



Tháng 12-2024

Bản tin Thông tin Y TẾ

TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT - SỞ Y TẾ TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

TUYÊN TRUYỀN CẢI CÁCH HÀNH CHÍNH NGÀNH Y TẾ NĂM 2025

Căn cứ Nghị quyết số 76/NQ-CP ngày 15/7/2021 của Chính phủ ban hành chương trình tổng thể cải cách hành chính (CCHC) nhà nước giai đoạn 2021-2030; Căn cứ Chỉ thị số 23/CT-TTg ngày 02/9/2021 của Thủ tướng Chính phủ về việc đẩy mạnh thực hiện Chương trình tổng thể CCHC nhà nước giai đoạn 2021-2030; Quyết định số 2243/QĐ-UBND ngày 10/9/2021 của UBND tỉnh ban hành Kế hoạch cải cách hành chính giai đoạn 2021 - 2025 định hướng đến năm 2030 của tỉnh Thừa Thiên Huế; Kế hoạch số 441/KH-UBND ngày 04/12/2024 của UBND tỉnh về Kế hoạch tuyên truyền CCHC trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2025.

Sở Y tế ban hành Kế hoạch tuyên truyền cải cách hành chính năm 2025, với những mục đích và yêu cầu chủ yếu sau:

Mục đích

- Tăng cường nâng cao nhận thức, trách nhiệm, tổ chức thực hiện kế hoạch CCHC hàng năm của ngành y tế đối với công chức, viên chức người lao động trong quá trình thực thi công vụ, nhiệm vụ; nâng cao nhận thức của tổ chức cá nhân về công tác CCHC nhà nước, cải cách thủ tục hành chính (TTHC), góp phần tham gia giám sát quá trình thực thi công vụ của công chức, viên chức và người lao động.
- Nâng cao hiệu quả tuyên truyền CCHC bằng nhiều hình thức phù hợp với từng đơn vị đồng thời đưa việc tuyên truyền CCHC vào hoạt động thường xuyên trên trang thông tin điện tử của các đơn vị.

Yêu cầu

- Triển khai công tác tuyên truyền thiết thực, hiệu quả theo tiến độ thời gian đề ra; phổ biến nội dung CCHC kịp thời, đầy đủ, thường xuyên, rộng khắp, phù hợp với tình hình, đặc điểm, yêu cầu và khả năng của từng đối tượng, từng đơn vị.
- Thực hiện công tác tuyên truyền phải gắn với nội dung Nghị quyết số 76/NQ-CP ngày 15/7/2021 của Chính phủ ban hành Chương trình tổng thể CCHC nhà nước giai đoạn 2021-2030 và Nghị quyết Đại hội đại biểu Đảng bộ tỉnh Thừa Thiên Huế lần thứ XVI, nhiệm kỳ 2020-2025.
- Tăng cường lực lượng tham gia công tác tuyên truyền, tuyên thông; đổi mới nội dung và hình thức tuyên truyền, truyền thông; kết hợp công tác tuyên truyền, truyền thông về CCHC lồng ghép với việc phổ biến, tuyên truyền, giáo dục về các chủ trương, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước.
- Tuyên truyền CCHC góp phần nâng cao nhận thức của công chức, viên chức, người lao động thúc đẩy công cuộc công nghiệp hóa, hiện đại hóa, đẩy mạnh hội nhập quốc tế và phòng chống tham nhũng, tiêu cực, lãng phí./.

Ths. Trần Thị Lệ Minh

NGÀY QUỐC TẾ PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH (27/12/2024)

Ngày Quốc tế phòng, chống dịch bệnh (International Day of Epidemic Preparedness) lần đầu tiên tổ chức vào ngày 27 tháng 12 năm 2020, được Liên Hợp Quốc kêu gọi nhằm ủng hộ tầm quan trọng của việc phòng ngừa, chuẩn bị và hợp tác chống lại dịch bệnh.

Chính phủ các quốc gia trên thế giới đã tiến hành đối phó với đại dịch nhằm bảo vệ sức khỏe người dân cũng như các nhóm cộng đồng trên toàn cầu khuyến khích người dân tự nâng cao ý thức phòng bệnh, đầu tư vào các hệ thống ngăn ngừa, phát hiện và ứng phó với các đợt bùng phát dịch bệnh truyền nhiễm, chia sẻ thông tin, chuẩn bị nguồn lực và kiến thức chuyên môn giữa các quốc gia và cộng đồng địa phương.

Việt Nam, không nằm ngoài nguy cơ bị xâm nhập bởi các bệnh truyền nhiễm. Đặc biệt, sự gia tăng các hoạt động giao lưu thương mại, du lịch và di chuyển qua biên giới trong mùa lễ hội cuối năm như Tết Dương lịch và Tết Nguyên đán 2025 đang đến gần làm nguy cơ này càng trở nên rõ rệt.

Ngày Quốc tế phòng chống dịch bệnh 27/12 hằng năm có ý nghĩa quan trọng, góp phần nâng cao nhận thức của người dân và cộng đồng đối với việc phòng, chống dịch. Tất cả mọi người dân đều có trách nhiệm và hãy cùng chung tay với ngành Y tế và các cấp chính quyền địa phương phòng ngừa, chuẩn bị, đáp ứng với dịch bệnh.

Ths. Nguyễn Văn Cường (Tổng hợp)

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

Loãng xương (LX) là một tình trạng rối loạn chuyển hóa của bộ xương làm giảm sức mạnh của xương dẫn đến làm tăng nguy cơ gãy xương. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, cứ 2 phụ nữ trên 85 tuổi sẽ có 1 người bị gãy xương và tương tự cứ 3 nam giới ở cùng độ tuổi có 1 người bị gãy xương. Ở Việt Nam, khoảng 20% phụ nữ Việt Nam trên 60 tuổi có triệu chứng LX. Loãng xương diễn biến thầm lặng, nhưng có thể gây nên hậu quả nặng nề như gãy xương.

Chẩn đoán

Theo TCYTTC - 1994, loãng xương được định nghĩa dựa trên mật độ chất khoáng của xương (Bone Mineral Density - BMD) theo chỉ số T-Score.

+ Xương bình thường: T- score ≥ -1 , tức là lượng chất khoáng xương (BMD) của người được đo bằng và trên -1 độ lệch chuẩn (-1SD) so với giá trị trung bình của người trưởng thành độ tuổi 20 - 35 tuổi trong cộng đồng.

+ Thiếu xương (Osteopenia): $-1 > \text{T-score} > -2,5$.

+ Loãng xương (Osteoporosis): T- score $\leq -2,5$.

+ Loãng xương nặng: T-score $\leq -2,5$ và bệnh nhân có tiền sử hoặc hiện tại có một hay nhiều vị trí gãy xương.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội chống loãng xương thế giới, những người trên 50 tuổi, có một trong những yếu tố sau nên đo mật độ xương:

- Giảm chiều cao $\geq 3\text{cm}$ (so với độ tuổi 20-30).

- Cân nặng dưới 40 kg, hay giảm trọng lượng quá nhanh trong thời gian gần đây.

- Thiếu estrogen ở nữ như sau khi mãn kinh, cắt buồng trứng. Hoặc thiếu androgen ở nam trên 50 tuổi.

- Tiền sử gãy xương: Có cha mẹ hoặc bản thân đã bị gãy cổ xương đùi sau một chấn thương nhẹ ở tầm thấp.

- Tiền sử hoặc hiện tại có dùng corticoid liều bất kỳ liên tục trong thời gian trên 3 tháng.

- Sử dụng chất kích thích: Uống rượu: $\geq 8\text{g}$ cồn tinh hoặc 375ml bia 60 hoặc 30ml rượu mạnh/ ngày; Hay hút thuốc lá ≥ 20 điếu/ ngày.

Điều trị

Mục tiêu cơ bản của dự phòng và điều trị loãng xương là ngăn chặn tình trạng gãy xương. Điều đó có thể đạt được bằng cách:

- Tăng cường khối lượng xương trong giai đoạn phát triển xương.

- Ngăn chặn sự mất xương.

- Phục hồi vỏ cơ hóa xương và cấu trúc xương đã có loãng xương.

Các biện pháp không dùng thuốc

- Tập luyện thể lực, thể thao thường xuyên:

+ Tập chịu đựng sức nặng của cơ thể như đi bộ, chạy bộ, khiêu vũ...

+ Tập sức mạnh cho cơ: tập kháng lực, nhấc vật nặng phù hợp với khả năng của từng người nếu không có chống chỉ định.

- Đảm bảo chế độ ăn giàu canxi trong suốt cuộc đời. Nếu cần, có thể sử dụng cả thuốc để bổ sung canxi và vitamin D.

- Tránh sử dụng chất kích thích như cà phê, rượu, bia, không hút thuốc lá...

Các biện pháp dùng thuốc

Thuốc bổ sung bắt buộc

- Đảm bảo đủ lượng canxi đưa vào cơ thể 1.000 - 1200mg/ ngày

- Đảm bảo đủ lượng vitamin D đưa vào cơ thể 800 - 1.000IU/ ngày.

Các thuốc chống hủy xương

Ức chế hoạt động của tế bào hủy xương.

- Thuốc nhóm Biphosphonate: là nhóm thuốc lựa chọn đầu tiên để điều trị loãng xương ở người cao tuổi (> 60 tuổi), phụ nữ sau mãn kinh, sau dùng corticosteroid.

+ Alendronate: Fosamax plus (Alendronate 70mg + Cholecalciferol 2.800IU) hoặc Fosamax 5600 (Alendronate 70mg + Cholecalciferol 5.600IU).

Cách dùng: uống vào buổi sáng, khi đói. Bệnh nhân không nằm sau khi uống thuốc ít nhất 30 phút nhằm làm giảm biến chứng viêm loét thực quản. Liều lượng: 1 viên/tuần.

+ Zoledronic acid (Aclasta, 5mg/ 100ml).

Liều lượng: 1 chai 5mg/năm, liều duy nhất.

Cách dùng: Truyền tĩnh mạch chậm 1 chai 5mg/100ml trong thời gian trên 30 phút. Cần đảm bảo đủ lượng canxi và vitamin D cho bệnh nhân trước truyền thuốc.

Chống chỉ định: bệnh nhân có chức năng thận suy giảm (hệ số thanh thải Creatinin $\leq 30\text{ml/phút}$) hoặc những bệnh nhân có rối loạn nhịp tim.

+ Calcitonine: Chỉ định cho bệnh nhân mới có gãy xương kèm đau xương nhiều do loãng xương. Cần kết hợp điều trị cùng nhóm biphosphonate. Liều lượng: 50-100IU/ ngày, trong vòng 10-15 ngày/ đợt điều trị.

Cách dùng: tiêm dưới da hoặc tiêm bắp sau ăn.

Thận trọng: một số trường hợp có tiền sử dị ứng cần thử test da trước khi tiêm, không sử dụng thuốc liên tục, kéo dài.

- Chất điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (SERMs): Raloxifen (Evista). Chỉ định cho phụ nữ loãng xương sau mãn kinh, viên 60mg/ ngày, thời gian dùng không quá 2 năm.

Các nhóm thuốc khác

- Nhóm thuốc tăng tạo xương và ức chế hủy xương: Strontium ranelate (Protelos): Liều dùng 2g/ngày.

Cách dùng: uống một lần duy nhất vào buổi tối, sau ăn 2h

Tuy nhiên, do những tác dụng phụ nghiêm trọng của thuốc trên hệ tim mạch nên hiện thuốc chưa được áp dụng điều trị rộng rãi trên lâm sàng

- Thuốc làm tăng quá trình đồng hóa: Deca-Durabulin và Durabolin.

Điều trị biến chứng

- Điều trị đau: theo bậc thang giảm đau của TCYTTC kết hợp với Calcitonine.

- Gãy xương: đeo nẹp, bơm xi măng vào thân đốt sống hoặc thay đốt sống nhân tạo, kết xương hoặc thay khớp (nếu có chỉ định).

(xem tiếp trang 3)

QUẢN LÝ VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN

Đa số người mắc viêm gan B mạn không có triệu chứng và cảm thấy hoàn toàn bình thường, mặc dù có thể đã có xơ gan hoặc ung thư gan giai đoạn đầu. Vì vậy, khi theo dõi người bệnh viêm gan mạn cần lưu ý kiểm tra các dấu hiệu viêm gan, tổn thương gan hoặc xơ gan và cần tiến hành sàng lọc ung thư gan định kỳ.

Xét nghiệm men gan (ALT) 6 tháng một lần

Xét nghiệm men gan là một trong các xét nghiệm cần thiết và ít tốn kém để đánh giá bệnh nhân có cần dùng thuốc điều trị hay không. ALT tăng cao là một dấu hiệu chỉ điểm của tổn thương gan. Nếu men gan bình thường thì có thể không cần làm thêm các xét nghiệm khác để quyết định điều trị, trừ khi có biểu hiện xơ gan hoặc đang dùng hóa chất điều trị ung thư.

Xét nghiệm tải lượng vi rút bằng PCR (còn gọi là xét nghiệm HBV DNA)

Là xét nghiệm đo tải lượng vi rút trong máu. Trong điều kiện cho phép, nên xét nghiệm PCR khi bắt đầu điều trị viêm gan B. Nếu bệnh nhân có ALT cao, xét nghiệm tải lượng vi rút sẽ giúp khẳng định tổn thương gan có phải do vi rút viêm gan B gây ra hay không và củng cố bằng chứng cho chỉ định điều trị. Nếu tải lượng vi rút giảm hoặc giảm xuống dưới ngưỡng phát hiện chứng tỏ bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt. Nên làm tải lượng vi rút 6-12 tháng/lần để đánh giá hiệu quả điều trị và phát hiện sớm kháng thuốc.

HBeAg và anti-HBe

Nên xét nghiệm HBeAg sau khi có kết quả khẳng định viêm gan B mạn. HBeAg là dấu ấn đánh giá mức độ hoạt động của vi rút và gián tiếp phản ánh kết quả tải lượng vi rút trong máu (mặc dù một số chủng vi rút đột biến có tải lượng vi rút cao nhưng xét nghiệm HBeAg vẫn âm tính). Nếu HBeAg (+), nên xét nghiệm lại hàng năm để theo dõi mức độ hoạt động của vi rút. Nếu có chuyển đổi huyết thanh (HBeAg chuyển từ + sang - và xuất hiện anti-HBe) là dấu hiệu đáp ứng điều trị tốt. Có thể phải điều trị nhiều năm mới có chuyển đổi huyết thanh. Tuy nhiên cần lưu ý rằng xuất hiện anti-HBe không có nghĩa là bệnh nhân đã khỏi bệnh hoàn toàn và không cần tiếp tục điều trị. Một số bệnh nhân mang vi rút viêm gan B thể đột biến không tạo ra HBeAg, vì vậy xét nghiệm tải lượng vi rút vẫn cho kết quả đánh giá mức hoạt động của vi rút chính xác hơn.

Số lượng tiểu cầu và Albumin

Số lượng tiểu cầu thấp (dưới 150.000 tế bào/mm³) kết hợp với mức albumin thấp (≤ 3.5 gm/dl), kèm theo thời gian đông máu giảm hoặc không, là các dấu hiệu gợi ý bệnh nhân có xơ gan và suy giảm chức năng gan.

Sinh thiết gan

Sinh thiết gan là thủ thuật xâm lấn không nên chỉ định rộng rãi. Trong một số trường hợp nhất định, có thể nên làm sinh thiết gan để quyết định điều trị ở những bệnh nhân có men gan tăng nhẹ hoặc không liên tục. Không làm sinh thiết gan nếu đã có đủ bằng chứng để chỉ định điều trị dựa trên các tiêu chí khác.

Sàng lọc ung thư gan thường xuyên

Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, khoảng 70% các

trường hợp tử vong do viêm gan B là do ung thư tế bào gan. Cần sàng lọc và phát hiện sớm ung thư gan bằng cả 2 xét nghiệm AFP (Alpha-fetoprotein) và siêu âm gan vì có bệnh nhân mắc ung thư gan mà không có xơ gan và ALT bình thường. Chỉ khoảng 40-60% bệnh nhân ung thư gan có AFP tăng.

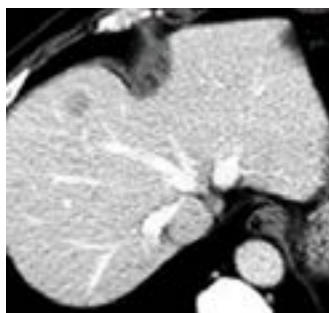
Siêu âm gan có thể không phát hiện được khoảng 20% các ca ung thư gan, nhất là ở những người bệnh béo phì hoặc có mô gan đồng nhất do gan nhiễm mỡ hoặc xơ gan. Vì vậy, nên kết hợp làm cả 2 xét nghiệm thường xuyên.

Xét nghiệm AFP - 6 tháng một lần

AFP là xét nghiệm sử dụng phổ biến nhất để sàng lọc ung thư gan. Kết quả xét nghiệm AFP tăng liên tục hoặc AFP >500 ng/ml thường có mối liên hệ chặt chẽ với ung thư gan (bình thường AFP <10 ng/ml). Khoảng 40% bệnh nhân ung thư gan có xét nghiệm AFP bình thường, do vậy cần làm thêm siêu âm gan định kỳ để sàng lọc ung thư gan.

Siêu âm gan - 6 tháng một lần

Siêu âm là một trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để phát hiện khối u trong gan. Siêu âm chỉ có thể phát hiện được khoảng 80% trường hợp ung thư gan, vì vậy nên kết hợp với xét nghiệm AFP. Nếu kết quả siêu âm không rõ ràng (ví dụ ở bệnh nhân có gan nhiễm mỡ hoặc xơ gan) hoặc bệnh nhân có AFP tăng cao, có thể chỉ định chụp cộng hưởng từ hoặc chụp cắt lớp vi tính gan, hoặc giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa gan mật để đánh giá thêm.



Tổn thương mật gan, mô dần ở phần nhu mô còn lại ở phần tĩnh mạch là biểu hiện điển hình của ung thư tế bào gan.

Khi siêu âm gan hay chụp cắt lớp nếu có hình ảnh tổn thương gan mới, hoặc xét nghiệm AFP tăng cao cần giới thiệu ngay bệnh nhân

đến chuyên khoa gan mật để đánh giá và điều trị kịp thời.

Tiền sử gia đình và xơ gan tăng nguy cơ mắc ung thư gan. Nên làm siêu âm hoặc chụp cắt lớp gan 6 tháng một lần cho bệnh nhân ở mọi lứa tuổi nếu có xơ gan hoặc gia đình có người mắc ung thư gan.

Ths.Bs. Lê Trung Quân

Chẩn đoán và Điều trị Loãng xương

(...tiếp theo trang 2)

Điều trị lâu dài

- Theo dõi sát sự tuân thủ điều trị.
- Đo lại mật độ xương sau mỗi 1-2 năm để đánh giá kết quả điều trị.
- Bệnh nhân phải được điều trị lâu dài, thường 3-5 năm. Sau đó đánh giá lại tổng thể tình trạng bệnh để quyết định phương hướng điều trị tiếp theo.

Ths.Bs. Phạm Trung Hiếu

FDA CHẤP THUẬN THUỐC MỚI CHO BỆNH UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN CUỐI

FDA đã phê duyệt một loại thuốc mới có tên là ensartinib dành cho người lớn mắc một loại ung thư phổi có tên là ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (NSCLC) dương tính với ALK. Được bán dưới tên thương hiệu Ensacove, loại thuốc này hiện là phương pháp điều trị lựa chọn đầu tiên cho những người mắc loại ung thư này. Thuốc này dành cho những bệnh nhân có khối u phát triển gần đó hoặc di căn đến các bộ phận khác của cơ thể và chưa từng được điều trị bằng thuốc chặn ALK trước đây.

NSCLC dương tính với ALK thường được chẩn đoán ở những người trẻ tuổi có ít hoặc không có tiền sử hút thuốc. Nó phát sinh từ một số thay đổi nhất định trong gen ALK tạo ra các protein hợp nhất bất thường, thúc đẩy sự phát triển và lan rộng của các tế bào ung thư. NSCLC dương tính với ALK chiếm khoảng 3% đến 11% trong số tất cả các trường hợp ung thư phổi và thường hung dữ hơn, có khả năng tái phát cao hơn sau khi điều trị và kết quả tệ hơn. Điều này làm nổi bật nhu cầu về các loại thuốc cụ thể có thể ngăn chặn tác động của các protein hợp nhất bất thường này.

Việc phê duyệt dựa trên kết quả đầy hứa hẹn từ một thử nghiệm lâm sàng đánh giá hiệu quả của ensartinib so với crizotinib (chất ức chế ALK thế hệ đầu tiên) ở 290 bệnh nhân mắc NSCLC dương tính với ALK tiến triển chưa từng được điều trị bằng bất kỳ chất ức chế ALK nào trước đó. Bệnh nhân được chỉ định ngẫu nhiên để dùng ensartinib hoặc crizotinib. Kết quả cho thấy ensartinib cải thiện đáng kể thời gian sống không tiến triển, với bệnh nhân sống trung bình khoảng 25,8 tháng mà không bị ung thư nặng thêm; ngược lại, những người dùng crizotinib sống trung bình khoảng 12,7 tháng mà không bị ung thư tiến triển. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể nào về thời gian sống tổng thể được ghi nhận giữa hai nhóm bệnh nhân.

Theo webmd.com

CONGO XÁC NHẬN BỆNH LẠ KHIẾN NHIỀU NGƯỜI TỬ VONG LÀ SỐT RÉT

Bộ Y tế Congo cho biết căn bệnh bí ẩn đang lây lan ở Panzi, khiến ít nhất 143 người chết là một dạng sốt rét nặng.

"Bí ẩn cuối cùng đã được giải đáp. Đây là trường hợp sốt rét nặng dưới dạng bệnh lý hô hấp", Bộ Y tế Congo tuyên bố hôm 17/12. Hai năm trước, Panzi đã trải qua dịch sốt thương hàn. Đây là khu vực có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao và tỷ lệ tiêm chủng thấp, khiến trẻ em dễ mắc nhiều bệnh.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) vẫn đang xét nghiệm, điều tra và chưa đưa ra kết luận cuối cùng. Cơ quan này chưa nhận được thông báo từ Bộ Y tế Congo.

Một số mẫu bệnh phẩm đã được chuyển đến phòng thí nghiệm của WHO ở Kinshasa, cách Panzi khoảng 48 giờ lái xe. WHO cho biết thêm nhiều mẫu bệnh phẩm khác đang được chuyển đến. Theo ông Apollinaire Yumba, Giám đốc Cơ quan Y tế Panzi, WHO đã cung cấp thuốc chống sốt rét cho bệnh viện và các trung tâm y tế.

Theo Giám đốc WHO, tiến sĩ Tedros Adhanom Ghebreyesus,

10 mẫu bệnh phẩm ban đầu từ bệnh nhân ở Congo cho kết quả dương tính với sốt rét. Tuy nhiên, ông không loại trừ khả năng họ mắc nhiều bệnh cùng lúc.

Theo USA Today, WHO

CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE TÂM THẦN THANH THIẾU NIÊN MỚI CHO THẤY SỰ HỨA HẸN

Những thanh thiếu niên phải vào khoa cấp cứu vì khủng hoảng sức khỏe tâm thần có thể được giúp đỡ hiệu quả thông qua một chương trình dựa vào cộng đồng.

Nghiên cứu mới cho thấy những thanh thiếu niên gặp rắc rối, trầm cảm, lo âu được đưa vào chương trình như vậy ít có khả năng phải quay lại phòng cấp cứu hoặc cần chăm sóc tâm thần nội trú do khủng hoảng tiếp theo.

Chương trình này không làm giảm nguy cơ tự tử sau này, nhưng lại làm giảm nguy cơ phải nhập viện vì tự tử. Nghiên cứu này xem xét hiệu quả của chương trình Dịch vụ chuyển tiếp và khủng hoảng (CATS) do Cơ quan Y tế Oregon thành lập. Mặc dù CATS có thể không làm giảm các nỗ lực tự tử nói chung, nhưng những thanh thiếu niên tham gia chương trình này đã có thể trở về nhà thay vì phải nhập viện, do đó giảm bớt gánh nặng cho các khoa cấp cứu trong việc chăm sóc thanh thiếu niên và cho phép thanh thiếu niên ở lại cộng đồng. Các nhà nghiên cứu cho biết thanh thiếu niên đủ điều kiện tham gia CATS nếu họ bị trầm cảm hoặc lo âu nghiêm trọng, có vấn đề về sức khỏe tâm thần làm suy giảm khả năng hoạt động hoặc nếu họ gây nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác.

Nghiên cứu này được các nhà nghiên cứu đã theo dõi hơn 500 trẻ em từ 11 đến 17 tuổi được giới thiệu đến CATS từ năm 2018 đến năm 2020.

Theo www.medicinenet.com

NHIỀU BỆNH MÃN TÍNH CÓ THỂ GÂY RA BỆNH THẬN

Người cao tuổi càng ốm yếu thì khả năng mắc các vấn đề về thận càng cao cùng với các vấn đề sức khỏe khác. Một nghiên cứu mới được công bố ngày 17 tháng 12 trên Tạp chí của Hiệp hội Lão khoa Hoa Kỳ (JAGS) cho thấy khi số lượng bệnh mãn tính của một người tăng lên, khả năng suy giảm chức năng thận của họ sẽ cao hơn và nhanh hơn.

Điều này đặc biệt đúng đối với những người mắc nhiều vấn đề về tim và những người mắc nhiều bệnh mãn tính đòi hỏi phải dùng nhiều thuốc và phương pháp điều trị. Giorgi Beridze, nghiên cứu sinh tại Viện Karolinska, cho biết: "Những phát hiện của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của một đánh giá toàn diện, không chỉ xem xét gánh nặng bệnh mãn tính nói chung mà còn cả sự tương tác phức tạp giữa các bệnh khi đánh giá nguy cơ suy giảm chức năng thận ở người lớn tuổi".

Trong nghiên cứu này, các nhà nghiên cứu đã theo dõi sức khỏe của gần 3.100 người cao tuổi ở Thụy Điển trong khoảng thời gian 15 năm như một phần của nghiên cứu về lão hóa.

Theo www.medicinenet.com

Ths. Nguyễn Văn Cường (Tổng hợp)

* Chịu trách nhiệm xuất bản: Ths.BSCKII. Nguyễn Lê Tâm

* Biên tập và Thiết kế: Ths Nguyễn Văn Cường, Ths Lê Trung Quân

* Địa chỉ liên lạc: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thừa Thiên Huế; 10-12 Nguyễn Văn Cừ, Thành phố Huế

* ĐT: (0234) 3820439 - 3822466