



**Tháng 5-2026**

# Bản tin **Thông tin** **Y TẾ**

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

## **NGÀNH Y TẾ ĐẨY MẠNH CẢI CÁCH HÀNH CHÍNH TRỌNG TÂM GIAI ĐOẠN 2026 - 2030**

**N**gành Y tế đặt mục tiêu triển khai đồng bộ, hiệu quả chương trình cải cách hành chính giai đoạn 2026 - 2030 theo định hướng của Chính phủ, hướng đến xây dựng nền hành chính hiện đại, chuyên nghiệp, kỷ cương, minh bạch, lấy người dân và doanh nghiệp làm trung tâm phục vụ. Đồng thời, ngành tập trung khắc phục những tồn tại, hạn chế trong giai đoạn 2021 - 2025; nâng cao trách nhiệm người đứng đầu; đẩy mạnh chuyển đổi số toàn diện, xây dựng hệ thống y tế số hiện đại, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, y tế dự phòng, an sinh xã hội và quản trị ngành y tế, góp phần nâng cao Chỉ số CCHC (PAR INDEX) và Chỉ số hài lòng của người dân (SIPAS).

### **Trong giai đoạn 2026 - 2027**

+ Ngành Y tế tập trung rà soát quy định của pháp luật thuộc các lĩnh vực quản lý để đề xuất nội dung hoàn thiện pháp luật, kịp thời kiến nghị xử lý những nội dung mâu thuẫn, chồng chéo, bất cập hoặc không phù hợp thực tiễn nhằm phát triển kinh tế, bảo vệ môi trường, bảo đảm an sinh xã hội, quyền con người, quyền công dân,... chú trọng hoàn thiện pháp luật về tổ chức, bộ máy theo hướng tinh gọn, hoạt động hiệu lực, hiệu quả.

+ Triển khai thực hiện theo thẩm quyền các cơ chế, chính sách của TW và của thành phố về đổi mới cơ chế quản lý, cơ chế tự chủ tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập; bảo đảm kịp thời, đúng quy định của pháp luật và phù hợp với chủ trương của Đảng.

+ Rà soát, tham mưu quy hoạch mạng lưới và xây dựng đề án sắp xếp, tổ chức lại các đơn vị sự nghiệp công lập thuộc ngành, lĩnh vực quản lý theo hướng tinh gọn, hiệu quả; trình cấp có thẩm quyền xem xét, quyết định.

+ 100% TTHC đủ điều kiện cung cấp DVC trực tuyến toàn trình. 100% Tỷ lệ cấp kết quả giải quyết TTHC điện tử.

+ Tỷ lệ hồ sơ TTHC giải quyết đúng hạn đạt 95%, 100% hồ sơ trễ hạn phải thực hiện xin lỗi người dân, tổ chức và hẹn ngày trả kết quả.

+ 95% người dân, doanh nghiệp đánh giá hài lòng khi sử dụng DVC trực tuyến.

### **Giai đoạn 2028 - 2030**

+ Ngành tiếp tục hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật; bảo đảm đồng bộ, thống nhất, công khai,  
(Xem tiếp trang 2)

## **CHỦ ĐỀ NGÀY THẾ GIỚI KHÔNG THUỐC LÁ 31 THÁNG 5 NĂM 2026**

**“Vạch trần sự hấp dẫn giả tạo - Hành động để đẩy lùi nạn nghiện nicotine và thuốc lá”**

**T**heo Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), sử dụng thuốc lá là nguyên nhân gây ra 28 nhóm bệnh, với nhiều nhóm bệnh nguy hiểm như: ung thư (điển hình là ung thư phổi), các bệnh tim mạch (đặc biệt là bệnh mạch vành), các bệnh hô hấp (đặc biệt là viêm đường hô hấp và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) và ảnh hưởng tới sức khỏe sinh sản và sinh dục ở con người. Sử dụng thuốc lá gây ra hơn 8 triệu ca tử vong mỗi năm trên toàn thế giới, trong đó có khoảng 1,6 triệu ca tử vong do các bệnh liên quan đến hút thuốc thụ động.

Tại Việt Nam, tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành trên 15 tuổi năm 2023: Tỷ lệ sử dụng thuốc lá trong nam giới giảm từ 47,4% (năm 2010) xuống 38,9% (năm 2023). Tỷ lệ sử dụng thuốc lá trong thanh thiếu niên từ 13 đến 17 tuổi giảm từ 5,36% năm 2013 xuống 2,78% năm 2019; trong nhóm tuổi từ 13 đến 15 tuổi giảm từ 2,5% (năm 2014) xuống 1,9% (năm 2022).

Tuy nhiên, các nước trên thế giới cũng như Việt Nam đang đứng trước yêu cầu cấp thiết phải duy trì và tăng cường các biện pháp kiểm soát thuốc lá, đặc biệt trong bối cảnh các sản phẩm thuốc lá mới như thuốc lá điện tử (TLĐT) và thuốc lá nung nóng (TLNN) tiếp tục gia tăng, có nguy cơ làm suy yếu các thành tựu trong công tác PCTH thuốc lá trong hơn một thập kỷ qua.

Chủ đề Ngày Thế giới không thuốc lá năm 2026 được WHO xác định là “Vạch trần sự hấp dẫn giả tạo - Hành động để đẩy lùi nạn nghiện nicotine và thuốc lá”. Chiến dịch nhằm phơi bày các chiến lược của các tập đoàn thuốc lá trên thế giới trong việc lôi kéo một thế hệ người dùng mới, đặc biệt là trẻ em và thanh thiếu niên, đồng thời né tránh các biện pháp kiểm soát thuốc lá ngày càng chặt chẽ trên toàn cầu. WHO nhấn mạnh cam kết trong việc thúc đẩy thực thi chính sách nhằm bảo vệ thanh thiếu niên trước nguy cơ nghiện chất nicotine, đồng thời kêu gọi chính phủ các nước, tổ chức y tế, xã hội dân sự và giới trẻ cùng chung một sứ mệnh: hướng tới một tương lai không thuốc lá.

Tiếp nối chủ đề chiến dịch truyền thông năm 2025, chủ đề Ngày Thế giới không thuốc lá năm 2026 nhấn mạnh cam kết liên tục của WHO trong việc vạch trần các chiến thuật của ngành công nghiệp thuốc lá, đẩy lùi nạn nghiện nicotine và thuốc lá và thúc đẩy thực thi chính sách nhằm bảo vệ thanh thiếu niên và cộng đồng.

**Ths. Lê Đức Hy (tổng hợp)**

## CẬP NHẬT PHẢN VỆ THEO WAO 2026

Theo định nghĩa của WAO (Tổ chức dị ứng thế giới) phản vệ là một phản ứng quá mẫn toàn thân nghiêm trọng, thường khởi phát nhanh và có thể gây tử vong. Phản vệ nặng đặc trưng với khả năng đe dọa tính mạng do suy sụp hô hấp và/hoặc huyết động, có thể xảy ra ngay cả khi không có biểu hiện trên da điển hình hoặc không có suy sụp tuần hoàn.

### Chẩn đoán

*Phản vệ khi có bất kỳ một trong 2 tiêu chuẩn sau:*

1. Khởi phát cấp tính (vài phút đến vài giờ) với biểu hiện da, niêm mạc, hoặc cả hai (mày đay toàn thân, ngứa hoặc đỏ bừng, sưng môi-lưỡi). Đi kèm ít nhất 1 trong các biểu hiện sau:

- Đường thở/hô hấp: suy hô hấp biểu hiện với khó thở, khò khè, thở ít, giảm oxy máu.

- Tuần hoàn: tụt huyết áp hoặc triệu chứng rối loạn chức năng cơ quan đích như giảm trương lực, ngất, tiêu tiểu không tự chủ.

- Triệu chứng tiêu hóa nặng: đau bụng nhiều, nôn ói, đặc biệt là sau khi tiếp xúc với dị nguyên không phải thức ăn.

2. Khởi phát tụt huyết áp cấp tính hoặc co thắt phế quản hoặc triệu chứng thanh quản (thở rít, thay đổi giọng nói) sau khi tiếp xúc với dị nguyên vài phút đến vài giờ, kể cả không có biểu hiện triệu chứng trên da.

Tụt huyết áp định nghĩa là giảm huyết áp tâm thu trên 30% so với giá trị nền, hoặc

- Trẻ nhỏ nhi và trẻ dưới 10 tuổi: huyết áp dưới (70 mmHg + [2 x tuổi theo năm]);

- Người lớn: huyết áp tâm thu < 90 mmHg.

Một số xét nghiệm cận lâm sàng được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán phản vệ, như một phần của đánh giá theo dõi sau đó. Dấu ấn đáng tin cậy nhất là tryptase huyết thanh, mặc dù trong một số trường hợp nồng độ này có thể không tăng. Sự tăng tryptase > 20% so với mức nền cộng thêm 2 mcg/L được xem là gợi ý tình trạng hoạt hóa cấp tính của tế bào mast.

### Điều trị

Bệnh nhân nên được đặt nằm với chân nâng cao để hỗ trợ tuần hoàn tĩnh mạch, hoặc ở tư thế nửa nằm nửa ngồi nếu có khó thở hoặc buồn nôn. Phụ nữ mang thai nên được nằm nghiêng bên trái để tránh tử cung chèn ép lên tĩnh mạch chủ. Cần nhanh chóng đánh giá tình trạng của bệnh nhân và gọi hỗ trợ. Các dấu hiệu sinh tồn cần được theo dõi kịp thời.

Hiện nay, Epinephrine (Adrenaline) tiêm bắp hoặc xịt mũi đều được chấp nhận trong điều trị phản vệ. Epinephrine tiêm bắp vào giữa mắt ngoài đùi được xem là lựa chọn điều trị đầu tay cho phản vệ cho đến nay. Phương pháp này cho phép tác dụng dược lý nhanh và giảm thiểu nguy cơ tiềm ẩn của đường tiêm tĩnh mạch (ví dụ: quá liều). Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với Epinephrine, tuy nhiên cần đặc biệt thận trọng ở những bệnh nhân nguy cơ cao gặp tác dụng phụ (ví dụ: người cao tuổi, bệnh tim mạch). Liều Epinephrine có thể lặp lại sau 5-10 phút nếu triệu chứng vẫn còn. Đáp ứng không đầy đủ có thể xảy ra ở bệnh nhân đang dùng chẹn beta; trong trường hợp đó, có thể cân nhắc dùng glucagon (tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch).

Epinephrine đường mũi là một lựa chọn mới không cần kim tiêm trong điều trị cấp cứu phản vệ. Thuốc được đưa vào cơ thể dưới dạng xịt mũi, và đã được chứng minh tạo ra nồng độ thuốc trong máu và tác dụng trên tim mạch tương tự với tiêm bắp truyền thống. Dạng bào chế này mang lại nhiều lợi ích tiềm năng, bao gồm dễ sử dụng, tránh sử dụng kim tiêm, và thuận tiện hơn cho cả bệnh nhân lẫn người chăm sóc. Các tác dụng phụ thường gặp có thể bao gồm kích ứng nhẹ ở mũi hoặc họng, đau đầu, hoặc hắt hơi. Tuy nhiên, nhìn chung đây là một giải pháp thay thế đầy hứa hẹn cho những người có nguy cơ phản ứng dị ứng nặng. Hiện nay chưa có nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa Epinephrine dạng tiêm và không tiêm. Việc phê duyệt của cơ quan quản lý dựa trên dữ liệu được động học và dược lực học.

Điều trị hàng thứ hai bao gồm truyền dịch đường tĩnh mạch và hỗ trợ oxy. Trong trường hợp có co thắt phế quản, việc thêm thuốc giãn phế quản kích thích beta-adrenergic khí dung có thể mang lại hiệu quả.

Thuốc kháng histamine H1 và Corticosteroid từ lâu đã được khuyến cáo và sử dụng trong điều trị phản vệ. Tuy nhiên, lợi ích của chúng chưa rõ ràng; mặc dù có thể làm giảm một số triệu chứng, nhưng chúng không đủ khả năng đảo ngược phản ứng phản vệ. Việc sử dụng các thuốc này không được làm trì hoãn hoặc thay thế việc sử dụng Epinephrine.

Những bệnh nhân có nguy cơ phản vệ cần có kế hoạch hành động bằng văn bản trong trường hợp xảy ra phản ứng mới; đồng thời cần được kê đơn Epinephrine để tự điều trị. Các thiết bị Epinephrine tự tiêm được ưu tiên sử dụng; tuy nhiên không phải ai cũng có. Trong những trường hợp không có thiết bị tự tiêm, các lựa chọn thay thế bao gồm bơm tiêm Epinephrine đã được nạp sẵn hoặc lọ thuốc kèm bơm tiêm; khi đó cần giáo dục kỹ lưỡng cho bệnh nhân về cách sử dụng.

**Ths.Bs. Lê Trung Quân**

Nguồn: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939455126001717>

## ...NGÀNH Y TẾ ĐẨY MẠNH CẢI CÁCH HÀNH CHÍNH (tiếp theo trang 1)

minh bạch, khả thi, phù hợp với quy định của TW và điều kiện thực tiễn của thành phố.

+ Xây dựng được đội ngũ CC, VC có cơ cấu hợp lý, đáp ứng tiêu chuẩn chức danh, vị trí việc làm và khung năng lực theo quy định.

+ Tỷ lệ khai thác, sử dụng lại thông tin, dữ liệu đã được số hóa trong giải quyết TTHC, DVC đạt tối thiểu 90%.

+ Tỷ lệ thanh toán trực tuyến trong giải quyết TTHC, DVC đạt tỷ lệ 100%.

+ Mức độ hài lòng của người dân đối với sự phục vụ của cơ quan HCNN (Chỉ số SIPAS) đạt tối thiểu 95%.

+ Mức độ hài lòng của người dân về cung cấp DVC trong lĩnh vực y tế đạt tối thiểu 90%.

**Ths. Trần Thị Lệ Minh**

## QUẢN LÝ BỆNH THẬN MẠN TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

**B**ệnh thận mạn (BTM) là một trong những bệnh lý mạn tính không lây nhiễm ngày càng phổ biến trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. BTM được định nghĩa là tình trạng tổn thương thận hoặc giảm chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Bệnh tiến triển âm thầm, triệu chứng nghèo nàn trong giai đoạn đầu nên nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn.

Các nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận mạn hiện nay bao gồm đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm cầu thận và bệnh lý chuyển hóa. Khi bệnh tiến triển đến giai đoạn cuối, người bệnh phải điều trị thay thế thận bằng lọc máu hoặc ghép thận, gây gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội. Ngoài ra, BTM còn làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch, giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong.

### Vai trò của tuyến y tế cơ sở trong quản lý bệnh thận mạn

Việc quản lý hiệu quả tại tuyến y tế cơ sở (YTCS) giúp làm chậm tiến triển bệnh, giảm biến chứng và hạn chế quá tải cho tuyến trên. Đối với bệnh thận mạn, tuyến YTCS vai trò:

- Phát hiện sớm người có nguy cơ mắc bệnh.
- Theo dõi định kỳ chức năng thận.
- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp và đái tháo đường.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống và thay đổi lối sống.
- Phát hiện biến chứng và chuyển tuyến kịp thời.
- Quản lý hồ sơ bệnh mạn tính tại cộng đồng.

Do phần lớn bệnh nhân bệnh thận mạn ở giai đoạn đầu ít triệu chứng nên hoạt động khám sàng lọc tại tuyến YTCS có ý nghĩa đặc biệt quan trọng.

### Phát hiện và đánh giá bệnh thận mạn

#### Xác định nhóm nguy cơ cao

Những đối tượng cần được theo dõi và tầm soát bệnh thận mạn gồm:

- Bệnh nhân đái tháo đường.
- Bệnh nhân tăng huyết áp.
- Người lớn tuổi.
- Người béo phì hoặc hội chứng chuyển hóa.
- Người có tiền sử gia đình mắc bệnh thận.
- Người có bệnh tim mạch.
- Người sử dụng thuốc độc thận kéo dài.

Ở các nhóm nguy cơ này, nên kiểm tra chức năng thận định kỳ ít nhất mỗi năm một lần.

#### Khám lâm sàng và xét nghiệm

- Đo huyết áp; Đánh giá mức độ phù; Theo dõi cân nặng và BMI.
- Xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu; Định lượng creatinin máu.
- Tính mức lọc cầu thận ước tính (eGFR). eGFR là chỉ

số quan trọng giúp đánh giá chức năng thận. eGFR < 60mL/phút/1.73m<sup>2</sup> da kéo dài trên 3 tháng là tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn.

Ngoài ra, protein niệu kéo dài cũng là dấu hiệu sớm của tổn thương thận, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường.

### Quản lý bệnh thận mạn tại tuyến y tế cơ sở

#### Kiểm soát huyết áp

Kiểm soát huyết áp là biện pháp quan trọng nhất giúp làm chậm tiến triển bệnh thận mạn. Mục tiêu huyết áp thường là: huyết áp < 130/80mmHg.

Các thuốc được ưu tiên: Thuốc ức chế men chuyển; Thuốc chẹn thụ thể angiotensin. Nhóm thuốc này giúp giảm protein niệu và bảo vệ chức năng thận.

#### Kiểm soát đường huyết

Ở bệnh nhân đái tháo đường, kiểm soát glucose máu tốt giúp giảm tiến triển bệnh thận. Mục tiêu HbA1c < 7%.

Tuyến y tế cơ sở cần theo dõi: Đường huyết, HbA1c định kỳ, tuân thủ điều trị và chế độ ăn uống.

#### Điều chỉnh chế độ ăn và lối sống

- Giảm muối. Hạn chế thức ăn nhiều dầu mỡ. Kiểm soát lượng đạm phù hợp.
- Bỏ thuốc lá. Hạn chế rượu bia.
- Tăng cường vận động thể lực.
- Tránh sử dụng thuốc giảm đau NSAIDs. Thuốc nam không rõ nguồn gốc. Tự ý sử dụng thuốc kéo dài.

#### Theo dõi định kỳ

- Theo dõi creatinin máu và eGFR. Đánh giá protein niệu.
- Kiểm tra huyết áp. Phát hiện biến chứng.
- Tần suất theo dõi tùy giai đoạn bệnh:
  - + Giai đoạn nhẹ: mỗi 6-12 tháng.
  - + Giai đoạn trung bình: mỗi 3-6 tháng.
  - + Giai đoạn nặng: cần chuyển chuyên khoa theo dõi.

#### Phát hiện và xử trí biến chứng

BTM có thể gây nhiều biến chứng như: Thiếu máu; Rối loạn điện giải Phù; Toan chuyển hóa; Suy tim; Bệnh tim mạch.

Khi có dấu hiệu nặng; mệt nhiều, khó thở, phù tăng nhanh, tiểu ít, tăng huyết áp khó kiểm soát cần chuyển tuyến chuyên khoa kịp thời. Sự phối hợp giữa tuyến cơ sở và tuyến chuyên khoa giúp đảm bảo quản lý liên tục và hiệu quả cho người bệnh.

Tóm lại, bệnh thận mạn là bệnh lý phổ biến, tiến triển âm thầm nhưng gây hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng. Tuyến y tế cơ sở đóng vai trò trung tâm trong phát hiện sớm, quản lý lâu dài và theo dõi bệnh nhân bệnh thận mạn. Việc kiểm soát tốt huyết áp, đường huyết, thay đổi lối sống và theo dõi chức năng thận định kỳ có thể làm chậm tiến triển bệnh và giảm biến chứng.

## CHẾ ĐỘ ĂN ÍT INSULIN, GIÚP TỐI ƯU HÓA VIỆC KIỂM SOÁT CÂN NẶNG TRONG THỜI KỲ MÃN KINH

Tiến sĩ Tong Xia, từ Bệnh viện Brigham and Women's ở Boston đã so sánh các mô hình ăn uống và mối liên hệ của chúng với việc tăng cân và nguy cơ béo phì trong những năm xung quanh thời kỳ mãn kinh.

Các nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng, sau khi điều chỉnh các yếu tố như tuổi tác, chủng tộc và sắc tộc, tình trạng hôn nhân, thu nhập, việc sử dụng liệu pháp hormone sau mãn kinh, số lần sinh con, hút thuốc, uống rượu, lượng năng lượng tiêu thụ, hoạt động thể chất và chỉ số khối cơ thể ban đầu, chỉ số chế độ ăn uống thực nghiệm ngược cho chúng tăng insulin máu (EDIH; nhóm phần trăm thứ 5 so với nhóm thứ 1) có liên quan đến mức giảm tăng cân lớn nhất (trung bình, -0,28 kg/năm). Nguy cơ béo phì thấp nhất được thấy ở Chỉ số Chế độ ăn uống vì Sức khỏe Hành tinh (PHDI; tỷ lệ nguy cơ, 0,46) và EDIH ngược (tỷ lệ nguy cơ, 0,51). Mối tương quan tích cực lớn nhất trong EDIH được thấy ở thịt đỏ hoặc thịt chế biến sẵn, natri và khoai tây chiên, trong khi đối với PHDI, mối tương quan tích cực lớn nhất được thấy ở các loại hạt, chất béo không bão hòa, carbohydrate nguyên hạt và protein thực vật.

Theo [www.drugs.com](http://www.drugs.com)

## BỎ HÚT THUỐC CÓ LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC GIẢM NGUY CƠ MẮC CHỨNG MẤT TRÍ NHỚ

Tiến sĩ Hui Chen, Trường Y Đại học Chiết Giang ở Hàng Châu, Trung Quốc, đã tiến hành một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu sử dụng dữ liệu từ 32.802 người trưởng thành không mắc chứng mất trí nhớ từ Nghiên cứu Sức khỏe và Hưu trí Hoa Kỳ (1995 đến 2020) để xem xét mối liên hệ giữa việc bỏ hút thuốc và tăng cân sau khi bỏ thuốc với nguy cơ mắc chứng mất trí nhớ lâu dài và diễn biến nhận thức.

Kết quả 5.868 trường hợp sa sút trí tuệ được ghi nhận trong suốt 25 năm theo dõi. Những người bỏ thuốc lá trong thời gian theo dõi có nguy cơ mắc chứng sa sút trí tuệ thấp hơn đáng kể so với những người đang hút thuốc, tương tự như những người đã bỏ thuốc trước thời điểm ban đầu và những người chưa từng hút thuốc. Lợi ích của việc bỏ thuốc chủ yếu được thấy ở những người không tăng cân hoặc tăng cân nhẹ trong vòng hai năm sau khi bỏ thuốc ( $\leq 5$  kg), trong khi mối liên hệ không có ý nghĩa thống kê được thấy đối với việc bỏ thuốc kèm theo tăng cân  $> 10$  kg. Nguy cơ mắc chứng sa sút trí tuệ giảm dần theo thời gian kể từ khi bỏ thuốc, với nguy cơ gần bằng những người chưa từng hút thuốc và ổn định ở mức khoảng bảy năm sau khi bỏ thuốc. Suy giảm nhận thức chậm hơn về lâu dài, nhưng không có thay đổi nhận thức tạm thời, được thấy có liên quan đến việc bỏ thuốc (chênh lệch độ dốc, 0,19 điểm mỗi thập kỷ), đặc biệt là ở những người tăng cân nhẹ (chênh lệch độ dốc, 0,23 mỗi thập kỷ).

Theo [www.drugs.com](http://www.drugs.com)

## FDA PHÊ DUYỆT INQOVI ĐỂ ĐIỀU TRỊ BỆNH BẠCH CẦU TỬY CẤP TÍNH

Sự kết hợp giữa Inqovi và Venetoclax là phác đồ giảm methyl hóa đường uống đầu tiên và duy nhất được phê duyệt cho nhóm bệnh nhân này, mang đến một lựa chọn thay thế cho các phác đồ giảm methyl hóa đường tiêm truyền vốn đòi hỏi phải đến khám thường xuyên.

Việc phê duyệt dựa trên kết quả từ nghiên cứu giai đoạn 2 ASCERTAIN-V, cho thấy liệu pháp kết hợp đã giúp 42 bệnh nhân đạt được thuyên giảm hoàn toàn (CR; 41,6%), với thời gian trung bình đạt CR là hai tháng. Thời gian trung bình duy trì CR chưa được xác định. Phản ứng phụ nghiêm trọng xảy ra ở 82% bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp kết hợp, bao gồm các phản ứng phụ nghiêm trọng như giảm bạch cầu hạt kèm sốt (31%), nhiễm trùng huyết (22%), viêm phổi (15%), nhiễm trùng do vi khuẩn hoặc virus (10%), xuất huyết (9%) và khó thở (6%). Phản ứng phụ gây tử vong xảy ra ở 8% bệnh nhân.

Sự chấp thuận này đánh dấu một bước tiến quan trọng trong việc mở rộng phương thức điều trị cho nhóm bệnh nhân này, cung cấp một lựa chọn điều trị hoàn toàn bằng đường uống, có khả năng giảm bớt gánh nặng điều trị tổng thể liên quan đến việc điều trị tại bệnh viện hoặc các trung tâm truyền dịch,

Theo [www.drugs.com](http://www.drugs.com)

## BỆNH HEN SUYỄN NẶNG THƯỜNG ĐI KÈM VỚI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE NGHIÊM TRỌNG KHÁC

Gần như tất cả những người mắc bệnh hen suyễn đều mắc ít nhất một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng khác, và đa số mắc ba vấn đề trở lên, các nhà nghiên cứu báo cáo gần đây trên tạp chí The Lancet Regional Health-Europe.

"Những mô hình chúng tôi tìm thấy có liên quan đến việc bệnh hen suyễn được kiểm soát tốt đến mức nào, tần suất các cơn hen xảy ra và các phương pháp điều trị cần thiết," tiến sĩ Ramesh Kurukulaaratchy, nhà nghiên cứu chính, cho biết trong một thông cáo báo chí. Ông là giáo sư về y học hô hấp và dị ứng tại Đại học Southampton ở Anh.

Trong nghiên cứu này, các nhà nghiên cứu đã theo dõi tỷ lệ mắc 23 bệnh lý khác ở gần 2.700 bệnh nhân mắc bệnh hen suyễn nặng sống tại 11 quốc gia châu Âu.

"Những người mắc bệnh hen suyễn nặng thường phải sống chung với nhiều bệnh lý khác, nhưng cho đến nay, chúng ta vẫn chưa hiểu rõ mối liên hệ giữa chúng," tiến sĩ Anna Freeman, trưởng nhóm nghiên cứu, chuyên gia tư vấn về hô hấp tại Bệnh viện Đại học Southampton, cho biết.

"Với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chúng ta có thể cải thiện chất lượng cuộc sống cho hàng triệu người trên khắp châu Âu hiện đang phải vật lộn để kiểm soát bệnh hen suyễn nặng của mình," tiến sĩ Freeman nói trong thông cáo báo chí.

Theo [Medicinenet.com](http://www.Medicinenet.com)  
CN. Lê Thị Thanh (Tổng hợp)

\* Chịu trách nhiệm xuất bản: BSCKII. Thái Văn Tuấn

\* Biên tập và Thiết kế: Ths. Lê Đức Hy, Ths.Bs. Lê Trung Quân

\* Địa chỉ liên lạc: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Huế; 11A Nguyễn Văn Linh, Phường Hương An, Thành phố Huế

\* ĐT: (0234) 3820439 - 3822466