



BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG



BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC QUÝ II

NĂM 2024

NỘI DUNG		TRANG
 <p>HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ</p>	Sử dụng Insulin điều trị đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên	1
 <p>THÔNG TIN THUỐC</p>	Hướng dẫn sử dụng Siro Hedera	10
	Hướng dẫn sử dụng Grafort 3g	12
	Hướng dẫn sử dụng Bilazin 20	14
	Hướng dẫn sử dụng Dagocti	16
	Hướng dẫn sử dụng Kazelaxat	18
 <p>CẢNH GIÁC DƯỢC</p>	BIP Occitanie số 4/2023: Nguy cơ ung thư dạ dày khi sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI)	20
	MHRA: Cảnh báo nhắc lại về nguy cơ gặp biến cố bất lợi trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast	22
	Cơ quan Y tế Quốc gia Pháp (HAS): Thận trọng khi sử dụng các thuốc có nguy cơ cao	24
 <p>ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC</p>	Dinh dưỡng và tập luyện trong đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên	27



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Sử dụng Insulin điều trị đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên



Không có một công thức chung dành cho tất cả người bệnh ĐTD, đặc biệt ở trẻ em, bởi nhu cầu insulin ở các lứa tuổi sẽ khác nhau và phụ thuộc vào sự phát triển, tăng trưởng, và thay đổi hormon ở từng giai đoạn. Chính vì vậy, người bệnh ĐTD típ 1 cần một liệu trình điều trị linh hoạt để duy trì glucose huyết tối ưu và kiểm soát các yếu tố bất lợi gây gián đoạn điều trị.

I. Phân loại Insulin

1. Phân loại theo cấu trúc phân tử

- Human insulin (insulin người): tổng hợp bằng phương pháp tái tổ hợp DNA, trình tự acid amin giống insulin mà cơ thể tạo ra. Ví dụ: regular insulin (insulin thường, tác dụng ngắn), NPH insulin (insulin tác dụng trung bình).
- Insulin analog: tổng hợp bằng kỹ thuật tái tổ hợp DNA, có thay đổi một hoặc một số acid amin hoặc gắn thêm chuỗi polypeptide để thay đổi dược tính. Ví dụ: insulin tác dụng nhanh (aspart, lispro, glulisine), insulin tác dụng kéo dài.

2. Phân loại theo thời gian tác dụng

- Insulin tác dụng rất-nhanh
- Insulin tác dụng nhanh
- Insulin tác dụng trung bình
- Insulin tác dụng kéo dài

2.1 Insulin tác dụng nhanh

- Insulin tác dụng rất-nhanh (Ultra-rapid-acting insulin): Tiêm trước mỗi bữa ăn trong chế độ tiêm nhiều mũi/ngày, dùng cho bơm insulin hoặc dụng cụ đưa insulin tự động. Đã được FDA cho dùng ở trẻ ≥ 2 tuổi
- Insulin tác dụng nhanh (RAI): lispro (dùng mọi lứa tuổi), aspart (≥ 1 tuổi), và glulisine (≥ 6 tuổi).
 - + Liều phụ thuộc vào lượng cacbohydrat tiêu thụ và nồng độ glucose huyết.
 - + Tiêm ngay hoặc trước bữa ăn 10-15 phút.
- Insulin tác dụng ngắn (insulin thường): Tiêm trước mỗi bữa ăn 20-30 phút kết hợp với insulin tác dụng trung bình 2-3 lần/ ngày hoặc insulin tác dụng kéo dài (1 hoặc 2 lần/ ngày).

2.2 Insulin tác dụng trung bình

- Ưu điểm: chi phí rẻ, số lượng mũi tiêm giảm. Thuốc nên dùng vào buổi sáng để kiểm soát được glucose huyết sau ăn bữa phụ sáng và bữa trưa (đặc biệt với trẻ đi học không tiêm được insulin trước bữa ăn trưa).
- Nhược điểm: hạ glucose huyết cao (nửa đêm đến 4 giờ sáng) hoặc hiện tượng bình minh (dawn phenomenon): tăng glucose huyết vào buổi sáng (4-8 giờ sáng). Sử dụng 2 lần/ ngày để cung cấp insulin nền cần thiết.
- Thuốc cần lặn nhẹ 12-15 lần trước khi sử dụng.

2.3. Insulin tác dụng kéo dài (glargine, detemir, degludec)

- Thuốc hấp thu chậm, gần như không có tác dụng đỉnh hoặc rất ít; ổn định nồng độ trong thời gian dài \rightarrow giảm nguy cơ gây hạ glucose huyết.
- Sử dụng 1-2 lần/ngày (trừ insulin degludec có thời gian tác dụng kéo dài nên sử dụng 1 lần/ngày); ưu tiên sử dụng vào buổi tối. Trong trường hợp trẻ

có nguy cơ hạ glucose huyết ban đêm nên chọn sử dụng vào buổi sáng. Detemir được FDA phê duyệt cho dùng ở trẻ ≥ 2 tuổi. Glargine U100 (100 UI/ml) thường tiêm 1 lần vào buổi tối. Glargine U300 (300 UI/ml) làm giảm hạ glucose vào buổi đêm và cho glucose ổn định hơn ở người lớn ĐTĐ típ 1 chứ không rõ ở trẻ em ĐTĐ típ 1. Glargine U300 được FDA cho dùng ở trẻ em ≥ 6 tuổi. Degludec được FDA cho dùng ở trẻ ≥ 1 tuổi.

2.4. Insulin trộn sẵn: hỗn hợp của NPH hoặc protamine và insulin tác dụng ngắn/nhanh

- Có nhiều loại khác nhau phụ thuộc vào tỷ lệ insulin ngắn/insulin thường với NPH (10:90, 15:85, 20:80, 25:75, 30:70, 40:60, 50:50) hoặc insulin tác dụng kéo dài/tác dụng ngắn như Degludec/Aspart tỷ lệ 70/30. Insulin hỗn hợp ở Việt Nam có các tỷ lệ 25/75, 30/70 và 50/50.

- Sử dụng trong bút tiêm, cần lặn nhẹ khoảng 20 lần trước khi dùng.

II. Nguyên tắc của liệu pháp Insulin

1. Phác đồ tiêm insulin tích cực

- Ưu điểm: lượng insulin điều chỉnh linh hoạt, kiểm soát glucose huyết tốt hơn, giảm biến chứng về mạch máu.

- Hạn chế:

+ Tiêm nhiều mũi insulin trong ngày \rightarrow tốn kém.

+ Kiểm tra glucose mao mạch liên tục (≥ 4 lần/ ngày).

+ Nguy cơ hạ glucose huyết.

1.1 Phác đồ tiêm nhiều lần (Multiple daily injection - MDI)

- Phác đồ tiêm nhiều lần ưu việt hơn chế độ tiêm 2 mũi dùng trộn sẵn và chế độ tiêm 3 mũi, nhưng cần được cá thể hóa, phụ thuộc vào hoàn cảnh của trẻ/gia đình và mong muốn của trẻ. Nếu dùng phác đồ insulin truyền thống sau vài năm, sẽ chuyển sang phác đồ tiêm insulin tích cực.

- Insulin tác dụng nhanh (ưu việt hơn dùng insulin người) (55-70% tổng liều insulin cả ngày): tiêm trước mỗi bữa ăn, điều chỉnh theo glucose huyết/thức ăn/mức độ hoạt động (sáng - trưa - chiều).

- Insulin tác dụng kéo dài (30-45% tổng liều insulin cả ngày): tiêm 1-2 lần/ngày.

1.2 Truyền insulin dưới da liên tục (bơm tiêm insulin): phù hợp với mọi lứa tuổi mắc ĐTĐ típ 1, đặc biệt trong các trường hợp sau:

+ Hạ glucose huyết nặng tái diễn	+ Trẻ nhỏ
+ Glucose huyết không ổn định	+ (< 1 tuổi hoặc tiền học đường)
+ Kiểm soát bệnh không tối ưu (HbA1c vượt ngưỡng bình thường theo tuổi).	+ Chế độ dùng insulin ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống.
+ Dễ bị toan ceton	+ Thanh thiếu niên có rối loạn ăn uống
+ Biến chứng vi mạch máu và/ hoặc có yếu tố nguy cơ gây biến chứng mạch lớn	+ Phụ nữ mang thai.
	+ Vận động viên thi đấu.

2. Phác đồ insulin truyền thông: không đạt được mục đích kiểm soát tốt glucose huyết, nhưng phù hợp với người có thói quen sinh hoạt hàng ngày đều đặn, thời gian ăn cố định.

- Phác đồ ít tích cực (less intensive): Tiêm 2 hoặc 3 mũi mỗi ngày, sử dụng insulin trộn. Insulin tác dụng nhanh được điều chỉnh dựa trên glucose huyết và lượng cacbohydrat tiêu thụ.

- Phác đồ cố định: Liều 2 mũi insulin trộn sẵn/ngày cố định, không điều chỉnh hoặc điều chỉnh rất ít.

- Phác đồ 3 mũi/ngày: insulin trộn tiêm sáng; insulin thường/tác dụng nhanh trước ăn tối; insulin nền (thường dùng tác dụng trung bình).

- Trong chế độ tiêm nhiều lần có thể sử dụng phác đồ tiêm 3 mũi như sau: trước 2 bữa ăn chính tiêm dưới da insulin tác dụng nhanh (thường là bữa sáng và bữa trưa); trước 1 bữa ăn chính (thường là bữa tối) tiêm dưới da insulin trộn sẵn Degludec/Aspart tỷ lệ 70/30, và không phải tiêm thuốc insulin tác dụng kéo dài đơn độc. Insulin trộn sẵn Degludec/Aspart tỷ lệ 70/30 được dùng cho trẻ em ĐTĐ từ 2 tuổi trở lên, nhưng khi dùng cần xem xét giảm tổng liều insulin trong ngày để giảm nguy cơ hạ glucose huyết, và thận trọng khi sử dụng, đặc biệt cho trẻ em từ 2 đến 5 tuổi vì nguy cơ hạ glucose huyết.

- Metformin được dùng để phòng ngừa, và kết hợp với insulin để điều trị thanh thiếu niên ĐTĐ típ 1 ở 1 số nghiên cứu nhưng ít được chỉ định trong thực hành lâm sàng.

III. Hướng dẫn chỉnh liều

1. Các yếu tố ảnh hưởng đến liều insulin

- Thời gian và giai đoạn điều trị ĐTĐ	- Tuổi, cân nặng
- Tình trạng tại vị trí tiêm thuốc	- Giai đoạn dậy thì
- Kết quả glucose huyết và HbA1c	- Chu kì kinh nguyệt
- Thói quen hoạt động hàng ngày	- Tình trạng dinh dưỡng
	- Bệnh nền tái diễn

Ví dụ:

- Giai đoạn tự phục hồi (giai đoạn trắng mật): giảm liều insulin < 0,5 UI/kg/ngày.
- Giai đoạn mẫu giáo (6 tháng - 6 tuổi): 0,4 - 0,8 UI/kg/ngày
- Giai đoạn tiền dậy thì (ngoài giai đoạn tự phục hồi): 0,7-1 UI/kg/ngày.
- Giai đoạn dậy thì: 1-2 UI/kg/ngày.

2. Phân phối liều insulin hàng ngày (sử dụng phác đồ MDI)

2.1 Liều insulin nền: 30-45% tổng liều insulin cả ngày

- Glargine: tiêm 1 lần/ngày tại một thời điểm cố định (trẻ em có thể dùng 2 lần/ngày hoặc phối hợp với NPH).
- Detemir: tiêm 2 mũi/ngày. Khi chuyển từ NPH sang detemir, giữ nguyên liều ban đầu hoặc tăng liều phụ thuộc vào kết quả glucose huyết.
- Degludec: tiêm 1 lần/ngày, bất kì buổi nào trong ngày. Đối với trẻ em nên tiêm cố định một khoảng thời gian trong ngày.
- Insulin tác dụng trung bình (NPH): sử dụng vào buổi sáng để bao phủ insulin trong cả ngày, đặc biệt sau bữa ăn trưa hoặc bữa ăn nhẹ ở những trẻ không thể tiêm insulin ở trường.

2.2 Liều insulin bolus trước mỗi bữa ăn

- Chiếm 55% đến 75% tổng liều insulin/ngày.

- Dựa vào: tổng lượng cacbohydrat tiêu thụ và mức glucose huyết mong muốn đạt được.

a) *Liều insulin dựa trên tổng lượng cacbohydrat tiêu thụ (insulin CHO)*

- **Bước 1:** Tính tỷ lệ cacbohydrat/ insulin (CIR) (1 UI insulin có thể chuyển hóa bao nhiêu gram cacbohydrat): Quy tắc 500

+ $CIR = 500/\text{Tổng insulin cả ngày}$

+ Khác nhau ở từng độ tuổi: trẻ 1-2 tuổi: dùng quy tắc 300 hoặc 250; trẻ tiền học đường: quy tắc 500

+ CIR thông thường 1:20 hoặc 1:25

Ví dụ: 1 trẻ A cần sử dụng insulin sáng/trưa/chiều, mỗi lần 6 UI và 12 UI insulin nền.

- Tổng liều insulin cả ngày = $6+6+6+12 = 30\text{UI}$ và $CIR = \frac{500}{30} = 16,7 \text{ g/UI}$

- **Bước 2:** Tính liều insulin sau ăn = $\frac{\text{Hàm lượng cacbohydrat ước tính trong bữa ăn}}{CIR}$

Ví dụ: trẻ A (ở ví dụ trên) cần tiêu thụ bữa ăn với lượng carbohydrate 45g.

$$\text{Liều insulin cần dùng} = 45/16,7 = 2,67 \text{ UI}$$

b) *Liều insulin dựa trên mức glucose huyết mong muốn đạt được*

- **Bước 3:** Tính hệ số nhạy cảm insulin (1 UI insulin có thể làm giảm xuống bao nhiêu mg/dL glucose huyết.): “quy tắc 1800” nếu đo glucose theo mg/dL hay “quy tắc 100” nếu đo glucose theo mmol/L.

+ Hệ số nhạy cảm insulin = $1800/\text{Tổng liều insulin cả ngày}$ (nếu glucose huyết tính theo mg/dL)

+ Hoặc = $100/\text{Tổng liều insulin cả ngày}$ (nếu glucose huyết tính theo mmol/L)

+ Đối với nhóm kháng insulin nhiều hoặc dùng insulin regular: dùng quy tắc 1500.

+ Ví dụ: Hệ số nhạy cảm insulin (trẻ A - ví dụ trên) = $1800/30 = 60$

- **Bước 4:**

+ Tính liều insulin hiệu chỉnh = $(\text{Glucose huyết hiện tại} - \text{Glucose huyết mong muốn})/(\text{Hệ số nhạy cảm insulin})$ (UI glucose: mg/dL)

+ Glucose huyết mong muốn: 120 mg/dL.

Ví dụ: trẻ A có test glucose huyết hiện tại là 270 mg/ dL

Liều insulin hiệu chỉnh = $(270 - 120) / 60 = 2,5$ UI

- Như vậy, qua 4 bước, xác định được liều insulin của trẻ A cần dùng trước bữa ăn đó = liều insulin cần dùng + liều insulin hiệu chỉnh

= $2,67 + 2,5 = 5,1$ UI

→ Trẻ A cần tiêm 5 UI insulin trước bữa ăn này.

3. Cách điều chỉnh insulin

- Glucose huyết tăng cao trước bữa ăn sáng: tăng liều insulin tác dụng trung bình/ kéo dài trước khi đi ngủ (chú ý hạ glucose huyết về đêm).

- Tăng glucose huyết sau ăn: tăng insulin rất nhanh/nhanh/thường trước mỗi bữa ăn.

- Tăng glucose huyết trước ăn trưa/chiều: tăng insulin nền trước ăn sáng hoặc tăng liều insulin rất nhanh/nhanh/thường trước bữa ăn sáng (nếu sử dụng phác đồ MID).

- Khi sử dụng phương pháp tính lượng cacbohydrat, nếu glucose huyết tăng dai dẳng sau ăn, cần điều chỉnh lại hệ số cacbohydrat: insulin. Nếu glucose huyết vẫn tiếp tục tăng dai dẳng sau ăn mặc dù đã điều chỉnh liều insulin hiệu chỉnh, cần điều chỉnh hệ số nhạy insulin.

- Hạ glucose huyết không rõ nguyên nhân: cần đánh giá lại liều lượng và phác đồ insulin. Tăng glucose huyết không rõ nguyên nhân có thể do nguyên nhân là sau hạ glucose huyết làm trẻ ăn nhiều và tăng hormon điều hòa đối kháng.

- Liều insulin cần linh hoạt và thay đổi theo mức độ hoạt động và sự thay đổi chế độ ăn.

IV. Đường dùng và cách bảo quản

1. Cách tiêm insulin

1.1 Biện chứng tại chỗ tiêm

- Phì đại lớp mỡ: cần thay đổi vị trí tiêm.

- Teo lớp mỡ dưới da: hiếm gặp

- Đau tại chỗ tiêm: hay gặp; cần kiểm tra góc tiêm, chiều dài kim tiêm, độ sâu khi tiêm để tránh tiêm vào lớp cơ.
- Phản ứng quá mẫn tại chỗ
- Bầm tím và chảy máu: xảy ra phổ biến khi tiêm bấp hoặc ép chặt da.

1.2 Các yếu tố ảnh hưởng đến tiêm insulin

- Nồng độ, thể tích và liều insulin thấp hơn → hấp thu nhanh hơn.
- Vị trí tiêm: insulin tác dụng ngắn (insulin thông thường) hấp thu nhanh hơn khi tiêm ở bụng, chậm hơn khi tiêm ở cánh tay, sau là đùi và mông. Không có sự khác biệt lớn khi tiêm insulin tác dụng nhanh và kéo dài.
- Tốc độ dòng máu đến các mô của cơ thể: Hút thuốc lá làm giảm lưu lượng máu đến các mô, dẫn đến giảm hấp thu insulin. Chạy bộ làm tăng lưu lượng máu đến phần dưới cơ thể, tăng hấp thu insulin khi tiêm vào đùi hoặc mông.
- + Các yếu tố khác làm tăng nhiệt độ da (tập thể dục, xoa bóp vùng tiêm cũng làm tăng hấp thu insulin.
- + Béo phì: Tăng lớp mỡ dưới da khiến insulin hấp thu chậm hơn do giảm dòng máu dưới da.
- Phì đại lớp mỡ dưới da: làm chậm sự hấp thu của insulin.

2. Cách bảo quản insulin

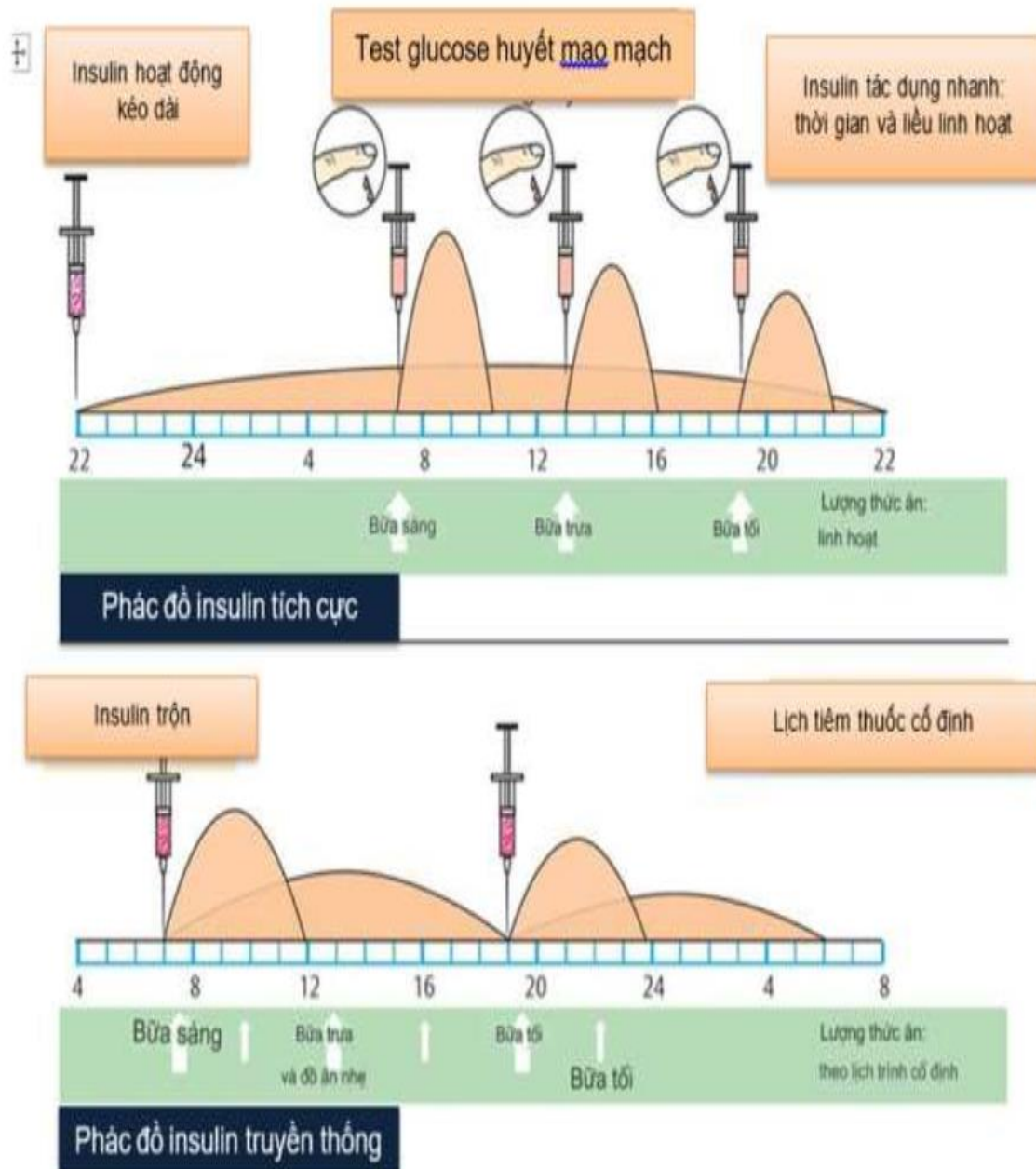
2.1 Insulin chưa được sử dụng

- Bảo quản trong tủ lạnh ở nhiệt độ 2-8 độ C cho đến khi hết hạn sử dụng (không để quá gần chế độ làm đông).
- Không nên sử dụng insulin đã bị hóa đông do ảnh hưởng chất lượng thuốc.

2.2 Insulin đã sử dụng

- Bảo quản ở nhiệt độ phòng (dưới 25 hoặc 30 độ C) trong 4 tuần.
- Thời gian sử dụng sau khi mở nắp từ 10 ngày đến 8 tuần (tùy thuộc từng loại insulin khác nhau), khuyến cáo theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Insulin dùng trong bơm tiêm cần thay đổi thường xuyên. Nhà sản xuất khuyên dùng insulin aspart và insulin lispro khi sử dụng trong bơm tiêm để nhiệt độ phòng không quá 6 và 7 ngày.



Hình 1. Sơ đồ các mũi tiêm insulin theo phác đồ tích cực và truyền thống

Tài liệu tham khảo

Bộ Y Tế 2024, Quyết định số 1760/QĐ-BYT ngày 21 tháng 06 năm 2024 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Siro Hedera



1. Hoạt chất

Cao khô lá thường xuân (11%) 0.035g
(*Extractum Hederae helicis folii siccum*)

2. Chỉ định

- Viêm đường hô hấp cấp có kèm theo ho.
- Điều trị triệu chứng trong các bệnh lý viêm phế quản mạn tính.

3. Cách dùng, liều dùng

- Trẻ em dưới 6 tuổi: uống 2.5ml x 2 lần/ngày.
- Trẻ em từ 6-12 tuổi: uống 5ml x 2 lần/ngày.
- Trẻ em từ 12 tuổi trở lên và người lớn: uống 5ml x 3 lần/ngày.

Hoặc dùng theo hướng dẫn sử dụng của bác sĩ.

- Thời gian dùng thuốc tùy thuộc vào mức độ trầm trọng của các triệu chứng, nên duy trì liên tục ít nhất 1 tuần đối với các trường hợp viêm đường hô hấp và 2-3 ngày sau khi hết triệu chứng để đảm bảo hiệu quả.
- Cũng như các chế phẩm có nguồn gốc thiên nhiên, sản phẩm Siro Hedera có thành phần hoạt chất là chất chiết xuất từ thực vật, do đó màu của thuốc

đôi khi có thể bị thay đổi. Tuy nhiên, điều này không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

4. Chống chỉ định

- Không dùng cho bệnh nhân mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Những trường hợp không dung nạp fructose.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Siro Hedera của công ty cổ phần dược phẩm Tipharco



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Grafort 3g



1. Hoạt chất

Diocetahedral smectite 3g

2. Chỉ định

- Điều trị triệu chứng đau có liên quan đến các bệnh viêm thực quản, dạ dày và ruột.
- Tiêu chảy cấp và mạn tính sau khi đã bù đủ nước và điện giải.

3. Liều dùng và cách dùng

- Trẻ em:

- + Dưới 6 tháng tuổi: 1/2 gói (10ml) x 2 lần/ngày.
- + 6 tháng - 5 tuổi: 1/2 gói (10ml) x 3 lần/ngày.
- + Trên 5 tuổi: 1 gói (20ml) x 3-4 lần/ngày.

- Người lớn: 1 gói (20ml) x 3-4 lần/ngày

- Thực tế, trường hợp tiêu chảy cấp, có thể tăng liều gấp đôi khi khởi đầu điều trị.

4. Cách dùng

Uống thuốc sau bữa ăn trong viêm thực quản và giữa các bữa ăn trong các chỉ định khác.

5. Chống chỉ định

- Bệnh nhân mẫn cảm với thành phần của thuốc.
- Bệnh nhân bị tắc ruột.
- Trẻ em bị tiêu chảy cấp có mất nước và điện giải.

6. Thận trọng

- Phải bù nước nếu cần (bằng đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch) tùy theo tuổi, cơ địa bệnh nhân và mức độ mất nước do tiêu chảy.
- Khi có sốt không dùng thuốc này quá 2 ngày.
- Thận trọng khi dùng Dioctahedral smectit để điều trị tiêu chảy nặng vì thuốc có thể làm thay đổi độ đặc của phân và chưa biết thuốc có ngăn được mất nước và điện giải còn tiếp tục trong tiêu chảy cấp.

7. Sử dụng cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú

Thuốc này có thể sử dụng cho phụ nữ có thai cũng như phụ nữ cho con bú.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Grafort 3g của công ty Daewoong Pharmaceutical CO, LTD



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Bilazin 20



1. Hoạt chất

Bilastine 20mg

2. Chỉ định

Điều trị triệu chứng trong trường hợp viêm mũi dị ứng (quanh năm hoặc theo mùa) và mày đay.

3. Cách dùng, liều dùng

- Bilazin 20 được dùng bằng đường uống
- Sử dụng cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi.
 - + Liều dùng 20mg (1 viên) x 1 lần/ngày.
 - + Cần uống thuốc vào thời điểm 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau ăn. Nên uống toàn bộ liều trong 1 lần duy nhất trong ngày.
- Người cao tuổi: Không cần chỉnh liều trên người cao tuổi, chưa có nhiều bằng chứng về việc sử dụng thuốc ở bệnh nhân trên 65 tuổi.
- Trẻ em dưới 12 tuổi: Thông tin về độ an toàn và hiệu quả của bilastine trên trẻ em dưới 12 tuổi vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ.
- Bệnh nhân suy thận: Không cần chỉnh liều.

- Bệnh nhân suy gan: Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc dùng thuốc trên bệnh nhân suy gan. Do bilastine không chuyển hóa qua gan mà chủ yếu thải trừ qua thận, tình trạng suy gan có thể không làm nồng độ thuốc trong máu vượt quá giới hạn an toàn. Do đó, không cần chỉnh liều trên bệnh nhân suy gan.

- Độ dài đợt điều trị: Trong điều trị viêm mũi dị ứng, việc điều trị chỉ giới hạn trong khoảng thời gian có tiếp xúc với yếu tố dị nguyên. Cụ thể là, trong điều trị viêm mũi dị ứng theo mùa, có thể ngừng thuốc khi hết triệu chứng và sử dụng lại khi triệu chứng xuất hiện trở lại. Trong điều trị viêm mũi dị ứng quanh năm, nên sử dụng thuốc liên tục trong thời gian tiếp xúc với dị nguyên. Trong điều trị mày đay, thời gian điều trị phụ thuộc vào dạng mày đay, thời gian và diễn biến của triệu chứng.

4. Chống chỉ định

Bệnh nhân quá mẫn với bilastine hoặc bất cứ thành phần tá dược nào trong chế phẩm.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Bilazin 20 của công ty TNHH LD Stellapharm - Chi nhánh 1.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Dagocti



1. Hoạt chất

Dutasterid 0.5mg

2. Chỉ định

- Điều trị và phòng ngừa sự tiến triển của bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH) thông qua việc làm giảm triệu chứng, giảm kích thước (thể tích) tuyến tiền liệt, cải thiện lưu thông nước tiểu và giảm nguy cơ bí tiểu cấp tính cũng như giảm nhu cầu phẫu thuật liên quan đến BPH.
- Ngoài ra, dutasterid có thể dùng đơn trị liệu hoặc kết hợp với thuốc chẹn alpha tamsulosin.

3. Liều lượng và cách dùng

3.1 Người lớn (gồm cả người cao tuổi):

- Nên nuốt nguyên nang, không nên nhai hoặc mở nang ra vì tiếp xúc với chất chứa trong nang có thể gây nên kích ứng niêm mạc miệng - hầu họng.
- Dutasterid có thể uống trong hay ngoài bữa ăn.
- Liều đề nghị của dutasterid là 1 viên nang (0.5mg) uống 1 lần/ngày.
- Dù có thể thấy đáp ứng sớm nhưng có thể cần điều trị ít nhất 6 tháng để có thể đánh giá một cách khách quan liệu có thể đáp ứng điều trị mong muốn hay không.

- Để điều trị bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, dutasterid có thể dùng đơn trị liệu hoặc kết hợp với thuốc chẹn alpha tamsulosin (0.4mg)

3.2 Suy thận

Chưa nghiên cứu ảnh hưởng của suy thận đến dược động học của dutasterid. Tuy nhiên, không cần chỉnh liều dutasterid ở bệnh nhân suy thận.

3.3 Suy gan

Chưa nghiên cứu ảnh hưởng của suy gan đến dược động học của dutasterid.

4. Chống chỉ định

- Bệnh nhân quá mẫn với dutasterid, với các chất ức chế 5-alpha-reductase khác hay với bất cứ thành phần nào của thuốc.
- Chống chỉ định dùng dutasterid cho phụ nữ và trẻ em.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Dagociti của công ty cổ phần dược phẩm Medbolide.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Kazelaxat



1. Hoạt chất

Polystyren 15g

2. Chỉ định

Điều trị tăng kali máu. Đó là trường hợp có quá nhiều kali trong máu. Thuốc có tác động loại bỏ lượng kali thừa để đưa nồng độ của nó trở về mức bình thường. Thuốc thường được dùng cho người bệnh có bệnh thận và người được thẩm phân.

3. Liều dùng

3.1 Người lớn (kể cả người già)

- Đường uống: Liều thường dùng là 15g thuốc bột, mỗi ngày 3-4 lần.
- Đường trực tràng: Liều thường dùng là 30g thuốc bột pha thành hỗn dịch trong 150ml nước hoặc dung dịch dextrose 10% để thụt qua đường trực tràng.
- Trong một số trường hợp, có thể vừa uống thuốc vừa thụt tháo qua trực tràng. Đó là khi cần nhanh chóng hạ thấp nồng độ kali trong máu.

3.2 Trẻ em

- Nếu trẻ em không thể uống được, có thể dùng đường trực tràng.
- Liều hàng ngày là 1g cho mỗi kg cân nặng.

- Khi thuốc bắt đầu có tác dụng, có thể giảm liều hàng ngày xuống còn 0.5g cho mỗi kg cân nặng.

3.3 Trẻ sơ sinh

- Chỉ được dùng Kazelaxat bằng đường trực tràng.

- Liều hàng ngày từ 0.5g đến 1g cho mỗi kg cân nặng.

- Ở trẻ em và trẻ sơ sinh, nên dùng thuốc vào ban đêm. Nếu dùng quá liều, trẻ có thể bị táo bón nặng.

4. Cách dùng

- Kazelaxat có thể dùng đường uống hay thụ thảo qua trực tràng.

- Nếu dùng đường uống, có thể pha thuốc bột với một ít nước hoặc trộn thành bột nhão với mút ngọt hay mật ong.

- Không được trộn chung với nước ép trái cây vì sẽ ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc.

- Nếu dùng đường uống nên ngồi thẳng khi uống thuốc để khỏi bị sặc thuốc vào phổi.

- Nếu dùng đường trực tràng, hãy cố giữ thuốc trong trực tràng ít nhất 9 giờ. Sau đó cần thụ thảo sạch.

5. Chống chỉ định

- Dị ứng (quá mẫn) với natri polystyren sulfonat hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc. Các dấu hiệu của phản ứng dị ứng gồm có: nổi mẩn, nuốt khó hoặc thở khó, sưng môi, mặt, họng hoặc lưỡi.

- Bệnh nhân được cho biết là nồng độ kali trong máu thấp.

- Bị tắc ruột bán phần hoặc hoàn toàn (bệnh tắc ruột).

- Bệnh nhân đang dùng sorbitol (một chất tạo ngọt “không chứa đường” dùng cho thực phẩm). Sở dĩ như vậy là vì việc cùng lúc sử dụng sorbitol và kazelaxat có thể gây hư tổn nặng ở ruột. Tuyệt đối không được dùng sorbitol trong thời gian sử dụng kazelaxat.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Kazelaxat của công ty cổ phần dược phẩm Medisun



CẢNH GIÁC DƯỢC

BIP Occitanie số 4/2023: Nguy cơ ung thư dạ dày khi sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI)



- Thuốc ức chế bơm proton (PPI) là một trong những nhóm thuốc được kê đơn và sử dụng rộng rãi với tỷ lệ lạm dụng cao. Nhóm thuốc này gây ra ít tác dụng không mong muốn trong thời gian ngắn và do đó, có lợi cho việc duy trì dùng thuốc trong thời gian dài, đặc biệt là ở bệnh nhân cao tuổi sử dụng các thuốc chống kết tập tiểu cầu và/hoặc thuốc chống đông.
- Tuy nhiên, một số tác dụng không mong muốn được cho là do PPI sử dụng dài ngày và/hoặc sử dụng với liều cao, bao gồm: loãng xương, thiếu vitamin B12, hạ magie máu... do giảm hấp thu các nguyên tố vi lượng trong môi trường axit. Các biến cố khác như viêm thận kẽ, mất trí nhớ và ung thư dạ dày hiện còn đang gây tranh cãi trong y văn.
- Một nghiên cứu gần đây của Hàn Quốc được thực hiện trên cơ sở dữ liệu bảo hiểm y tế gợi ý một mối tương quan giữa việc sử dụng PPI với ung thư dạ dày. Nghiên cứu được thực hiện trong giai đoạn 10 năm (2009 - 2019) trên đối tượng bệnh nhân trên 40 tuổi được chẩn đoán nhiễm *Helicobacter Pylori*. Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện ung thư dạ dày trong vòng dưới 1 năm sau

chỉ định được so sánh giữa 2 nhóm tùy thuộc theo mức độ phơi nhiễm PPI lớn hơn hay nhỏ hơn 180 liều hàng ngày.

- Thời gian theo dõi các bệnh nhân trung bình là 8,3 năm. Có tổng số 1053 và 948 ca mắc ung thư dạ dày được xác định lần lượt ở 2 nhóm > 180 và < 180, với tỷ lệ mới mắc tương ứng là 0,9 (khoảng tin cậy 95%: 0,85 – 0,96) và 0,81 (khoảng tin cậy 95%: 0,76 – 0,86) trên 1000 bệnh nhân/năm. Tỷ số nguy cơ hiệu chỉnh (adjusted Hazard Ratio) đối với sự xuất hiện của ung thư dạ dày được ước tính là 1,15 (khoảng tin cậy 95% 1,06 – 1,25). Tỷ lệ tử vong liên quan đến ung thư dạ dày khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Nghiên cứu này cũng đưa ra bằng chứng về sự gia tăng nguy cơ ung thư dạ dày ở những đối tượng có nguy cơ cao và sử dụng PPI kéo dài.

- Mặc dù có những hạn chế về phương pháp nghiên cứu và những sai lệch nhất định, nghiên cứu dịch tễ dược này, cũng như các nghiên cứu đã được thực hiện về các nguy cơ loãng xương, viêm thận và mất trí nhớ, đã gợi ý sự gia tăng nguy cơ mắc tác dụng không mong muốn nghiêm trọng do phơi nhiễm kéo dài với PPI. Những dữ liệu trên giúp thúc đẩy việc sử dụng thuốc hợp lý, giảm thiểu tình trạng lạm dụng thuốc hiện vẫn còn rất thường xuyên, đặc biệt là ở đối tượng bệnh nhân cao tuổi.

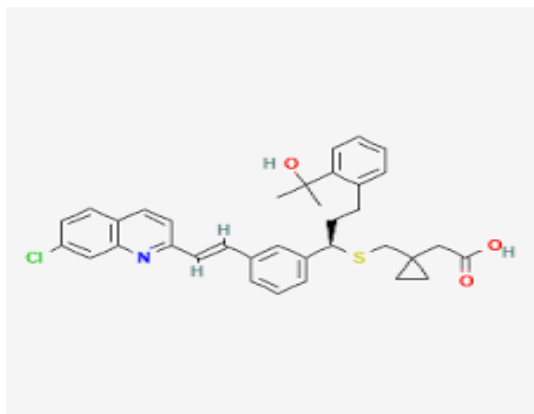
Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2538/BIP-nguy-co-ung-thu-da-day-khi-su-dung-PPI.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

MHRA: Cảnh báo nhắc lại về nguy cơ gặp biến cố bất lợi trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast



1. Thông tin chung

- Ngày 29/04/2024, MHRA nhắc lại cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố bất lợi trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast trên tất cả bệnh nhân, bao gồm cả trẻ em và trẻ vị thành niên.

- Kể từ khi được cấp phép tại Anh vào năm 1998, MHRA đã nhận được 1223 báo cáo biến cố bất lợi trên tâm thần kinh nghi ngờ liên quan đến montelukast. **Các biến cố được báo cáo phổ biến nhất ở mọi lứa tuổi bao gồm rối loạn giấc ngủ, ảo giác, lo lắng, trầm cảm, thay đổi hành vi và tâm trạng.** Biến cố thường gặp nhất ở trẻ nhỏ (từ 12 tuổi trở xuống) là hành vi hung hăng, gặp ác mộng, và lo lắng, trong khi ở trẻ lớn tuổi hơn (từ 13 đến 17 tuổi), biến cố thường được báo cáo là lo lắng, ý định tự tử, và trầm cảm.

- Tại Anh, thông tin về biến cố tâm thần kinh đã được đưa vào thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast vào năm 2008 và cảnh báo chi tiết được bổ sung vào năm 2019. Các biến cố này bao gồm:

+ Rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, và kích thích, có thể kèm hành vi hung hăng (tần suất 1/100).

+ Rối loạn chú ý hoặc trí nhớ (tần suất 1/1.000)

+ Ảo giác, hoặc suy nghĩ và hành vi tự tử (tần suất 1/10.000)

- Kết quả đánh giá dữ liệu báo cáo biến cố bất lợi cho thấy, có khả năng có sự thiếu nhận thức ở cả nhân viên y tế, bệnh nhân và người chăm sóc về nguy cơ gặp biến cố tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Dựa trên những bằng chứng hiện có, nhóm tư vấn Cảnh giác Dược (PEAG) cho rằng nên ngừng sử dụng montelukast ngay khi có triệu chứng do đặc thù của các biến cố này và việc ngừng thuốc kịp thời có thể giúp ngăn chặn triệu chứng trở nặng hơn.

- Để nâng cao nhận thức về nguy cơ gặp biến cố trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast, sắp tới, cảnh báo về biến cố này trong thông tin sản phẩm tại Anh sẽ được đóng khung để nhấn mạnh, đồng thời, cập nhật các bằng chứng mới nhất hiện có. Nhân viên y tế và bệnh nhân cần nắm được các thông tin này.

2. Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố trên tâm thần kinh trong thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast ở Vương quốc Anh sẽ được cập nhật thêm viền màu đen để nhấn mạnh hơn.

- Bác sĩ cần cảnh báo biến cố tâm thần kinh trên tất cả bệnh nhân sử dụng montelukast. Đã có báo cáo ghi nhận biến cố bất lợi trên cả người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ em.

- Ngừng sử dụng montelukast nếu bệnh nhân xuất hiện hoặc tái phát triệu chứng của biến cố tâm thần kinh.

- Khuyến khích bệnh nhân và người chăm sóc đọc kỹ danh sách các biến cố tâm thần kinh trong tờ thông tin sản phẩm và đi khám ngay nếu xuất hiện triệu chứng của các biến cố này.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2531/MHRA-nguy-co-gap-bien-co-bat-loi-tam-than-kinh-khi-su-dung-montelukast.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

Cơ quan Y tế Quốc gia Pháp (HAS): Thận trọng khi sử dụng các thuốc có nguy cơ cao



1. Sai sót 1: Quá liều tramadol trên bệnh nhi nhỏ tuổi gây suy hô hấp cấp

Một bệnh nhi 8 tuổi đã phải can thiệp cấp cứu suy hô hấp tại khoa phẫu thuật chỉnh hình sau khi được phẫu thuật nối xương do gãy xương bàn tay. Nguyên nhân là do bác sĩ thực tập đã kê đơn tramadol quá liều gấp 5-10 lần liều tối đa cho phép của tramadol trên bệnh nhân nhi để giảm đau sau khi không đáp ứng với các thuốc giảm đau bậc 1.

Trên thực tế, bệnh nhi được nhập viện điều trị tại khoa phẫu thuật chỉnh hình dành cho người lớn. Tại khoa hiện chưa có các quy định về liều lượng và cách sử dụng thuốc dành cho trẻ em. Đồng thời, các cán bộ nhân viên y tế không quen thuộc với việc kê đơn và sử dụng thuốc cho trẻ em cũng như các công thức tính toán cho đối tượng bệnh nhân này.

Do vậy, bác sĩ thực tập đã kê đơn tramadol đường uống mà không kiểm tra liều lượng. Y tá không yêu cầu viết giấy xác nhận kê đơn thuốc và không kiểm tra kỹ liều lượng đối với trường hợp sử dụng bất thường này

trong khoa. Bên cạnh đó, khoa chưa xây dựng phác đồ điều trị giảm đau trong vòng 24 giờ sau mổ. Ngoài ra, y tá đã ngắt lời bác sĩ thực tập khi họ đang thông báo về trường hợp ca bệnh do ngày xảy ra sai sót là cuối tuần, các nhân viên đều căng thẳng, bận rộn trong khi người nhà bệnh nhân lo lắng vì cơn đau của bệnh nhi.

2. Sai sót 2: Sai sót trong quản lý thuốc giãn cơ gây ngừng hô hấp

Một bệnh nhân nữ 40 tuổi nhập viện để nội soi đại tràng gây mê toàn thân. Bệnh nhân được chuyển về phòng hồi sức sau khi kết thúc thủ thuật và được y tá tiêm thuốc chống co thắt (trimebutin). Ngay lập tức, bệnh nhân ngừng hô hấp, phải can thiệp đặt nội khí quản, dùng thuốc an thần và chuyển đến phòng chăm sóc đặc biệt.

Trên thực tế, y tá đã sử dụng thuốc giãn cơ (cisatracurium) thay vì thuốc chống co thắt (trimebutin).

Tuy nhiên, nguyên nhân thực sự nằm ở việc lưu trữ thuốc giãn cơ. Cụ thể như sau:

- + Các chế phẩm y tế được bảo quản trong tủ lạnh theo thứ tự bảng chữ cái, nhưng không có sự phân biệt về danh pháp INN của các thuốc có nguy cơ cao như thuốc giãn cơ;

- + Thuốc giãn cơ không được bảo quản an toàn, đặt cạnh thuốc chống co thắt;

- + Bao bì bên ngoài của các thuốc bảo quản trong tủ lạnh đã bị loại bỏ, dẫn đến không thể phân biệt rõ ràng thông tin về danh pháp INN, liều lượng, dạng bào chế và đường dùng;

- + Ánh sáng trong tủ lạnh không tốt khiến việc nhận dạng trực quan không chính xác.

Bên cạnh đó, sai sót gây ra do y tá không kiểm tra tên thuốc trước khi tiêm. Trong trường hợp này, y tá đã làm việc 2 đêm trước đó và ngày xảy ra sai sót là ngày cuối cùng y tá này làm việc tại bộ phận, trước được điều chuyển công tác.

3. Các giải pháp nhằm hạn chế sai sót

Các phân tích về các phản ứng có hại nghiêm trọng từ cơ sở dữ liệu REX-EIGS đã chỉ ra có gần 250 sai sót về thuốc, trong đó 75% các phản ứng có liên quan đến các thuốc có nguy cơ cao. Sai sót liên quan đến sử dụng sai thuốc không xảy ra thường xuyên nhưng có hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân. Vì vậy sử dụng thuốc an toàn là cần thiết.

Các giải pháp bao gồm:

+ Xác định các thuốc nguy cơ cao ở từng bước quản lý thuốc đặc biệt là danh mục thuốc cho mỗi chuyên ngành để các nhân viên y tế có thể nhận biết và xác định các thuốc có nguy cơ cao;

+ Thiết lập các biện pháp an toàn cho từng bước quản lý thuốc để ngăn chặn sai sót: tiêu chuẩn hóa các quy tắc kê đơn, cấp phát, điều trị và bảo quản; đưa ra các hướng dẫn thực hành tốt các thuốc nguy cơ cao, đặc biệt là các thuốc có thể sử dụng ngay,...

Các quy tắc trên là các quy tắc chung có thể áp dụng cho các thuốc nguy cơ cao. Cần xây dựng hàng rào an toàn cho mỗi bước quản lý ở từng nhóm thuốc nguy cơ cao.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2549/HAS-than-trong-khi-su-dung-cac-thuoc-co-nguy-co-cao.htm>



ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

Dinh dưỡng và tập luyện trong đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên



I. Chế độ dinh dưỡng

Can thiệp dinh dưỡng bao gồm: tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa, giáo dục về dinh dưỡng, thúc đẩy thay đổi hành vi ăn uống lành mạnh, xây dựng quan hệ hỗ trợ tin cậy với gia đình và tạo ra mục tiêu chung. Chế độ dinh dưỡng tốt giúp cải thiện kết quả lâm sàng và chất lượng sống của trẻ.

1. Nguyên tắc dinh dưỡng chung

- Đảm bảo cân bằng năng lượng: Đánh giá nguồn thực phẩm, thói quen ăn uống cụ thể của trẻ. Từ đó, giáo dục, hướng dẫn trẻ và gia đình về lựa chọn thực phẩm, nhằm đạt cân nặng và glucose huyết mục tiêu. Nhu cầu năng lượng và thói quen ăn uống không cố định, thay đổi theo giai đoạn phát triển của trẻ, đặc biệt trong giai đoạn dậy thì.

- Duy trì cân nặng lý tưởng: Thừa cân và béo phì trong nhóm này có tỷ lệ cao, do thay đổi chế độ ăn uống và giảm hoạt động thể chất. Cần hướng dẫn về điều chỉnh dinh dưỡng, hoạt động thể chất và giấc ngủ lành mạnh. Đánh giá định kỳ chiều cao, cân nặng và theo dõi tốc độ phát triển, phát hiện tăng hoặc giảm cân bất thường.

- Cân đối trong mức nạp năng lượng: Cacbohydrat nên là nguồn cung cấp tối thiểu 45% nhu cầu năng lượng, tỉ lệ này có thể cao hơn (60%) trong hoàn cảnh nguồn thực phẩm ngoài cacbohydrat hạn chế. Có thể giảm cacbohydrat (40%) và tăng protein (25%) đối với trẻ có kèm theo thừa cân hoặc béo phì.



2. Các nhóm thực phẩm

2.1 Cacbohydrat

- Trẻ có thể tiêu thụ 40-50% năng lượng từ cacbohydrat.
- Nên sử dụng nguồn cacbohydrat lành mạnh như bánh mì nguyên hạt, ngũ cốc, đậu, các loại hạt, trái cây, rau và các sản phẩm sữa ít béo (sữa không tách kem hoàn toàn cho trẻ dưới 2 tuổi).
- Chế độ ăn ít cacbohydrat (dưới 26% tổng năng lượng) hoặc rất ít cacbohydrat (20-50 gram/ngày) hiện chưa có đủ bằng chứng.



2.2 Sucrose

- Sucrose có thể chiếm đến tối đa 10% tổng năng lượng hàng ngày. Khi sử dụng thêm sucrose cần chú ý đến cân bằng với liều insulin đang dùng.
- Hạn chế sử dụng đồ uống có đường và có ga. Đồ uống sử dụng đường ăn kiêng (gắn mác “light”, “diet”) có thể dùng trong các dịp đặc biệt. Sucrose có thể dùng thay cho glucose để dự phòng và điều trị hạ glucose huyết.



2.3 Protein

- Nhu cầu protein giảm dần theo tuổi, giảm từ khoảng 2 g/kg/ngày ở trẻ nữ nhi đến 1 g/kg/ngày với trẻ khoảng 10 tuổi, giảm còn 0,8 - 0,9 g/kg/ngày ở cuối giai đoạn vị thành niên.
- Ưu tiên sử dụng nguồn protein từ động vật bao gồm cá, thịt nạc và các sản phẩm từ sữa tách kem, các protein thực vật từ đậu.



2.4 Chất béo

- Tỷ lệ chất béo: 30-40% tổng năng lượng, nên dùng các loại chất béo chưa bão hòa mono (MUFA) và poly (PUFA).
- Trẻ nên ăn các loại cá nhiều dầu 1 - 2 lần mỗi tuần với lượng khoảng 80-120 g.

2.5 Chất xơ

Nên dùng các thực phẩm có chứa chất xơ như rau, quả và ngũ cốc nguyên cám, đặc biệt các thực phẩm tươi, thô, chưa qua chế biến.



2.6 Vitamin và khoáng chất

Trẻ em mắc ĐTĐ có nhu cầu vitamin và khoáng chất như các trẻ cùng lứa tuổi. Cần bổ sung nếu trẻ có dấu hiệu có thiếu vi chất, đặc biệt là vitamin D.

2.7 Muối

- Trẻ mắc ĐTĐ nên hạn chế lượng muối hàng ngày.
- Khuyến cáo về lượng natri ăn vào mỗi ngày như sau:
 - + Trẻ 1 đến 3 tuổi: 1 g/ngày tương đương với 2,5 g muối ăn
 - + Trẻ từ 4 đến 8 tuổi: 1200 mg/ngày tương đương 3 g muối ăn
 - + Trẻ trên 9 tuổi: 1500 mg/ngày tương đương với 3,8 g muối ăn

2.8 Rượu bia và đồ uống có cồn

Sử dụng rượu bia tăng rủi ro về hạ glucose huyết và/hoặc tăng glucose huyết, đặc biệt là hạ glucose huyết muộn sau uống rượu bia từ 8 - 12 giờ.

2.9 Đường ăn kiêng và các thực phẩm chuyên biệt

Các polyol như sorbitol, xylitol, isomaltose... được dùng tạo ngọt và có thể dùng để cải thiện vị giác, có thể gây rối loạn tiêu hóa khi dùng trên 20 gram, đặc biệt ở trẻ nhỏ.

3. Nội dung tư vấn dinh dưỡng

3.1 Tần suất tư vấn

- Tư vấn dinh dưỡng cần tiến hành ngay trong vòng tháng đầu sau khi chẩn đoán.

- Ngay từ lần đánh giá đầu tiên, cần khai thác các thông tin sau:

+ Thói quen ăn uống, truyền thống và tín ngưỡng sẵn có của gia đình.

+ Các thực phẩm thường ăn, liên quan đến tổng lượng năng lượng, lượng cacbohydrat, tỷ lệ phân bố theo bữa ăn, lượng chất béo, lựa chọn thực phẩm, thời điểm ăn.

+ Các hoạt động thường ngày có ảnh hưởng như giờ giấc, hoạt động ở trường học, trường mẫu giáo, nơi làm việc hoặc các hoạt động thể lực thể thao khác.

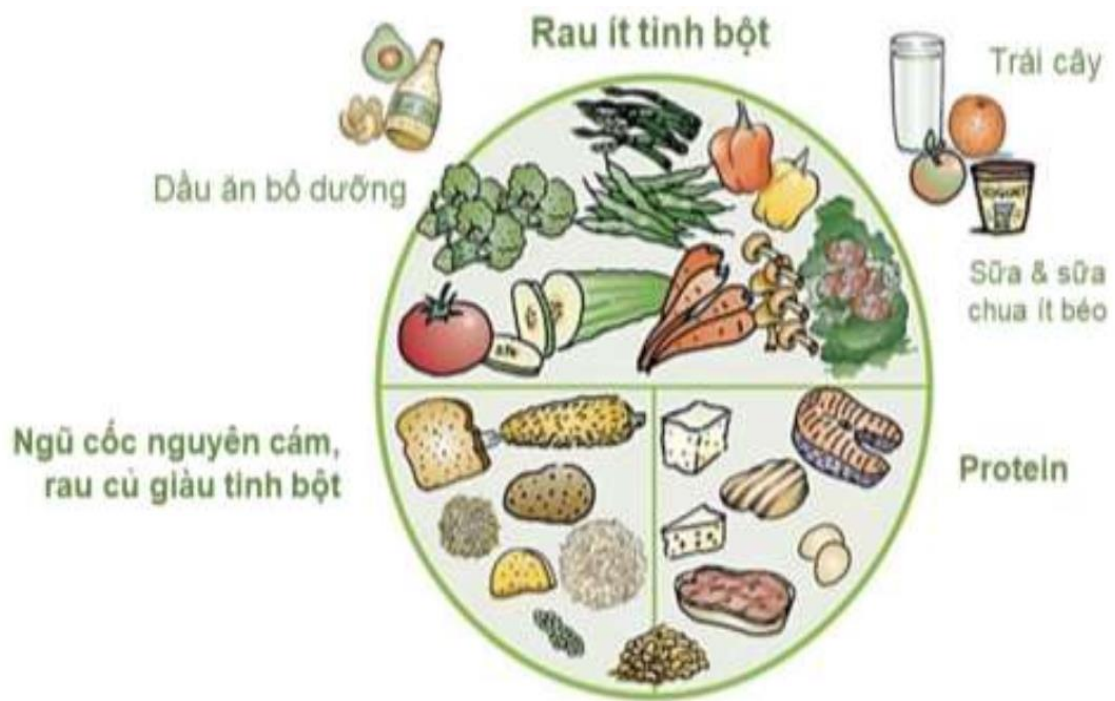
- Chế độ dinh dưỡng cần được thiết kế tại thời điểm chẩn đoán dựa trên thăm khám của bác sĩ nội tiết - dinh dưỡng và kế hoạch cá thể hóa.

- Các lần tư vấn tiếp theo cần được thực hiện trong vòng 3 đến 6 tháng sau khi lần tư vấn đầu tiên. Tần suất những lần thăm khám tiếp theo tùy thuộc vào điều kiện của khu vực, tối thiểu 2 đến 4 lần trong một năm đầu tiên và mỗi năm một lần những năm sau đó, kết hợp cùng chuyên khoa dinh dưỡng.



3.2 Tư vấn về chế độ ăn lành mạnh

Sử dụng linh hoạt các mô hình đĩa, tháp để hướng dẫn trực quan sinh động về tỷ lệ các thực phẩm chứa cacbohydrat so với các nhóm khác. Trẻ cần có các bữa phụ lành mạnh để cung cấp đủ các nguyên tố đa lượng và vi lượng. Dưới đây là một mô hình Đĩa ăn lành mạnh để tham khảo:



Hình 1. Mô hình đĩa ăn lành mạnh

3.3. Tư vấn về phương pháp tính cacbohydrat

Lượng cacbohydrat và liều insulin tiêm trước ăn là những yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến glucose huyết sau ăn. Trong điều kiện cho phép, có thể tập huấn các phương pháp như kỹ năng đếm cacbohydrat (carb counting) cơ bản và nâng cao, giúp cải thiện kiểm soát glucose huyết và linh hoạt trong khẩu phần ăn.

3.4. Tư vấn về Chỉ số Glucose huyết (GI, Glycemic Index)

- Áp dụng chỉ số GI giúp cải thiện kiểm soát glucose huyết. Chỉ số GI không nên sử dụng đơn độc mà cần kết hợp với kỹ năng đếm cacbohydrat. Giá trị phân loại chỉ số GI: GI cao (> 70), GI trung bình (56 - 79), GI thấp (< 55).
- Chỉ số GI của một món ăn ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như cách chế biến, loại tinh bột, lượng chất béo và đạm có trong nguyên liệu. Các thực phẩm giàu chất xơ, có chỉ số GI thấp giúp làm chậm quá trình hấp thu glucose vào máu.

3.5. Chế độ dinh dưỡng theo nhóm tuổi

- Trẻ dưới 6 tuổi: Các bữa nhỏ cố định trong ngày giúp cải thiện về kiểm soát glucose huyết. Không nên cho trẻ ăn vặt quá nhiều vì có thể làm cho trẻ từ chối ăn vào bữa chính và gây ra tăng glucose huyết sau ăn.

- Trẻ học tiểu học - trung học: Nhà trường cần tạo điều kiện linh hoạt để trẻ có thể thử glucose huyết, dùng thuốc xen kẽ trong thời gian biểu và có kế hoạch xử trí cấp cứu. Một số trẻ sẽ cần thầy cô nhắc nhở động viên ăn bữa phụ hoặc tiêm insulin trước khi ra chơi trong giờ nghỉ.

- Trẻ vị thành niên: Nếu trẻ được chẩn đoán khi còn nhỏ, trẻ cần được tư vấn và giáo dục sức khỏe lại về vai trò của ăn uống lành mạnh và tự quản lý ĐTĐ. Cần chú ý trao đổi về theo dõi cân nặng, các áp lực tâm lý, sử dụng chất kích thích, bia rượu. Ứng dụng công nghệ số trong quản lý ĐTĐ có thể phù hợp và hấp dẫn nhóm tuổi này.

3.6. Dinh dưỡng trong hoàn cảnh đặc biệt

- Trong các sự kiện và lễ hội: Các sự kiện đặc biệt này bao gồm nhiều hoạt động như tiệc tùng, giỗ chạp, lễ Tết, hội hè đặc trưng cho từng vùng miền và văn hóa tín ngưỡng. Mỗi trường hợp sẽ cần có lời khuyên và kế hoạch cụ thể để duy trì thời điểm ăn các bữa chính - phụ và điều chỉnh insulin trước các bữa ăn giàu đạm, cacbohydrat và chất béo.

- Trẻ có hoàn cảnh khó khăn: Gia đình kinh tế khó khăn thường có xu hướng sử dụng cacbohydrat chất lượng thấp. Tư vấn dinh dưỡng cho nhóm trẻ này cần phù hợp với thu nhập và điều kiện sống. Bác sĩ có thể hướng dẫn các lưu ý trong chuẩn bị và chế biến, điều chỉnh về tỷ lệ cacbohydrat trong chế độ ăn, đưa ra các thực phẩm lành mạnh có chi phí hợp lí.

- Khi hoạt động thể dục thể thao:

+ Trước khi tập luyện từ 1 đến 3 giờ: bổ sung bữa phụ có cacbohydrat và ít chất béo.

+ Trong quá trình tập, nếu bài tập aerobic kéo dài trên 60 phút: bổ sung cacbohydrat từ các loại nước uống thể thao đẳng trương. Sau buổi tập, ăn thêm cacbohydrat để bù đắp dự trữ glycogen ở cơ, gan và tránh hạ glucose huyết do tăng nhạy cảm insulin khi cơ hồi phục.

+ Trẻ cần được bù dịch xuyên suốt quá trình tập luyện. Nước lọc là đồ uống phù hợp cho phần lớn hoạt động dưới 60 phút. Tuy nhiên đồ uống thể thao có chứa 6 đến 8% cacbohydrat hiệu quả hơn trong dự phòng hạ glucose huyết và nâng cao hiệu suất thi đấu, đặc biệt khi hoạt động trên 1 giờ.

3.7. Dinh dưỡng với các phác đồ insulin

- Với phác đồ 2 mũi mỗi ngày: Cần duy trì ổn định lượng cacbohydrat nạp vào hàng ngày (thường với ba bữa chính và các bữa phụ xen kẽ). Trẻ cần có bữa phụ có cacbohydrat trước khi ngủ tối để dự phòng hạ glucose huyết về đêm. Nếu không thể áp dụng các bữa phụ này, phác đồ insulin 2 mũi mỗi ngày không nên áp dụng ở trẻ nhỏ tuổi.

- Với phác đồ insulin 3 - 4 mũi mỗi ngày: Có thể tiếp cận linh hoạt với phương pháp dùng tỷ lệ insulin - cacbohydrat (ICR) kết hợp với đếm cacbohydrat, cho phép chọn liều insulin vừa đủ với với lượng cacbohydrat ăn vào của bữa ăn đó.

II. Chế độ vận động và tập luyện

- Thể dục thường xuyên giúp cải thiện kiểm soát glucose huyết, kiểm soát cân nặng, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng sống.

- Trẻ cần tập thể dục ít nhất 60 phút mỗi ngày, với các hoạt động hiếu khí cường độ trung bình (đi bộ nhanh, đạp xe...), cường độ cao (chạy bộ, nhảy dây...) và các bài tập sức bền - kháng lực (3 buổi mỗi tuần) theo tư vấn của nhân viên y tế.

- Trẻ và gia đình cần được hướng dẫn về nguy cơ rối loạn glucose huyết liên quan đến tập luyện, cách phòng tránh, điều chỉnh insulin và bổ sung bữa phụ.



1. Điều chỉnh insulin và dinh dưỡng trong tập luyện

- Trẻ có thể tập thể dục tại trường nếu không có chống chỉ định khác. Gia đình và nhà trường cần trao đổi thông tin để có phương án phù hợp. Các buổi tập trên 30 phút cần có điều chỉnh trước, trong, sau và trong đêm sau buổi tập.

- Mục tiêu: glucose trong khi tập từ 5,0-15,0 mmol/L và dự phòng hạ glucose huyết sau tập. Nếu glucose huyết ngay trước tập hoặc trong buổi tập < 5 mmol/L: tạm nghỉ, bổ sung carbohydrat, xử trí hạ glucose huyết, thử lại glucose huyết trước khi bắt đầu hoặc tập lại.

1.1. Điều chỉnh trước buổi tập

- Giảm liều insulin ở bữa ăn trước buổi tập khoảng 25 đến 75%.
- Cần chú ý khoảng thời gian giữa bữa ăn và buổi tập (tốt nhất là 90 phút).
- Nếu bữa ăn cách thời điểm bắt đầu tập trên 2 tiếng: không chỉnh liều insulin.

1.2. Điều chỉnh trong buổi tập

- Trẻ cần ăn (uống) thêm carbohydrat (0,5 - 1 gram/kg cho mỗi giờ tập) khi tập kéo dài.
- Trẻ cần kiểm tra glucose huyết mỗi 30 phút (với SMBG), xem xu hướng glucose huyết mỗi 20 phút (với CGM). Chú ý sai số chậm trễ khi dùng CGM trong tập hiệu khí.

1.3. Điều chỉnh ngay sau buổi tập

- Giảm 50% liều insulin trước bữa ăn sau buổi tập, đặc biệt với tập hiệu khí.
- Tập giãn cơ cuối buổi tập để dự phòng tăng glucose huyết do tích tụ lactat, adrenalin.

1.4. Điều chỉnh trong đêm sau buổi tập

Nếu tập luyện sau 16h, cần điều chỉnh: giảm 20% liều insulin nền (giảm 20% tốc độ nền của bơm insulin trong 6 tiếng); và thêm bữa phụ. Với trẻ tiêm insulin 2 lần mỗi ngày, không điều chỉnh liều tối và thêm bữa phụ trước ngủ.

2. Các trường hợp chống chỉ định tạm thời

ĐTĐ không phải là chống chỉ định với hoạt động thể thao tại tất cả các cấp học, cấp độ huấn luyện và thi đấu. Các chống chỉ định tạm thời bao gồm:

- Có cơn hạ glucose huyết nặng (có rối loạn tri giác) trong vòng 24 giờ trước buổi tập.

- Glucose huyết > 15 mmol/L, kèm theo có ceton máu hoặc ceton niệu.
- Trẻ đang có chấn thương và/hoặc nhiễm khuẩn cấp tính.
- Tránh thi đấu đối kháng khi kiểm soát glucose huyết kém, hoặc có biến chứng nặng.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y Tế 2024, Quyết định số 1760/QĐ-BYT ngày 21 tháng 06 năm 2024 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên.

TIỂU BAN

GIÁM SÁT THÔNG TIN THUỐC



PHÓ GIÁM ĐỐC

BS. CKII. Võ Minh Hiến