn đề điều trị chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt amidan.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Viêm amidan cấp tính

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.
- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol...
- Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm β lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.
- Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.
- Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: bicarbonat natri, borat natri... (nửa

thìa cà phê trong một cốc nước ấm).

- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

4.2.2. Viêm amidan mạn tính

Phẫu thuật cắt amidan hiện nay là rất phổ biến, tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ. Chỉ cắt khi nào amidan thực sự trở thành một ổ viêm (focal infection) gây hại cho cơ thể.

4.2.2.1. Chỉ định phẫu thuật

- Amidan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5 - 6 lần trong một năm).
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan.
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng...
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.
- Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngưng thở khi ngủ - hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

4.2.2.2. Chống chỉ định phẫu thuật

* Chống chỉ định tuyệt đối:

- Các hội chứng chảy máu: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.
- Các bệnh nội khoa như: cao huyết áp, suy tim, suy thận, suy gan giai đoạn mất bù...

* Chống chỉ định tương đối:

- Khi đang có viêm họng cấp tính hay đang có biến chứng áp xe amidan.
- Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm mũi, viêm xoang, mụn nhọt.
- Khi đang có viêm, nhiễm virus cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, bại liệt, sốt xuất huyết...
- Khi đang có biến chứng do viêm amidan như: viêm thận cấp, thấp khớp cấp... thì phải điều trị ổn định, hết đợt cấp mới được cắt.
- Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: đái tháo đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai, AIDS...
- Phụ nữ đang thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ mang thai hoặc đang nuôi con bú.

- Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.
- Người quá yếu, trẻ quá nhỏ, người trên 50 tuổi.
- Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng, địa phương đang có dịch truyền nhiễm...

4.2.2.3. Phương pháp phẫu thuật

- Trước đây thường phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ bằng các phương pháp: Sluder và Anse.
- Ngày nay chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng các phương pháp Anse hoặc trực tiếp bằng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, cắt bằng Laser, Coblator, dao siêu âm....

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Viêm amidan nếu không được điều trị đúng và kịp thời, nhẹ thì gây ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống, nặng có thể gây ra nhiều biến chứng, thậm chí có những biến chứng rất nguy hiểm.

5.1. Biến chứng cục bộ

Loét khe amidan, sỏi amidan, viêm tấy chung quanh amidan, viêm tấy thành bên họng, viêm họng mạn tính.

5.2. Biến chứng gần

Viêm hạch cổ mạn tính, viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm thanh, khí, phế quản.

5.3. Biến chứng xa

Viêm khớp, viêm thận, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết...

6. PHÒNG BỆNH

- Giữ vệ sinh môi trường sống, đặc biệt những người có sức đề kháng kém, có cơ địa dị ứng. Có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp, khi thời tiết giao mùa...

- Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, viêm răng miệng...

- Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của bản thân.

Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID): Thời gian sử dụng tối đa

Nguồn: <http://magazine.canhgiacduoc.org.vn/Magazine/Details/242>

Hồ Thanh Phong

Nội dung

Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID) được sử dụng phổ biến để giảm đau và hạ sốt trong nhiều tình trạng khác nhau như đau đầu, viêm khớp, cảm cúm. Thời gian sử dụng thuốc kéo dài có thể làm tăng nguy cơ gặp biến cố bất lợi như loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, độc tính trên gan, bệnh lý tim mạch [3], [8].

Các thuốc NSAID được chia thành 2 nhóm bao gồm nhóm sử dụng không cần kê đơn (over-the-counter - OTC) và nhóm sử dụng cần được kê đơn. Các chế phẩm thuộc nhóm OTC có hàm lượng hoạt chất thấp hơn chế phẩm cần kê đơn [1], [10]. Tất cả các thuốc trong 2 nhóm đều được khuyến cáo sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất để hạn chế tác dụng bất lợi [8], [10]. Khuyến cáo về thời gian điều trị tối đa khác biệt giữa hai nhóm:

Nhóm NSAID sử dụng không cần kê đơn:

Để hạ sốt: Cơ quan quản lý Dược phẩm Pháp (ANSM) và Tờ thông tin sản phẩm (SPC) của các thuốc lưu hành tại Hoa Kỳ đều khuyến cáo không nên sử dụng quá 3 ngày [2], [5], [6].

Để giảm đau: ANSM khuyến cáo không sử dụng thuốc quá 5 ngày, SPC các thuốc tại Hoa Kỳ khuyến cáo không dùng quá 10 ngày [2], [6], [10].

Nhóm NSAID cần kê đơn trước khi sử dụng: Tờ thông tin sản phẩm của thuốc NSAID có đề cập đến thời gian sử dụng, tuy nhiên, không có khuyến cáo cụ thể về thời gian sử dụng tối đa. Ví dụ, đối với ibuprofen, đáp ứng lâm sàng khi sử dụng viên nén ibuprofen trong trường hợp mạn tính được ghi nhận sau vài ngày đến 1 tuần, thường trong vòng 2 tuần sau khi bắt đầu dùng thuốc [7]. Đối với diclofenac, thời gian sử dụng thuốc ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu bệnh - chứng tại Châu Âu có thể lên đến hơn 90 ngày. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng chỉ ra thời gian sử dụng diclofenac kéo dài là một trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến tổn thương gan liên quan đến thuốc [9].

Chuyên luận các thuốc NSAID của Hiệp hội Dược sĩ Canada đề cập đến thời gian sử dụng tối đa của một số hoạt chất tùy thuộc vào đối tượng (trẻ em, người lớn),

phân loại thuốc (OTC, thuốc kê đơn) chỉ định và liều lượng thuốc. Cụ thể, sử dụng diclofenac tối đa 1 tuần ở bệnh nhân người lớn trong trường hợp đau cơ, khớp cấp tính với liều 2-4 g [4]. Hoặc sử dụng ketorolac 10 mg mỗi 4-6 giờ (nếu cần) tối đa trong 5 ngày sau phẫu thuật (7 ngày trong điều trị đau cơ xương khớp). Hiệp hội Dược sĩ Canada cũng khuyến cáo bệnh nhân có thể đáp ứng khác nhau với từng thuốc NSAID trong điều trị viêm khớp dạng thấp, tăng dần liều trong 1-2 tuần đầu sử dụng thuốc. Nếu bệnh nhân có đáp ứng không phù hợp hoặc dung nạp kém sau 4 tuần điều trị, cân nhắc sử dụng NSAID khác. Xin tham khảo khuyến cáo liều lượng và thời gian sử dụng tối đa của một số thuốc NSAID trong bảng 1 và bảng 2 [4].

Bảng 1: Khuyến cáo liều dùng và thời gian sử dụng một số thuốc NSAID ở người lớn

STT	Hoạt chất	Chỉ định	Đường dùng	Liều thường dùng	Liều dùng, thời gian dùng tối đa
1	Celecoxib	Viêm xương khớp hoặc viêm cột sống dính khớp	Uống	200 mg/ngày chia 1-2 lần	200 mg/ngày
		Viêm khớp dạng thấp	Uống	100-200 mg/ngày chia 2 lần	400 mg/ngày
		Đau cấp tính	Uống	400 mg/lần/ngày điều trị đầu tiên, sau đó dùng liều 100-200 mg/ngày (nếu cần)	400 mg/ngày Thời gian sử dụng tối đa: 1 tuần
		Đa polyp gia đình	Uống	400 mg/ ngày chia 2 lần	
2	Diclofenac diethylamin	Đau xương, khớp cấp tính	Dùng ngoài	2-4 g/ngày chia 2-3 lần	Thời gian sử dụng tối đa: 1 tuần
3	Diclofenac kali	Đau cấp tính	Uống	50 mg mỗi 6-8 giờ (nếu cần)	100 mg/ngày Thời gian sử dụng tối đa: 1 tuần
		Cơn đau nửa đầu cấp tính	Bột pha dung dịch uống	50 mg/gói/liều	1 gói/cơn đau
		Đau bụng kinh nguyên phát	Uống	Liều nạp 100 mg, sau đó dùng liều 50 mg mỗi 6-8 giờ (nếu cần)	200 mg/ngày đầu; 100/ngày từ ngày thứ 2 - đến ngày thứ 7 Thời gian sử dụng tối đa: 1 tuần
4	Diclofenac natri	Viêm khớp dạng thấp và viêm xương khớp	Uống, viên bao tan trong ruột	Điều trị khởi đầu với viên bao tan trong ruột: 75 mg/ngày chia 3 lần	100 mg/ngày Để hạn chế nguy cơ xảy ra biến cố bất lợi trên tim mạch sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể
			Uống, viên giải phóng chậm	Điều trị duy trì: 75 - 100 mg/ngày uống buổi sáng hoặc buổi tối	
			Viên đặt trực tràng	50-100 mg/ngày	
			Viêm khớp gối	Dùng ngoài	50 giọt/đầu gối x 3 lần/ngày hoặc 40 giọt/đầu gối x 4 lần/ngày
5	Etodolac	Viêm khớp dạng thấp hoặc viêm xương khớp	Uống	200-300 mg x 2 lần/ngày, nếu dung nạp dùng 400-600mg/lần/ngày buổi tối	1000 mg/ngày
6	Flurbiprofen	Chống viêm	Uống	200 mg/ngày chia 2-3 lần	300 mg/ngày trong đợt cấp tính
		Đau bụng kinh	Uống	50 mg x 4 lần/ngày	
		Đau từ nhẹ đến trung bình	Uống	50 mg mỗi 4-6 giờ (nếu cần)	
7	Ibuprofen	Giảm đau, hạ sốt	Uống	Không kê đơn: 200-400 mg mỗi 4 giờ (nếu cần)	1200 mg/ngày
			Truyền tĩnh mạch	400-800 mg mỗi 6 giờ (nếu cần)	Hạ sốt: 2400 mg/ngày ^a Giảm đau: 3200 mg/ngày ^a Cần pha loãng trước khi truyền.
		Viêm xương khớp và viêm khớp dạng thấp	Uống	1200mg/ngày	2400 mg/ngày ^a
8	Indomethacin	Chống viêm	Uống hoặc đặt trực tràng	Khởi đầu liều 25 mg x 2-3 lần/ngày Tăng thêm từ 25 đến 50 mg mỗi tuần	200 mg/ngày
		Viêm khớp do gout cấp tính	Uống hoặc đặt trực tràng	50 mg x 3 lần/ngày	200 mg/ngày
		Đau vai cấp tính	Uống hoặc đặt trực tràng	25-50 mg x 3 lần/ngày	200 mg/ngày Ngừng thuốc sau khi triệu chứng được kiểm soát vài ngày

Bảng 1: Khuyến cáo liều dùng và thời gian sử dụng một số thuốc NSAID ở người lớn

STT	Hoạt chất	Chỉ định	Đường dùng	Liều thường dùng	Liều dùng, thời gian dùng tối đa
9	Ketoprofen	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp và viêm cột sống dính khớp	Uống	Khởi đầu 150-200 mg/ngày chia 3-4 lần viên nang hoặc viên bao tan trong ruột Liều duy trì: 100 mg x 2 lần/ngày	Có thể chuyển sang viên giải phóng chậm: 200 mg/ngày Liều tối đa: 300 mg/ngày
		Đau bụng kinh nguyên phát từ nhẹ đến trung bình	Uống	25 hoặc 50 mg/lần x 3-4 lần/ngày (nếu cần)	50 mg/liều, 300 mg/ngày
10	Ketorolac tromethamin	Giảm đau	Uống	10 mg mỗi 4-6 giờ (nếu cần)	40 mg/ngày tối đa 5 ngày sau phẫu thuật (7 ngày trong điều trị đau xương khớp)
			Tiêm bắp	10-30 mg mỗi 4-6 giờ (nếu cần) Bệnh nhân <50 kg: khởi đầu 10 mg/lần	120 mg/ngày, tối đa 2 ngày Bệnh nhân <50 kg: tối đa 60 mg/ngày
11	Acid mefenamic	Đau cấp tính	Uống	500 mg liều khởi đầu, sau đó 250 mg mỗi 6 giờ (nếu cần)	Thời gian dùng tối đa: 1 tuần
		Đau bụng kinh	Uống	500 mg liều khởi đầu, sau đó 250 mg mỗi 6 giờ	Thời gian sử dụng từ 2-3 ngày
12	Meloxicam	Viêm xương khớp	Uống	Liều khởi đầu 7,5 mg/ngày Liều duy trì thông thường 7,5-15 mg/lần/ngày	15 mg/ngày
		Viêm khớp dạng thấp	Uống	Liều khởi đầu 15 mg (7,5 mg trường hợp nguy cơ gặp ADR cao) Liều duy trì thông thường 7,5-15 mg/lần/ngày	
13	Nabumetone	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp	Uống	1000 mg/lần/ngày Điều chỉnh liều hàng tuần	2000 mg/ngày chia 1-2 lần
14	Naproxen	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp và viêm cột sống dính khớp	Uống hoặc đặt trực tràng	500-1000 mg/ngày	1000 mg/ngày, giới hạn sử dụng liều 1500 mg/ngày trong thời gian ngắn
		Tình trạng đau khác	Uống Uống hoặc đặt trực tràng	500 mg liều khởi đầu, sau đó 250 mg mỗi 6-8 giờ	1250 mg/ngày ngày đầu tiên, 1000 mg các ngày tiếp theo
		Gout cấp	Uống Uống hoặc đặt trực tràng	750 mg liều khởi đầu, sau đó 250 mg mỗi 8 giờ	1000 mg/ngày
		Đau bụng kinh	Uống	500 mg liều khởi đầu, sau đó 250 mg (viên giải phóng ngay) mỗi 6-8 giờ, hoặc 500 mg/lần x 3 lần/ngày (nếu cần)	1000 mg/ngày, giới hạn sử dụng liều 1250 mg/ngày trong thời gian ngắn
15	Naproxen natri	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp	Uống, viên giải phóng có kiểm soát	750-1000 mg/lần/ngày	1500 mg/ngày trong thời gian ngắn
		Đau, sốt mức độ nhẹ đến trung bình	Uống	Không kê đơn: 220 mg/ngày mỗi 8-12 giờ	440 mg/ngày tối đa 5 ngày để giảm đau và 3 ngày để hạ sốt
		Đau từ nhẹ đến trung bình do viêm	Uống	Liều khởi đầu 550 mg, sau đó 275 mg mỗi 6-8 giờ, hoặc 500 mg x 3 lần/ngày (nếu cần)	1375 mg/ngày
		Đau bụng kinh	Uống	Liều khởi đầu 550 mg, sau đó 275 mg mỗi 6-8 giờ, hoặc 500 mg x 3 lần/ngày (nếu cần)	1375 mg/ngày
16	Piroxicam	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp và viêm cột sống dính khớp	Uống hoặc đặt trực tràng	10-20 mg/ngày chia 1-2 lần	20 mg/ngày
17	Tenoxicam	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp	Uống	10-20 mg/lần/ngày	20 mg/ngày
18	Tiaprofenic acid	Viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp	Uống	600 mg/ngày chia 2-3 lần	600 mg/ngày

[a] Liều ≥ 2400 mg/ngày chỉ nên sử dụng ở bệnh nhân không có tiền sử bệnh tim hoặc đột quỵ, hoặc bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch

Bảng 2: Khuyến cáo liều dùng và thời gian sử dụng một số thuốc NSAID ở trẻ em

STT	Hoạt chất	Chỉ định	Liều lượng thông thường	Liều tối đa và khuyến cáo
1	Ibuprofen, chế phẩm OTC	Giảm đau, hạ sốt	5-10 mg/kg mỗi 6-8 giờ (nếu cần)	Liều tối đa: 40 mg/kg/ngày Thời gian sử dụng tối đa 3 ngày để hạ sốt, và 5 ngày để giảm đau
2	Indomethacin	Viêm khớp dạng thấp thiếu niên	Liều khởi đầu 1-2 mg/kg/ngày Liều duy trì: 2-4 mg/kg/ngày	Tối đa: 4 mg/kg/ngày or 150-200 mg/ngày
3	Naproxen	Viêm khớp dạng thấp thiếu niên	Uống: 10 mg/kg/ngày chia 2 lần	
4	Naproxen natri	Đau đầu ở trẻ em	Uống: 5-7/mg/kg/liều mỗi 8-12 giờ ở trẻ > 2 tuổi	

Như vậy, thời gian sử dụng tối đa của các thuốc NSAID tùy thuộc vào hoạt chất, dạng bào chế, chỉ định, liều lượng, đối tượng sử dụng. Cần nhắc thời gian sử dụng thuốc tối đa với từng trường hợp lâm sàng cụ thể theo khuyến cáo từ các tài liệu thông tin thuốc cập nhật.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2017), "Danh mục thuốc không kê đơn", Ban hành kèm theo Thông tư số: 07/2017/TT-BYT ngày 03 tháng 05 năm 2017.
2. ANSM (2019), "Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : l'ANSM veut renforcer le rôle de conseil du pharmacien - Point d'Information", Retrieved 28th September, 2020, from <https://www.ansm.sante.fr>.
3. Best Practice Advocacy Centre (2013), "Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs): Making safer treatment choices", Best Practice Journal, (55).
4. Canadian Pharmacists Association (2014), "Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) (CPhA Monograph)", pp.
5. Dailymed (2020), "Summary Product Characteristic of Basic Care Naproxen Sodium - naproxen sodium tablet, film coated".
6. Dailymed (2020), "Summary Product Characteristics of Assured Ibuprofen - ibuprofen 200 mg tablet".
7. Dailymed (2020), "Summary Product Characteristics of IBUPROFEN- ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet, film coated".
8. Daniel H Solomon (2020), "Patient education: Nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs)", Retrieved 30th September, 2020, from <https://www.uptodate.com>.
9. de Abajo F. J., Montero D., et al. (2004), "Acute and clinically relevant drug-induced liver injury: a population based case-control study", Br J Clin Pharmacol, 58(1), pp. 71-80.
10. FDA (2016), "Medication Guide for Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs)".

UBND TỈNH AN GIANG
SỞ Y TẾ

Số: 1231 /SYT-NVD

V/v sử dụng các thuốc do
công ty Mylan Laboratories
Limited tại Indore-Pithampur,
Ấn Độ sản xuất

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

An Giang, ngày 22 tháng 04 năm 2025

Kính gửi:

- Văn phòng HĐND và UBND các huyện, thị, thành phố;
- Giám đốc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh;
- Giám đốc các cơ sở khám, chữa bệnh trong tỉnh.

Căn cứ Công văn số 1132/QLD-CL ngày 18/04/2025 về việc sử dụng các thuốc do công ty Mylan Laboratories Limited tại Indore-Pithampur, Ấn Độ sản xuất;

Để đảm bảo cung ứng thuốc cho công tác phòng chữa bệnh, Cục Quản lý Dược thông báo:

1. Các lô thuốc do Công ty Mylan Laboratories Limited (địa chỉ: Plot No.11, 12 & 13, Indore SEZ, Phase-II, Pharma Zone, Sector-III, Pithampur Dist. Dhar, Madhya Pradesh-454775, India) sản xuất, đã được nhập khẩu vào Việt Nam trước ngày 17/02/2025 được tiếp tục kinh doanh, sử dụng theo quy định.

2. Tiếp tục thực hiện việc tạm dừng nhập khẩu theo tinh thần của công văn số 510/QLD-CL ngày 17/02/2025 của Cục Quản lý Dược đối với các thuốc do công ty nêu trên sản xuất, theo ý kiến tư vấn của Hội đồng Hội đồng tư vấn cấp Giấy đăng ký lưu hành thuốc, nguyên liệu làm thuốc Bộ Y tế, cho đến khi có đầy đủ các bằng chứng khắc phục chứng minh cơ sở sản xuất tuân thủ đáp ứng GMP.

3. Các cơ sở kinh doanh, sử dụng thuốc tăng cường kiểm soát chất lượng; giám sát chặt chẽ việc phân phối, cấp phát, sử dụng thuốc các lô thuốc được tiếp tục kinh doanh, sử dụng nói trên; kịp thời xử lý khi có phản ứng phụ xảy ra khi người bệnh sử dụng thuốc. Kịp thời báo cáo Cục Quản lý Dược trong trường hợp có phản ứng phụ nghiêm trọng liên quan đến thuốc xảy ra hoặc phát hiện bằng chứng thuốc có vi phạm trong quá trình lưu hành, sử dụng.

Sở Y tế yêu cầu các đơn vị thực hiện một số nội dung như sau:

1. Văn phòng HĐND và UBND các huyện, thị, thành phố trong tỉnh thông báo cho các cơ sở kinh doanh, sử dụng thuốc trên địa biết và nghiêm túc thực hiện.

2. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh (đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS) giám sát chặt chẽ trong quá trình cấp phát, sử dụng thuốc.

3. Giám đốc các cơ sở khám, chữa bệnh trong tỉnh thông tin cho tất cả các nhân viên y tế trong đơn vị biết để thực hiện.

Sở Y tế thông báo để các đơn vị biết và khẩn trương thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- BHXH tỉnh;
- Thanh tra SYT;
- Cổng thông tin điện tử SYT;
- Lưu: VT, NVD.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Từ Hoàng Tước

UBND TỈNH AN GIANG
SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1268/SYT-NVD

An Giang, ngày 23 tháng 04 năm 2025

V/v cảnh báo thuốc giả, thuốc
lưu hành trái phép trên thị trường

Kính gửi:

- Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong tỉnh;
- Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm;
- Các cơ sở kinh doanh thuốc.

Căn cứ Công văn số 1135/QLD-CL ngày 19/04/2025 của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế về việc cảnh báo thuốc giả, thuốc lưu hành trái phép trên thị trường.

Để bảo đảm an toàn cho người sử dụng, Sở Y tế yêu cầu các đơn vị, cơ sở thực hiện một số nội dung, cụ thể như sau:

1. Các cơ sở kinh doanh, cơ sở sử dụng thuốc không được kinh doanh, buôn bán, sử dụng các sản phẩm giả sau:

- Viên nén Clorocid TW3 (Cloramphenicol 250mg), SĐK: VD-25305-16, Nhà sản xuất: Công ty cổ phần dược phẩm TW 3, đóng gói dạng lọ nhựa 400 viên.

- Viên nén Tetracyclin TW3 (Tetracyclin hydroclorid 250mg), SĐK: VD-28109-17, Nhà sản xuất: Công ty cổ phần dược phẩm TW 3, đóng gói dạng lọ nhựa 400 viên.

- Viên nén Pharcoter (Codein base 10mg; Terpin hydrat 100mg), Số đăng ký: VD-14429-11, Nhà sản xuất: Công ty cổ phần dược phẩm Trung ương 1 (Pharbaco), đóng gói dạng lọ nhựa 400 viên.

- Sản phẩm giả thuốc Neo-Codion (*Ghi chú: Thuốc Neo-Codion được Bộ Y tế cấp phép lưu hành với các thông tin chính thức như sau: Số giấy phép lưu hành: 300111082223 (SĐK cũ: VN-18966-15); Hoạt chất: Codein base (dạng Codein camphosulfonat 25mg) 14,93mg; Sulfogaiacol 100mg; Cao mềm Grindelia 20mg; Dạng bào chế: Viên nén bao đường; Đóng gói: Hộp 2 vỉ x 10 viên; Nhà sản xuất: Công ty Sophartex (Pháp), địa chỉ: 21, rue du Pressoir, Vernouillet, 28500).*

- 16 sản phẩm (*chi tiết tại Phụ lục kèm theo*), không thuộc danh mục thuốc đã được Bộ Y tế cấp giấy đăng ký lưu hành.

2. Các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn rà soát lại quy trình mua thuốc, cung ứng thuốc và tình hình cung ứng thuốc trong thời gian qua; bảo đảm thuốc được cung ứng là thuốc đã được cấp giấy phép lưu hành và cung ứng bởi các cơ sở kinh doanh được hợp pháp, có hóa đơn chứng từ đầy đủ. Trường hợp phát hiện thuốc có dấu hiệu nghi ngờ bất thường, thuốc chưa được cấp phép lưu hành, lập tức niêm phong, không tiếp tục sử dụng thuốc và báo cáo cơ quan quản lý y tế, cơ quan chức năng để kiểm tra, xác minh và xử lý theo quy định của pháp luật.

3. Các cơ sở buôn bán, sử dụng thuốc và người dân không buôn bán, sử dụng các thuốc giả có các thông tin nêu trên; Chỉ mua bán thuốc tại các cơ sở kinh doanh được hợp pháp; không mua bán thuốc không rõ nguồn gốc; kịp thời thông báo các dấu hiệu nghi ngờ về sản xuất, kinh doanh thuốc giả, thuốc không rõ nguồn gốc tới Sở Y tế và cơ quan có chức năng liên quan.

4. Giao Thanh tra Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Phòng Nghiệp vụ Dược, Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm và các cơ quan chức năng liên quan tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra các cơ sở kinh doanh dược, cơ sở bán buôn, bán lẻ, sử dụng thuốc trên địa bàn, chú trọng đến việc kiểm tra nguồn gốc, xuất xứ thuốc do các cơ sở kinh doanh, sử dụng.

5. Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm tăng cường lấy mẫu, kiểm tra chất lượng thuốc lưu hành trên địa bàn đối với các thuốc có nguy cơ bị làm giả hoặc kém chất lượng; báo cáo kịp thời các vụ việc phát hiện về Sở Y tế và cơ quan chức năng liên quan theo quy định.

6. Các đơn vị, tổ chức, cá nhân triển khai thực hiện nghiêm Công điện số 41/CD-TTg ngày 17/4/2025 về xử lý vụ việc sản xuất, buôn bán hàng giả là thuốc chữa bệnh, thực phẩm bảo vệ sức khỏe; Chỉ thị 17/CT-TTg ngày 19/6/2018 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường đấu tranh chống buôn lậu, gian lận thương mại, sản xuất, kinh doanh hàng giả, hàng kém chất lượng thuộc nhóm hàng dược phẩm, mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền; Công văn số 7173/BYT-QLD ngày 12/12/2022 của Bộ Y tế về việc tăng cường quản lý, kiểm tra chất lượng thuốc, đấu tranh chống thuốc giả, thuốc không rõ nguồn gốc xuất xứ và các chỉ đạo của Cục QLD tại các công văn số 3028/QLD-CL ngày 31/3/2020, số 11152/QLD-CL ngày 21/7/2020, số 9097/QLD-CL và số 9098/QLD-CL ngày 17/08/2023, tăng cường giám sát, kiểm tra chặt chẽ nhằm kịp thời phát hiện và xử lý nghiêm các hành vi vi phạm, đảm bảo quyền lợi và sức khỏe người tiêu dùng.

Khi phát hiện thông tin thuốc giả, thuốc nhập lậu, thuốc không rõ nguồn gốc xuất xứ trên địa bàn, các tổ chức, cá nhân chủ động thông báo, phản ánh qua đường dây nóng của Sở Y tế tỉnh An Giang (số điện thoại: 0969871919) để kịp thời phối hợp với các cơ quan chức năng xác minh, xử lý theo quy định.

Sở Y tế thông báo để các đơn vị biết và khẩn trương thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- UBND tỉnh (để báo cáo);
- BGĐ Sở Y tế;
- VP HĐND&UBND các huyện, thị, thành phố;
- Thanh tra SYT;
- TTKN DP, MP, TP;
- Công Thông tin SYT;
- Lưu: VT, NVD.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Từ Hoàng Tước

Phụ lục
DANH MỤC CÁC LOẠI THUỐC CHƯA ĐƯỢC CẤP SỐ ĐĂNG KÝ
(Kèm theo Công văn số 1268/SYT-NVD ngày 23/4/2025 của Sở Y tế An Giang)

STT	Tên thuốc
1	Nhức khớp tê bại hoàn
2	Tui Hua Shen Jing Tong (thuốc thoái hoá Singapore)
3	Trùng thảo sâm nhung bổ tỳ khai vị đại bổ hoàn
4	Professor's Pill (khớp xanh)
5	Mujarhabat Kapsul (khớp đỏ)
6	Gai cốt hoàn
7	Toạ cốt thiên ma thống phong hoàn
8	Tuyết liên thiên ma bảo khớp hoàn
9	Phong tê nhức Bạch Xà Vương
10	Phong tê nhức Hổ Cốt Hoàn
11	Đa xoang mũi
12	Viên vai cổ
13	Yuan Bone
14	Thoái cốt hoàn plus
15	Thoái hoá nhức khớp hoàn plus
16	Thoát hoá tọa cốt đơn

