

Trung Tâm Y Tế Châu Đốc
Khoa Dược- Vật tư, Thiết bị y tế

Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam
Độc lập- Tự do- Hạnh phúc

ĐƠN VỊ THÔNG TIN THUỐC
BÁO CÁO BẢNG TIN QUÝ I 2026

Người lập: DS Nguyễn Thành Tính

Trưởng khoa: DS Ngô Phước Bình

NỘI DUNG		TRANG
 HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ	HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI	2-11
 NGHIÊN CỨU KHOA HỌC	Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong , Lê Thanh Huy , Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan <i>- Sự gắn kết gia đình và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân điều trị ARV tại Trung tâm Y tế huyện Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh (2025)</i>	12-19
 THÔNG TIN THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC AGITRO 500	20-24
 CẢNH GIÁC DƯỢC	TGA: Cập nhật cảnh báo đặc biệt về tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast	25-26
ĐIỀU TRỊ KHÔNG DỪNG THUỐC	Điều trị không dùng thuốc bệnh nhân đái tháo đường Typt 2	27-28

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1019/QĐ-BYT ngày 26 tháng 3 năm 2025)

ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây lan mạnh do vi rút Sởi (họ *Paramyxoviridae*, chi *Morbillivirus*) gây ra, bệnh có thể gây các biến chứng nặng dẫn đến tử vong, bệnh thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, người lớn chưa tiêm hoặc tiêm phòng không đầy đủ cũng có nguy cơ mắc.

Vi rút Sởi chứa RNA sợi đơn, với hai protein chính là *hemagglutinin* (H) và *fusion* (F) quan trọng trong đáp ứng miễn dịch. Kháng thể trung hòa chủ yếu tác động lên protein H, còn protein F giúp hạn chế sự phát triển vi rút. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), vi rút Sởi được phân thành 8 nhóm (A-H) và 23 kiểu gen, hỗ trợ theo dõi sự lây lan dịch bệnh.

Sởi lây qua đường không khí, giọt bắn hoặc tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết hô hấp. Các triệu chứng điển hình bao gồm sốt, viêm long đường hô hấp, viêm kết mạc và phát ban. Bệnh có thể gây biến chứng nguy hiểm như viêm phổi, viêm não, viêm tai giữa, viêm loét giác mạc hoặc tiêu chảy, thậm chí tử vong.

Chẩn đoán bệnh Sởi thường dựa vào xét nghiệm kháng thể IgM, trong đó 50-70% trường hợp dương tính ngay từ ngày đầu phát ban và đạt 100% sau 3 ngày phát ban.

Vắc xin phòng ngừa Sởi có hiệu quả phòng bệnh cao, phần lớn trẻ bệnh Sởi là chưa tiêm ngừa vắc xin Sởi. Mặc dù đã có vắc xin phòng bệnh, nhưng tỷ lệ mắc Sởi hiện nay tại Việt Nam cũng như trên thế giới vẫn được Tổ chức Y tế Thế giới quan tâm, tiếp tục coi là vấn đề y tế toàn cầu.

2. CHẨN ĐOÁN BỆNH SỞI

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Thể diễn hình

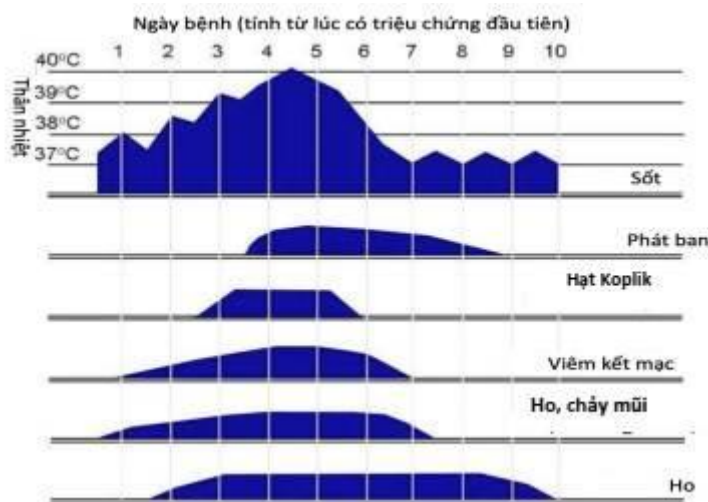
Diễn biến lâm sàng thể điển hình qua 4 giai đoạn:

- *Giai đoạn ủ bệnh*: từ 7 đến 21 ngày (trung bình 10 ngày), triệu chứng xuất hiện sau khi phơi nhiễm 10-14 ngày.

- *Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm long)*: trong 2 - 4 ngày. Trong giai đoạn này người bệnh sốt cao, viêm long đường hô hấp trên (ho, chảy mũi) và viêm kết mạc. Có thể thấy hạt Koplik là các hạt nhỏ có kích thước 0,5 - 1 mm màu trắng/xám có quầng ban đỏ nổi gồ lên trên bề mặt niêm mạc má (phía trong miệng, ngang răng hàm trên). Hạt Koplik thường xuất hiện một ngày trước phát ban và tồn tại 2 - 3 ngày sau khi ban xuất hiện.

- *Giai đoạn toàn phát*: Kéo dài 2 - 5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3 - 4 ngày người bệnh bắt đầu phát ban dạng dát sẩn, khi căng da thì ban biến mất, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Ban có thể hợp lại đặc biệt là ở vùng mặt và thân mình. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.

- *Giai đoạn hồi phục*: Ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm văn da hổ và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1 - 2 tuần sau khi hết ban.



Hình 1. Diễn biến lâm sàng bệnh Sởi thể điển hình

(Nguồn: WHO. Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella infection)

2.1.2. Thể không điển hình

- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh cho mọi người xung quanh mà không biết.
- Người bệnh cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau môi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu: thường giảm tổng số bạch cầu, giảm bạch cầu lympho, có thể giảm tiểu cầu.
- X-quang phổi: có thể thấy viêm phổi kẽ; có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.
- Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp.

2.2.2. Xét nghiệm đánh giá đáp ứng viêm:

- Ferritin, LDH, Interleukin khi Sởi có biến chứng nhiễm khuẩn nặng.

2.2.3. Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm Sởi

- Xét nghiệm huyết thanh học: Xét nghiệm IgM từ ngày thứ 3 sau khi phát ban. Nếu xét nghiệm IgM Sởi âm tính mà triệu chứng lâm sàng vẫn nghi ngờ Sởi thì có thể làm lại lần 2 sau 72 giờ, hoặc chỉ định PCR Sởi qua bệnh phẩm dịch tỵ hầu.
- Xét nghiệm PCR phát hiện vi rút Sởi: Chỉ định sớm trong giai đoạn viêm long hoặc trong 72 giờ đầu từ khi phát ban.
- Phân lập vi rút từ máu và dịch mũi họng trong giai đoạn sớm của bệnh.

2.3. Yếu tố nguy cơ bệnh diễn tiến nặng

- Trẻ < 12 tháng.
- Người chưa tiêm phòng vắc xin hoặc tiêm không đầy đủ.
- Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải.

- Bệnh nền nặng.
- Suy dinh dưỡng nặng.
- Thiếu vitamin A.
- Phụ nữ mang thai.

2.4. Chẩn đoán bệnh Sởi

2.4.1. Ca bệnh nghi ngờ

Ca bệnh nghi ngờ mắc Sởi khi có các dấu hiệu sau:

- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh Sởi trong vòng 7-21 ngày hoặc sống trong vùng dịch Sởi lưu hành.
- Triệu chứng lâm sàng nghi ngờ Sởi (sốt và viêm long đường hô hấp trên).

2.4.2. Ca bệnh lâm sàng

Chẩn đoán ca bệnh Sởi trên lâm sàng khi người bệnh có các triệu chứng sau:

- Sốt.
- Ho, chảy nước mũi hoặc viêm kết mạc.
- Có hạt Koplik hoặc phát ban dạng Sởi.

2.4.3. Chẩn đoán xác định

- Ca bệnh nghi ngờ hoặc ca bệnh lâm sàng mắc Sởi, VÀ
- Có xét nghiệm kháng thể IgM hoặc PCR dương tính với Sởi.

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- *Nhiễm Rubella*: Phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long.
- *Bệnh Kawasaki*: Phát ban kèm đỏ mắt không có nung mủ; màng nhầy vùng miệng, môi và cổ họng bị kích thích; hạch bạch huyết vùng cổ sưng; sưng tấy, bong da bàn tay, bàn chân.
- *Nhiễm enterovirus*: Phát ban không có trình tự, hay kèm rối loạn tiêu hoá.
- *Bệnh do Mycoplasma pneumoniae*: Sốt nhẹ, đau đầu và viêm phổi không điển hình.
- *Bệnh sốt mò*: Có vết loét hoại tử do côn trùng đốt.
- *Ban dị ứng*: Kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.
- *Nhiễm vi rút Epstein-Barr*: Hay kèm theo tăng bạch cầu đơn nhân.
- Khi có bệnh cảnh lâm sàng biến chứng thần kinh, cần chẩn đoán phân biệt viêm màng não mủ: sốt, nhức đầu, nôn ói, dấu hiệu màng não kèm dịch não tủy đục, tăng protein, đường giảm, tăng bạch cầu đa nhân.

2.6. Phân độ bệnh Sởi

2.6.1. Sởi không biến chứng

- Tỉnh táo
- Ăn bú tốt
- Không khó thở

2.6.2. Sởi có biến chứng

- Viêm tai giữa
- Viêm thanh quản
- Viêm loét miệng
- Viêm phổi
- Tiêu chảy cấp
- Viêm não tủy rải rác cấp tính (ADEM)
- Nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng
- Viêm kết mạc, viêm loét giác mạc
- Viêm não xơ cứng toàn thể bán cấp thường sau 7-10 năm

2.7. Chẩn đoán biến chứng

2.7.1. Viêm phổi

- Viêm phổi là nguyên nhân tử vong phổ biến nhất ở bệnh nhân Sởi. Viêm phổi có thể xảy ra do: Viêm phổi tế bào khổng lồ do vi rút Sởi gây trực tiếp, hoặc do nhiễm trùng bội nhiễm do vi khuẩn.
- Sau viêm phổi do Sởi nặng, bệnh nhân có thể tiến triển đến viêm tiểu phế quản tắc nghẽn (Bronchiolitis Obliterans) và tử vong. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, bệnh Sởi thường gây ra các biến chứng nặng về hô hấp, bao gồm: viêm thanh khí phế quản (Croup), viêm khí quản, viêm tiểu phế quản.

2.7.2. Biến chứng tai - mũi - họng

- Viêm tai giữa cấp là biến chứng phổ biến nhất của bệnh Sởi.
- Viêm xoang và viêm xương chũm cũng có thể xảy ra.
- Có thể có áp xe sau họng liên quan đến Sởi.

2.7.3. Biến chứng tiêu hóa

- Tiêu chảy và nôn trớ thường gặp trong giai đoạn cấp tính. Mất nước có thể xảy ra do giảm lượng thức ăn đưa vào liên quan đến viêm miệng, tiêu chảy, hoặc cả hai, đặc biệt ở trẻ nhỏ.
- Viêm ruột thừa hoặc đau bụng có thể xảy ra do tắc nghẽn lòng ruột thừa liên quan đến tăng sản mô lympho.

2.7.4. Biến chứng thần kinh

- Co giật do sốt: xảy ra ở < 3% trẻ mắc Sởi.
- Viêm não do Sởi: tỷ lệ mắc từ 1 - 3/1.000 ca, nguy cơ cao hơn ở thanh thiếu niên và người lớn so với trẻ nhỏ. Viêm não hậu nhiễm Sởi là biến chứng qua trung gian miễn dịch, không phải do vi rút trực tiếp gây tổn thương hệ thần kinh. Triệu chứng viêm não do Sởi: co giật, lơ mơ, kích thích vật vã, hôn mê. Xét nghiệm dịch não tủy: tăng bạch cầu lympho, tăng protein dịch não tủy.
- Ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, viêm não do Sởi có liên quan đến tổn thương não trực tiếp do vi rút.
- Viêm não bán cấp do Sởi xuất hiện 1 - 10 tháng sau nhiễm Sởi ở bệnh nhân AIDS, ung thư máu hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch.

2.7.5. Viêm não xơ cứng toàn thể bán cấp

Viêm não xơ cứng toàn thể bán cấp (Subacute Sclerosing Panencephalitis - SSPE) thường gặp ở trẻ mắc Sởi trước 2 tuổi, 75% bệnh nhân SSPE bị Sởi trước 4 tuổi. Tỷ lệ mắc SSPE giảm đáng kể sau khi chương trình tiêm chủng Sởi được triển khai.

2.7.6. Khởi phát bệnh lao

Nhiễm Sởi có thể ức chế đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, làm giảm phản ứng tuberculin khi xét nghiệm Mantoux. Ở những bệnh nhân đang nhiễm lao tiềm ẩn nhiễm Sởi có thể tăng nguy cơ kích hoạt bệnh lao phổi.

2.7.7. Nhiễm trùng huyết

- Nhiễm trùng huyết được xác nhận khi có tình trạng đáp ứng viêm toàn thân và suy chức năng các cơ quan.
- Sốc nhiễm trùng được xác nhận khi người bệnh có tình trạng nhiễm trùng huyết và suy chức năng hệ tuần hoàn.
- Khi phát hiện, bệnh nhân cần được điều trị kịp thời bằng kháng sinh phù hợp và liệu pháp bù dịch, thuốc vận mạch.

2.7.8. Biến chứng khác

- Bệnh Sởi thể xuất huyết (Black Measles): Hiện nay hiếm gặp, nhưng từng là một thể Sởi rất nặng, với biểu hiện phát ban xuất huyết, thường dẫn đến tử vong.
- Viêm giác mạc: Tổn thương biểu mô giác mạc cũng có thể gặp nhưng hồi phục sau khi khỏi bệnh.

3. ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo phân loại và sàng lọc người bệnh Sởi hoặc nghi ngờ Sởi
- Cách ly ca bệnh ngay khi nghi ngờ mắc Sởi
- Uống vitamin A liều cao
- Điều trị triệu chứng
- Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Không sử dụng corticoid đường toàn thân khi chưa loại trừ Sởi.

(Xem phụ lục 1 :Lưu đồ phân loại và sàng lọc người bệnh Sởi, nghi ngờ Sởi tại cơ sở y tế)

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị bệnh Sởi không biến chứng

- Có thể điều trị ngoại trú.
- Cách ly ca bệnh tại nhà: nằm phòng riêng, hạn chế tiếp xúc, đeo khẩu trang thường xuyên.
- Uống Vitamin A liều cao: tất cả trẻ bị Sởi với hai liều cách nhau 24 giờ. Nếu có dấu hiệu thiếu Vitamin A hoặc suy dinh dưỡng nặng, bổ sung liều thứ ba sau 4-6 tuần.

Bảng 1: Liều bổ sung vitamin A trong bệnh Sởi cho trẻ em

Nhóm tuổi	Liều Vitamin A (IU/liều)	Số lần uống
Trẻ < 6 tháng	50.000 IU	Uống 2 lần cách nhau 24 giờ
Trẻ 6 - 11 tháng	100.000 IU	Uống 2 lần cách nhau 24 giờ
Trẻ $\geq$ 12 tháng	200.000 IU	Uống 2 lần cách nhau 24 giờ
Trẻ suy dinh dưỡng nặng hoặc thiếu Vitamin A hoặc biến chứng nặng	Theo tuổi	Bổ sung liều thứ 3 sau 4-6 tuần

Bổ sung Vitamin A cho người lớn:

Dựa trên bằng chứng từ nghiên cứu ở trẻ em và lý thuyết về lợi ích của bổ sung vitamin A, có khả năng vitamin A cũng có giá trị trong điều trị bệnh Sởi ở người lớn, đặc biệt là ở những nhóm quần thể có nguy cơ thiếu hụt vitamin A.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản nghi ngờ thiếu vitamin A chỉ nên được điều trị với liều thấp nhưng thường xuyên hơn để tránh nguy cơ gây quái thai, liều khuyến nghị: vitamin A đường uống: 5.000 UI/ngày, trong ít nhất 4 tuần. Cần nhắc dùng vitamin A ở phụ nữ có thai khi có biểu hiện thiếu vitamin A (biểu hiện quáng gà hay định lượng nồng độ Retinol thấp)

- Điều trị triệu chứng và nâng đỡ

- Sốt:

- + Paracetamol uống hoặc nhét hậu môn 10 - 15 mg/kg x 4 lần/ngày hoặc Ibuprofen uống liều 5-10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày nếu sốt $> 38,5^{\circ}\text{C}$

- + Lau mát khi sốt co giật: 3 vị trí: trán, 2 nách, 2 bên bẹn

- Dinh dưỡng đầy đủ theo lứa tuổi, tiếp tục bú mẹ

- Vệ sinh da, mắt, mũi, miệng

- Tái khám mỗi 2-3 ngày cho đến khi hết sốt hoặc khám lại ngay khi có dấu hiệu nặng

- Hướng dẫn dấu hiệu nặng cần tái khám ngay

Người bệnh cần tái khám ngay khi có ≥ 1 dấu hiệu:

- Không ăn uống được hoặc bỏ bú

- Nôn mọi thứ

- Tím tái

- Thở nhanh

- Rối loạn tri giác

- Hướng dẫn khác:

- Phòng ngừa lây nhiễm chéo: Không đến nơi công cộng, nghỉ học 4 ngày sau phát ban

- Tiêm vắc xin Sởi cho người bị phơi nhiễm Sởi

3.2.2. Điều trị bệnh Sởi có biến chứng

Xem xét nhập viện điều trị cho ca bệnh Sởi có biến chứng. Tất cả người bệnh Sởi nhập viện:

- Đảm bảo khu vực điều trị bệnh Sởi là khu cách ly riêng theo quy định, người bệnh tuân thủ theo hướng dẫn phòng ngừa chuẩn.
- Hỗ trợ hô hấp khi suy hô hấp (Xem phụ lục 2: Lưu đồ hỗ trợ hô hấp bệnh Sởi)
- Uống vitamin A liều cao: Xem liều lượng vitamin A phần điều trị bệnh Sởi không biến chứng
- Dinh dưỡng đầy đủ
- Chăm sóc tai, mắt, mũi, miệng, da.

3.2.2.1. Viêm tai giữa cấp

- Rửa tai, làm khô tai nếu có chảy mủ tai.
- Paracetamol hoặc Ibuprofen giảm đau, hạ sốt.
- Kháng sinh ban đầu: Amoxicillin hoặc Amoxicillin-acid clavulanic uống

3.2.2.2. Viêm kết mạc mắt

- Rửa mắt hoặc lau mắt bằng Natriclorua 0,9%.
- Kháng sinh phổ rộng nhỏ mắt hoặc tra mắt: Ciprofloxacin hoặc Ofloxacin hoặc Levofloxacin.

3.2.2.3. Viêm loét giác mạc

- Chuyển khám và điều trị chuyên khoa mắt
- Kháng sinh Amoxicillin-acid clavulanic uống hoặc Cefotaxim hoặc Ceftriaxon tĩnh mạch
- Vệ sinh mắt theo hướng dẫn
- Kháng sinh phổ rộng nhỏ mắt hoặc tra mắt: Ciprofloxacin hoặc Ofloxacin hoặc Levofloxacin
- Không sử dụng các chế phẩm tra, nhỏ mắt có chứa thành phần corticoids

3.2.2.4. Viêm miệng và loét miệng

- Vệ sinh miệng, súc miệng với Natriclorua 0,9% kèm đánh răng sau mỗi bữa ăn và ít nhất 4 lần/ngày
- Thức ăn dễ nuốt tránh đau
- Loét miệng: Amoxicillin uống kèm Metronidazol uống liều 7,5mg/kg/lần, ngày 3 lần, trong 5 ngày.
- Nhiễm nấm Candida: Nystatin uống trong 7 ngày.

3.2.2.5. Viêm thanh khí phế quản

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp
- Khí dung Adrenalin khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản
- Phun khí dung Corticoide ($\pm$)

3.2.2.6. Viêm phổi

- Hỗ trợ hô hấp tùy theo mức độ suy hô hấp
- Nếu có khó thở, $SpO_2 < 94\%$ cần cho trẻ thở hỗ trợ oxy qua gọng kính (thở Oxy cannula). Khi thất bại thở Oxy cannula: Thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP). Nếu không có sẵn NCPAP xem xét thở HFNC khi thất bại thở Oxy cannula
- Khi thất bại thở Oxy, thở áp lực dương liên tục qua mũi: Đặt nội khí quản - thở máy xâm nhập (Xem phụ lục 2: Lưu đồ hỗ trợ hô hấp viêm phổi bệnh Sởi)
- Kháng sinh

Tác nhân vi khuẩn gây viêm phổi bội nhiễm ở bệnh Sởi thường gặp là Phế cầu, Hemophilus influenza, Tụ cầu

- Kháng sinh ban đầu

+ Amoxicillin - acid clavulanic (Uống) hoặc Cefotaxim hoặc Ceftriaxon (TM)

+ Khi thất bại với oxy cannula: Phối hợp thêm Oxacillin (TM) hoặc Cloxacillin (TM) nếu nghi MSSA hoặc Vancomycin (TM) nếu nghi MRSA

+ Kháng sinh sau 48 giờ nếu không đáp ứng kháng sinh ban đầu

+ Cefotaxim hoặc Ceftriaxone phối hợp Vancomycin

+ Hoặc Ceftazidim hoặc Cefepim hoặc Levofloxacin hoặc Imipenem hoặc Meropenem phối hợp Vancomycin/Linezolid (nếu đã điều trị Vancomycin)

Viêm phổi bệnh viện do tác nhân vi khuẩn đa kháng: Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae ESBL (+), Escherichia coli ESBL (+), Staphylococcus aureus kháng Methicillin (MRSA)

- Kháng sinh ban đầu:

+ Sử dụng 1 loại kháng sinh kháng Pseudomonas: Ceftazidim hoặc Cefepim hoặc Levofloxacin phối hợp Amikacin hoặc Tobramycin hoặc kháng sinh còn nhạy cảm với chủng Pseudomonas đang lưu hành tại bệnh viện.

+ Phối hợp kháng sinh kháng MRSA: Vancomycin

- Chọn lựa kháng sinh tiếp theo sau 48 giờ

+ Lâm sàng cải thiện → tiếp tục kháng sinh.

+ Lâm sàng xấu hơn và kết quả vi khuẩn (-) hoặc (+) nhưng kháng kháng sinh đang sử dụng → Phối hợp thêm Colistin trong trường hợp nghi vi khuẩn Acinetobacter hoặc đổi kháng sinh (Linezolid nếu đã điều trị Vancomycin) và kèm xét nghiệm lại vi sinh

• **Truyền IVIG** (Xem thêm [phần 3.2.2.9](#)): Viêm phổi nặng có biến chứng suy hô hấp tiến triển nhanh ARDS ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)

• **Chỉ định màng trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO)** khi các giải pháp hồi sức thông lệ không hiệu quả kèm suy tuần hoàn, suy đa tạng khác. Cần thực hiện tại các đơn vị hồi sức nhi khoa có đủ thiết bị, nhân lực, quy trình kỹ thuật ECMO.

3.2.2.8. Viêm não cấp tính

• Chống co giật: Diazepam, tiêm TM chậm liều: 0,25 mg/kg

• Chống phù não nếu có:

- Nằm đầu cao 30°, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp)

- Thở oxy cannula 2-6 lít/phút

- Đặt nội khí quản sớm để thở máy khi điểm Glasgow < 10 điểm và tăng thông khí giữ PaO_2 từ 80-100 mmHg và PaCO_2 từ 35-40 mmHg

- Hạn chế dịch sử dụng 75% nhu cầu cơ bản

- Natriclorua 3% liều 3-5 ml/kg/lần truyền tĩnh mạch trong vòng 30 phút, lặp lại mỗi 6-8 giờ hoặc truyền liên tục nếu cần với tốc độ 0,5-1,5 ml/kg/giờ và giữ Na máu: 145 - 150 mmol/L (không quá 160 mmHg). Cần lưu ý đảm bảo tốc độ tăng Na máu không quá 0,5 mEq/l/giờ. Hoặc sử dụng Mannitol 20% liều 0,5-1 g/kg, truyền tĩnh mạch trong 15 - 30 phút.

• Truyền tĩnh mạch Immunoglobulin (xem thêm [phần 3.2.2.9](#)).

• **Cần nhắc chỉ định corticoid đường toàn thân**

3.2.2.9. Chỉ định globuline miễn dịch đường tĩnh mạch (IVIG)

- *Chỉ định:*

- Tình trạng nhiễm trùng nặng kèm theo bằng chứng tăng đáp ứng viêm
- Suy hô hấp tiến triển nhanh
- Viêm não

- *Liều dùng:* IVIG tĩnh mạch 0,25 g/kg/ngày x 3 ngày liên tiếp (tổng liều có thể 1g/kg, dùng từ 2-4 ngày). Truyền tĩnh mạch chậm trong 8-10 giờ.

3.3. Phân cấp điều trị

Bệnh Sởi khả năng lây nhiễm cao nên hạn chế chuyển cấp điều trị

Phân cấp điều trị như sau:

- Trạm y tế xã và phòng khám tư nhân
- Khám và điều trị ngoại trú người bệnh Sởi không biến chứng.
- Chuyển tuyến đối với bệnh Sởi có biến chứng hoặc có suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh nền nặng.
- Bệnh viện huyện, bệnh viện tư nhân
- Khám và điều trị người bệnh Sởi không có biến chứng và bệnh Sởi có biến chứng.
- Chuyển cấp điều trị đối với người bệnh Sởi có biến chứng viêm phổi cần thở oxy, viêm não, nhiễm khuẩn huyết hoặc có suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh nền nặng.
- Bệnh viện đa khoa tỉnh, đa khoa khu vực, bệnh viện chuyên khoa Nhiễm hoặc Nhi
- Khám và điều trị người bệnh Sởi không có biến chứng và bệnh Sởi có biến chứng.
- Hội chẩn, hướng dẫn tuyến trước điều trị các trường hợp nặng hoặc khó điều trị.

4. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

(Lưu đồ 3: Chăm sóc điều dưỡng người bệnh Sởi)

5. DỰ PHÒNG VÀ KIỂM SOÁT LÂY NHIỄM

5.1. Quản lý người bệnh và dự phòng lây truyền

5.1.1. Quản lý người bệnh

- Người bệnh Sởi phải được hạn chế tiếp xúc tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua không khí, giọt bắn hoặc tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết đường hô hấp.
- Thời gian hạn chế tiếp xúc từ lúc nghi mắc Sởi cho đến ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban. Đối với người suy giảm miễn dịch, cân nhắc thời gian cách ly dài hơn.
- Người bệnh nằm phòng thoáng, thông khí tốt.
- Không để người bệnh Sởi trong thời gian hạn chế tiếp xúc tham gia các sinh hoạt tập thể.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nâng cao thể trạng để tăng sức đề kháng giảm bớt nguy cơ biến chứng.

5.1.2. Dự phòng lây nhiễm

- Người chưa có tiêm phòng Sởi, người không mắc bệnh thì không nên tiếp xúc với người bệnh Sởi. Nếu bắt buộc phải tiếp xúc: mang khẩu trang và vệ sinh tay sau khi tiếp xúc với người bệnh.
- Nhân viên y tế: cần được tiêm phòng Sởi đầy đủ nếu không có chống chỉ định. Hạn chế việc tiếp xúc gần khi không cần thiết. Khi cần tiếp xúc thì mang khẩu trang có độ lọc cao và vệ sinh tay sau khi tiếp xúc với người bệnh.

- Vệ sinh môi trường: Giữ thông thoáng môi trường nơi làm việc, học tập, sinh hoạt; Vệ sinh thường xuyên các bề mặt nơi ở, sinh hoạt, làm việc, học tập. Khi có người bệnh Sởi xuất hiện, sử dụng hoá chất khử khuẩn có nồng độ clo hoạt tính 0,05% để vệ sinh các bề mặt.

- Tuyên truyền tăng cường vệ sinh thân thể, mũi họng, giữ ấm, nâng cao thể trạng để tăng cường sức đề kháng, đặc biệt trong mùa dịch Sởi.

5.1.3. Dự phòng sau phơi nhiễm

Định nghĩa phơi nhiễm: Khi tiếp xúc người bệnh đã chẩn đoán Sởi trong vòng 4 ngày trước hoặc sau phát ban, một trong các tình huống sau:

- Tiếp xúc trực tiếp (mặt đối mặt) bất kể thời gian tiếp xúc

- Ở chung phòng với người bệnh ít nhất 15 phút. Đối với người có suy giảm miễn dịch thì không có tiêu chuẩn thời gian tiếp xúc hoặc vào phòng của người bệnh mới rời khỏi phòng trong vòng 2 giờ.

Nhóm phơi nhiễm cần được lưu ý, đặc biệt trong cơ sở y tế, cần được truy vết và giám sát cẩn thận, hỏi kỹ các yếu tố nguy cơ, tiền sử tiêm phòng Sởi.

Chú ý một số biện pháp dự phòng sau phơi nhiễm sau:

- Tiêm vắc xin Sởi (vắc xin Sởi đơn, hoặc vắc xin có chứa thành phần Sởi) trong vòng 72 giờ cho bệnh nhân > 9 tháng tuổi, có tiền sử khỏe mạnh chưa tiêm vắc xin Sởi hoặc đã tiêm được 1 mũi trên 28 ngày.

- Sử dụng Immune Globulin (IG) đường truyền tĩnh mạch, hoặc tiêm bắp hoặc tiêm dưới da:

+ Chỉ định Immune Globulin dự phòng sau phơi nhiễm:

o Người suy giảm miễn dịch nặng (Mới ghép tế bào gốc trong vòng 12 tháng hoặc suy giảm miễn dịch nguyên phát nặng hoặc tình trạng không gammaglobulin nặng kéo dài IgG < 3g/L)

o Trẻ em dưới 9 tháng có bệnh lý nền nặng đang tiến triển

o Xem xét chỉ định đối với phụ nữ mang thai

+ Thời gian: trong vòng 3-6 ngày đầu phơi nhiễm.

+ Không dùng Immune Globulin khi trẻ đã được điều trị IVIG trong vòng 1 tháng hoặc đã tiêm phòng đủ 2 mũi vắc xin Sởi.

+ Liều lượng: Theo thông tin hướng dẫn chỉ định của thuốc

+ Với trẻ suy giảm miễn dịch có thể tăng liều gấp đôi.

5.2. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin

Sử dụng vắc xin Sởi đơn hoặc vắc xin có thành phần Sởi kết hợp rubella hoặc kết hợp với quai bị và rubella. Lịch tiêm theo chương trình Tiêm chủng mở rộng.

Tiêm vắc xin phòng Sởi cho các đối tượng khác hoặc khi có đợt bùng phát dịch Sởi theo khuyến cáo và hướng dẫn của từng địa phương.

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Sự gắn kết gia đình và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân điều trị ARV tại Trung tâm Y tế huyện Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh (2025)

1. Đặt vấn đề

Sự gắn kết gia đình tạo nên mạng lưới tương tác mật thiết giữa các thành viên, qua đó tác động đồng thời đến sức khỏe thể chất và tinh thần của mỗi người. Đối với bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, gia đình là nguồn lực thiết yếu, họ không chỉ bảo đảm hỗ trợ vật chất mà còn duy trì chỗ dựa tinh thần bền vững, giúp người bệnh tuân thủ liệu trình, tối ưu hoá hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống lâu dài. Chương trình phòng, chống HIV/AIDS thực hiện chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 tại Việt Nam với mục tiêu 95-95-95 và công tác điều trị thuốc ARV cho người nhiễm HIV được triển khai tại Việt Nam đến nay đã hơn 20 năm. Trong những năm gần đây, trung bình mỗi năm có trên 10.000 người nhiễm HIV được đưa vào điều trị thuốc ARV [1,2]. Quá trình điều trị HIV/AIDS đòi hỏi sự cam kết lâu dài từ phía người bệnh, do đặc tính mạn tính của bệnh lý và yêu cầu duy trì nồng độ thuốc ổn định để đạt hiệu quả ức chế vi-rút. Sự tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ điều trị kháng vi-rút (ARV) đóng vai trò then chốt trong việc kiểm soát tải lượng HIV, hạn chế nguy cơ phát sinh chủng kháng thuốc và gián tiếp làm giảm khả năng lây nhiễm trong cộng đồng. Vì vậy, các khuyến nghị hiện nay thường nhấn mạnh ngưỡng tuân thủ trên 95% như một tiêu chuẩn để đảm bảo hiệu quả điều trị tối ưu [3].

Việc tuân thủ điều trị (TTĐT) ở bệnh nhân HIV không hề đơn giản và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố. Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lâu

dài điều trị bệnh đó chính là gia đình. Gia đình đóng vai trò trung tâm trong chăm sóc người nhiễm HIV tại nhà, không chỉ hỗ trợ bệnh nhân trong việc theo dõi triệu chứng, xử trí các vấn đề sức khỏe thường gặp và nhắc nhở tuân thủ điều trị ARV, mà còn là nguồn động viên tinh thần quan trọng. Việc lấy “gia đình làm trung tâm” giúp kết nối người bệnh với các dịch vụ y tế, xã hội, đồng thời chăm sóc trẻ em và những thành viên khác bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống [4]. Một số nghiên cứu cho thấy sự gắn kết hỗ trợ từ gia đình giúp BN điều trị ARV có kết quả điều trị tốt hơn [5,6]. Bên cạnh đó cơ chế ảnh hưởng của gia đình đến tuân thủ điều trị ARV có thể lý giải qua ba khung lý thuyết. Thuyết hỗ trợ xã hội (Social Support Theory) cho rằng sự hỗ trợ cảm xúc, thông tin và công cụ từ gia đình giúp giảm căng thẳng và tăng khả năng duy trì điều trị. Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model - HBM) nhấn mạnh gia đình làm tăng nhận thức lợi ích, giảm rào cản và củng cố niềm tin vào hiệu quả điều trị. Thuyết hành vi có kế hoạch (Theory of Planned Behavior - TPB) chỉ ra rằng thái độ tích cực, chuẩn mực chủ quan và cảm nhận kiểm soát hành vi được gia đình củng cố sẽ hình thành ý định mạnh mẽ hơn trong việc tuân thủ. Vì vậy việc hiểu rõ sự gắn kết hỗ trợ từ gia đình trong quá trình điều trị ARV là cần thiết để giúp tuân thủ điều trị tốt hơn, từ đó nâng cao hiệu quả của quá trình điều trị. Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng của Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Hóc Môn là một trong những cơ sở điều trị ARV ngoại thành của Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) với số lượng lớn người nhiễm HIV và đang được điều trị là 1621 người tính thời điểm 2024. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu để xác định điểm số gắn kết gia đình và tìm mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và gắn kết gia đình bệnh nhân HIV/AIDS tại TTYT huyện Hóc Môn năm 2025. Kết quả của nghiên cứu sẽ là cơ sở quan trọng để đề xuất các chiến lược can thiệp phù hợp, nhằm tăng cường hiệu quả điều trị, duy trì ổn định tải lượng vi-rút, và góp phần cải thiện toàn diện tình trạng sức khỏe cũng như chất lượng sống của người bệnh cũng như định hướng xây dựng các chương trình hỗ trợ mang tính khả thi và bền vững tại cộng đồng trong tương lai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những BN đang điều trị ARV có tên trong danh sách điều trị và có thời gian điều trị ARV từ đủ 6 tháng trở lên tại TTYT huyện Hóc Môn. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2 tới tháng 4/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Những BN đang điều trị ARV đủ 18 tuổi trở lên và có thời gian điều trị ARV từ đủ 6 tháng trở lên và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những BN không có khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn do bệnh nặng, khiếm thính, khiếm thị, mất khả năng nói, không trực tiếp đến khám bệnh và nhận thuốc hoặc chuyển đi nơi khác, vi phạm pháp luật bị bắt, bỏ điều trị, không liên hệ được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Tỷ lệ TTĐT tốt là 82,1% theo nghiên cứu của Lê Tấn Đạt tại TP.HCM với hệ số thiết kế là 0,05 và sai lầm loại 1 là 5% [7]. Dự kiến 10% BN từ chối tham gia khảo sát. Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 251 BN. Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng hiện đang điều trị cho 1621 BN, vì nghiên cứu dùng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện nên mẫu thực tế thu được là 258 BN.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi sẵn có để phỏng vấn trực tiếp để thu thập dữ kiện. Bộ câu hỏi gồm 3 phần: đặc điểm nhân khẩu, xã hội học, thang đo gắn kết gia đình (Family Apgar) và thang đánh giá đa chiều của UNAIDS để đánh giá TTĐT ARV [6,8- 10]. Thang đo Family Apgar có độ tin cậy cao (Cronbach's alpha: 0,83) và được kiểm nghiệm trong nghiên cứu của Huỳnh Trung Sơn tại TP.HCM [11]) và thang đo đa chiều đánh giá TTĐT được sử dụng trong nghiên cứu đã được kiểm nghiệm và chuẩn hóa trong nghiên cứu tại Hà Nội của tác giả Đào Đức Giang [10].

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Thang đo Family APGAR (Thang đo gắn kết gia đình): đánh giá sự hài lòng của người trưởng thành về gia đình và hỗ trợ từ phía gia đình của họ, là biến số định lượng, thu thập qua phỏng vấn [6,8].

Thang đo Family APGAR gồm 5 câu. Mỗi câu hỏi đều được đo lường bởi thang đo Likert gồm 3 mức độ: 0 = Hầu như không / 1 = Đôi khi/ 2 = Hầu như luôn luôn.

Gắn kết gia đình: biến số thứ tự, gồm 3 giá trị:

- Gia đình gắn kết tốt: Điểm số theo thang đo APGAR 7 – 10 điểm.
- Gia đình gắn kết không tốt: Điểm số theo thang đo APGAR 4 – 6 điểm.
- Gia đình không gắn kết: Điểm số theo thang đo APGAR 0 – 3 điểm.

Mức độ tuân thủ điều trị: chia nhóm dựa trên bộ công cụ đánh giá đa chiều của USAID [9], là biến số thứ tự gồm 3 giá trị: Cao/ Trung bình/ Thấp.

Tuân thủ điều trị ARV: là biến số nhị giá, được xác định dựa vào mức độ tuân thủ điều trị, gồm 2 giá trị [12]:

- Tốt: khi mức độ tuân thủ điều trị là cao.

- Không tốt: khi mức độ tuân thủ điều trị là trung bình hoặc thấp.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ kiện được thu thập được bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích dữ kiện bằng phần mềm Stata 17.

Nhóm tuổi, giới, tôn giáo, trình độ học vấn, thu nhập bình quân hàng tháng, tình trạng hôn nhân, tình trạng sống chung, sử dụng BHYT, mức độ gắn kết gia đình, mức độ TTĐT và TTĐT được mô tả bằng tần số và tỷ lệ.

Ngoài sử dụng các phép kiểm định chi bình phương, mô hình Poisson đơn biến tính PR và khoảng tin cậy (KTC) 95% để tìm mối liên quan giữa gắn kết gia đình và TTĐT, nghiên cứu còn sử dụng Poisson đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu (tuổi, giới, thu nhập, trình độ học vấn...). Giá trị p nhỏ hơn 0.05 có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

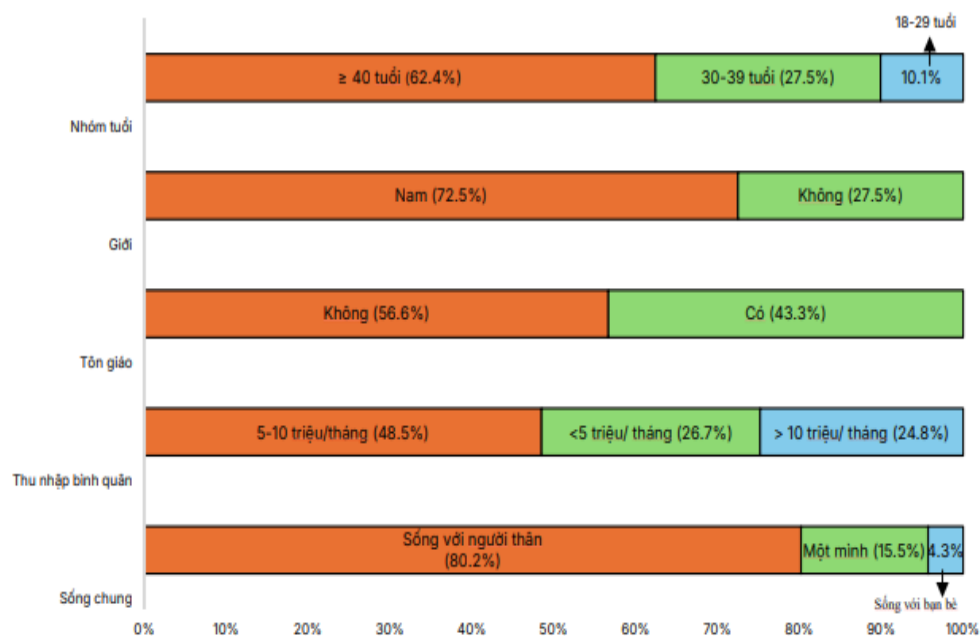
Vì bài báo này là một phần của đề tài nghiên cứu “Tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân đang điều trị ARV tại khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng tại huyện Hóc Môn, TP.HCM năm 2025” nên các đặc tính của bệnh nhân về đặc điểm nhân khẩu, xã hội học, đánh giá TTĐT giống với một số phần trong bài báo “Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS tại TTYT huyện Hóc Môn, TP.HCM năm 2025” [13].

3.1. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội học

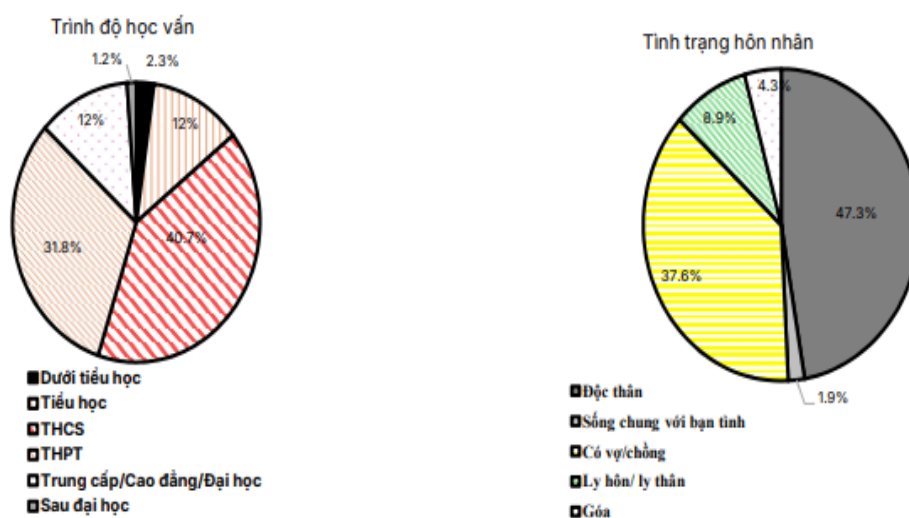
Có 258 người tham gia thỏa tiêu chuẩn nhận vào và không có tiêu chuẩn loại ra được đưa vào nghiên cứu. Hầu hết người tham gia sử dụng bảo hiểm y tế (100%) khi đi nhận thuốc. Phân bố tuổi cho thấy phần lớn thuộc nhóm tuổi ≥ 40 tuổi (62,4%), tiếp theo là nhóm tuổi 30 – 39 tuổi (27,5%) và thấp nhất là nhóm 18 - 29 tuổi (10,1%). Về giới tính, có sự chênh lệch đáng kể giữa BN nam gấp hơn 2 lần số BN nữ (72,5% so với 27,5%). Đa số BN có trình độ học vấn là THCS (40,7%) và THPT (31,8%). Nhóm có thu nhập cao nhất là 5 -10 triệu (48,5%), tiếp theo nhóm < 5 triệu/tháng (26,7%) và cuối cùng là nhóm > 10 triệu (24,8%). Đa số BN có tình trạng hôn nhân là độc thân (47,3%) và tình trạng sống chung với người thân (80,2%) (Hình 1, 2).

3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị

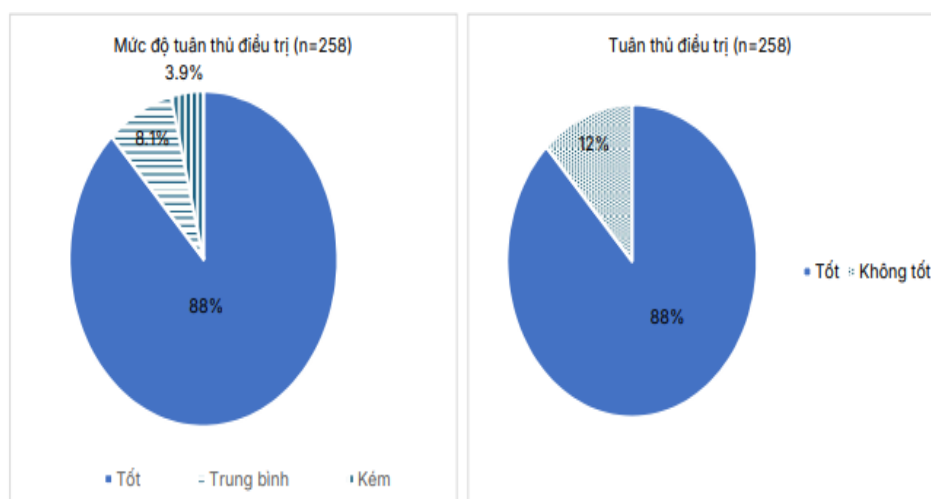
Kết quả Hình 3 cho thấy tỷ lệ BN TTĐT ARV ở mức độ tốt là 88,0% và không tốt là 12,0%. Trong đó, có 8,1% BN tuân thủ ở mức độ trung bình và tuân thủ ở mức độ thấp là 3,9%.



Hình 1. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội học của đối tượng nghiên cứu (n=258)



Hình 2. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội học của đối tượng nghiên cứu (n=258)



Hình 3. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân theo thang đo đánh giá đa chiều (n=258)

3.3. Đánh giá mức độ gắn kết gia đình

Bảng 1. Mức độ gắn kết gia đình của đối tượng nghiên cứu (n=258)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Điểm số Family APGAR		8,5(5-10)(0-10)*	
Mức độ gắn kết gia đình	Không gắn kết	47	18,2
	Gắn kết không tốt	43	16,7
	Gắn kết tốt	168	65,1

*Trung vị (Khoảng tứ phân vị) (Giá trị nhỏ nhất-Giá trị lớn nhất)

Thang đo Family APGAR được áp dụng nhằm đánh giá mức độ hài lòng và sự hỗ trợ mà đối tượng nghiên cứu nhận được từ phía gia đình. Theo đó, điểm số càng cao phản ánh mức độ gắn kết trong gia đình càng tốt. Kết quả nghiên cứu ghi nhận điểm số Family APGAR trung vị đạt 8,5 điểm, với khoảng tứ phân vị là 5-10 điểm; giá trị thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 10 điểm (Bảng 1).

3.4. Mối liên quan mức độ gắn kết gia đình đến TTĐT

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê có tính khuynh hướng giữa mức độ gắn kết gia đình và tuân thủ điều trị ARV. Cụ thể mức độ gắn kết gia đình tăng một bậc thì tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt tăng 1,11 lần với $p = 0,02$ nhỏ hơn 0.05 với KTC 95%: 1,02 – 1,20 (Bảng 2).

Bảng 2. Mối liên quan mức độ gắn kết gia đình và TTĐT theo mô hình đơn biến và đa biến

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		$P_{\text{bđ}}$	$PR_{\text{bđ}}$ (KTC 95%)	$P_{\text{hiệu chỉnh}}$	$PR_{\text{hiệu chỉnh}}$ (KTC 95%)
	Tốt n(%)	Không tốt n(%)				
Mức độ gắn kết gia đình						
Không gắn kết	37(78,7)	10(21,3)		1		1
Gắn kết không tốt	35(81,4)	8(18,6)	0,020 ^b	1,09 (1,01 – 1,17)	0,011 ^b	1,11 (1,02 – 1,20)
Gắn kết tốt	155(92,3)	13(7,7)		1,19 (1,02 – 1,37)		1,14 (1,01 – 1,29)

^b: Kiểm định chi bình phương có khuynh hướng

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận điểm số Family APGAR trung vị đạt 8,5 điểm, với khoảng tứ phân vị là 5 - 10 điểm; giá trị thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 10 điểm. Điểm trung bình về điểm số Family APGAR của nghiên cứu là 7,1 (ĐLC: 3,5) cũng tương đồng với một nghiên cứu tại Tây Nam Nigeria với điểm trung bình 7,82 (ĐLC: 2,3) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có mức độ gắn kết gia đình tốt là 65,1%, phù hợp với các nghiên cứu ở Gana (70,4%) [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Simoni J, nhấn mạnh gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ bệnh nhân HIV tuân thủ điều trị ARV [5,14]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự hỗ trợ từ gia đình giúp bệnh nhân duy trì điều trị, giảm thiểu tác dụng phụ của thuốc và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Về đặc điểm TTĐT, tỷ lệ BN tham gia tuân thủ đa số chiếm đa số 88,0 % đối tượng đạt mức tuân thủ tốt, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Võ Triều Lý tại bệnh viện Nhiệt Đới TP.HCM và tác giả Đặng Thị Quỳnh Anh tại Đà Nẵng (lần lượt là 69,5% và 44,2%) [15,16]. Sự khác biệt đó có thể do bối cảnh nghiên cứu tại các bệnh viện lớn, nơi thường là những ca nặng, xảy ra biến chứng hoặc đồng mắc các bệnh cơ hội, dẫn đến thay đổi phác đồ. Ngoài ra mô hình y tế của nghiên cứu là tuyến cơ sở, là nơi thuận lợi cho BN và nhân viên y tế thấu hiểu nhau, từ đó giúp việc điều trị của BN thuận lợi và đạt kết quả cao hơn. Thêm vào đó, mỗi nghiên cứu sẽ khảo sát nhóm đối tượng, cỡ mẫu và tiêu chí BN khác nhau, do đó khó tránh khỏi sự chênh lệch kết quả TTĐT này.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê mang tính chất khuynh hướng giữa tuân thủ điều trị và mức độ gắn kết gia đình. Tuân thủ điều trị tốt ở nhóm gắn kết không tốt và gắn kết tốt lần lượt bằng 1,09 (KTC 95%: 1,01 -1,17) và 1,19 (KTC 95%: 1,02 – 1,37) lần so với nhóm

không gắn kết gia đình ($p < 0,05$). Điều này có nghĩa gia đình càng gắn kết thì tuân thủ điều trị tốt càng tăng. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả DiMatteo MR cho thấy sự tuân thủ cao hơn 1,74 lần ở những bệnh nhân từ các gia đình gắn kết và thấp hơn 1,53 lần ở những bệnh nhân từ các gia đình có xung đột [5]. Ngoài ra một nghiên cứu tại Ghana cho kết quả chức năng gia đình gắn kết ở mức độ tốt sẽ liên quan tới việc tải lượng vi-rút <10000 bản sao/ml ($p=0,041$, aOR=0,32) [6]. Tổng hợp bằng chứng y văn trên cho thấy mức gắn kết gia đình liên tục liên quan chặt chẽ đến khả năng tuân thủ ARV, khẳng định gia đình chính là nền tảng và động lực cốt lõi giúp nâng cao tuân thủ ở những nhóm bệnh nhân điều trị nhạy cảm này.

Kết quả nghiên cứu khẳng định gắn kết gia đình có vai trò then chốt trong tuân thủ ARV, không chỉ ở khía cạnh hỗ trợ vật chất mà còn ở khía cạnh tâm lý – xã hội. Sự nâng đỡ tinh

thần từ gia đình giúp bệnh nhân giảm bớt lo âu, tăng động lực cá nhân và hạn chế tác động tiêu cực của kỳ thị, từ đó duy trì điều trị ổn định. Các nghiên cứu tại Campuchia, Indonesia và Thái Lan cũng chỉ ra rằng tự hiệu quả cao, hỗ trợ gia đình tốt và môi trường ít kỳ thị là những yếu tố bảo vệ, trong khi trầm cảm và nỗi lo bị lộ bệnh là rào cản chính [17-19]. Điều này cho thấy, để tối ưu hóa hiệu quả điều trị, cần tích hợp sàng lọc sức khỏe tâm thần, can thiệp giảm kỳ thị và củng cố vai trò gia đình trong quản lý bệnh nhân HIV.

Hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, thiết kế cắt ngang chỉ cho phép mô tả mối liên quan chứ chưa xác định được quan hệ nhân quả.

Thứ hai, việc chọn mẫu thuận tiện có thể làm giảm tính đại diện và hạn chế khả năng khái quát kết quả cho toàn bộ quần thể.

Thứ ba, phương pháp thu thập số liệu qua phỏng vấn trực tiếp dễ dẫn đến thiên lệch xã hội, khi người tham gia có xu hướng trả lời tích cực hơn so với thực tế.

Cuối cùng, nghiên cứu chưa sử dụng các chỉ số khách quan như tải lượng vi-rút hay hồ sơ cấp phát thuốc, do đó chưa đánh giá toàn diện được mức độ tuân thủ.

5. KẾT LUẬN

Khả năng gắn kết gia đình của BN khá tốt (65,1%). Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê có tính khuynh hướng giữa mức độ gắn kết gia đình và TTĐT, cụ thể mức độ gắn kết gia đình tăng một bậc thì tỷ lệ TTĐT tốt hơn. Từ đó cho thấy gia đình đóng vai trò quan trọng và có ảnh hưởng mạnh mẽ đến hành vi tuân thủ điều trị cũng như quá trình điều trị lâu dài của BN

6. KIẾN NGHỊ

Để duy trì tăng cường gắn kết gia đình, các BN nên đi cùng thành viên gia đình tham dự buổi tư vấn, giáo dục về ARV để người nhà hiểu cách hỗ trợ bệnh nhân. Chương trình “Hiểu ARV để vượt tác dụng phụ” gồm 1 buổi/tháng, giới thiệu cơ chế, lợi ích và cách xử lý tác dụng phụ kèm tờ rơi trực quan. Bên cạnh đó tổ chức chuỗi chương trình “Kỹ năng tự quản lý sức khỏe” (4 buổi/tháng) hướng dẫn ghi nhật ký uống thuốc, lập kế hoạch hành vi. Bên cạnh đó BN nên duy trì giao tiếp cởi mở với người thân, chia sẻ lịch uống thuốc và nhờ nhắc nhở lẫn nhau. Cơ sở điều trị khuyến khích vai trò của gắn kết gia đình bằng cung cấp tài liệu hướng dẫn cụ thể cho người chăm sóc về cách nhắc thuốc và hỗ trợ tinh thần.

Lời cảm ơn

Cám ơn Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí thực hiện đề tài nghiên cứu này. Cám ơn Trung tâm Y tế huyện Hóc Môn, Khoa tham vấn và hỗ trợ cộng đồng đã đồng ý và hỗ trợ và tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này. Cám ơn sự đồng ý tham gia nghiên cứu của 258 bệnh nhân đang điều trị ARV tại TTYT huyện Hóc Môn.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược TP.HCM theo hợp đồng số: 176/2025/HĐ-ĐHYD.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Lê Nữ Thanh Uyên

<https://orcid.org/0000-0001-8363-6300> Lê Thanh Huy

<https://orcid.org/0009-0004-8860-4630>

Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

<https://orcid.org/0009-0003-1411-3647>

Đóng góp của các tác giả Ý tưởng nghiên cứu:

Lê Nữ Thanh Uyên, Lê Thanh Huy

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

Thu thập dữ liệu: Lê Nữ Thanh Uyên, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

Giám sát nghiên cứu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong

Nhập dữ liệu: Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

Quản lý dữ liệu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

Phân tích dữ liệu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

Viết bản thảo đầu tiên: Lê Nữ Thanh Uyên, Lê Thanh Huy

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

THÔNG TIN THUỐC**HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC AGITRO 500**

- **Hoạt chất:** Azithromycin 500mg

- **Các h dùng:** Azithromycin có thể uống hoặc truyền tĩnh mạch. Không tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp. Thuốc uống có dạng viên nén, bột pha hỗn dịch uống thông thường hoặc hỗn dịch uống giải phóng kéo dài. Cần lưu ý hỗn dịch uống giải phóng kéo dài không tương đương sinh học và không thể dùng thay thế với hỗn dịch uống thông thường, viên nang hoặc viên nén dạng quy ước.

- Chỉ định và liều dùng:

+ Dạng viên nén và hỗn dịch uống

Chỉ định	Người lớn	Trẻ em	Đối tượng đặc biệt
----------	-----------	--------	--------------------

Viêm họng và viêm amidan:	Liều thông thường là liều đơn 500 mg vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 250 mg x 1 lần/ngày vào ngày 2-5 (tổng liều 1,5 g trong 5 ngày).	Liều thông thường cho trẻ ≥ 2 tuổi là 12 mg/kg (tối đa 500 mg) x 1 lần/ngày trong vòng 5 ngày.	Người bệnh suy thận: Không cần hiệu chỉnh liều trên người bệnh suy thận mức độ nhẹ đến trung bình (mức lọc cầu thận 10 - 80 ml/ phút); tuy nhiên, cần thận trọng khi dùng azithromycin trên người bệnh suy thận nặng (mức lọc cầu thận ≤ 10 ml/phút). Người bệnh lọc máu: Không cần dùng thêm liều hoặc hiệu chỉnh liều trên người bệnh lọc máu gián đoạn, lọc màng bụng hoặc sử dụng liệu pháp thay thế thận liên tục (như lọc máu tĩnh mạch - tĩnh mạch liên tục). Người bệnh suy gan: Cần thận trọng khi dùng thuốc cho người bệnh suy gan do nguy cơ độc tính trên gan (tuy hiếm gặp). Hiện chưa có hướng dẫn cụ thể về liều dùng cho người bệnh suy gan, Khuyến cáo không cần hiệu chỉnh liều thuốc trên người bệnh suy gan mức độ nhẹ đến trung bình.
Viêm xoang cấp:	Liều thông thường là 500 mg x 1 lần/ngày trong vòng 3 ngày. Trong trường hợp sử dụng hỗn dịch giải phóng kéo dài, dùng liều 2 g duy nhất. Đợt cấp của viêm phế quản mạn mức độ nhẹ đến trung bình: Liều thông thường là liều đơn 500 mg vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 250 mg x 1 lần/ngày vào ngày 2 - 5 (tổng liều 1,5 g trong 5 ngày) hoặc dùng liều 500 mg x 1 lần/ngày trong vòng 3 ngày. Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nhẹ đến trung bình: Liều thông thường là liều đơn 500 mg vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 250 mg x 1 lần/ngày vào ngày 2 - 5 (tổng liều 1,5 g trong 5 ngày). Trong trường hợp sử dụng hỗn dịch giải phóng kéo dài, dùng liều 2 g duy nhất.	Liều thông thường cho trẻ ≥ 6 tháng là 10 mg/kg x 1 lần/ngày trong vòng 3 ngày	
Nhiễm khuẩn da và mô mềm không biến chứng:	Liều thông thường là liều đơn 500 mg vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 250 mg x 1 lần/ ngày vào ngày 2 - 5 (tổng liều 1,5 g trong 5 ngày).		
Nhiễm khuẩn do Chlamydia không biến chứng, bao gồm viêm niệu đạo hoặc viêm cổ tử cung không do lậu:	Liều thông thường là liều đơn 1 g của một trong các chế phẩm thuốc thông thường.		

Dự phòng và điều trị nhiễm phức hợp <i>Mycobacterium avium</i> (MAC) ở người bệnh nhiễm HIV tiến triển:	Để điều trị, dùng liều 600 mg/ngày, phối hợp với Ethambutol (15 mg/kg/ngày). Để dự phòng tiên phát, dùng liều 1,2 g/tuần, có phối hợp hoặc không phối hợp với rifabutin (300 mg x 1 lần/ngày) hoặc sử dụng liều 600 mg x 2 lần/tuần. Để dự phòng tái phát, dùng liều 500 - 600 mg azithromycin x 1 lần/ngày phối hợp với ethambutol (15 mg/kg x 1 lần/ngày), có phối hợp hoặc không phối hợp với rifabutin (300 mg x 1 lần/ngày).	Để điều trị, dùng liều 10 - 12 mg/kg x 1 lần/ngày (tối đa 500 mg/ngày) phối hợp với ethambutol liều 15 - 25 mg/kg x 1 lần/ngày (tối đa 1 g/ngày), có phối hợp hoặc không phối hợp với rifabutin liều 10 - 20 mg/kg x 1 lần/ngày (tối đa 300 mg/ngày). Để dự phòng tiên phát, dùng liều 20 mg/kg (tối đa 1,2 g) x 1 lần/tuần hoặc 5 mg/kg (tối đa 250 mg) x 1 lần/ngày. Trẻ trên 6 tuổi có thể sử dụng azithromycin phối hợp với rifabutin (300 mg x 1 lần/ngày). Để dự phòng tái phát, dùng liều 5 mg/kg (tối đa 250 mg) x 1 lần/ngày phối hợp với ethambutol liều 15 mg/kg (tối đa 900 mg) x 1 lần/ngày, có phối hợp hoặc không phối hợp với rifabutin liều 5 mg/kg (tối đa 300 mg) x 1 lần/ngày. Bệnh Lyme: Trẻ ≥ 6 tháng dùng liều 10 mg/kg (tối đa 500 mg) x 1 lần/ngày trong vòng 7 - 10 ngày. Người bệnh cần được theo dõi chặt	Người bệnh cao tuổi: Không cần hiệu chỉnh liều trên người bệnh cao tuổi. Các thông số dược động học, độ an toàn và hiệu quả trên người bệnh cao tuổi tương tự người bệnh trẻ tuổi. Tuy nhiên, do người bệnh cao tuổi có thể có một số tình trạng dẫn đến loạn nhịp tim nên cần thận trọng khi dùng thuốc liên quan đến nguy cơ loạn nhịp tim và xoắn đỉnh.
---	--	--	--

		chẽ những cải thiện triệu chứng trên lâm sàng do macrolid thường có hiệu quả thấp hơn trong điều trị bệnh Lyme so với các thuốc điều trị đầu tay.	
Bệnh hạ cam:	Dùng liều đơn 1 g của một chế phẩm dạng thông thường.		
Bệnh Lyme:	Dùng liều 500 mg x 1 lần/ngày trong vòng 7-10 ngày. Người bệnh cần được theo dõi chặt chẽ những cải thiện triệu chứng trên lâm sàng do macrolid thường có hiệu quả thấp trong điều trị bệnh lyme so với các thuốc điều trị đầu tay.		
Thương hàn đa kháng thuốc mức độ nhẹ đến trung bình:	Dùng liều 500 mg x 1 lần/ngày trong vòng 7 ngày	Trẻ ≥ 6 tháng dùng liều 10 mg/kg (tối đa 500 mg) $\times$ 1 lần/ngày trong vòng 7 ngày.	

Viêm tai giữa cấp:		Trẻ ≥ 6 tháng dùng liều duy nhất 30 mg/kg (tối đa 1,5 g) hoặc dùng liều 10 mg/kg x 1 lần/ngày trong vòng 3 ngày. Ngoài ra, cũng có thể dùng liều 10 mg/kg x 1 lần/ngày vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 5 mg/kg x 1 lần/ngày vào ngày 2-5. Việc sử dụng lại liều thuốc trên trẻ em bị nôn sau khi dùng liều đơn 30 mg/kg chưa được đánh giá đầy đủ.	
Đợt cấp của viêm phế quản mạn mức độ nhẹ đến trung bình:	Liều thông thường là liều đơn 500 mg vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 250 mg x 1 lần/ngày vào ngày 2 - 5 (tổng liều 1,5 g trong 5 ngày) hoặc dùng liều 500 mg x 1 lần/ngày trong vòng 3 ngày.		
Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nhẹ đến trung bình:	Liều thông thường là liều đơn 500 mg vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 250 mg x 1 lần/ngày vào ngày 2 - 5 (tổng liều 1,5 g trong 5 ngày). Trong trường hợp sử dụng hỗn dịch giải phóng kéo dài, dùng liều 2 g duy nhất.	Liều thông thường cho trẻ ≥ 6 tháng là liều đơn 10 mg/kg (tối đa lên tới 500 mg) vào ngày đầu tiên, sau đó dùng liều 5 mg/kg x 1 lần/ngày (tối đa 250 mg/ngày) vào ngày thứ 2 - 5. Hiệu quả của các liệu pháp điều trị ngắn hơn (1 - 3 ngày) đối với viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở trẻ em chưa được đánh giá đầy đủ.	

+ Dạng truyền tĩnh mạch

Chỉ định	Người lớn
Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng:	Người lớn có chỉ định dùng liệu pháp tĩnh mạch ban đầu: Dùng liều đơn 500 mg/ngày azithromycin trong vòng 2 ngày, sau đó chuyển sang dùng thuốc đường uống với liều đơn 500 mg/ngày để hoàn thành đợt điều trị kéo dài từ 7 - 10 ngày. Bác sỹ quyết định thời gian thích hợp để chuyển từ đường truyền tĩnh mạch sang đường uống trên từng người bệnh, trong đó có cân nhắc đến đáp ứng lâm sàng của người bệnh.
Bệnh lý viêm vùng chậu hông:	Người lớn có chỉ định dùng liệu pháp tĩnh mạch ban đầu: Dùng liều đơn 500 mg/ngày azithromycin trong vòng 1 - 2 ngày, sau đó chuyển sang dùng thuốc theo đường uống với liều 250 mg x 1 lần/ ngày để hoàn thành đợt điều trị kéo dài 7 ngày. Bác sỹ quyết định thời gian phù hợp để chuyển từ dùng thuốc đường tĩnh mạch sang đường uống trên từng người bệnh, trong đó có cân nhắc đến đáp ứng lâm sàng của người bệnh.

+ Thuốc nhỏ mắt

Dung dịch nhỏ mắt chứa 1% azithromycin: Trên người lớn và trẻ ≥ 1 tuổi, nhỏ 1 giọt vào mắt bị bệnh $\times 2$ lần/ngày (cách 8 - 12 giờ) trong vòng 2 ngày, sau đó nhỏ 1 giọt $\times 1$ lần/ngày thêm 5 ngày. Dung dịch nhỏ mắt dùng một lần chứa 15 mg azithromycin dihydrat/g: Trên người lớn và trẻ em, nhỏ 1 giọt vào kết mạc $\times 2$ lần/ngày (buổi sáng và buổi tối), trong vòng 3 ngày. Không dùng thuốc kéo dài quá 3 ngày.

CẢNH GIÁC DƯỢC

TGA: Cập nhật cảnh báo đặc biệt về tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast

Ngày 16/01/2025, TGA đưa ra cảnh báo về tác dụng không mong muốn nghiêm trọng trên tâm thần kinh khi sử dụng thuốc chứa montelukast, bao gồm thay đổi hành vi, trầm cảm và có ý định tự sát. Đồng thời, thông tin sản phẩm của montelukast được cập nhật bổ sung Cảnh báo đặc biệt (Boxed warning) mới và hướng dẫn xử trí những biến cố này cho người kê đơn và bệnh nhân.

Vào tháng 07/2018, TGA đã triển khai một đánh giá tổng quan mối liên hệ giữa sử dụng montelukast và biến cố bất lợi trên tâm thần kinh, đánh giá y văn hiện có và tham vấn ý kiến từ các CQQL trên thế giới và tư vấn chuyên môn của Ủy ban Tư vấn về thuốc (ACM).

Đến năm 2024, độ an toàn của montelukast tiếp tục được đánh giá lại, sau khi các CQQL trên thế giới tăng cường cảnh báo về nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh. Các chuyên gia của ACM đưa ra kết luận rằng không có nguy cơ mới, và bằng chứng về mối liên quan giữa biến cố tâm thần kinh và sử dụng montelukast là chưa chắc chắn.

Tính đến ngày 18/12/2024, Cơ sở dữ liệu về tác dụng không mong muốn của Úc (Database of Adverse Event Notifications - DAEN) đã ghi nhận 356 báo cáo biến cố rối loạn tâm thần kinh và có sử dụng montelukast. Các triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất bao gồm hưng hăng (100 báo cáo), lo âu (87 báo cáo), có ý định tự sát (72 báo cáo), trầm cảm (71 báo cáo), mất ngủ (52 báo cáo) và gặp ác mộng (50 báo cáo). 91 báo cáo đề cập đến hành vi tự sát, trong đó 10 báo cáo có kết quả là tử vong.

Theo khuyến cáo của các chuyên gia tham vấn, từ tháng 01/2025, tờ thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast sẽ được cập nhật thêm Cảnh báo đặc biệt và bổ sung thông tin mục Cảnh báo và thận trọng. Cụ thể thông tin được cập nhật như sau:

CẢNH BÁO: biến cố trên tâm thần kinh nghiêm trọng

Biến cố trên tâm thần kinh bao gồm thay đổi hành vi, trầm cảm và có ý định tự sát đã được ghi nhận khi sử dụng montelukast ở tất cả các độ tuổi (xem mục 4.4 và 4.8). Biến cố thường có mức độ nhẹ và có thể xảy ra ngẫu nhiên. Tuy nhiên, các triệu chứng có thể trầm trọng hơn nếu không ngừng sử dụng thuốc. Do vậy, cần ngừng sử dụng montelukast nếu xuất hiện triệu chứng trên tâm thần kinh. Khuyến cáo bệnh nhân và/hoặc người chăm sóc theo dõi sát các triệu chứng và báo bác sĩ nếu có sự thay đổi về hành vi.

Mục 4.4. Cảnh báo và thận trọng:

Bác sĩ kê đơn cần thảo luận với bệnh nhân và người chăm sóc về lợi ích và nguy cơ khi sử dụng montelukast. Bệnh nhân và/hoặc người chăm sóc cần theo dõi sự thay đổi hành vi hoặc các triệu chứng trên tâm thần kinh của bệnh nhân. Nếu xuất hiện các triệu chứng trên, khuyến cáo bệnh nhân ngừng sử dụng montelukast và đi khám ngay lập tức. Trong nhiều trường hợp, triệu chứng thuyên

giảm khi ngừng sử dụng thuốc; tuy nhiên một số trường hợp ghi nhận triệu chứng vẫn còn dai dẳng. Với những trường hợp này, bệnh nhân cần được theo dõi sát và có sự hỗ trợ của nhân viên y tế. Người kê đơn cần thận trọng đánh giá lợi ích và nguy cơ của việc tiếp tục sử dụng montelukast nếu bệnh nhân đã từng gặp biến cố trên tâm thần kinh.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Nhân viên y tế cần được cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Biến cố này đã được ghi nhận trên mọi độ tuổi, với mức độ nhẹ và có thể xảy ra ngẫu nhiên. Tuy nhiên, triệu chứng có thể trầm trọng hơn nếu tiếp tục sử dụng thuốc. Một số trường hợp hiếm gặp ghi nhận bệnh nhân tử vong sau khi có ý định tự sát.
- Nhân viên y tế cần theo dõi sát triệu chứng tâm thần kinh của bệnh nhân và ngừng sử dụng montelukast nếu bệnh nhân xuất hiện hoặc gặp triệu chứng trầm trọng hơn của biến cố tâm thần kinh.
- Khuyến khích bệnh nhân và người chăm sóc theo dõi các biến cố tâm thần kinh và đi khám ngay nếu xuất hiện triệu chứng.

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

Điều trị không dùng thuốc bệnh nhân đái tháo đường Typt 2

Điều trị cụ thể:

Thay đổi lối sống:

Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

a) Luyện tập thể lực

- Cần kiểm tra biến chứng tim mạch, mắt, thần kinh, biến dạng chân trước khi luyện tập và đo huyết áp, tần số tim. Không luyện tập gắng sức khi glucose huyết $> 250-270$ mg/dL và ceton dương tính.
- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2-3 lần (kéo dây, nâng tạ).
- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, thí dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút. Người còn trẻ nên tập khoảng khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.

13

b) Dinh dưỡng

Dinh dưỡng cần được áp dụng mềm dẻo theo thói quen ăn uống của bệnh nhân, các thức ăn sẵn có tại từng vùng miền. Tốt nhất nên có sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng.

Chi tiết về dinh dưỡng sẽ được thiết lập cho từng bệnh nhân tùy tình trạng bệnh, loại hình hoạt động, các bệnh lý, biến chứng đi kèm.

Các nguyên tắc chung về dinh dưỡng nên được khuyến cáo cho mọi bệnh nhân:

- Bệnh nhân béo phì, thừa cân cần giảm cân, ít nhất 3-7% so với cân nặng nền.

- Nên dùng các loại carbohydrat hấp thu chậm có nhiều chất xơ, không chà xát kỹ như gạo lứt, bánh mì đen, nui còn chứa nhiều chất xơ...
- Đạm khoảng 1-1,5 gam/kg cân nặng/ngày ở người không suy chức năng thận. Nên ăn cá ít nhất 3 lần/tuần. Người ăn chay trường có thể bổ sung nguồn đạm từ các loại đậu (đậu phụ, đậu đen, đậu đỏ)
- Nên chú trọng dùng các loại mỡ có chứa acid béo không no một nối đôi hoặc nhiều nối đôi như dầu ô liu, dầu mè, dầu lạc, mỡ cá. Cần tránh các loại mỡ trung chuyển (mỡ trans), phát sinh khi ăn thức ăn rán, chiên ngập dầu mỡ.
- Giảm muối trong bữa ăn, còn khoảng 2300 mg Natri mỗi ngày.
- Chất xơ ít nhất 15 gam mỗi ngày.
- Các yếu tố vi lượng: nên chú ý bổ xung các yếu tố vi lượng nếu thiếu, thí dụ sắt ở bệnh nhân ăn chay trường. Dùng Metformin lâu ngày có thể gây thiếu sinh tố B12, nên chú ý đến tình trạng này nếu bệnh nhân có thiếu máu hoặc triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại vi.
- Uống rượu điều độ: một lon bia (330 ml)/ngày, rượu vang đỏ khoảng 150-200ml/ngày.
- Ngưng hút thuốc.
- Các chất tạo vị ngọt: như đường bắp, aspartame, saccharin có nhiều bằng chứng trái ngược. Do đó nếu sử dụng cũng cần hạn chế đến mức tối thiểu.