



Tháng 11-2025

Bản tin **Thông tin** **Y TẾ**

TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT - SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HUẾ

MỘT SỐ KẾT QUẢ THỰC HIỆN CHUYỂN ĐỔI SỐ NGÀNH Y TẾ NĂM 2025

Về nhận thức số: 100% CC, VC được tiếp cận tài liệu triển khai thực hiện về chuyển đổi số; tham gia các khóa đào tạo, bồi dưỡng kiến thức chuyển đổi số (CĐS). Hoàn thành mục tiêu 100% TTHC đủ điều kiện theo quy định của pháp luật được cung cấp dịch vụ công trực tuyến toàn trình; 100% DVC trực tuyến toàn trình được tích hợp, cung cấp trên Cổng DVC quốc gia.

Về thể chế số: Triển khai thực hiện Đề án phát triển ứng dụng dữ liệu về dân cư, định danh và xác thực điện tử phục vụ CĐS quốc gia giai đoạn 2022 - 2025, tầm nhìn đến năm 2030.

Về dữ liệu số:

- 100% TTHC được thực hiện trên hệ thống DVC quốc gia, của thành phố; 100% Trang TTĐT Sở Y tế được kiểm tra đánh giá định kỳ ATTT và dán nhãn tín nhiệm mạng; 100% đơn vị KCB đã triển khai phần mềm phục vụ công tác quản lý KCB và thanh toán BHYT.
- 17/17 (đạt tỷ lệ 100%) đơn vị đã công bố triển khai áp dụng hồ sơ bệnh án điện tử (BAĐT), vượt chỉ tiêu 12 ngày của TT Chính phủ.
- Triển khai Thông tư 04/2022/TT-BYT sửa đổi Thông tư 27/2021/TT-BYT về quy định kê đơn thuốc bằng hình thức điện tử, trong đó, có quy định lộ trình thực hiện kê đơn thuốc điện tử.
- 100% cơ sở bán lẻ thuốc kết nối liên thông cơ sở dược quốc gia; 100% bệnh viện đã triển khai nền tảng tư vấn và đăng ký KCB từ xa.
- Triển khai thí điểm ứng dụng nền tảng y tế thông minh và thiết bị y tế thông minh (IOMT) trong CĐS y tế; Triển khai các nội dung Đề án 06. Trong đó, đã triển khai 5 Kiosk y tế thông minh tại TTYT Phú Vang, Hương Thủy, Thuận Hóa, Phú Xuân, BVRHM. Phần mềm quản lý cơ sở dữ liệu về ATTP; Dữ liệu về công tác bảo trợ XH.

Về hạ tầng chuyển đổi số y tế: Xây dựng dự án Đầu tư, nâng cấp hạ tầng CNTT phục vụ CĐS cho đơn vị, đảm bảo hạ tầng triển khai BAĐT.

Về an toàn thông tin mạng: 100% máy tính trong Văn phòng Sở có phần mềm phòng, chống mã độc Bkav point. Máy chủ và máy tính tại các phòng chức năng của các đơn vị được trang bị, cài đặt phần mềm chống virus có bản quyền,...

Về chính quyền số: 100% lịch họp đăng ký và phát hành giấy mời qua mạng; 100% hồ sơ tiếp nhận tại bộ phận một cửa được cập nhật, số hóa; 100% ý kiến chỉ đạo được theo dõi và xử lý trên mạng; 100% đơn thư khiếu nại, tố cáo đủ điều kiện xử lý, giải quyết được cập nhật trên phần mềm quản lý; 100% báo cáo định kỳ (không bao gồm nội dung mật) được cập nhật, chia sẻ trên Hệ thống thông tin báo cáo quốc gia, của thành phố phục vụ hoạt động quản lý, chỉ đạo, điều hành. 100% hồ sơ được tạo, lưu giữ, chia sẻ dữ liệu điện tử theo quy định.

Về kinh tế số: 100% các cơ sở KCB trực thuộc Sở Y tế đã triển khai thanh toán chi phí KCB không dùng tiền mặt./.

Ths. Trần Thị Lệ Minh

35 NĂM ỨNG PHÓ HIV/AIDS : ĐOÀN KẾT LÀ SỨC MẠNH – CHUNG TAY CHẤM DỨT DỊCH BỆNH AIDS

Kỷ nguyên ARV - Giành lại quyền sống và yêu thương

Bước ngoặt lớn diễn ra khi thuốc kháng vi rút (ARV) được đưa vào Việt Nam từ năm 2000. ARV không phải thuốc chữa khỏi HIV, nhưng là cánh cửa hồi sinh, giúp ức chế vi rút dưới ngưỡng phát hiện, phục hồi hệ miễn dịch và mang lại hy vọng về một cuộc sống có ý nghĩa cho người bệnh.

Tính đến tháng 12/2024, Việt Nam có 184.214 người đang được điều trị ARV, trong đó hơn 90% người sử dụng thuốc từ nguồn Bảo hiểm Y tế, đánh dấu bước tiến quan trọng về tính bền vững trong điều trị. Song song đó, hệ thống xét nghiệm HIV được mở rộng mạnh mẽ, với trung bình hơn 2 triệu mẫu xét nghiệm mỗi năm, giúp phát hiện sớm, điều trị sớm và giảm nguy cơ lây lan.

Kỷ nguyên PrEP - Lá chắn chủ động và sự tiên phong

Nếu ARV là giải pháp cứu sống người đã nhiễm, thì PrEP (điều trị dự phòng trước phơi nhiễm) là “lá chắn” chủ động bảo vệ người chưa nhiễm. Khi sử dụng đúng hướng dẫn, PrEP giúp giảm nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường tình dục đến khoảng 99%. Việt Nam là quốc gia tiên phong tại khu vực Châu Á - Thái Bình Dương trong triển khai PrEP. Đến nay, hơn 70.000 người có hành vi nguy cơ cao đã được tiếp cận biện pháp dự phòng này. Năm 2023, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) công nhận Việt Nam là nước dẫn đầu khu vực về cung cấp dịch vụ PrEP. Đây chính là lời khẳng định về sự chủ động và tiến bộ trong chiến lược phòng ngừa HIV của quốc gia.

Đích đến năm 2030 - Đoàn kết là sức mạnh

Hành trình 35 năm đã chứng minh khoa học có thể chiến thắng “án tử”, nhưng quan trọng hơn, con người cần phải chiến thắng kỳ thị. Song, để khép lại dịch bệnh AIDS vào năm 2030, chúng ta vẫn cần nỗ lực lấp đầy khoảng cách khi mới đạt 87,3% người nhiễm biết tình trạng của mình và 78,9% trong số đó đang được điều trị ARV.

Sự đoàn kết lúc này không chỉ là động lực khoa học mà còn là trách nhiệm nhân văn. Hưởng ứng Ngày Thế giới phòng, chống AIDS năm 2025, với chủ đề “Đoàn kết là sức mạnh - Chung tay chấm dứt dịch bệnh AIDS”, Việt Nam kêu gọi sự tham gia mạnh mẽ của toàn xã hội ./.

CN. Nguyễn Phương Huy (tổng hợp)

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH GOUT

Gout là một bệnh rối loạn chuyển hóa đặc trưng bởi tình trạng tăng acid uric máu kéo dài, dẫn đến lắng đọng tinh thể urat trong các khớp, mô mềm và thận. Sự tích tụ các tinh thể monosodium urat này gây ra các đợt viêm khớp cấp tính, tái phát nhiều lần và về lâu dài có thể tiến triển thành gout mạn tính với sự hình thành hạt tophi và tổn thương khớp vĩnh viễn. Bệnh thường liên quan đến rối loạn purin nội sinh hoặc ngoại sinh, ảnh hưởng bởi chế độ ăn, di truyền và các yếu tố chuyển hóa.

Gout có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh chiếm khoảng 1-4% dân số trưởng thành, trong đó các nước phát triển có tỷ lệ cao hơn do chế độ ăn giàu đạm, tăng béo phì và tuổi thọ cao. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới trung niên, đặc biệt trong độ tuổi 30-50, với tỷ lệ cao gấp 3-5 lần nữ giới. Ở nữ, gout hiếm gặp trước mãn kinh nhờ tác dụng thải acid uric của estrogen, nhưng tỷ lệ tăng rõ rệt sau mãn kinh.

Ở giai đoạn đầu, người bệnh thường chỉ có tăng acid uric máu mà hoàn toàn không có triệu chứng, tình trạng này có thể kéo dài nhiều năm trước khi xuất hiện cơn gout cấp. Khi lên cơn cấp, bệnh nhân thường đau khớp dữ dội một cách đột ngột, nhất là vào ban đêm hoặc gần sáng. Khớp bị viêm sẽ sưng, nóng, đỏ rõ rệt và đau đến mức không thể chạm vào. Vị trí thường gặp nhất là khớp bàn ngón chân cái, nhưng các khớp khác như cổ chân, gối, cổ tay, khuỷu hay bàn tay cũng có thể bị ảnh hưởng. Mỗi cơn thường kéo dài từ ba đến mười ngày và có thể tự hết, nhưng rất dễ tái phát, đặc biệt sau các yếu tố khởi phát như uống rượu bia, ăn nhiều thịt đỏ hoặc hải sản, sử dụng thuốc lợi tiểu, mất nước hay chấn thương khớp.

Sau cơn cấp, bệnh chuyển sang giai đoạn kẽ, lúc này bệnh nhân không còn đau nhưng các tinh thể urat vẫn tiếp tục lắng đọng âm thầm trong cơ thể. Nếu không điều trị hạ acid uric, khả năng tái phát rất cao, đa số bệnh nhân sẽ gặp lại cơn gout trong vòng một đến hai năm. Khi bệnh kéo dài nhiều năm không kiểm soát, gout mạn tính hình thành, gây viêm nhiều khớp, đau kéo dài và biến dạng khớp. Một đặc điểm nổi bật của giai đoạn này là sự xuất hiện của các hạt tophi dưới da, thường gặp quanh khớp, ở vành tai, gân gót, bàn tay hoặc bàn chân. Những hạt này có màu trắng ngà, có thể mềm hoặc chắc, đôi khi loét và chảy dịch dạng phấn.

Chẩn đoán:

Khẳng định khi có ít nhất một trong hai yếu tố sau:

1. Tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hoặc trong hạt tophi bằng soi dịch khớp.

2. Thỏa mãn tiêu chuẩn phân loại ACR/EULAR 2015

- Đặc điểm lâm sàng (tối đa 4 điểm):

+ Vị trí khớp viêm: Viêm khớp bàn ngón chân cái hoặc cổ chân (**2đ**); Viêm khớp khác (gối, cổ tay...)(**1đ**); Vị trí không điển hình (**0đ**).

+ Đặc điểm cơn viêm: đạt đỉnh ≤ 24 giờ (**0.5đ**); Đỏ - nóng - sưng rõ rệt (**1đ**); Tự khỏi trong ≤ 14 ngày (**0.5đ**); Có ≥ 1 cơn tương tự trước đó (**1đ**).

- Acid uric máu (tối đa 4 điểm): $< 240 \mu\text{mol/L}$ ($< 4 \text{ mg/dL}$) (**0đ**); $240 - < 360 \mu\text{mol/L}$ ($4 - < 6 \text{ mg/dL}$)(**2đ**); $360 - < 480 \mu\text{mol/L}$

($6 - < 8 \text{ mg/dL}$) (**3đ**); $\geq 480 \mu\text{mol/L}$ ($\geq 8 \text{ mg/dL}$) (**4đ**).

- Hình ảnh học (tối đa 4 điểm): Siêu âm có dấu hiệu viên kép (**4đ**); Chụp cắt lớp vi tính 2 mức năng lượng (DECT) có lắng đọng tinh thể urat (**4đ**); X-quang có bào mòn dạng “đục lỗ”, rìa rõ (**3đ**).

- Dịch khớp (tối đa 2 điểm): Dịch khớp viêm nhưng không thấy tinh thể (**1đ**); Không viêm / không chọc hút được (**0đ**).

Chẩn đoán xác định khi tổng điểm các mục trên là $\geq 8đ$

Nếu thấy tinh thể urat thì chẩn đoán xác định mà không cần tính điểm.

Điều trị

Cơn gout cấp

Giảm đau, giảm viêm càng sớm càng tốt trong 24-48 giờ đầu.

- **NSAIDs:** Dùng liều kháng viêm trong 3-5 ngày.

+ Indomethacin 50 mg $\times$ 2-3 lần/ngày.

+ Naproxen 750 mg liều đầu, sau đó 250 mg mỗi 8 giờ.

+ Ibuprofen 600-800 mg $\times$ 3 lần/ngày.

Tránh dùng ở bệnh nhân loét dạ dày, suy thận, suy tim.

- **Colchicine:** Dùng càng sớm càng tốt trong 24 giờ đầu.

+ Liều tấn công: 1 mg, sau 1 giờ uống thêm 0,5 mg.

+ Duy trì: 0,5 mg $\times$ 1-2 lần/ngày trong vài ngày.

Chống chỉ định khi suy thận nặng hoặc đang dùng macrolide.

- **Corticosteroid:** Dùng khi không dùng được NSAIDs hoặc colchicine.

Prednisone 30-40 mg/ngày trong 5-7 ngày. Hoặc tiêm nội khớp methylprednisolone nếu chỉ viêm một khớp. Tránh dùng kéo dài.

Các lưu ý trong cơn cấp

- Không được bắt đầu thuốc hạ acid uric trong cơn cấp.

- Nếu bệnh nhân đang dùng allopurinol/febuxostat từ trước thì tiếp tục, không ngừng thuốc.

Điều trị dài hạn (phòng tái phát & làm tiêu tophi)

Mục tiêu hạ Acid uric máu $< 6 \text{ mg/dL}$ ($360 \mu\text{mol/L}$). Nếu có tophi: $< 5 \text{ mg/dL}$ ($300 \mu\text{mol/L}$).

- **Allopurinol** (lựa chọn đầu tay)

+ Khởi đầu: 100 mg/ngày, tăng dần mỗi 2-4 tuần.

+ Liều tối đa: 800 mg/ngày.

+ Bệnh nhân suy thận: bắt đầu liều thấp hơn.

+ Test HLA-B*5801 ở người có nguy cơ (người châu Á, da đen) để giảm nguy cơ sốc phản vệ.

- **Febuxostat**

Liều 40-80 mg/ngày. Thường dùng khi không dung nạp allopurinol hoặc kiểm soát kém. Không dùng cho bệnh nhân bệnh tim mạch nặng.

- **Thuốc tăng thải acid uric (Uricosurics)**

+ Probenecid 500 mg $\times$ 2 lần/ngày. Chỉ dùng khi chức năng thận còn tốt và không có sỏi thận.

Dự phòng tái phát trong 6 tháng đầu

Khi bắt đầu thuốc hạ acid uric, cần dự phòng bằng Colchicine (Xem tiếp trang 3)

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU

Nguyên tắc sử dụng các thuốc giảm đau

- Cần kết hợp điều trị nguyên nhân gây đau (điều trị đặc hiệu, điều trị cơ bản bệnh).
- Tôn trọng sơ đồ bậc thang của Tổ chức Y tế Thế giới.
- Dùng đường uống là chính nhằm đơn giản hoá cách thức sử dụng.
- Tìm liều hiệu quả nhất, dung nạp cao nhất (tôn trọng chống chỉ định, tương tác thuốc, tăng dần liều, lưu ý sự phụ thuộc thuốc...).
- Có thể kết hợp các điều trị hỗ trợ như trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh nên kết hợp thuốc vitamin nhóm B và các thuốc giảm đau thần kinh. Có thể kết hợp các thuốc chống trầm cảm ở các trường hợp đau kéo dài, đau do ung thư vv...

Điều trị

Sơ đồ bậc thang chỉ định thuốc giảm đau theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới

- **Bậc 1:** Thuốc không có morphin (paracetamol, thuốc chống viêm không steroid liều thấp, naramidopyrin, floctafenin...).
- **Bậc 2:** Morphin yếu (codein, dextropropoxyphen, buprenorphin, tramadol).
- **Bậc 3:** Morphin mạnh.

Điều trị giảm đau trong các bệnh cơ xương khớp tại Việt Nam chủ yếu sử dụng thuốc giảm đau bậc 1 và 2. Thuốc bậc 1 là các thuốc chống viêm không steroid liều thấp thường được khuyến cáo nên sử dụng nhóm ức chế chọn lọc COX2. Tuy nhiên cần cân nhắc trên một bệnh nhân cụ thể.

Thuốc giảm đau bậc 1

- *Thuốc giảm đau bậc 1 nhóm paracetamol:*

Liều paracetamol mỗi lần 500-1.000mg; ngày uống 1-4 lần; uống cách nhau 6-8 giờ/lần. Không quá 4 gam/24 giờ. Thuốc có thể gây hại cho gan. Chống chỉ định ở bệnh nhân suy tế bào gan, đang có hủy tế bào gan (có tăng men gan).

- *Thuốc giảm đau bậc 1 nhóm floctafenin:*

Floctafenin: Viên nén 200mg, ngày uống 1-3 lần, mỗi lần 1-2 viên. Thuốc ít gây tổn thương tế bào gan, do đó thường được chỉ định trong trường hợp suy tế bào gan.

Thuốc giảm đau bậc 2 - Paracetamol kết hợp với codein hoặc tramadol

Liều các thuốc nhóm này: Ngày uống 1-4 lần, mỗi lần 1-2 viên. Nên tăng liều dần, từ từ và chọn liều thấp nhất có hiệu quả, giảm ngay liều khi đỡ đau.

- Paracetamol 500mg + Codein 30mg
- Paracetamol 325mg + Tramadol 37,5mg

Điều trị hỗ trợ

- *Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh:*

+ Thuốc giảm đau thần kinh:

Gabapentin: Viên 300mg. Liều 600-900mg/ngày, chia 2-3 lần.

Pregabalin: Viên 75mg. Liều: 150-300 mg/ngày chia 2 lần.

Chỉ định: Đau thần kinh tọa, hội chứng chèn ép đám rối thần kinh cánh tay, bệnh Fibromyalgia (còn gọi là bệnh đau sợi cơ; đau xơ cơ, đau cơ xơ hóa...)

Cách dùng: Nên uống vào buổi trưa và tối, cần tăng liều dần. Với khởi đầu bằng liều cao ngay từ đầu có thể gây chóng mặt, buồn nôn.

+ Vitamin nhóm B (B1, B6, B12) đường tiêm hoặc uống:

Kết hợp vitamin B1, B6, B12 Vitamin B12 đơn độc

Chỉ định: Đau khớp, đau cột sống nói chung, đặc biệt đau có nguồn gốc thần kinh như đau thần kinh tọa, hội chứng chèn ép đám rối thần kinh cánh tay (thường do thoái hóa cột sống cổ hoặc thoát vị cột sống cổ).

Cách dùng: Nên dùng liều cao, đường tiêm hoặc uống.

- *Trường hợp đau mạn tính:*

Thuốc chống trầm cảm ba vòng (tricyclic antidepressant), chống lo âu:

+ Amitriptylin: Viên 25mg

Chỉ định: Đau mạn tính, đau có nguồn gốc thần kinh, có rối loạn giấc ngủ, có yếu tố tâm lý, hoặc đau do ung thư.

Cách dùng: Nên khởi đầu bằng liều thấp: 1/2 viên/ngày. Liều: 25-75mg. Có thể gây chóng mặt.

+ Sulpirid: Viên 50mg

Chỉ định: Đau có rối loạn giấc ngủ, có yếu tố tâm lý.

Cách dùng: Nên khởi đầu bằng liều thấp: 50mg/ngày. Sau đó tăng lên liều 50-150mg/ngày. Không quá 4 tuần.

Ths.Bs. Lê Trung Quân

Chẩn đoán và Điều trị bệnh Gout (tiếp theo trang 2)

0,5 mg × 1-2 lần/ngày hoặc NSAIDs liều thấp giúp tránh bùng phát gout do dao động acid uric.

Thay đổi lối sống (bắt buộc)

- Giảm thực phẩm giàu purin: hải sản, thịt đỏ, phủ tạng.
- Hạn chế rượu bia, đặc biệt là bia.
- Giảm fructose (nước ngọt, nước trái cây đóng chai).
- Uống ≥ 2 lít nước/ngày.
- Giảm cân nếu thừa cân.

Tránh thuốc làm tăng acid uric: lợi tiểu thiazide, furosemide.

Khi nào bắt đầu điều trị hạ acid uric?

Bắt đầu ngay khi có một trong các yếu tố: ≥ 2 cơn gout/năm; Có tophi; Sỏi thận

Acid uric rất cao (> 9 mg/dL, 540 μmol/L); Bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 trở lên

Theo dõi

- Kiểm tra acid uric sau mỗi 2-5 tuần khi chỉnh liều.
- Sau khi đạt mục tiêu: kiểm tra mỗi 6 tháng.
- Theo dõi chức năng thận, men gan khi dùng allopurinol hoặc febuxostat.

Ths.Bs. Phạm Trung Hiếu

HUYẾT ÁP CAO Ở THANH THIẾU NIÊN CÓ LIÊN QUAN ĐẾN NGUY CƠ MẮC BỆNH XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH SAU NÀY

Theo một nghiên cứu được công bố trên tạp chí JAMA Cardiology, mức huyết áp (BP) cao hơn ở tuổi vị thành niên có liên quan đến nguy cơ xơ vữa động mạch cao hơn phụ thuộc vào liều lượng ở tuổi trung niên.

Tiến sĩ Ángel Herraiz-Adillo từ Đại học Linköping ở Thụy Điển và các đồng nghiệp đã xem xét mối liên quan giữa BP ở tuổi vị thành niên và xơ vữa động mạch được phát hiện bằng chụp cắt lớp vi tính ở tuổi trung niên. Phân tích bao gồm 10.222 nam giới với độ tuổi trung bình là 18,3 tuổi khi bắt đầu tham gia Đăng ký Nghĩa vụ Quân sự Thụy Điển và được theo dõi trong thời gian trung bình là 39,5 năm.

Các nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng BP cao ở tuổi vị thành niên có liên quan đến hẹp động mạch vành theo kiểu đáp ứng liều lượng. Nguy cơ hẹp động mạch vành nặng cao hơn ($\geq 50\%$) được ghi nhận ở thanh thiếu niên bị tăng huyết áp giai đoạn 2 (tỷ lệ chênh lệch 1,84 và tỷ lệ hiện mắc đã hiệu chỉnh là 10,1%) so với những người có huyết áp bình thường (tỷ lệ hiện mắc đã hiệu chỉnh là 6,9%). Huyết áp cao, được định nghĩa bởi Hội Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2025 (120-129/ <80 mm Hg) và Hiệp hội Tim mạch Châu Âu năm 2024 (120-139/70-89 mm Hg), có liên quan đến xơ vữa động mạch vành nặng ở tuổi trung niên. Huyết áp tâm thu cho thấy mối liên quan mạnh hơn huyết áp tâm trương.

Theo www.drugs.com

TIẾP XÚC LÂU DÀI VỚI CARBON ĐEN CÓ LIÊN QUAN ĐẾN NGUY CƠ MẮC BỆNH HEN SUYỄN VÀ COPD

Jiawei Zhang, từ Đại học Copenhagen ở Đan Mạch, và các đồng nghiệp đã theo dõi 28.731 nữ điều dưỡng thuộc Nhóm Điều dưỡng Đan Mạch từ giai đoạn ban đầu (1993/1999) cho đến cuối năm 2018 để xem xét mối liên hệ giữa việc tiếp xúc lâu dài với ô nhiễm không khí, tập trung vào carbon đen (BC) với các trường hợp mắc bệnh hen suyễn và COPD.

Các nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng 633 y tá mắc bệnh hen suyễn và 1.145 người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) trong thời gian theo dõi trung bình 23 năm. Có mối liên hệ nhất quán giữa việc tiếp xúc lâu dài với BC với nguy cơ mắc cả bệnh hen suyễn và COPD tăng cao (tỷ lệ nguy cơ [khoảng tin cậy 95%], lần lượt là 1,06 [1,00 đến 1,13] và 1,04 [0,98 đến 1,11] trên mỗi 0,34 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ BC tăng). Sau khi kiểm soát tổng lượng bụi mịn (PM_{2.5}) hoặc PM_{2.5} không BC, những mối liên hệ này vẫn tồn tại và được củng cố. Ở những người thừa cân hoặc có bệnh lý nền, mối liên hệ với ô nhiễm không khí mạnh hơn đã được ghi nhận.

Theo www.drugs.com

CẦN SA LÀM GIẢM BỆNH GAN LIÊN QUAN ĐẾN RƯỢU Ở NHỮNG BỆNH NHÂN MẮC CHỨNG RỐI LOẠN SỬ DỤNG RƯỢU

Theo một nghiên cứu được công bố trên tạp chí Liver International, đánh giá mối liên hệ giữa việc sử dụng cần sa và nguy cơ mắc ALD ở những bệnh nhân mắc chứng rối loạn sử dụng rượu (AUD). Phân tích bao gồm 33.114 bệnh nhân được ghép đôi mắc chứng rối loạn sử dụng cần sa (CUD) hoặc những người không sử dụng.

Các nhà nghiên cứu nhận thấy rằng so với những người không sử dụng cần sa, CUD có liên quan đến việc giảm nguy cơ mắc ALD (tỷ lệ nguy cơ [HR], 0,60), suy gan mất bù (HR, 0,83) và tử vong do mọi nguyên nhân (HR, 0,86) ở những người mắc chứng rối loạn sử dụng rượu. Đối với những người sử dụng cần sa không lạm dụng hoặc lệ thuộc cần sa, có mối liên quan với việc giảm nguy cơ mắc ALD, nhưng nguy cơ suy gan mất bù và tử vong do mọi nguyên nhân tương tự như những người không sử dụng cần sa mắc chứng rối loạn sử dụng rượu (AUD).

“Cần sa có thể có đặc tính bảo vệ, nhưng chúng ta vẫn chưa biết chính xác liều lượng, dạng bào chế hoặc liều lượng nào có thể an toàn hoặc hiệu quả”, các nhà nghiên cứu cho biết trong một tuyên bố. “Mục tiêu không phải là khuyến khích sử dụng cần sa, mà là tìm hiểu những thành phần nào của nó có thể có tiềm năng trở thành thuốc.”

Theo www.drugs.com

MỘT TÁCH CÀ PHÊ THỰC SỰ CÓ THỂ MANG LẠI LỢI ÍCH CHO MỘT SỐ NGƯỜI MẮC CHỨNG RỐI LOẠN NHỊP TIM THÔNG THƯỜNG

Những người trưởng thành bị rung nhĩ uống một tách cà phê mỗi ngày có nguy cơ bị nhịp tim bất thường thấp hơn 39% so với những người tránh xa caffeine, nghiên cứu đã báo cáo trên Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ ngày 9 tháng 11. “Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cà phê chứa caffeine có thể không phải là nguyên nhân làm tăng nguy cơ mắc bệnh rung nhĩ mà thậm chí còn có thể làm giảm nguy cơ này”.

Rung nhĩ xảy ra khi các buồng trên của tim - tâm nhĩ - bắt đầu rung và đập không đều. Tình trạng này làm tăng nguy cơ đột quỵ và suy tim của bệnh nhân nếu không được điều trị. Theo thông cáo báo chí của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), hơn 6 triệu người ở Hoa Kỳ mắc rung nhĩ.

“Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để đánh giá liệu cà phê có chứa caffeine có làm tăng hay giảm nguy cơ mắc bệnh rung nhĩ. Những người tham gia được phân ngẫu nhiên để tiếp tục uống ít nhất một tách cà phê có chứa caffeine mỗi ngày hoặc tránh hoàn toàn caffeine trong sáu tháng”, Tiến sĩ Christopher Wong, giáo sư tim mạch tại Đại học Adelaide, Úc, trưởng nhóm nghiên cứu, cho biết.

Theo www.medicinenet.com
CN. Lê Thị Thanh (Tổng hợp)

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

* Biên tập và Thiết kế: Cn. Nguyễn Phương Huy, Ths.Bs. Lê Trung Quân

* Địa chỉ liên lạc: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Huế; 10-12 Nguyễn Văn Cừ, Quận Thuận Hoá, Thành phố Huế

* ĐT: (0234) 3820439 - 3822466