

Tăng đường huyết sau bữa ăn là một yếu tố quyết định sự hoạt hóa tiểu cầu trong tiểu đường type 2 giai đoạn đầu

Bối cảnh: Tăng đường huyết mạn tính là yếu tố quan trọng góp phần vào sự hoạt hóa tiểu cầu in vivo trong bệnh tiểu đường.

Mục tiêu: Nghiên cứu này đánh giá ảnh hưởng của acarbose, một chất ức chế alpha-glucosidase, trên sự hoạt hóa tiểu cầu và những yếu tố quyết định quá trình này trên bệnh nhân tiểu đường type 2 mới được chẩn đoán.

Phương pháp: Bốn mươi tám đối tượng (26 nam, tuổi trung bình 61 ± 8 tuổi) bị tiểu đường type 2 giai đoạn đầu ($HbA1c \leq 7\%$ và trước đó không dùng thuốc hạ đường huyết), được phân lô ngẫu nhiên để dùng acarbose với liều lên đến 100 mg mỗi ngày 3 lần hoặc dùng giả dược, và được đánh giá mỗi 4 tuần một lần trong 20 tuần. Các số đo kết cục chính là mức bài tiết trong nước tiểu của 11-dehydro-thromboxane (TX)B₂ (dấu ấn của sự hoạt hóa tiểu cầu in vivo) và 8-iso-prostaglandin (PGF)_{2α} (dấu ấn của sự peroxid-hóa lipid in vivo), đường huyết 2 giờ sau bữa ăn (PPG), và đánh giá sự dao động glucose theo biên độ dịch chuyển đường huyết (MAGE).

Kết quả: Các số đo ban đầu cho thấy bằng chứng sinh hóa của tăng peroxid-hóa lipid và tăng hoạt hóa tiểu cầu. So với nhóm giả dược, bệnh nhân được điều trị với acarbose có mức bài tiết 11-dehydro-TXB₂ và 8-iso-PGF_{2α} trong nước tiểu giảm có ý nghĩa thống kê từ tuần thứ 8 và ở mỗi thời điểm đánh giá sau đó ($P < 0,0001$ giữa hai nhóm vào tuần 12, 16 và 20), sau khi giảm PPG và MAGE. Phân tích hồi qui bội ở nhóm acarbose cho thấy PPG là yếu tố tiên đoán duy nhất có ý nghĩa của 11-dehydro-TXB₂ ($\beta=0,39$, $P=0,002$) và MAGE là yếu tố tiên đoán duy nhất của 8-iso-PGF_{2α} ($\beta=0,42$, $P=0,001$).

Kết luận: Tăng đường huyết sau bữa ăn kết hợp với tăng peroxid-hóa lipid và sự hoạt hóa tiểu cầu trong tiểu đường type 2 giai đoạn đầu. Một mức giảm PPG vừa phải đạt được khi sử dụng acarbose gây nên một sự ức chế lệ thuộc thời gian trên những hiện tượng này gợi ý một sự liên kết nhân-quả giữa các bất thường chuyển hóa sớm và sự hoạt hóa tiểu cầu trong bệnh cảnh này.

Theo Santilli F và cs, *J Thromb Haemost.* 17/1/2010

Bệnh nhân tim dùng dược thảo có thể tăng nguy cơ tương tác thuốc nguy hiểm

Một phân tích gần đây cho thấy nhiều chất bổ sung có nguồn gốc thực vật thông dụng hiện nay, bao gồm cỏ ban (St. John's wort), bạch quả, tỏi và thậm chí nước cốt bưởi có thể đặt ra những nguy cơ nghiêm trọng cho người đang dùng các loại thuốc tim mạch.

Ngày càng có nhiều người chuyển sang dùng dược thảo để chữa những bệnh mạn tính hoặc để tăng cường sức khỏe. Nhưng nhiều chất bổ sung có nguồn gốc từ cây cỏ thông dụng hiện nay, bao gồm cỏ ban (St. John's wort), bạch quả, tỏi và thậm chí nước cốt bưởi, có thể gây ra những nguy cơ nghiêm trọng cho người dùng thuốc để chữa bệnh tim, theo nội dung của một bài tổng quan được đăng trên tạp chí *Journal of the American College of Cardiology* số ra ngày 9/2/2010.

Theo các tác giả, việc sử dụng những sản phẩm này đặc biệt đáng ngại ở những bệnh nhân cao tuổi vốn thường có nhiều bệnh đồng hành, uống nhiều loại thuốc và đã sẵn có nguy cơ xuất huyết.

BS. Arshad Jahangir, Giáo sư Nội khoa và là chuyên gia tư vấn tim mạch ở Mayo Clinic Arizona, cho biết: "Nhiều người có cảm giác an toàn giả tạo về



những dược thảo này vì nghĩ rằng chúng là sản phẩm 'tự nhiên'." Ông nói thêm rằng "hơn 15 triệu người Mỹ cho biết đã dùng dược thảo hoặc các vitamin liều cao. Nhưng 'tự nhiên' không phải lúc nào cũng có

ngĩa là an toàn. Mỗi một hợp chất mà chúng ta dùng đều có một ảnh hưởng nào đó trên cơ thể, đó là lý do cốt lõi vì sao người ta sử dụng chúng."

Ngoài các tác dụng trực tiếp trên chức năng cơ thể, những dược thảo này có thể tương tác với các thuốc được sử dụng để trị bệnh tim, có thể làm giảm hiệu quả của thuốc hoặc làm tăng hoạt lực của thuốc, có thể dẫn đến xuất huyết hoặc nguy cơ loạn nhịp nghiêm trọng.

BS. Jahangir nói rằng "Chúng ta có thể thấy ảnh hưởng của những tương tác giữa dược thảo và thuốc – mà một số trong đó có thể đe dọa tính mạng – trên các xét nghiệm đông máu, các enzym gan, và trên điện tâm đồ.

Theo bài báo, mối lo ngại lớn là bệnh nhân không sẵn lòng tiết lộ việc sử dụng dược thảo của mình, và thầy thuốc cũng không hỏi về việc này một cách thường qui. Ngoài ra, vì những loại cây cỏ này còn được xem là sản phẩm lương thực, nên chúng không bị soi mói xem xét và chịu sự chi phối của các qui chế dược như các thuốc y học cổ truyền.

Theo BS. Jahangir, nếu bệnh nhân không hài lòng với sự chăm sóc hiện tại, nhiều người sẽ quay sang sử dụng dược thảo vì tin rằng những hợp chất này có thể giúp họ xử trí được các bệnh mạn tính hoặc cải thiện sức khỏe và phòng bệnh. Thật vậy, bệnh nhân sẵn sàng mở hầu bao chi dùng cho thảo dược với một khoảng tiền ngang ngửa hoặc lớn hơn chi phí chăm sóc y tế truyền thống.

Hai cuộc điều tra trên qui mô cả nước ở Hoa Kỳ năm 1990 và 1997 nhận thấy số lượt khám bệnh tại các phòng chẩn trị dùng thảo dược đã tăng từ 427 triệu lên 629 triệu, trong khi đó số lượt khám tại phòng mạch bác sĩ tuyến cơ sở cơ bản vẫn không thay đổi.

Một số ví dụ về cây cỏ và những ảnh hưởng bất lợi của chúng trên việc điều trị bệnh tim là:

- Cỏ ban (St. John's wort), thường được dùng trị trầm cảm, lo âu, rối loạn giấc ngủ và nhiều bệnh chứng khác, làm giảm tính hiệu quả của những thuốc góp phần ngăn chặn sự tái phát loạn nhịp, cao huyết áp hoặc làm tăng cholesterol-máu và nguy cơ



bệnh tim về sau.

- Bạch quả (Ginkgo biloba), được dùng để cải thiện sự tuần hoàn não hoặc khả năng nhận thức, làm tăng nguy cơ xuất huyết ở bệnh nhân đang dùng warfarin hoặc aspirin.

- Tỏi, vốn được cho là giúp kích hoạt hệ miễn dịch và thường được sử dụng vì có tính chất làm giảm cholesterol và huyết áp, cũng có thể làm tăng nguy cơ xuất huyết trên người đang uống warfarin.

Ngoài việc nêu rõ những loại dược thảo thường dùng và những tương tác tiềm năng của chúng với các thuốc tim mạch, bài tổng quan còn phác họa những bước để cải thiện việc sử dụng dược thảo an toàn và giảm nguy cơ trên bệnh nhân có bệnh tim.

Theo BS. Jahangir, những loại cây cỏ này đã được sử dụng từ nhiều thế kỷ trước – rất lâu trước khi có các thuốc tim mạch ngày nay – và trong khi chúng có thể có những tác dụng có lợi thì chúng vẫn cần được nghiên cứu một cách khoa học để xác định rõ hơn về mặt công dụng, và quan trọng hơn nữa là nhận diện tiềm năng nguy hại của chúng khi dùng chung với những thuốc đã được chứng minh lợi ích trên bệnh nhân tim mạch. Bệnh nhân, bác sĩ, dược sĩ và các nhân viên y tế khác cần biết sự nguy hiểm tiềm năng có thể có ở những dược thảo này.

Nhồi máu cơ tim đoạn ST chênh lên và can thiệp mạch vành qua da

Những khuyến nghị mới làm sáng tỏ vấn đề nên điều trị hội chứng mạch vành cấp như thế nào và vào lúc nào.

Bối cảnh và mục đích: Những hướng dẫn này được cập nhật lần cuối năm 2007. Kể từ đó, nhiều thử nghiệm mới đã được công bố, đề cập đến việc xử trí các hội chứng mạch vành cấp và nhồi máu cơ tim có đoạn ST chênh lên (STEMI) và những thuốc

điều trị mới. Lần đầu tiên, các khuyến nghị về STMI và can thiệp mạch vành qua da (PCI) được kết hợp trong một bản cập nhật chung. Những hướng dẫn này là đề tài quan tâm chủ yếu của các bác sĩ tim mạch can thiệp nhưng cũng ảnh hưởng

đến thực hành lâm sàng của các bác sĩ tim mạch lâm sàng và bác sĩ khoa cấp cứu.

Các điểm mấu chốt:

1. Khuyến nghị sử dụng thuốc ức chế glycoprotein IIb/IIIa trong PCI ban đầu vẫn không thay đổi (Loại IIa), mặc dù kết quả của một số nghiên cứu gần đây gợi ý rằng lợi ích của những thuốc này không cao ở bệnh nhân đã điều trị trước với liệu pháp kép kháng tiểu cầu. Ngoài ra, các tác nhân phân tử nhỏ tirofiban và eptifibatide được nâng mức khuyến nghị lên ngang hàng với abciximab.

2. Đòi với các thienopyridin:

- Dựa trên số liệu của nghiên cứu TRITON-TIMI 38, các tác giả bản hướng dẫn nay khuyên dùng prasugrel như là một lựa chọn cho điều trị kháng tiểu cầu trước khi làm PCI (trừ bệnh nhân STEMI có tiền sử đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não).

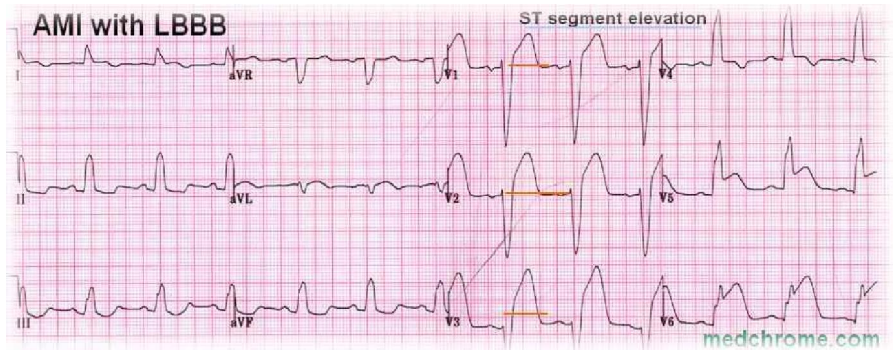
- Nhân mạnh hơn về lựa chọn thay thế với việc tăng liều tải clopidogrel (600 mg thay vì 300 mg).

- Tuy gần đây có ý kiến của ban cố vấn FDA, các tác giả bản hướng dẫn không đưa ra các khuyến nghị cụ thể về việc sử dụng cùng lúc clopidogrel và thuốc ức chế bơm proton.

3. Bivalirudin nay được xem là một thuốc kháng đông có thể chấp nhận được trong PCI ban đầu, dựa trên số liệu của nghiên cứu HORIZONS-AMI (Loại I, mức chứng cứ B).

4. Một khuyến nghị mới, Loại I, khuyến khích các cộng đồng phát triển những hệ thống chăm sóc STEMI để cải thiện việc công nhận, kích hoạt phòng thông tim, và các thể thức chuyển bệnh. Ngoài ra, một khuyến nghị mới Loại IIa khuyến khích sớm chuyển bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao đang điều trị tiêu fibrin tại một cơ sở không có điều kiện làm PCI đến một cơ sở có khả năng làm PCI.

5. Kết quả từ hai nghiên cứu mới – nhưng qui mô nhỏ – ủng hộ hút cục huyết khối bằng phương pháp thủ công trước khi làm PCI ban đầu, là cơ sở của một



khuyến nghị mới Loại IIa cho thao tác kỹ thuật này như là một chiến lược hợp lý.

6. Tương tự, các stent phủ thuốc nay được xem là một lựa chọn thay thế hợp lý cho các stent kim loại trần (Loại IIa) trên bệnh nhân STEMI (nhưng vẫn là khuyến nghị Loại IIb trên bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không có đoạn ST chênh lên [NSTEMI]).

7. Một khuyến nghị mới (Loại IIb) ủng hộ làm PCI đối với các tổn thương ở động mạch vành trái chính trên bệnh nhân có nguy cơ thấp về biến chứng thủ thuật và nguy cơ cao về kết cục phẫu thuật bất lợi. Bỏ khuyến nghị trước đây về việc kiểm tra mạch đờ từ 2 đến 6 tháng sau khi làm thủ thuật ấy.

8. Các tác giả bản hướng dẫn này khuyến nghị sớm sử dụng liệu pháp kép kháng tiểu cầu trên bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định hoặc NSTEMI và chụp mạch đờ trong vòng 12 đến 24 giờ sau khi vào viện cho những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao này.

Lời bình: Công tác điều trị bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp đang thay đổi nhanh chóng, và việc nắm vững các điều trị mới là một trong những thách thức lớn nhất của các bác sĩ lâm sàng. Bản cập nhật có trọng điểm này làm sáng tỏ và nhấn mạnh tầm quan trọng của liệu pháp kháng tiểu cầu sớm và đầy đủ và can thiệp sớm trên bệnh nhân STEMI và có nguy cơ cao. Điểm đặc biệt gây ấn tượng là các khuyến nghị mới nhằm phát triển các hệ thống dựa vào cộng đồng để chăm sóc bệnh nhân STEMI, dù là khó thực hiện nhưng có thể làm giảm tử vong do nhồi máu cơ tim.

Theo Howard C. Hermann, *Journal Watch Cardiology* 6/1/2010

Giảm tiêu dùng muối có thể ngừa được tai biến tim mạch?

Ăn nhiều muối kết hợp với một tỉ lệ đột quỵ và tai biến tim mạch tăng cao theo kiểu phụ thuộc liều lượng. Những hướng dẫn hiện hành khuyến nghị lượng muối ăn vào hàng ngày là ≤ 5-6 g. Tuy nhiên, việc tiêu thụ muối hàng ngày ở phần lớn các quần thể người lớn đều cao hơn mức này, riêng ở Đông Âu và châu Á là cao hơn 12 g/ngày. Trong một tổng phân tích các nghiên cứu tiền cứu

có thời gian theo dõi ít nhất là 3 năm, được công bố từ năm 1966 đến hết 2008, các tác giả đã đánh giá sự kết hợp giữa lượng muối ăn vào và tỉ lệ đột quy và tai biến tim mạch; phân tích bao gồm 19 mẫu thuần tập độc lập từ 13 nghiên cứu, với cả thảy 177.025 đối tượng. Lượng muối ăn vào hàng ngày được ước lượng lúc ban đầu từ một số đo duy nhất trong nước tiểu 24 giờ hoặc đánh giá chế độ ăn. Sự khác biệt trung bình giữa nhóm tiêu thụ nhiều và nhóm tiêu thụ ít vào khoảng 5 g muối mỗi ngày.

Trong thời gian theo dõi (dao động từ 3,5 đến 19,0 năm, tùy nghiên cứu), đã xảy ra hơn 10.000 tai biến mạch máu. Ăn nhiều muối có sự kết hợp với tăng nguy cơ đột quy (nguy cơ tương đối [RR]: 1,23; khoảng tin cậy [KTC] 95%: 1,06–1,43; P=0,007) và bệnh tim mạch (RR: 1,14; KCC 95%:

0,99–1,32; P=0,07). Sau khi loại bỏ một nghiên cứu có những trị số ước lượng không đáng tin cậy về lượng muối ăn vào, một phân tích độ nhạy của kết quả về bệnh tim mạch cho thấy trị số ước lượng RR gộp là 1,17 (KTC: 1,02–1,34; P=0,02).

Lời bình: Theo tổng phân tích này, ăn nhiều muối kết hợp với một sự gia tăng có ý nghĩa của tỉ lệ đột quy và tổng số tai biến tim mạch. Dựa trên kết quả này, nếu mỗi người giảm tiêu thụ 5 g muối (chừng 1 muỗng canh) mỗi ngày trong toàn dân, có thể giảm được 23% số trường hợp đột quy và 17% tổng số tai biến tim mạch. Rõ ràng cần có những nỗ lực của các cơ quan y tế và ngành công nghiệp thực phẩm để giúp mọi người từng bước giảm dần lượng muối tiêu thụ để đạt được mức đích đã khuyến nghị.

Theo Beat J. Meyer, *Journal Watch Cardiology* 6/1/2010

Những tiến bộ trong đề phòng nhiễm khuẩn vết mổ

Làm vệ sinh trước mổ bằng dung dịch chlorhexidin-cồn (thay vì povidone-iốt), phát hiện và điều trị những bệnh nhân mang tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) trong mũi, sẽ làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn.

Nhiều chiến lược đề phòng nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) dựa vào chứng cứ – ví dụ, sử dụng kháng sinh chu phẫu đúng lúc, xén lông thay vì cạo lông, và giữ thân nhiệt bình thường – đã được chấp nhận sử dụng rộng rãi. Vấn đề còn lại đề phòng NKVM, bao gồm những chế phẩm tốt nhất để tẩy uế da và lợi ích của việc điều trị những người mang *Staphylococcus aureus* trong hốc mũi. Hai thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng đa trung tâm đã làm sáng tỏ thêm về những phương pháp đề phòng này..

Các nhà nghiên cứu ở Mỹ đã phân lô ngẫu nhiên 897 bệnh nhân người lớn cần phẫu thuật để dùng chế phẩm tẩy uế da trước mổ với chlorhexidin gluconat (CHG) và cồn hoặc với povidone-iốt (P-I) và đánh giá sự xuất hiện của NKVM trong vòng 30 ngày sau mổ. Trong một phân tích theo ý định điều trị (ITT), việc sử dụng CHG-cồn đi kèm với một tỉ lệ NKVM nói chung thấp hơn (9,5% so với 16,1% đối với P-I; P=0,004) và tỉ lệ thấp hơn của nhiễm khuẩn nông (4,2% so với 8,6%; P=0,008) và sâu (1,0% so với 3,0%; P=0,05) ở đường rạch da vết mổ. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về tỉ lệ nhiễm khuẩn khoảng trống cơ quan (theo thứ tự là 4,4% và 4,6%) hoặc nhiễm khuẩn huyết do NKVM (2,7% và 4,3%).

Các nhà nghiên cứu ở Hà Lan, dùng PCR thời gian thực, để tầm soát những người mang *S. aureus* ở hốc mũi trên 6771 bệnh nhân mới nhập viện. Trong số 1251 người mang *S. aureus*, 918 người được phân ngẫu nhiên để điều trị 5 ngày với thuốc mỡ mupirocin 2% bôi trong mũi (mỗi ngày 2 lần)

cộng với rửa hàng ngày với xà phòng CHG hoặc với giả dược. Tỉ lệ nhiễm *S. aureus* do nhân viên y tế thấp hơn một cách có ý nghĩa ở nhóm mupirocin-CHG so với nhóm giả dược (3,4% so với 7,7%; nguy cơ tương đối [RR]: 0,42; khoảng tin cậy [KTC] 95%: 0,23–0,75). Phần lớn các bệnh nhân thu nhận là bệnh nhân ngoại khoa (88,1%), và phần lớn những trường hợp nhiễm khuẩn *S. aureus* là NKVM (81,6%). Trong số bệnh nhân ngoại khoa, tỉ lệ NKVM sâu ở nhóm mupirocin-CHG thấp hơn (0,9% so với 4,4%; RR: 0,21; KTC 95%: 0,07–0,62).

Lời bình: CHG-cồn, vốn được ưa dùng làm chế phẩm tẩy uế da trước khi đặt ống catête mạch máu, nay nên dùng để thay cho P-I để tẩy uế da trước mổ. Ý nghĩa của nghiên cứu điều trị những trường hợp mang *S. aureus* ít rõ ràng hơn vì tầm quan trọng tương đối của hai liệu pháp dùng tại chỗ (thuốc mỡ mupirocin và xà phòng CHG) là không rõ rệt. Cho đến khi chúng ta biết được liệu việc tầm soát và điều trị trúng đích có tỏ ra hơn hẳn việc lau rửa bệnh nhân bằng xà phòng CHG hay không, thì phương pháp này chỉ nên dành cho những thủ thuật có nguy cơ cao (ví dụ mổ tim, cấy ghép chỉnh hình). Tuy nhiên, các can thiệp có thể áp dụng cho tất cả bệnh nhân và nhắm đến tất cả các vi khuẩn được ưa chuộng hơn các phương pháp đặc hiệu cho từng vi khuẩn vốn gây tổn kém thêm và có những khó khăn về mặt hậu cần khi tầm soát nhận diện những người mang vi khuẩn trước mổ.

Theo Daniel J. Diekema, *Journal Watch Infectious Diseases* 6/1/2010

Vận động viên nữ bị chấn thương nhiều hơn vận động viên nam

Nữ vận động viên có tỉ lệ chấn thương cơ-xương-khớp và bệnh tật cao hơn một cách đáng kể so với các vận động viên nam. Đó là nhận định của nhà sinh lý học vận động Vicki Harber của Khoa Giáo dục Thể chất và Giải trí ở Đại học Alberta.

Theo bài viết của bà, tùy từng môn thể thao, sự khác biệt về tỉ lệ của các chấn thương này có thể cao từ hai đến sáu lần giữa các vận động viên nam và nữ. Đó là vì nhiều chương trình huấn luyện dành cho vận động viên nữ lại được xây dựng dựa trên các nghiên cứu ở các nam vận động viên trẻ và không tính đến những khác biệt sinh học nội tại giữa hai giới.

Harber là tác giả của một cuốn sách hướng dẫn toàn diện dành cho các huấn luyện viên, phụ huynh, và các nhà quản lý, có tựa đề “Triển vọng của vận động viên nữ” được xuất bản ở Canada, đề cập đến những chấn thương này và những vấn đề y khoa khác ảnh hưởng đến sự tham gia của phụ nữ vào các môn thể thao.

Bài viết của Vicki Harber dựa trên một tổng quan y văn hiện có về đề tài này, kiến thức sâu rộng của bà với tư cách là một nhà nghiên cứu về sức khỏe vận động viên nữ, và công việc của bà trong sự phát triển vận động viên nữ.

Theo Harber, chấn thương cơ-xương-khớp, đặc biệt là chấn thương đầu gối và vai, là phổ biến nhất, với sự gia tăng xác suất tái chấn thương, mà nhiều



chấn thương loại này là có thể phòng tránh được. Tăng cường ý thức về sự nâng đỡ thích hợp cho nữ vận động viên trẻ và thay đổi chương trình huấn luyện là điểm quan trọng nhất để giúp họ đạt được khả năng của một vận động viên và tiềm lực cá nhân mà không có chấn thương.

Harber nhận thấy nguy cơ của tam chứng vận động viên nữ – ba tình trạng riêng biệt nhưng có liên quan qua lại với nhau là rối loạn ăn uống, vô kinh và loãng xương – là một lĩnh vực khác cần được kịp thời chú ý đối với các nữ vận động viên trẻ.

Đối với các vận động viên nữ, theo ý kiến của Harber, muốn không bị chấn thương phải chú ý đến sự dinh dưỡng đúng đắn cho họ để bảo đảm cho hiệu suất vận động thể lực và hiệu suất sinh sản khỏe mạnh đi kèm với sự rắn chắc của xương và tình trạng sức khỏe chung.

Theo ScienceDaily, 28/1/2010

Có nên sử dụng kháng sinh khi làm răng ở bệnh nhân có khớp giả?

Câu trả lời từ một nghiên cứu bệnh-chứng là “Không”.

Một khớp giả bị nhiễm trùng đòi hỏi một sự gắng sức lâu dài, tốn kém và hao mòn sức lực đối với bệnh nhân cũng như thầy thuốc. Vì thế, tất cả các bên đều có sự quan tâm chung trong việc đề phòng những trường hợp nhiễm khuẩn như vậy. Trong khi kháng sinh được sử dụng trước, trong và sau mổ thay khớp giúp đề phòng nhiễm khuẩn, nhưng không có số liệu nào ủng hộ một cách rõ ràng đối với việc sử dụng kháng sinh cho bệnh nhân có khớp giả trong khi làm các thủ thuật nha khoa hoặc các thủ thuật ngoại khoa khác vốn có thể gây ra tình trạng vi khuẩn huyết.

Trong một nghiên cứu bệnh-chứng tiền cứu, các nhà nghiên cứu ở Mayo Clinic đã đánh giá sức khỏe răng miệng và tiền sử nha khoa gần đây của 339 bệnh nhân bị nhiễm trùng khớp giả (khớp gối hoặc

khớp háng) được đưa vào khoa chỉnh hình của bệnh viện trong thời gian 5 năm qua. So với bệnh nhân có khớp giả không bị nhiễm khuẩn được nhập viện vì lý do khác (nhóm chứng), những bệnh nhân có khớp giả bị nhiễm khuẩn (ca bệnh) thường có khớp giả mới hơn, nhiều khả năng bị tiểu đường hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch hơn, có chỉ số ASA (American Society of Anesthesiologists) cao hơn, và có nhiều khả năng có biến chứng tại vị trí mổ hơn ở thời điểm mổ thay khớp. Trong các phân tích đa biến, các tác giả không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về tiền sử nha khoa gần đây với các thủ thuật có nguy cơ thấp (ví dụ trám răng) hoặc nguy cơ cao (ví dụ nhổ răng, điều trị nha chu) gây vi khuẩn huyết, và việc dùng kháng sinh điều trị dự phòng không ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm

khuẩn khớp giả.

Lời bình: Những kết quả này trùng hợp với các kết quả trước đây. Đáng tiếc là không thể thực hiện một thử nghiệm đối chứng giả dược. Một thử nghiệm như thế ước tính cần phải thu nhận vài trăm ngàn đối tượng. Nhưng khi không có những số liệu thật tốt, nhiều ý kiến đã bất ngờ xuất hiện, với một thông báo năm 2009 của Học viện phẫu thuật viên Chính hình Hoa Kỳ tuyên bố rằng các thầy thuốc lâm sàng nên xem xét sử dụng kháng sinh cho tất cả

bệnh nhân có khớp giả – đặc biệt là bệnh nhân có các vấn đề y khoa khác – trước khi làm các thủ thuật nha khoa hoặc các thủ thuật khác gây nhiễm vi khuẩn huyết. Xem ra các nhà hoạch định chính sách trong lĩnh vực nha khoa, chính hình và bệnh nhiễm khuẩn phải sớm ngồi lại hội ý để đưa ra những hướng dẫn dựa vào số liệu mà các bên đều có thể chấp nhận được.

Theo Abigail Zuger, Journal Watch General Medicine 28/1/2010

Hướng dẫn cập nhật của Bộ Y tế Hoa Kỳ về điều trị HIV

Hướng dẫn mới khuyến nghị rằng liệu pháp kháng retrovirus suốt đời phải được cung cấp cho bệnh nhân nhiễm HIV không triệu chứng, có số lượng CD4 ≤ 500 tế bào/mm³. Khuyến nghị cũng mô tả chi tiết tất cả những cấu phần cụ thể của những phác đồ "ưa chuộng".

Cuối tháng 11/2009, Bộ Y tế Hoa Kỳ và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cùng giới thiệu những phiên bản cập nhật của các hướng dẫn điều trị HIV của riêng họ. Cả hai cơ quan đều tán trợ việc kê toa liệu pháp kháng retrovirus (ART) sớm hơn trong tiến trình của bệnh so với trước đây, và cả hai đều cung cấp hướng dẫn mới về những thuốc cần dùng.

Bộ Y tế Hoa Kỳ đưa ra khuyến nghị rằng bệnh nhân không triệu chứng có số lượng CD4 từ 350 đến 500 tế bào/mm³ nên được cung cấp liệu pháp ART suốt đời. Trong việc xây dựng khuyến nghị này, các chuyên gia soạn thảo đã trích dẫn bằng chứng từ hai nghiên cứu thuần tập lớn cho thấy từ vọng do mọi nguyên nhân đã giảm thực sự trên bệnh nhân bắt đầu điều trị ART ở ngưỡng CD4 này. Nhóm chuyên gia báo cáo rằng họ không thể đi đến sự nhất trí về việc điều trị bệnh nhân không triệu chứng có số lượng CD4 >500 tế bào/mm³: Phần nửa số chuyên gia tin rằng có chỉ định điều trị như vậy, dựa trên bằng chứng cho thấy điều trị đó có thể giảm tử vong do những bệnh trạng liên quan đến AIDS, trong khi phần nửa kia cho đây là một điều trị "tùy chọn" vì vẫn chưa biết được những nguy cơ lâu dài của ARI suốt đời.

Bộ Y tế Mỹ cũng thay đổi hình thức khuyến nghị thuốc – từ trình đơn "một thuốc cột A, một thuốc cột B" sang một danh mục các phác đồ đặc hiệu. Bốn phác đồ "ưa chuộng" dùng cho bệnh nhân chưa hề điều trị, không mang thai là:

- Efavirenz/tenofovir/FTC
- Ritonavir-boosted atazanavir + tenofovir/FTC
- Ritonavir-boosted darunavir + tenofovir/FTC



• Raltegravir + tenofovir/FTC

Các loại phác đồ khác bao gồm "các phác đồ thay thế" (những phác đồ có hiệu quả và có thể dung nạp được nhưng có những nhược điểm tiềm năng so với các phác đồ ưa chuộng) và "các phác đồ có thể chấp nhận được" (những phác đồ có thể được chọn cho một số bệnh nhân nhưng không thật sự hài lòng như các phác đồ ưa chuộng hoặc thay thế). Ngoài ra, phần "Những gì không nên dùng" cũng được cập nhật lại một cách cơ bản.

Hướng dẫn của Bộ Y tế Hoa Kỳ nay cũng cho rằng xét nghiệm kiểu gen là phương pháp xác định kháng thuốc được ưa chuộng đối với phần lớn bệnh nhân, nhưng nên dùng thêm xét nghiệm kiểu gen đối với những bệnh nhân nghi có các đột biến phức tạp và bệnh nhân đã thất bại qua ≥ 2 phác đồ. Ngoài ra bản hướng dẫn còn bổ sung một đoạn mới về việc xử trí bệnh nhân nhiễm HIV-2.

Theo Abigail Zuger, Journal Watch HIV/AIDS Clinical Care 7/12/2009