

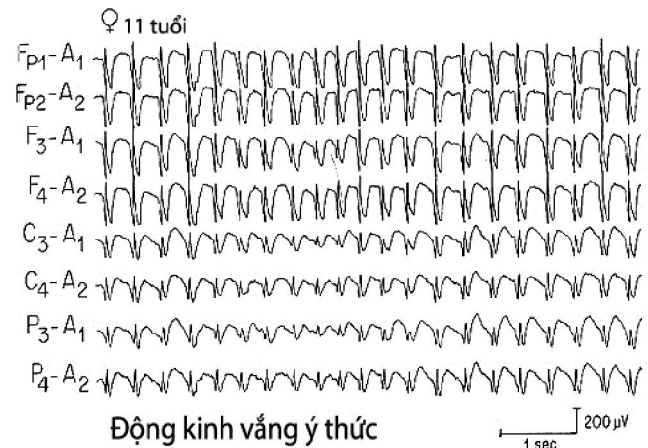
Điều trị động kinh vắng ý thức ở trẻ em

Ethosuximide có hiệu quả và dễ dung nạp hơn acid valproic hoặc lamotrigin.

Động kinh vắng ý thức (con ngắn nhưng xảy ra hàng ngày) là thể động kinh thường gặp nhất ở trẻ em. Ethosuximide, acid valproic, và lamotrigin là những thuốc thường dùng trong bệnh lý này. Các nhà nghiên cứu đã so sánh ba thuốc ấy (do hãng sản xuất cung cấp) trong một nghiên cứu đa trung tâm, ngẫu nhiên mù đôi trên 453 trẻ (tuổi trung vị 7 tuổi) bị động kinh vắng ý thức được khẳng định trên điện não đồ. Liệu thuốc được điều chỉnh mỗi 4 tuần dựa trên tình trạng động kinh lâm sàng. Kết cục chính là tính hiệu quả của điều trị, được định nghĩa là một phối hợp giữa hiệu quả và khả năng được dung nạp.

Sau 16 đến 20 tuần điều trị, những trẻ đối chứng dùng ethosuximide hoặc acid valproic có nhiều khả năng không có động kinh hơn và dung nạp với thuốc tốt hơn trẻ được dùng lamotrigin (53% và 58% so với 29%). Rối loạn chức năng chú ý hay gặp với acid valproic hơn là với ethosuximide (49% so với 33%). Tỷ lệ ngưng điều trị vì phản ứng bất lợi không khác nhau giữa ba nhóm.

Lời bình: Tính hiệu quả của ethosuximide dường như ưu việt hơn so với acid valproic lẫn lamotrigin trong điều trị trẻ em bị động kinh vắng ý thức. Các tác giả đã chọn tính hiệu quả của thuốc - sự phối



hợp giữa hiệu quả và khả năng được dung nạp - làm kết cục chính vì đặc tính tác dụng phụ khác nhau của những thuốc chống động kinh này. Tuy nhiên, các tác giả ghi nhận rằng trẻ em có động kinh vắng ý thức bị tăng nguy cơ động kinh co giật toàn thân khi chúng lớn hơn, và đáng tiếc là ethosuximide lại không có hiệu quả với loại động kinh này. Do vậy, các tác giả khuyến nghị cần theo dõi sát.

Theo Howard Bauchner, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 10/3/2010

Thời gian điều trị kháng sinh trong bệnh Lyme giai đoạn đầu: dài hơn không tốt hơn

Các kết cục lâu dài trên bệnh nhân được kháng sinh trong thời gian 10 ngày, 11–15 ngày, hoặc 16 ngày.

Theo khuyến nghị của Hội Bệnh Nhiễm khuẩn Hoa Kỳ, điều trị chuẩn đối với bệnh Lyme giai đoạn đầu là dùng amoxicillin 14 ngày ở người lớn và trẻ em hoặc dùng doxycyclin 14 ngày ở người lớn và trẻ em ≥ 8 tuổi. Trên thực tế, bệnh nhân thường được cho dùng một liệu trình kháng sinh dài hơn vì triệu chứng dai dẳng hoặc lo ngại các biến chứng dài hạn. Trong một nghiên cứu thuần tập hồi cứu và điều tra theo dõi lớn, các tác giả nghiên cứu đã khảo sát xem thời gian điều trị ảnh hưởng đến kết cục ra sao trên 607 bệnh nhân (>18 tuổi) có bệnh Lyme khu trú hoặc rải rác giai đoạn đầu được chẩn đoán trong thời gian từ 2000–2004.

Có 299 bệnh nhân (49%) trả lời điều tra theo dõi tình trạng lâm sàng sau một thời gian trung bình là 4,5 năm sau khi chẩn đoán. Hầu hết bệnh nhân đã được điều trị với doxycyclin (thời gian trung bình: 17 ngày). Chỉ có 6 bệnh nhân hội đủ các tiêu chí

thất bại điều trị (được định nghĩa là do da di chuyển [erythema migrans] dai dẳng hoặc có các dấu hiệu lâm sàng hoặc cận lâm sàng của bệnh Lyme tiến triển). Tỷ lệ thất bại điều trị không khác nhau có ý nghĩa giữa bệnh nhân được điều trị kháng sinh 10



ngày, 11–15 ngày, hoặc ≥ 16 ngày (theo thứ tự là 1%, 1,5%, và 0,7%). Nhiều số đo cơ năng dài hạn - bao gồm đau, sức khỏe tổng quát, và tình trạng sung sức về mặt tâm lý và thể chất - tương tự nhau giữa các nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê duy nhất là giảm hoạt động xã hội ở nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị dài nhất.

Lời bình: Nghiên cứu này là nghiên cứu dài hạn lớn nhất về kết cục dựa trên thời gian điều trị trên bệnh nhân có bệnh Lyme giai đoạn đầu. Mặc dù tỉ lệ trả lời câu hỏi điều tra chỉ có 50%, nhưng kết quả ủng hộ cho sự hợp lý của khuyến nghị điều trị kháng sinh 14 ngày, đã khẳng định rằng điều trị kháng sinh

kéo dài thêm không đem lại lợi ích nào đối với các triệu chứng dai dẳng, và gợi ý rằng các triệu chứng không liên quan với sự tồn tại dai dẳng của vi sinh vật gây bệnh hoặc thất bại của kháng sinh. Mặc dù tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này là người lớn và được điều trị với doxycyclin, nhưng không có lý do gì để cho rằng rằng trẻ em cần một liệu trình dài ngày hơn. Vì các liệu trình kháng sinh dài ngày kết hợp với tăng tỉ lệ tác dụng phụ, thầy thuốc nên khuyên dùng các thuốc trị triệu chứng, thay vì dùng kháng sinh, đối với các triệu chứng dai dẳng.

Theo Peggy Sue Weinrub, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 10/3/2010

So sánh ivermectin và malathion trong bệnh chấy đầu khó trị

Thuốc uống ivermectin là một điều trị thay thế có hiệu quả khi điều trị tại chỗ thất bại.



Mỗi năm có hàng triệu trường hợp nhiễm chấy đầu, đặc biệt là trẻ em. Các nhà nghiên cứu đã thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng, so sánh ivermectin dạng uống (400 $\mu\text{g}/\text{kg}$) và thuốc bôi malathion 0,5% trên các bệnh nhân chỉ thị và thành viên gia đình họ mà điều trị trước đó không có đáp ứng thỏa đáng. Ivermectin là một thuốc uống ức chế chất dẫn truyền thần kinh của ký sinh trùng, còn malathion là một phosphat hữu cơ ức chế thần kinh dạng bôi ngoài. Việc phân lô ngẫu nhiên được thực hiện theo hộ gia đình để đề phòng sự vấy nhiễm giữa các nhóm điều trị. Nhân viên y tế bôi malathion hoặc thuốc bôi giả dược và cấp thuốc viên ivermectin hoặc giả dược cho tất cả các đối tượng vào ngày 1 và ngày 8. Thuốc bôi được bôi lên tóc khô và da đầu cho đến khi ướt hoàn toàn rồi để khô tự nhiên trong không khí. Nghiên cứu thu nhận 812 bệnh nhân (tuổi trung bình 10 tuổi; 87% là nữ) từ 376 hộ gia đình.

Vào ngày 15, quan sát bằng mắt và chải bằng lược dày cho thấy 93% số đối tượng dùng ivermectin và 85% số đối tượng dùng malathion

không còn chấy ($P < 0,001$; mức khác biệt trung bình: 10,2 điểm phần trăm; khoảng tin cậy [KTC] 95%: 4,6–15,7). Tính theo hộ gia đình, 92% của 185 hộ dùng ivermectin và 79% của 191 hộ dùng malathion không còn chấy (mức khác biệt trung bình: 13,4 điểm phần trăm; KTC: 6,4–20,4). Vào ngày 15, có 8 người không đáp ứng với ivermectin và 39 người không đáp ứng với malathion được đổi chéo sang dùng điều trị kia. Trừ một bệnh nhân được điều trị với malathion, tất cả những bệnh nhân đều không còn chấy vào ngày 29. Tác dụng phụ xảy ra ở <2% số bệnh nhân trong mỗi nhóm; một trường hợp co giật xảy ra ở một em bé 7 tuổi dùng ivermectin và một trường hợp đau đầu nặng xảy ra ở một em bé 5 tuổi dùng malathion recipient nhưng hai trường hợp này được xem là không liên quan với điều trị.

Lời bình: Đây là một nghiên cứu có thiết kế tốt, được thực hiện nghiêm túc, chứng minh hiệu quả của cả hai thuốc điều trị. Quyết định dùng thuốc viên thay cho dung dịch bôi ngoài tùy thuộc vào tình huống hơn là vào kỳ vọng chữa khỏi bệnh chấy đầu. Những kết quả này cho thấy ivermectin dạng uống ở liều 400 $\mu\text{g}/\text{kg}$ tỏ ra không thua kém và ưu việt hơn malathion. Xem ra cả hai điều trị đều tương đối an toàn khi dùng cho trẻ nhỏ từ 2 tuổi trở lên và cân nặng ít nhất là 15 kg. Không có điều trị có hiệu quả chống trứng chấy, vì trứng vẫn nở sau 11 ngày. Vì thế, một đợt điều trị thứ hai được chỉ định và các tác giả đã cho dùng sau 7 ngày. Sự đề kháng ivermectin có thể xảy ra nên các tác giả đề nghị hạn chế sử dụng thuốc này, chỉ dùng để điều trị cho bệnh nhân đã thất bại với malathion bôi ngoài.

Theo Mark V. Dahl, Journal Watch Dermatology 10/3/2010

Tiên đoán bệnh hen trẻ em

Tỉ lệ mắc bệnh hen được cải thiện khi trẻ lớn hơn, nhưng phần lớn trẻ em tuổi đi học có hen dai dẳng vẫn sẽ có triệu chứng ở tuổi thiếu niên.

Bệnh nhân thường hỏi "Con tôi lớn lên có hết hen suyễn không?" Năm 2000, Nhóm nghiên cứu của Chương trình Quản lý Hen Trẻ em (CAMP) báo cáo rằng trẻ em từ 5 đến 12 tuổi bị hen dai dẳng được điều trị với corticosteroid dạng hít khoảng chừng 5 năm có sự kiểm soát hen tốt hơn so với trẻ được điều trị với nedocromil hoặc giả dược. Sau khi ngưng dùng thuốc có hoạt tính, sự kiểm soát hen và chức năng phổi không có sự khác biệt giữa các nhóm. Để mô tả diễn biến tự nhiên của bệnh hen trẻ em, Nhóm nghiên cứu CAMP đã đánh giá kết cục ở 909 đối tượng (86%) của một thuần tập ban đầu sau thời gian chờ hết tác dụng thuốc và sau 4 năm điều trị với thuốc khác và theo dõi bởi các bác sĩ riêng của bệnh nhi.

Dựa trên các báo cáo về triệu chứng, các đợt kịch phát và thuốc dùng, chỉ có 6% số trẻ lui bệnh (không có triệu chứng hen ở ít nhất 4 lần khám sau cùng), trong khi 39% có hen xảy ra theo chu kỳ và 55% có hen dai dẳng. Việc sử dụng corticosteroid



dạng hít trước đó trong nghiên cứu CAMP không có ảnh hưởng gì trên chức năng phổi hoặc sự lui bệnh trong thời gian 4 năm theo dõi. Các yếu tố tiên đoán của hen dai dẳng bao gồm cơ địa dị ứng, chức năng phổi thấp, và tăng tính đáp ứng của đường hô hấp. Sự mãn cảm và phơi nhiễm với các dị nguyên trong nhà kết hợp với tăng nguy cơ hen dai dẳng gấp ba

lần. Độ nặng của hen được cải thiện qua thời gian ở cả ba nhóm bệnh nhân hen, nhưng hen nặng hơn khi nhận vào nghiên cứu kết hợp với hen nặng hơn ở tuổi thiếu niên.

Lời bình: Mặc dù tỉ lệ mắc bệnh hen được cải thiện khi trẻ lớn hơn, nhưng phần lớn trẻ ở tuổi đi học bị hen dai dẳng vẫn sẽ có triệu chứng khi đến tuổi thiếu niên. Cho dù corticosteroid dạng hít là điều trị tốt nhất để cải thiện triệu chứng hen, nhưng dường như thuốc không có tác dụng gì trên chức năng phổi về lâu dài hoặc diễn biến tự nhiên của bệnh hen.

Theo David J. Amrol, *Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine* 3/10/ 2010

Bệnh mạn tính ở trẻ em không ngừng thay đổi

Một nghiên cứu dọc đã chứng minh những sự thay đổi về xuất độ, tỉ lệ lui bệnh và tỉ lệ lưu hành của bệnh mạn tính ở trẻ em.

Tỉ lệ các bệnh mạn tính ở trẻ em và thanh niên đã tăng rõ rệt trong 30 năm qua. Các nhà nghiên cứu đã sử dụng số liệu của Điều tra dọc trên thuần tập trẻ em-thanh niên để khảo sát tiên cứu những sự thay đổi về xuất độ, mức độ dai dẳng, và tỉ lệ lui bệnh của những bệnh mạn tính thường gặp.

Ba thuần tập trẻ em từ 2 đến 8 tuổi khi nhận vào nghiên cứu được theo dõi trong 6 năm: từ 1988 đến 1994 (2337 trẻ), 1994 đến 2000 (1759 trẻ), và 2000 đến 2006 (905 trẻ). Các bà mẹ được phỏng vấn về những bệnh trạng mạn tính của con khiến chúng phải nghỉ học hoặc hạn chế hoạt động học tập tại trường hoặc cần dùng thuốc, thiết bị đặc biệt hoặc dịch vụ y tế chuyên khoa trong ít nhất 12 tháng. Các bệnh mạn tính được phân thành bốn nhóm: béo phì (chỉ số thân khối \geq bách phân vị thứ 95 ở tuổi tương ứng), hen suyễn, các tình trạng thể chất khác, và các

vấn đề về hành vi hoặc khả năng học tập.

Tỉ lệ lưu hành của một bệnh mạn tính bất kỳ trong các năm 1994, 2000, và 2006 (năm cuối của mỗi giai đoạn 6 năm theo dõi) lần lượt là 13%, 25%, và 27%. Tính chung, 7% số trẻ có bệnh mạn tính khi bắt đầu lần khi kết thúc thời gian theo dõi 6 năm, 9% có bệnh mạn tính khi bắt đầu nghiên cứu và khỏi bệnh trong vòng 6 năm, và 13% có một bệnh mạn tính mới xuất hiện trong 6 năm theo dõi. Tỉ lệ lưu hành của các bệnh mạn tính trong bất kỳ phần nào của giai đoạn 6 năm theo dõi tăng dần theo các thuần tập kế tiếp nhau, đạt 51% trong giai đoạn 2000–2006, với tỉ lệ cao nhất ở con trai, trẻ gốc Tây Ban Nha, và trẻ da đen. Tăng tỉ lệ béo phì chiếm phần lớn trong sự gia tăng xuất độ các bệnh mạn tính.

Lời bình: Tỉ lệ lưu hành đang gia tăng của các

bệnh mạn tính ở trẻ em đã được các bác sĩ nhi khoa biết rõ. Nghiên cứu này cung cấp thêm kết quả cho thấy sự trở dậy và thoái lui của những bệnh mạn tính thường gặp là một quá trình động và bệnh “mạn tính” ở trẻ em không nhất thiết có nghĩa là cố định lâu dài. Việc lý giải kết quả bị hạn chế bởi vì báo cáo của cha mẹ có tính chất chủ quan và có thể có sai số hồi tưởng, duy chỉ có béo phì là được đo đạc một cách khách quan, nhiều bệnh trạng khác nhau được thể hiện trong hai loại bệnh mạn tính, và độ nặng của bệnh không được đánh giá chắc chắn. Ban biên tập lưu ý rằng ngoài tỉ lệ đang gia tăng của béo phì, tỉ lệ

của các tình trạng thể chất khác thực chất cũng tăng, với mức tăng ít hơn ở tỉ lệ bệnh hen, và những thay đổi chút ít về tỉ lệ các vấn đề hành vi và khả năng học tập. Họ gợi ý rằng tỉ lệ đang gia tăng của các bệnh mạn tính ở trẻ em kết hợp với một sự thay đổi sinh thái xã hội của trẻ em, bao gồm một mức độ stress cao ảnh hưởng đến sự phát triển não, nhiều trẻ không có cha hoặc mẹ, một lối sống tĩnh tại dành nhiều thời gian cho ti-vi và các phương tiện truyền thông, và chế độ ăn nhiều calori và chất béo.

Theo Martin T. Stein, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 3/3/2010

Thắt dạ dày nội soi trong béo phì nặng ở thiếu niên

Thủ thuật thắt dạ dày có tác dụng trên thiếu niên bị béo phì nặng nhưng kết hợp với những nguy cơ biến chứng quan trọng.

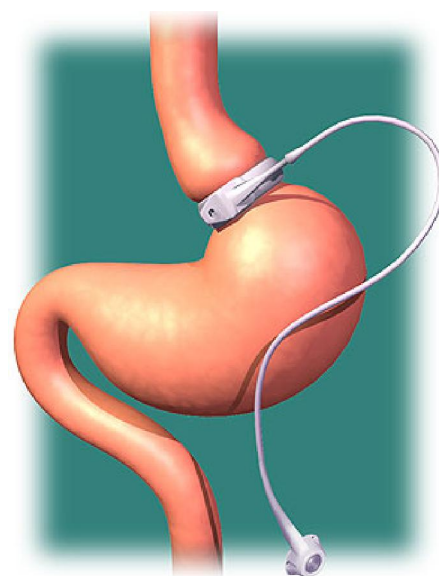
Các chương trình điều trị béo phì tập trung vào sự thay đổi lối sống đa số đều không thành công đối với thiếu niên bị béo phì nặng. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên tiền cứu, các tác giả ở Úc đã so sánh thủ thuật nội soi thắt dạ dày điều chỉnh được và một chương trình thay đổi lối sống tích cực trên 50 thiếu niên béo phì (từ 14 đến 18 tuổi; chỉ số thân khối [BMI] >35 kg/m²) có các biến chứng y khoa của béo phì, bị ảnh hưởng thể chất và tâm lý, và thất bại trong việc giảm cân bằng các biện pháp thay đổi lối sống trong hơn 3 năm. Chương trình thay đổi lối sống bao gồm hạn chế năng lượng ăn vào, tập thể dục, thay đổi hành vi, và thường xuyên hỏi ý kiến thầy thuốc. Tất cả các dịch vụ điều trị cho bệnh nhân đều miễn phí.

Trong thời gian 24 tháng nghiên cứu, có 21 trên 25 đối tượng mổ nội soi thắt dạ dày giảm được >50% trọng lượng thừa. Mức giảm cân trung bình tính chung ở nhóm này là 34,6 kg, so với mức giảm cân trung bình là 3 kg ở nhóm can thiệp lối sống (P<0,001). Sau 24 tháng, hội chứng chuyển hóa biến mất ở tất cả 9 đối tượng thuộc nhóm mổ nội soi thắt dạ dày và 6 trên 10 đối tượng của nhóm thay đổi lối sống (P=0,008). Mười hai em ở nhóm mổ nội soi thắt dạ dày có 13 biến chứng phẫu thuật (7 bệnh nhân cần làm lại phẫu thuật). Nhóm thay đổi lối sống có 7 bệnh nhân rút lui trong thời gian nghiên cứu. Tình

trạng sức khỏe chung được cải thiện ở cả hai nhóm, và những em ở nhóm mổ nội soi thắt dạ dày có sự cải thiện về hoạt động thể chất. Không có nhóm nào có những thay đổi về hành vi nói chung, sức khỏe tâm thần, hoặc sự cố kết gia đình.

Lời bình: Thắt dạ dày có tác dụng trên thiếu niên bị béo phì nặng nhưng lại kết hợp với những nguy cơ đáng kể về biến chứng. Như ghi nhận của các tác giả nghiên cứu, lựa chọn đầu tiên (và thứ hai) để chữa béo phì phải là những phương pháp không phẫu thuật; tuy nhiên thắt dạ dày qua nội soi ổ bụng có thể cải thiện cuộc sống và sức khỏe của quần thể có nguy cơ cao này.

Theo F. Bruder Stapleton, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 3/3/2010



Xử trí phản vệ ở trẻ em: chúng ta đang làm ra sao?

Tỉ lệ sử dụng epinephrin và chuyển bệnh nhân cho bác sĩ dị ứng chứng tỏ vẫn còn phải cải thiện việc xử trí trẻ em bị phản vệ tại khoa cấp cứu.

Báo cáo tóm tắt năm 2006 của Viện Dị ứng và Bệnh Nhiễm khuẩn Quốc gia/Mạng lưới Dị ứng Thức ăn và Phản vệ về điều trị phản vệ khuyến nghị

sử dụng epinephrin tiêm bắp sớm và trong hướng dẫn ra viện nên kê toa bơm tiêm epinephrin tự động và chuyển bệnh nhân cho bác sĩ chuyên khoa dị

ứng. Trong một tổng quan hồi cứu hồ sơ bệnh án tại một khoa cấp cứu nhi từ năm 2002 đến hết năm 2006, các tác giả đã đánh giá xem việc điều trị và xử trí phản vệ ngoại trú đã đạt yêu cầu khuyến nghị hay chưa.

Bệnh nhân được xem là có phản vệ nếu họ đã được chẩn đoán phản ứng dị ứng và có bất kỳ tiêu chí nào sau đây: tổn thương từ hai hệ cơ quan trở lên, hạ huyết áp so với tuổi, tổn thương một cơ quan kèm nhập viện, hoặc có các triệu chứng hoặc dấu hiệu ngoài da được điều trị bằng epinephrin tiêm bắp. Các tác giả đã nhận diện được 103 bệnh nhân (tuổi ≤ 21 tuổi) với 124 lượt vào khám tại khoa cấp cứu. Epinephrin tiêm bắp được dùng ở 56% số lượt khám; corticosteroid ở 79% số lượt; và thuốc kháng-histamin H1, kháng-histamin H2 hoặc cả hai ở 93% số lượt. Có 33 lượt khám (27%) dẫn đến việc nhập viện. Trong 91 lượt khám còn lại, 63% số bệnh nhân được kê toa bơm tiêm epinephrin tự động, và 33% được chuyển thẳng cho một bác sĩ chuyên khoa dị ứng. Việc được điều trị bằng epinephrin tại khoa cấp cứu không làm tăng có ý



nghĩa xác suất được kê toa bơm tiêm epinephrin tự động hoặc chuyển cho bác sĩ chuyên khoa dị ứng. Các tác giả kết luận rằng sự gắn bó với điều trị được khuyến nghị và xử trí ngoại trú đối với trẻ em bị phản vệ còn dưới mức tối ưu và việc sử dụng corticosteroid (với lợi ích không được chứng minh) vượt quá mức sử dụng epinephrin.

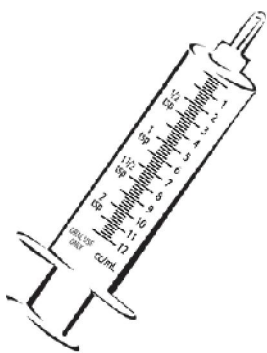
Lời bình: Các tác giả của nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm này đã sử dụng một định nghĩa ốm đốm về phản vệ và không tính đến việc chuyển bệnh nhân cho một bác sĩ nhi

khoa tuyến cơ sở hoặc một bác sĩ gia đình để hợp tác đánh giá dị ứng thêm về sau. Mặc dù vậy, dị ứng nghiêm trọng ở trẻ em — đặc biệt là dị ứng thức ăn — đang gia tăng, và nghiên cứu này có tác dụng củng cố các nguyên tắc điều trị phản vệ: sớm dùng epinephrin, dùng bơm tiêm epinephrin tự động tại nhà, và gửi bệnh nhân để đánh giá thêm về dị ứng.

Theo Katherine Bakes, Journal Watch Emergency Medicine 5/3/2010

Dụng cụ đong thuốc lỏng cho trẻ em: thường hay quá liều

Các bậc cha mẹ, người chăm sóc trẻ phải học cách đo đếm đúng cách, và cần các dụng cụ đo lường tốt hơn để đề phòng sai sót về liều dùng.



Sai sót liều dùng là một nguyên nhân thường gặp và có thể phòng tránh được của các tai biến bất lợi của thuốc ở trẻ em. Muỗng ăn nổi tiếng là không chính xác. Trên thị trường có nhiều loại dụng cụ đo lường khác nhau dùng để đong thuốc lỏng dùng cho trẻ em. Nhưng người ta không biết nhiều về độ chính xác của những dụng cụ này khi được các bậc cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ sử dụng.

Các nhà nghiên cứu tại một phòng khám nhi khoa trong một bệnh viện công vùng thành thị đã nghiên cứu trên cha mẹ bệnh nhi về việc sử dụng sáu loại dụng cụ đo lường thường thấy: hai cốc đong (một có chữ khắc chìm chữ và vạch rõ ràng và

một có in chữ và vạch màu đen), một ống đếm giọt, một muỗng lường, và hai bơm tiêm thuốc uống (có và không có bộ nổi gắn vào chai thuốc). Tổng cộng có 302 đối tượng là cha mẹ bệnh nhi hoặc là người chăm sóc trẻ (95% là các bà mẹ) được hỏi về cách sử dụng những dụng cụ này để lấy ra một liều là 1 muỗng cà phê hay 5 ml hỗn dịch acetaminophen. Tuổi trung bình của các đối tượng là 31 tuổi; 80% là người gốc Tây Ban Nha, và 10% là người da đen; 51% có học vấn bậc trung học phổ thông hoặc tương đương.



một có in chữ và vạch màu đen), một ống đếm giọt, một muỗng lường, và hai bơm tiêm thuốc uống (có và không có bộ nổi gắn vào chai thuốc). Tổng cộng có 302 đối tượng là cha mẹ bệnh nhi hoặc là người chăm sóc trẻ (95% là các bà mẹ) được hỏi về cách sử dụng những dụng cụ này để lấy ra một liều là 1 muỗng cà phê hay 5 ml hỗn dịch acetaminophen. Tuổi trung bình của các đối tượng là 31 tuổi; 80% là người gốc Tây Ban Nha, và 10% là người da đen; 51% có học vấn bậc trung học phổ thông hoặc tương đương.

Cốc đong (cả hai loại) gây sai sót dùng thuốc nhiều nhất, hơn 99% là quá liều. Những sai số lớn về liều dùng (chênh lệch >40%) xảy ra ở 25% số đối tượng dùng cốc đong in chữ và vạch màu đen và ở 23% số đối tượng dùng cốc đong khắc chìm. Sự thiếu hiểu biết về thuật ngữ y tế có liên quan có ý nghĩa đến những sai sót khi dùng cốc đong và muỗng lường.



hoặc thuốc kháng viêm dạng lỏng và cần lưu ý đến những kết quả của nghiên cứu này. Nghiên cứu này sử dụng cốc đong thực tế bán kèm với sản phẩm Tylenol dành cho trẻ em. Sai số lớn xảy ra trong một phần tư số trường hợp— một số là quá liều từ 100% đến 300%. Nhiều loại thuốc ho và cảm lạnh trẻ em được bán tự do gần đây đã được rút ra khỏi thị trường vì những tai biến bất lợi. Không rõ trong những tai biến ấy có bao nhiêu trường hợp liên quan đến quá liều do những loại cốc đong được sử dụng tràn lan này? Cần có thêm nghiên cứu vì vấn đề này liên quan đến sức khỏe công cộng và có ý nghĩa đáng kể về mặt chính sách. Bơm tiêm và ống đem giọt tỏ ra là những dụng cụ đo lường tốt hơn, và quan trọng hơn hết là giáo dục hướng dẫn cho các bậc cha mẹ biết cách sử dụng.

Theo Mary Wu Chang, *Journal Watch Dermatology* 19/2/2010

Các tác giả kết luận rằng cốc đong có thể dẫn đến sự nhầm lẫn giữa chữ viết tắt muỗng cà phê ("tsp") với chữ viết tắt muỗng canh ("tbsp") và gợi ý rằng trên cốc nên ghi đơn vị đo lường hoặc viết đủ tên liều dùng thực tế. Việc không xác định đúng vạch chỉ liều ngang tầm mắt là một sai sót thường gặp khác.

Lời bình: Các bác sĩ chuyên khoa da điều trị cho trẻ em cần kê toa kháng sinh, thuốc kháng-histamin

Fentanyl nhỏ mũi để giảm đau nhanh trên trẻ em

Fentanyl nhỏ mũi được dùng cho trẻ có triệu chứng đau từ vừa đến nặng có tác dụng nhanh gấp đôi so với morphin tiêm tĩnh mạch.

So với các nhóm bệnh nhân khác, trẻ em, người già và các nhóm sắc tộc thiểu số ít có khả năng được dùng thuốc giảm đau thỏa đáng trong khoa cấp cứu. Một nhóm tác giả đã đánh giá việc thực hiện phác đồ sử dụng fentanyl nhỏ mũi để điều trị đau trên trẻ em xem có rút ngắn được thời gian dùng thuốc giảm đau trên bệnh nhân tại một khoa cấp cứu hỗn hợp người lớn và trẻ em ở Úc hay không.

Đề cương nghiên cứu nêu rõ các tiêu chí nhận vào và loại ra thích hợp để sử dụng fentanyl nhỏ mũi (1,5 µg/kg) trên trẻ em từ 1–15 tuổi có triệu chứng đau từ vừa đến nặng. Việc lựa chọn fentanyl nhỏ mũi hoặc morphin tiêm tĩnh mạch là do quyết định của bác sĩ lâm sàng. Các tác giả đã nhận diện được 63 trẻ đã được dùng morphin tĩnh mạch trong 7 tháng trước khi thực hiện phác đồ và 118 trẻ được dùng fentanyl nhỏ mũi (81 em) hoặc morphin tiêm

tĩnh mạch (37 em) trong 7 tháng sau khi thực hiện phác đồ. Thời gian trung vị từ khi khám sơ bộ đến khi dùng thuốc giảm đau là 32 phút ở nhóm fentanyl so với 63 phút ở nhóm gồm 100 bệnh nhân được điều trị với morphin. Không có phản ứng bất lợi nào được báo cáo với cả hai thuốc này.

Lời bình: Những kết quả này gợi ý rằng fentanyl nhỏ mũi là một phương án dùng thuốc giảm đau nhanh hơn ở trẻ em tại khoa cấp cứu. Dùng sớm và dùng lặp lại một thuốc giảm đau có hiệu quả, chính liều để giảm đau, là mục đích điều trị đối với những bệnh nhân như thế. Fentanyl nhỏ mũi dường như có ưu điểm về mặt thời gian hơn thuốc giảm đau họ á phiện tiêm tĩnh mạch, nhưng 32 phút cũng là một thời gian dài phải chờ đợi đối với một em bé bị đau từ vừa đến nặng. Chúng ta phải làm tốt hơn nữa.

Theo Diane M. Birnbaumer, *Journal Watch Emergency Medicine* 26/2/2010