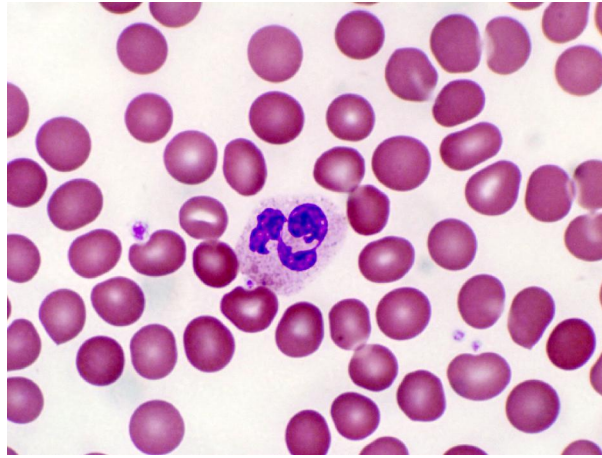


Số lượng bạch cầu trung tính: Một dấu ấn đơn giản của nguy cơ tim mạch?

Số lượng bạch cầu trung tính cao trong máu ngoại biên tương quan với tăng nguy cơ tim mạch trên phụ nữ sau mãn kinh bị cao huyết áp vô căn.

Các dấu ấn viêm kết hợp với nguy cơ cao về tim mạch. Trong một nghiên cứu quan sát, các nhà nghiên cứu ở Ý đã đánh giá số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính trong máu ngoại biên so với nguy cơ tai biến tim mạch trên 298 phụ nữ mãn kinh bị cao huyết áp nhưng không được điều trị, không có tiền sử bệnh tim mạch và chưa bao giờ dùng liệu pháp hormon (tuổi trung bình lúc nhận vào: 59 tuổi). Các đối tượng được bác sĩ gia đình điều trị thuốc chống tăng áp chỉnh liều phù hợp.

Trong thời gian theo dõi trung bình là 8 năm, đã xảy ra 31 tai biến tim mạch lần đầu (17 tai biến tim và 14 tai biến mạch máu não). Phụ nữ có nguy cơ tim mạch rất cao theo đánh giá của hướng dẫn hiện hành của Hội Tăng Huyết áp châu Âu (ESH) có xác suất gặp một tai biến tim mạch cao gấp 9 lần so với phụ nữ có nguy cơ thấp hoặc trung bình (tỉ số nguy



cơ 9,3; $P < 0,001$). Phụ nữ có số lượng bạch cầu trung tính $> 4,1 \times 10^3/\mu\text{l}$ có nguy cơ tai biến tim mạch cao hơn hai lần so với phụ nữ có số lượng bạch cầu trung tính $4,1 \times 10^3/\mu\text{l}$ (2,8/100 bệnh nhân-năm so với 1,1/100 bệnh nhân-năm). Nguy cơ vượt trội này vẫn có ý nghĩa sau khi hiệu chỉnh với tình trạng tiểu đường và dày thất trái khi nhận vào nghiên cứu.

Lời bình: Mặc dù số lượng bạch cầu trung tính chỉ là một sự bổ sung nhỏ nhoi vào việc đánh giá nguy cơ tim mạch của các đối tượng nghiên cứu bằng cách sử dụng các yếu tố nguy cơ truyền thống, nhưng biện pháp rẻ tiền và đơn giản này có thể giúp thầy thuốc lâm sàng thảo luận về nguy cơ tim mạch cá nhân của một người phụ nữ và nhu cầu có thể có về dự phòng tai biến tim mạch bằng thuốc với statin hoặc aspirin.

Theo Journal Watch Women's Health April 29, 2010

Hạ thấp mức huyết áp một cách hữu hiệu trong thực hành

Có hai can thiệp giúp làm thay đổi một cách hữu hiệu yếu tố nguy cơ tim mạch này, nhưng vấn đề lớn là đội ngũ cần thiết cho những chương trình can thiệp như thế.

Việc thay đổi các yếu tố nguy cơ thường được nêu rõ trong các hướng dẫn thực hành về dự phòng bệnh tim mạch, nhưng một mục tiêu khó khăn thường ít được nói đến là làm sao để thực sự đạt được những đích ấy. Nay đã có những số liệu về hai chiến lược được thiết kế chuyên biệt để giúp bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch không được kiểm soát đạt được mục đích dự phòng của họ.

Trong một nghiên cứu của ngành y tế California, các nhà nghiên cứu đã thu nhận 419 bệnh nhân có thu nhập thấp (tuổi trung bình: 55; 66% là nữ, 85% là người da màu) có các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch có thể thay đổi được nhưng không được kiểm soát ít ra là ở mức trung bình. Các đối tượng (19% có chẩn đoán bệnh tim mạch, 63% bị tiểu đường) được phân lô ngẫu nhiên để điều trị thông thường hoặc điều trị với sự hướng dẫn của bác sĩ dinh dưỡng và có riêng một y tá chăm sóc, tập trung vào

việc thay đổi hành vi và dùng thuốc. Sau 15 tháng, điểm số nguy cơ Framingham (FRS) trung bình giảm một cách có ý nghĩa ở nhóm điều trị từng ca (giảm 0,92 điểm còn 7,80) so với nhóm điều trị thông thường (giảm 0,19 điểm còn 8,93). Sự thay đổi FRS tỏ ra nhất quán trong tất cả các phân nhóm chủng tộc và ở cả hai giới. Phần lớn ưu điểm của điều trị từng ca có thể quy cho sự giảm thấp có ý nghĩa của huyết áp tâm thu và tâm trương. Sử dụng số liệu trước đây về sự kết hợp giữa sự thay đổi yếu tố nguy cơ và kết cục, các tác giả ước tính rằng chương trình điều trị từng ca có thể ngăn ngừa được 1 tai biến tim mạch bất lợi trên mỗi 200 bệnh nhân.

Trong một nghiên cứu khác, 8 phòng khám bác sĩ gia đình ở Iowa (phục vụ cho 402 bệnh nhân tăng huyết áp kém kiểm soát) được phân ngẫu nhiên để (1) sử dụng một can thiệp trong đó được sĩ theo dõi bệnh nhân và cung cấp thuốc men dựa trên hướng

đẫn của bác sĩ điều trị, tăng cường khuyến nghị về hạ thấp huyết áp, hoặc (2) không can thiệp (đối chứng). Vì các phòng khám — chứ không phải bệnh nhân — được phân ngẫu nhiên, nên các đặc trưng ban đầu tỏ ra khác nhau có ý nghĩa ở một số mặt; chẳng hạn bệnh nhân ở các phòng khám đối chứng có huyết áp ban đầu thấp hơn và có nhiều khả năng không có bảo hiểm y tế và có bệnh tiểu đường hơn là bệnh nhân ở các phòng khám can thiệp. Các tác giả đã hiệu chỉnh những sự khác biệt này và thấy rằng, so với bệnh nhân ở phòng khám đối chứng, bệnh nhân ở phòng khám can thiệp có huyết áp tâm thu thấp hơn một cách có ý nghĩa sau 6 tháng (bình quân thấp hơn khoảng 12 mmHg, dù có những bất lợi lúc ban đầu)

và có nhiều khả năng kiểm soát được huyết áp hơn (tỉ số odd: 3,2 trong toàn bộ thuần tập và 4,7 trên bệnh nhân tiểu đường).

Lời bình: Mỗi nghiên cứu ở trên đều tìm ra một can thiệp làm giảm huyết áp một cách hữu hiệu trong thực hành lâm sàng trên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ không được kiểm soát. Tuy nhiên, cả hai chương trình đều cần một đội ngũ nhân viên đông đảo, tốn kém. Nếu không có nguồn tài lực dồi dào để đạt được việc thay đổi các yếu tố nguy cơ trong cộng đồng, việc thực hiện những can thiệp như thế — dù là có hiệu quả — trên một quần thể rộng lớn hơn rất có thể sẽ gặp nhiều khó khăn.

Journal Watch Cardiology January 6, 2010

Liệu việc chọn thuốc chống tăng áp có ảnh hưởng đến nguy cơ rung nhĩ?

Trong một nghiên cứu bệnh-chứng, thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin, và thuốc chẹn beta đều kết hợp với giảm rung nhĩ mới mắc so với thuốc chẹn kênh calci.

Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ đã biết của rung nhĩ. Để đánh giá và so sánh nguy cơ trong đối của rung nhĩ mới mắc trên bệnh nhân đang dùng các nhóm thuốc chống tăng áp khác nhau, các tác giả nghiên cứu đã sử dụng một cơ sở dữ liệu thực hành đa khoa ở Anh để thực hiện một phân tích bệnh-chứng. Tất cả các đối tượng đều có chẩn đoán tăng huyết áp và đã dùng một hoặc nhiều loại thuốc được kê toa như thuốc ức chế men chuyển (ÚCMC), thuốc chẹn thụ thể angiotensin (CTTA), thuốc chẹn beta (CB), thuốc chẹn kênh calci (CKC), hoặc thuốc lợi tiểu, hoặc bất kỳ một phối hợp nào của những thuốc vừa kể.

Trong tổng số 682.993 bệnh nhân dùng thuốc chống tăng áp, 4661 người được chẩn đoán rung nhĩ và hội đủ các tiêu chí nhận vào phân tích này. Gần hai phần ba số bệnh nhân rung nhĩ là người ≥ 70 tuổi khi được chẩn đoán rung nhĩ lần đầu. Các tác giả ngẫu nhiên tìm được 18.642 đối tượng cùng tuổi và cùng giới tính không bị rung nhĩ trong quần thể nghiên cứu để dùng làm nhóm chứng. Các bệnh nhân béo phì có nguy cơ rung nhĩ cao hơn bệnh nhân không béo phì, trong khi những người đang



nghiệm thuốc lá có nguy cơ rung nhĩ thấp hơn những người không hút thuốc.

Nhóm qui chiếu gồm những bệnh nhân dùng thuốc CKC. So với nhóm qui chiếu, người dùng thuốc ÚCMC lâu ngày (≥ 12 toa) giảm được 25% - và người dùng thuốc CTTA lâu ngày giảm được 29% - nguy cơ rung nhĩ mới mắc. Bệnh nhân dùng thuốc chẹn beta trong ít nhất 1 năm giảm được 22% nguy cơ rung nhĩ.

Lời bình: Trên bệnh nhân tăng huyết áp, các nhóm thuốc khác nhau có thể có những ảnh hưởng khác nhau trên nguy cơ rung nhĩ trong tương lai. Các bác sĩ lâm sàng nên xét đến khả năng này khi kê toa thuốc trị tăng huyết áp. Đặc biệt, việc tránh dùng thuốc chẹn kênh calci làm điều trị đầu tay trên bệnh nhân cao tuổi có thể giảm được nguy cơ rung nhĩ của họ.

Theo Journal Watch Cardiology February 3, 2010

Pravastatin không làm hạ áp trên bệnh nhân tăng huyết áp nhẹ và tăng lipid-máu

Phát hiện này cũng có khả năng được áp dụng cho các statin khác.

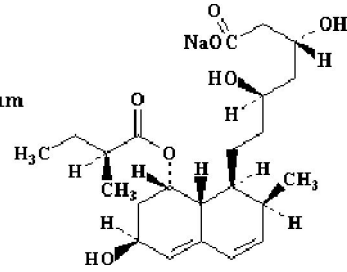
Statin hạ thấp nguy cơ bệnh tim mạch và tử vong bằng cách hạ nồng độ lipid trong máu. Những thuốc này cũng có thể hạ thấp nguy cơ tim mạch thông qua

các nhiều tác dụng khác (ví dụ kháng viêm). Số liệu quan sát gần đây gợi ý một cơ chế thứ ba: hạ thấp huyết áp. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên mù đôi

đổi chứng giả dược, các nhà nghiên cứu Ý đã đánh giá xem pravastatin có hạ thấp huyết áp ngoài việc hạ nồng độ cholesterol trong máu hay không.

Tổng cộng có 508 bệnh nhân (từ 45–70 tuổi) bị tăng huyết áp nhẹ và tăng lipid-máu được phân lô ngẫu nhiên để dùng hydrochlorothiazide hoặc fosinopril và còn được phân ngẫu nhiên để dùng pravastatin hoặc giả dược. Trong thời gian theo dõi trung bình là 2,6 năm, nồng độ cholesterol toàn phần và LDL của các đối tượng được dùng pravastatin giảm nhiều hơn so với các đối tượng dùng giả dược. Mặc dù huyết áp tâm thu và tâm trương ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt, nhưng huyết áp không giảm thêm ở nhóm pravastatin so với nhóm giả dược.

Pravastatin Sodium
C₂₃H₃₅NaO₇



Lời bình: Pravastatin, với liều làm giảm rõ rệt nồng độ cholesterol toàn phần và LDL trong máu, không hạ được huyết áp trên bệnh nhân bị tăng huyết áp nhẹ và tăng lipid-máu. Vì không có bằng chứng ngược lại, nên kết quả của nghiên cứu này có khả năng vẫn áp dụng được cho các thuốc statin khác.

Journal Watch General Medicine April 6, 2010

Giảm ăn muối có đề phòng được nguy cơ tim mạch?

Ăn muối nhiều kết hợp theo kiểu phụ thuộc liều dùng với tỉ lệ cao của đột quỵ và tai biến tim mạch. Các hướng dẫn hiện hành khuyến nghị mỗi ngày chỉ nên tiêu thụ một lượng muối từ 5 đến 6 gram hoặc ít hơn. Tuy nhiên, sự tiêu thụ muối hàng ngày ở phần lớn dân số người lớn đều vượt mức này và cao hơn 12g ở Đông Âu và châu Á.

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 2008, các nhà nghiên cứu đã đánh giá sự kết hợp giữa lượng muối ăn vào và đột quỵ hoặc các tai biến tim mạch; phân tích có 19 mẫu thuần tập độc lập từ 13 nghiên cứu bao gồm 177.025 đối tượng. Lượng muối ăn vào hàng ngày được ước lượng lúc ban đầu qua việc đo nước tiểu 24 giờ hoặc đánh giá chế độ ăn chỉ một lần duy nhất. Sự khác biệt trung bình giữa các nhóm ăn nhiều và ăn ít muối là khoảng 5 g muối (86 mmol natri)/ngày.

Trong thời gian theo dõi (dao động từ 3,5 đến 19,0 năm), đã xảy ra hơn 10.000 tai biến mạch máu. Ăn nhiều muối kết hợp với tăng nguy cơ đột quỵ (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; KTC 95%: 0,99–1,32; P=0,07). Sau khi loại trừ một nghiên cứu có những ước lượng không đáng tin cậy về lượng natri tiêu thụ hàng ngày, một phân tích độ nhạy các kết quả về bệnh tim mạch cho thấy một ước lượng RR gộp chung là 1,17 (KTC: 1,02–1,34; P=0,02).

Lời bình: Theo tổng phân tích này, ăn nhiều muối kết hợp với sự gia tăng có ý nghĩa các tỉ lệ đột quỵ và tai biến tim mạch nói chung. Dựa trên những kết quả này, giảm 5 g muối (khoảng 1 muỗng cà phê) trong chế độ ăn mỗi ngày trên qui mô toàn dân có thể làm giảm được 23% số đột quỵ và 17% số tai biến tim mạch. Cần có những nỗ lực rõ ràng của các cơ quan y tế và ngành công nghiệp thực phẩm để giúp mọi người từng bước thực hiện để đạt đến các mục đích đã được khuyến nghị về tiêu thụ muối.

Journal Watch Cardiology January 6, 2010

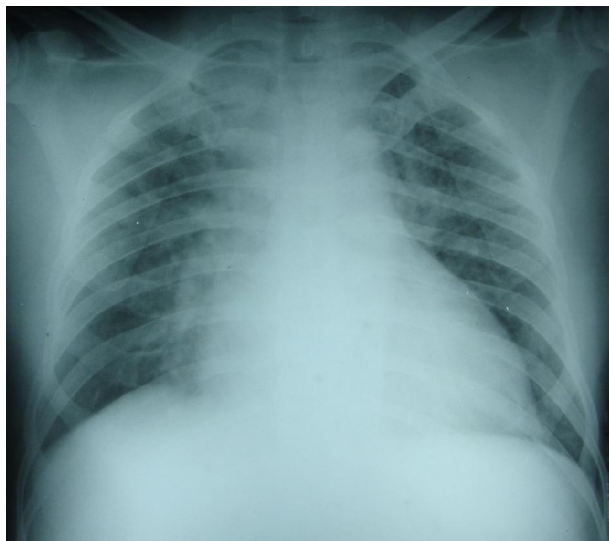
Một qui tắc quyết định lâm sàng để giảm sử dụng X-quang trên bệnh nhân đau thắt ngực

Một qui tắc dựa trên ba tiêu chí có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 36% trong việc xác định những bệnh nhân có thể bỏ qua việc chụp X-quang ngực.

Một qui tắc quyết định lâm sàng để giảm chụp X-quang ngực có thể giúp giảm chi phí, thời gian nằm viện tại khoa cấp cứu, và sự phơi nhiễm tia xạ. Các nhà nghiên cứu đã khảo sát tiền cứu 529 bệnh nhân trên 24 tuổi (tuổi trung bình: 60; 60% là nam) được đưa vào khoa cấp cứu ở một bệnh viện

Canada vì đau ngực và có thể có hội chứng mạch vành cấp trong một khoảng thời gian 6 tháng. X-quang ngực được phân loại là bình thường, bất thường nhưng không cần can thiệp cấp thời, hoặc bất thường và cần can thiệp cấp thời.

Trong số 11 bệnh nhân (2,1%) có phim X-quang



được phân loại là bất thường và cần can thiệp cấp thời, 1 người có tràn dịch màng phổi với số lượng lớn cần dẫn lưu, 7 người có phù phổi, và 3 người bị viêm phổi. Trong số 36 bệnh nhân (6,8%) có phim X-quang được phân loại là bất thường nhưng không

cần can thiệp cấp thời, 12 người bị xẹp phổi, 8 người có tim to, và 8 người có nốt phổi. Các tác giả nghiên cứu đã dùng phân tích phân chia đệ quy (recursive partitioning analysis) để rút ra qui tắc là bệnh nhân có thể bỏ qua X-quang ngực nếu hội đủ ba tiêu chí: không có tiền sử hút thuốc, không có tiền sử suy tim ứ huyết, và khám phổi bình thường. Qui tắc này có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 36% để xác định những bệnh nhân nào có thể bỏ qua việc chụp X-quang ngực. Áp dụng qui tắc này làm giảm bớt 18% việc sử dụng X-quang ngực trong mẫu nghiên cứu.

Lời bình: Qui tắc quyết định được rút ra từ nghiên cứu nhỏ này trên một số ít phim X-quang bất thường có ý nghĩa lâm sàng cần được kiểm chứng tiến cứu trên một quần thể đa dạng và rộng rãi hơn. Hiện nhiên không phải bệnh nhân nào có đau ngực và khám phổi bình thường (và có độ bão hòa oxy bình thường) cũng cần chụp X-quang ngực.

Journal Watch Emergency Medicine April 16, 2010

Phân biệt sốt xuất huyết Dengue với các bệnh nhiễm khác

Năm yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng kết hợp độc lập với nhiễm virus Dengue trên bệnh nhân có sốt.

Chẩn đoán sớm sốt xuất huyết Dengue có thể cải thiện kết cục của bệnh nhân và giúp đề phòng sự lan rộng của virus. Gần đây, các nhà nghiên cứu đã phân tích số liệu năm 2007 và 2008 từ một hệ thống giám sát sốt xuất huyết ở Puerto Rico, nơi có bệnh lưu hành, để nhận diện các đặc điểm lâm sàng sớm có sự kết hợp độc lập sốt xuất huyết Dengue. Các tác giả đã thu nhận tất cả các trường hợp có xét nghiệm cận lâm sàng dương tính và các trường hợp nghi sốt xuất huyết có kết quả xét nghiệm âm tính, và loại những trường hợp có kết quả xét nghiệm sốt xuất huyết bất định và những trường hợp ở trẻ em <1 tuổi. Sự khẳng định cận lâm sàng được định nghĩa là có sự chuyển đảo huyết thanh IgM anti-dengue, IgM anti-dengue dương tính trên một mẫu bệnh phẩm, hoặc phát hiện được virus qua phản ứng chuỗi polymerase (PCR) phiên mã ngược đặc hiệu với týp huyết thanh.

Trong số 1955 trường hợp nghi ngờ sốt xuất huyết được phân tích, 108 có xét nghiệm Dengue dương tính, và 1847 có xét nghiệm âm tính. Những bệnh nhân có xét nghiệm sốt xuất huyết dương tính lớn tuổi hơn bệnh nhân có sốt nhưng xét nghiệm âm tính (tuổi trung vị 18,8 tuổi so với 11,5 tuổi). Cả bốn týp huyết thanh đều có mặt trong 60 trường hợp có kết quả PCR dương tính. Trong số 51 bệnh nhân

có thể xác định được tình trạng nhiễm virus nguyên phát hoặc thứ phát, 17 người bị nhiễm virus nguyên phát và 34 thứ phát.

Trong mô hình hồi qui logistic, 5 biến số có sự kết hợp độc lập với nhiễm Dengue khẳng định: đau sau nhãn cầu, phát ban, số lượng tiểu cầu <240.000/mm³, không có đau họng, và không ho. Các biến số tiên đoán này thay đổi theo tuổi, và giảm bạch cầu chỉ có giá trị tiên đoán trên bệnh nhân 20 tuổi. Mô hình bao gồm mọi lứa tuổi được xây dựng từ số liệu của các tác giả phân biệt sốt xuất huyết Dengue với các bệnh sốt cấp tính khác chính xác hơn các mô hình được xây dựng trên các định nghĩa hiện hành hoặc được đề nghị của WHO về ca bệnh.

Lời bình: Tại những vùng không có điều kiện hoặc có nguồn lực cận lâm sàng hạn hẹp, những phát hiện này có thể giúp thầy thuốc lâm sàng chẩn đoán sớm sốt xuất huyết Dengue để có thể cảnh giác với những dấu hiệu báo động của sự phát triển nặng hơn của bệnh. Các tác giả đã nói đến triệu chứng đau sau nhãn cầu và lưu ý rằng nhiều báo cáo gần đây đã ghi nhận các biểu hiện ở mắt của sốt xuất huyết, bao gồm xuất huyết điểm vàng và võng mạc.

Journal Watch Infectious Diseases May 12, 2010

Thuốc kháng siêu vi 'phổ rộng' chống nhiều loại virus

Sự phát triển thuốc kháng sinh dường như đã cho thấy thuốc những vũ khí màu nhiệm chống bệnh nhiễm trùng. Việc điều trị hữu hiệu những căn bệnh tai ác như viêm phổi, giang mai và lao đã nằm trong tầm tay. Hơn nữa, nhiều thuốc còn có thể có nhiều tác dụng đủ để đánh bật nhiều mối đe dọa chết người khác nhau.

Đáng tiếc là thuốc kháng sinh có một hạn chế cơ bản: chúng trở nên vô dụng đối với virus, vốn là tác nhân gây phần lớn các bệnh nhiễm khuẩn. Thuốc kháng virus đã khó sản xuất về mặt công nghệ, và hầu hết đều có tác dụng chuyên biệt nhắm đến một ít virus gây bệnh – ví dụ như HIV, virus herpes và virus cúm. Hai thuốc kháng siêu vi “phổ rộng” đang được sử dụng, ribavirin và interferon-alpha, đều gây ra các tác dụng phụ nghiêm trọng.

Hiện nay, các nhà nghiên cứu ở Trường Y khoa Đại học Texas ở Galveston, UCLA, Đại học Harvard, Viện Nghiên cứu Quân Y Hoa Kỳ và Đại học Cornell đã tập trung thành một nhóm để phát triển và thử nghiệm một hợp chất chống virus phổ rộng có khả năng chặn đứng nhiều loại virus có độ nguy hiểm cao, bao gồm Ebola, HIV, virus viêm gan C, virus tây sông Nil, virus sốt Thung lũng Rift và virus sốt vàng, và nhiều virus khác nữa.

Nhóm nghiên cứu UCLA, do BS Benhur Lee đứng đầu, đã nhận diện hợp chất (được gọi là LJ001), sau khi sàng lọc một “thư viện” gồm khoảng 30.000 phân tử để tìm ra một phân tử chặn

đường xâm nhập tế bào của virus Nipah gây chết người. Những thí nghiệm tiếp đó phát hiện thấy LJ001 ngăn chặn các virus khác có lớp vỏ lipid giống như Nipah. Chất này không có tác dụng trên các virus không có vỏ bọc.

Alexander Freiberg, giám đốc phòng thí nghiệm của BS. Robert E. Shope (một phòng thí nghiệm có mức an toàn sinh học cấp 4, nơi đã thực hiện nhiều công trình nuôi cấy tế bào cũng như nghiên cứu virus Ebola và virus sốt Thung lũng Rift trên chuột) tại Trường Y khoa Đại học Texas nói rằng: “Khi bắt đầu thử nghiệm ngày càng nhiều hơn, chúng tôi nhận ra rằng chất này chỉ tấn công các virus có lớp vỏ. Chúng tôi đã theo dõi và xác định rằng nó chỉ làm thay đổi chút ít lớp vỏ lipid để ngăn chặn sự dính liền của virus với tế bào ký chủ.”

Những thí nghiệm sau đó chỉ ra rằng trong khi LJ001 cũng tương tác với các màng tế bào, mà thành phần cấu tạo gần giống như thành phần của vỏ virus, nhưng không gây tác dụng có hại. Theo các nhà nghiên cứu, lý do là các tế bào có thể nhanh chóng sửa chữa màng của chúng, còn virus thì không có khả năng sửa chữa lớp vỏ của chúng. BS Lee cho biết: “Ở nồng độ kháng siêu vi, bất cứ một sự tổn hại nào do chất này gây ra trên màng tế bào cũng có thể được sửa chữa, trong khi sự hư tổn trên lớp vỏ không hoạt động của virus, vốn không có khả năng tái tạo, là vĩnh viễn và không thể đảo ngược được.”

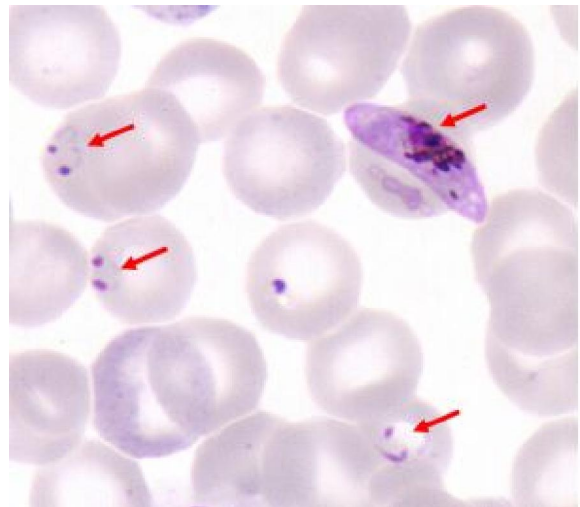
ScienceDaily 2/2/2010

Pyronaridin-Artesunat: Điều trị có hiệu quả đối với sốt rét do *P. falciparum*

Trong một thử nghiệm lâm sàng, phối hợp này tỏ ra có hiệu quả như artemether-lumefantrin trong điều trị sốt rét không biến chứng do *P. falciparum*.

Liệu pháp phối hợp có chứa artemisinin được khuyến dùng để điều trị sốt rét do *P. falciparum*, nhưng phối hợp artemether-lumefantrin (AL) thường dùng đòi hỏi phải uống thuốc mỗi ngày hai lần và ăn nhiều chất béo để tối đa hóa sự hấp thu thuốc. Với sự trợ giúp một phần của các công ty dược, các nhà nghiên cứu đã thực hiện một thử nghiệm lâm sàng mù đôi giai đoạn III, so sánh sự không thua kém của AL với một phối hợp thuốc uống liều cố định khác là pyronaridin-artesunat (PA).

Tổng cộng có 1272 bệnh nhân bị sốt rét không biến chứng do *P. falciparum* ở châu Phi và Đông



Nam Á (44% ở độ tuổi 5–12 tuổi; không có bệnh nhân <5 tuổi) được phân lô ngẫu nhiên theo tỉ số 2:1 để dùng một liệu trình 3 ngày với PA hoặc AL. Liệu trình được tính theo cân nặng. Bệnh nhân được nằm viện trong các ngày 0–3 và được theo dõi đến ngày 42. Xét nghiệm phản ứng chuỗi polymerase (PCR) trên các mẫu máu lấy trước và sau điều trị được dùng để phân biệt tái nhiễm và tái phát.

Trong quần thể tuân thủ đề cương, tỉ lệ đáp ứng lâm sàng và ký sinh học thỏa đáng, được hiệu chỉnh theo PCR, tương tự nhau giữa nhóm PA và nhóm AL ở ngày 28 (theo thứ tự là 99,5% và 99,2%). Đến ngày 42, tỉ lệ này ở nhóm PA tốt hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm AL (93,2% so với 88,1%).

Trong quần thể có ý định điều trị, 95,5% số bệnh nhân nhóm PA và 57,1% số bệnh nhân nhóm AL sạch ký sinh trùng ở 48 giờ sau liệu thuốc đầu tiên. Tỉ lệ tái nhiễm ở ngày 28 và ngày 42 ở nhóm AL cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm PA; tỉ lệ tái phát tương tự nhau ở hai nhóm ở cả hai thời điểm nói trên. Không có phản ứng phụ nghiêm

trọng nào được qui cho thuốc nghiên cứu. Tỉ lệ bệnh nhân có các tác dụng phụ liên quan với thuốc ở hai nhóm tương tự nhau, nhưng enzym gan tăng thoáng qua (5 lần giới hạn trên của trị số bình thường) được nhận thấy ở 0,9% số bệnh nhân nhóm PA và ở 0,5% số bệnh nhân nhóm AL.

Lời bình: PA có hiệu quả cao để điều trị sốt rét không biến chứng do *P. falciparum*. Tỉ lệ tái nhiễm thấp hơn ở ngày 42 trên bệnh nhân dùng PA có thể là do thời gian bán hủy dài hơn của pyronaridin. Như nhận xét của các tác giả, hiệu quả có thể thấp hơn ở trẻ em, vốn là những đối tượng mà sự phát triển miễn dịch sốt rét kém hơn người lớn. (Trẻ em <5 tuổi không được nhận vào nghiên cứu này.) Với việc chỉ uống thuốc mỗi ngày một lần và chi phí thấp (<1,00 USD đối với người lớn và <0,50 USD đối với trẻ em), phối hợp PA là một phác đồ hấp dẫn, tuy rằng cần phải lưu ý đến vấn đề tăng enzym gan ở một số ít bệnh nhân.

Journal Watch Infectious Diseases May 5, 2010

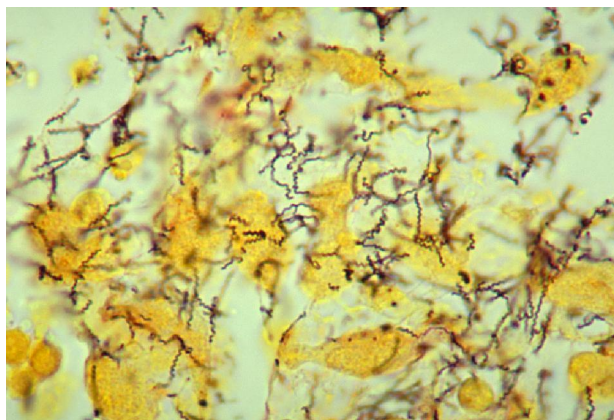
Azithromycin dùng điều trị giang mai sớm?

Trên bệnh nhân không nhiễm HIV, 2 g azithromycin dạng uống có hiệu quả như benzathin penicillin G trong điều trị giang mai sớm.

Penicillin tác dụng dài (benzathin penicillin G) là điều trị được ưa chuộng đối với giang mai sớm nhưng không phải lúc nào cũng là một lựa chọn hợp lý. Thuốc thay thế được sử dụng rộng rãi nhất, doxycyclin, cũng có những hạn chế quan trọng. Gần đây, người ta quay sang chú ý một khả năng điều trị khác: azithromycin dạng uống.

Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, đối chứng, công khai tên thuốc, được thực hiện gần đây tại 8 điểm nghiên cứu lâm sàng ở Hoa Kỳ và Madagascar, các tác giả nghiên cứu đã so sánh azithromycin (uống một liều duy nhất 2 g) với benzathin penicillin G (2,4 triệu đơn vị tiêm bắp). Người lớn có HIV (-) từ 18 đến 55 tuổi, bị giang mai sớm — thời kỳ một, thời kỳ hai và đầu thời kỳ tiềm ẩn— là những đối tượng hợp lệ để nhận vào nghiên cứu. Kết điểm đánh giá chính là tỉ lệ lành bệnh về mặt huyết thanh khi tái khám sau 6 tháng. Sự tương đương được qui định trước là tỉ lệ khỏi bệnh quan sát được của azithromycin 12% so với tỉ lệ khỏi bệnh quan sát được của penicillin.

Trong số 469 bệnh nhân được đưa vào phân tích theo ý định điều trị, 77,6% số bệnh nhân nhóm azithromycin và 78,5% số bệnh nhân nhóm benzathin penicillin đạt được sự khỏi bệnh huyết



thanh lúc 6 tháng. Tính chung, có 18 bệnh nhân gặp những tác dụng phụ nghiêm trọng, nhưng không có phản ứng nào xem ra có liên quan với thuốc nghiên cứu. Các phản ứng phụ không nghiêm trọng (chủ yếu là rối loạn tiêu hóa) thường gặp với azithromycin hơn là penicillin ($P < 0,001$).

Lời bình: Penicillin tác dụng dài vẫn là điều trị được lựa chọn đối với giang mai sớm. Cần có các phương pháp điều trị hữu hiệu khác cho những tình huống không thể chọn dùng penicillin, và phác đồ azithromycin uống một liều duy nhất chắc chắn cần được đánh giá thêm trong chỉ định này. Tuy nhiên,

ngay cả khi tiếp cận điều trị này được chứng minh là có hiệu quả và an toàn, vẫn còn những lo ngại về sự hữu dụng của azithromycin (cũng như các phác đồ được khuyến dùng hiện nay) trong điều trị giang

mai ở người đồng nhiễm HIV và về tiềm năng kháng macrolide của *Treponema pallidum*.

Journal Watch Infectious Diseases May 5, 2010

So sánh thuốc ức chế bơm proton liều cao và liều thấp

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai chế độ liều dùng trong việc đề phòng tái chảy máu, điều trị phẫu thuật, hoặc tỉ lệ tử vong sau điều trị nội soi trên bệnh nhân có loét dạ dày xuất huyết.

Những hướng dẫn gần đây khuyến dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI) liều cao để giảm nguy cơ tái chảy máu trên bệnh nhân loét dạ dày-tá tràng xuất huyết và có các vết tích nội soi vì tái xuất huyết. Một số số liệu gợi ý rằng liệu pháp PPI liều thấp cũng có thể giảm tái xuất huyết trên những bệnh nhân này. Tuy nhiên, không rõ liệu pháp PPI liều cao có ưu việt hơn liệu pháp PPI liều thấp hay không.

Để giải đáp vấn đề này, các nhà nghiên cứu đã thực hiện một tổng phân tích các nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng so sánh hiệu quả của PPI liều cao (liều bolus 80 mg, tiếp theo là truyền tĩnh mạch liên tục 8 mg/giờ trong 72 giờ) so với liều thấp (nhiều chế độ liều dùng khác nhau) để giảm tỉ lệ tái xuất huyết, điều trị phẫu thuật, và tử vong trong vòng 30 ngày sau điều trị nội soi trên bệnh nhân loét dạ dày-tá tràng xuất huyết. Trong số 7243 tài liệu tham khảo được trích dẫn, chỉ có 7 nghiên cứu thu nhận tổng cộng 1157 bệnh nhân được phân tích; phần lớn bệnh nhân là từ hai thử nghiệm lâm sàng, một gồm 474 bệnh nhân và một gồm 211 bệnh nhân.

Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa liệu pháp PPI liều cao và liều thấp trong việc làm giảm tái xuất huyết (tỉ số odd [OR]: 1,30; khoảng tin cậy

[KTC] 95%: 0,88–1,91), phẫu thuật (OR: 1,49; KTC 95%, 0,66–3,37), hoặc tử vong (OR: 0,89; KTC 95%: 0,37–2,13). Phân tích hậu nghiệm không tìm thấy sự khác biệt nào về kết cục dựa trên độ nặng của vết tích nội soi, đường dùng PPI (tĩnh mạch hoặc uống), hoặc liều lượng PPI.

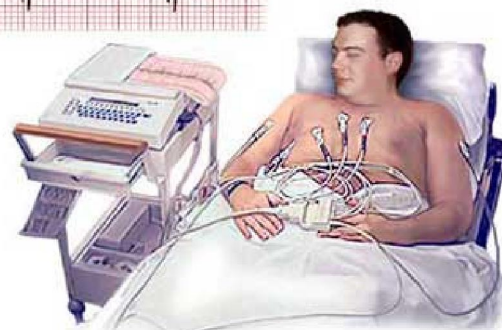
Lời bình: Những kết quả này gợi ý rằng liệu pháp PPI liều thấp, dù dùng đường tĩnh mạch hay đường uống, có thể cải thiện kết cục trên bệnh nhân loét dạ dày-tá tràng xuất huyết. Tuy nhiên, tổng phân tích này chỉ bao gồm 7 nghiên cứu, và các khoảng tin cậy tổng hợp tương đối rộng. Ngoài ra, phần lớn các nghiên cứu nhỏ, trong đó có hai nghiên cứu chiếm hơn phân nửa số bệnh nhân của tổng phân tích. Cũng vậy, chỉ có hai nghiên cứu được thực hiện ở hơn một trung tâm, ba nghiên cứu là mù đôi, và bốn nghiên cứu sử dụng số liệu của bệnh nhân tuân thủ đề cương. Ngoài những vấn đề về mặt phương pháp này, các yếu tố gây nhiễu tiềm năng cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả phân tích. Có lẽ bài báo này sẽ thúc giục cần tiến hành các thử nghiệm tiền cứu lớn hơn để tìm câu trả lời cho vấn đề quan trọng này.

Journal Watch Gastroenterology May 14, 2010

Sử dụng thuốc ức chế bơm proton có làm giảm tác dụng kháng tiểu cầu của aspirin liều thấp?

Rõ ràng là có, nhưng chưa rõ ảnh hưởng trên các kết cục tim mạch.

Thuốc ức chế bơm proton (PPI) đã được chứng minh là làm giảm tác dụng kháng tiểu cầu của clopidogrel trên bệnh nhân đang dùng loại thuốc thienopyridin này sau một tai biến hội chứng mạch vành cấp, nhưng những ảnh hưởng bất lợi trên kết cục tim mạch chưa được chứng minh. Nay thì các nhà nghiên cứu ở Đan Mạch đã thực hiện một nghiên cứu bệnh-chứng về chức năng tiểu cầu trên 418 đối tượng người lớn có bệnh mạch vành ổn định đang dùng aspirin 75 mg/ngày; 54 người lớn dùng một thuốc ức chế bơm proton (đa số đang dùng pantoprazole).



So với những bệnh nhân không dùng PPI, bệnh nhân đang dùng PPI có sự kết tập tiểu cầu cao hơn ($P=0,003$); nồng độ P-selectin hòa tan trong huyết thanh cao hơn, các hạt alpha của tiểu cầu chứa một phân tử dính tế bào ($P=0,005$); và nồng độ thromboxane B2 trong huyết thanh cao hơn ($P=0,01$).

Về mặt cơ chế tác động, các tác giả cho rằng sự gia tăng pH trong dạ dày có liên quan với PPI lên mức cao hơn pKa của aspirin (3,5) có thể làm giảm tính ưa mỡ của aspirin. Hậu quả là giảm độ khả

dụng sinh học và hiệu quả điều trị của aspirin.

Lời bình: Nghiên cứu này không cho biết số liệu về kết cục tim mạch lâm sàng. Vì các nghiên cứu về việc đồng thời sử dụng PPI và clopidogrel không cho thấy tác dụng kháng tiểu cầu giảm thấp sẽ dẫn đến sự gia tăng tai biến tim mạch bất lợi, nên cần có thêm nghiên cứu về việc sử dụng đồng thời aspirin và PPI để đánh giá toàn bộ các kết cục tim mạch và tiêu hóa.

Journal Watch Gastroenterology April 30, 2010

An toàn hơn với clopidogrel và thuốc ức chế bơm proton

Sử dụng đồng thời clopidogrel và thuốc ức chế bơm proton tỏ ra an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân tim mạch có nguy cơ cao xuất huyết tiêu hóa.

Các thử nghiệm tiền cứu gần đây cho thấy sử dụng đồng thời clopidogrel và thuốc ức chế bơm proton (PPI) không kết hợp với các kết cục tim mạch bất lợi quan trọng. Tuy có những phát hiện như thế, nhưng các cơ quan quản lý như FDA Hoa Kỳ và Cơ quan Dược phẩm châu Âu (EMA) vẫn cảnh báo rằng không nên sử dụng phối hợp những thuốc này.

Để khảo sát thêm về các kết cục kết hợp với sử dụng đồng thời các thuốc này, một nhóm tác giả nghiên cứu đã thực hiện một nghiên cứu thuần tập hồi cứu gồm 20.596 bệnh nhân (≥ 30 tuổi) đã dùng clopidogrel sau khi nằm viện vì nhồi máu cơ tim, tái thông mạch vành, hoặc đau thắt ngực không ổn định; trong số bệnh nhân này có 7593 người (37%) đồng thời còn được dùng PPI. Các kết điểm đánh giá chính là tỉ lệ nằm viện do xuất huyết tiêu hóa hoặc biến chứng nghiêm trọng của bệnh tim mạch (nhồi máu cơ tim hoặc đột tử do tim, đột quy, hoặc các trường hợp tử vong khác liên quan đến tim mạch) trong thời gian nghiên cứu kéo dài 7 năm.

Xuất độ hiệu chỉnh của tỉ lệ nằm viện do xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân dùng clopidogrel cùng với liệu pháp PPI thấp hơn so với ở bệnh nhân dùng

clopidogrel không kèm với PPI (tỉ số nguy cơ: 0,50; khoảng tin cậy [KTC] 95%: 0,39–0,65). Tương tự, việc đồng thời sử dụng liệu pháp PPI không kết hợp với tăng nguy cơ ảnh hưởng tim mạch bất lợi. Đáng lưu ý là trên những bệnh nhân được xem là có nguy cơ cao nhất bị xuất huyết tiêu hóa, việc đồng thời sử dụng PPI cũng kết hợp với một mức giảm tuyệt đối là 28,5 (KTC 95%: 11,7–36,9) trường hợp nằm viện do xuất huyết trên 1000 bệnh nhân-năm.

Lời bình: Mặc dù có sự hạn chế do thiết kế hồi cứu, nhưng nghiên cứu này đã cung cấp thêm bằng chứng cho thấy sử dụng phối hợp PPI và clopidogrel tỏ ra an toàn và có hiệu quả đối với những bệnh nhân tim mạch được cho là có nguy cơ cao biến chứng tiêu hóa, và không kết hợp với những biến chứng tim mạch có tiềm năng nghiêm trọng hơn. Cho dù tất cả các PPI đều được phân tích về những tai biến tiềm năng kết hợp với các nguy cơ, nhưng đa số bệnh nhân (62%) đã dùng pantoprazole. Vì tỉ lệ dùng các PPI khác còn ít, nên sẽ không hợp lý khi áp dụng khuyến nghị này đối với từng PPI cụ thể.

Journal Watch Gastroenterology April 2, 2010

Nhiễm *Helicobacter pylori*: liệu pháp ba thuốc hay bốn thuốc?

Tỉ lệ sạch khuẩn tương tự nhau nhưng vẫn dưới mức tối ưu.

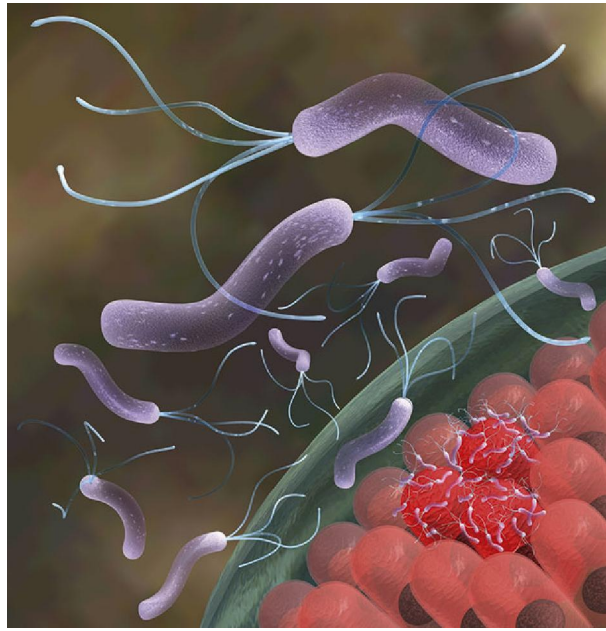
Các khuyến nghị về điều trị đầu tay đôi với nhiễm *Helicobacter pylori* gồm có liệu pháp ba thuốc (thuốc ức chế bơm proton [PPI], clarithromycin và amoxicillin) hoặc liệu pháp bốn thuốc (PPI, bismuth, metronidazole và tetracyclin). Trong nghiên cứu này, các nhà nghiên cứu đã thực hiện một tổng phân tích để so sánh hiệu quả và khả năng được dung nạp của hai phác đồ này.

Tim kiếm trong y văn phát hiện được 212 nghiên cứu ngẫu nhiên đôi chứng được thực hiện sau năm 1990, trong đó có so sánh hai phác đồ trong những khoảng thời gian điều trị tương tự nhau và có bằng chứng thanh toán nhiễm khuẩn (sạch khuẩn). Rất cuộc có 9 nghiên cứu gồm cả thảy 1679 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Số liệu từ những nghiên cứu này được trích xuất bởi hai nhà nghiên cứu độc

lập theo các biểu mẫu được thiết kế sẵn.

Kết quả gộp chung cho thấy tỉ lệ sạch khuẩn ở nhóm có ý định điều trị tương tự nhau với các liệu pháp bốn thuốc và ba thuốc (theo thứ tự là 78,3% và 77,0%); tỉ lệ tuân trị cũng tương tự (92,6% và 96,9%) và tỉ lệ tác dụng phụ cũng vậy (35,5% và 35,4%). Các tác giả kết luận rằng tỉ lệ sạch khuẩn với liệu pháp ba thuốc và bốn thuốc, tuy tương tự nhau, nhưng vẫn dưới mức tối ưu, và cần khẩn trương phát triển những chiến lược điều trị thay thế.

Lời bình: Mặc dù tỉ lệ lưu hành của nhiễm *H. pylori* đang giảm ở Bắc Mỹ và Tây Âu, nhưng vẫn



Journal Watch Gastroenterology March 12, 2010

còn cao ở những vùng khác trên thế giới. Một tỉ lệ sạch khuẩn <80% ở cả hai phác đồ đã khuyến nghị báo cho chúng ta biết rằng không thể điều trị thành công với bất kỳ phác đồ nào trong hai phác đồ này. Các yếu tố khác tiên đoán cho sự đề kháng kháng sinh đặc hiệu, như sự phơi nhiễm kháng sinh trước đó, cần được xem xét khi lựa chọn một phương án điều trị.

Thử phân chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*

Ba xét nghiệm phân dùng các kháng thể đơn dòng để phát hiện kháng nguyên *Helicobacter pylori* có độ nhạy từ 69% đến 92% và độ đặc hiệu từ 76% đến 90% so với tiêu chuẩn vàng.

Nhiễm *Helicobacter pylori* thường được chẩn đoán bằng mô bệnh học, test urease nhanh, test urê hơi thở, hoặc phối hợp một số những test này. Gần đây, các xét nghiệm kháng nguyên trong phân đã được phát triển. Ban đầu, những xét nghiệm này dùng các kháng thể đa dòng để phát hiện các kháng nguyên của *H. pylori*, dẫn đến độ biến thiên đáng kể của xét nghiệm. Tuy nhiên, nay đã có ba xét nghiệm mới sử dụng các kháng thể đơn dòng. Trong đó, hai test là xét nghiệm sắc ký và được đọc kết quả dựa vào sự xuất hiện của một đường vạch (định tính), test thứ ba là xét nghiệm miễn dịch enzym cho ra một trị số cụ thể (định lượng).

Trong một nghiên cứu gần đây trên 199 bệnh nhân có triệu chứng khó tiêu tại Barcelona, Tây Ban Nha, các tác giả nghiên cứu đã đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của hai test sắc ký - ImmunoCard STAT! HpSA (STAT) và RAPID Hp StAR (RAPID) - và test miễn dịch enzym Amplified IDEIA Hp StAR (IDEIA), cũng xét nghiệm phát hiện cùng một kháng nguyên như test RAPID. Các test sắc ký được đọc bởi hai người quan sát, trong

đó sự xuất hiện của một đường vạch được xem là dương tính. Các kết quả được so sánh với tiêu chuẩn vàng là xét nghiệm mô bệnh học, một test urease nhanh, và một test urê hơi thở, với ít nhất là hai xét nghiệm có kết quả dương tính. Nghiên cứu này được tài trợ một phần bởi các nhà sản xuất test RAPID và IDEIA.

Độ nhạy trong nghiên cứu là 69% và 74% (tùy theo người quan sát) đối với test STAT, 91% và 92% đối với test RAPID, và 90% đối với test IDEIA. Độ đặc hiệu là 89% và 90% đối với test STAT, 76% và 80% đối với test RAPID, và 89% đối với IDEIA.

Lời bình: Cả ba xét nghiệm phân này đều cho phép đánh giá nhanh và không xâm lấn về tình trạng nhiễm *H. pylori* và cũng có thể được dùng để chứng minh sự sạch khuẩn sau điều trị. Mặc dù test IDEIA đòi hỏi trang thiết bị phòng xét nghiệm và không thể thực hiện tại phòng mạch như các xét nghiệm sắc ký, nhưng nó có độ đặc hiệu và độ nhạy tốt nhất.

Theo Neil M. Ampel, *Journal Watch Infectious Diseases* 17/2/2010

Tình yêu nam nữ: một nghiên cứu cộng hưởng từ chức năng (fMRI) về cơ chế thần kinh của việc chọn bạn phối ngẫu

Các nhà khoa học đã mô tả vô số những hành động của các loài động vật có vú và chim thực hiện để thu hút bạn phối ngẫu. Nhưng cơ chế nào của não khiến đồng loại của chúng bị thu hút vào những hành động đó thì phần lớn chưa được hiểu rõ.

Tuy nhiên động vật có vú và chim có những biểu hiện rằng chúng có sở thích riêng về bạn phối ngẫu và có sự lựa chọn bạn phối ngẫu, và các dữ liệu cho thấy rằng “hệ thống thu hút” có liên kết với các hệ thống ban thưởng sử dụng dopamine.

Người ta giả thuyết rằng tình yêu nam nữ mãnh liệt, một văn hóa phổ quát toàn cầu, là một hình thức phát triển của hệ thống thu hút này.

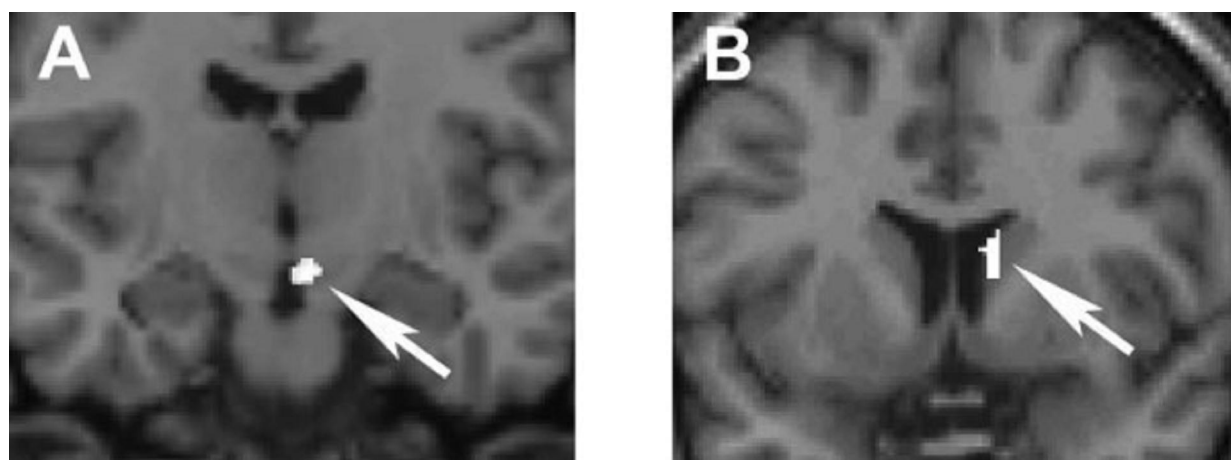
Để xác định các cơ chế thần kinh liên quan tới tình yêu nam nữ, chúng tôi sử dụng phương pháp chụp cộng hưởng từ chức năng (fMRI) để nghiên cứu trên 17 người “đang yêu” mạnh mẽ (Aron và cs. [2005] *J Neurophysiol* 94:327-337). Đã có những kích hoạt (activations) liên quan cụ thể tới các đối tượng yêu xuất hiện trong vùng não VTA bên phải (right ventral tegmental area) và nhân đuôi phải (right caudate nucleus), đây là những vùng chứa nhiều dopamin và có liên kết với hệ ban thưởng và hệ động lực (reward and motivation

systems) của động vật có vú.

Những kết quả này và các kết quả khác cho thấy rằng lộ trình ban thưởng dopamin góp phần vào sự kích hứng chung (general arousal), một thành tố của tình yêu nam nữ; tình yêu nam nữ trước hết là một động lực (motivation) hơn là một hệ cảm xúc; sự thôi thúc này khác với thôi thúc tình dục; tình yêu nam nữ thay đổi qua thời gian; và tình yêu nam nữ có sự tương đồng về hành vi sinh học (biobehavioral) với tính thu hút ở động vật có vú.

Chúng tôi giả thuyết rằng “cơ chế thu hút” được phát triển để cho phép các cá thể tập trung năng lượng kết đôi của chúng vào những đối tượng cụ thể, nhờ đó bảo tồn năng lượng và tạo điều kiện dễ dàng cho sự lựa chọn bạn phối ngẫu □ một khâu đầu tiên của sinh sản. Sau cùng, hệ vỏ não-vân (corticostriate system), với tiềm năng kết hợp nhiều loại thông tin từ vỏ não với các tín hiệu ban thưởng, là cơ sở giải phẫu tuyệt vời cho những yếu tố phức tạp hỗ trợ cho tình yêu nam nữ và sự lựa chọn bạn phối ngẫu.

Bs Ngô Văn Long dịch theo Helen Fisher, Arthur Aron, Lucy L. Brown The Journal of Comparative Neurology 493:58-62 (2005)



Hình 1. Vùng kích hoạt phát hiện khi một cá nhân xem ảnh người yêu so với khi xem ảnh một người quen. Vùng kích hoạt (màu trắng) là từ dữ liệu giải phẫu bình thường đặt chồng lên ảnh não chụp cộng hưởng từ theo SPM99. A: Vùng chỏm não VTA (mũi tên) bị kích hoạt. B: Nhân đuôi bên phải (mũi tên) bị kích hoạt. Dữ liệu từ các nghiên cứu khác ở động vật có vú cho thấy rằng các vùng này can dự vào chức năng ban thưởng và hành xử.

Rối loạn cương đực báo các tai biến tim mạch trên bệnh nhân nguy cơ cao đang dùng telmisartan, ramipril, hoặc cả hai (Nghiên cứu ONTARGET/TRANSCEND)

Bối cảnh Mặc dù rối loạn cương (RLC) có sự kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh xơ động mạch, nhưng không rõ liệu sự hiện diện của RLC có tiên đoán cho các tai biến tương lai ở những người có bệnh tim mạch hay không. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá xem RLC có tiên đoán cho tử vong và các kết cục tim mạch, và vì sự ức chế hệ thống renin-angiotensin trên bệnh nhân nguy cơ cao làm giảm tai biến tim mạch, nên nghiên cứu cũng kiểm định tác dụng trên RLC của các điều trị ngẫu nhiên với telmisartan, ramipril, và phối hợp hai thuốc này (ONTARGET), cũng như với telmisartan hoặc giả dược trên bệnh nhân không dung nạp với thuốc ức chế men chuyển (TRANSCEND).

Phương pháp và kết quả Trong một nghiên cứu phụ được qui định trước, 1549 bệnh nhân được phân lô ngẫu nhiên mù đôi, với 400 người được phân vào nhóm sử dụng ramipril, 395 vào nhóm telmisartan, và 381 vào nhóm điều trị phối hợp hai thuốc này (ONTARGET), đồng thời có 171 đối tượng được phân vào nhóm dùng telmisartan và 202 người dùng giả dược (TRANSCEND). Rối loạn

cương đực được đánh giá lúc đầu, khi tái khám sau 2 năm, và ở lần khám cuối cùng trước khi kết thúc nghiên cứu. RLC có giá trị tiên đoán cho tử vong do mọi nguyên nhân (tỉ số nguy cơ [HR] = 1,84, khoảng tin cậy [KTC] 95%: 1,21 đến 2,81, P=0,005) và kết cục chính phối hợp (HR = 1,42, KTC 95% 1,04 đến 1,94, P=0,029) gồm chết do tim mạch (HR = 1,93, KTC 95%: 1,13 đến 3,29, P=0,016), nhồi máu cơ tim (HR = 2,02, KTC 95%: 1,13 đến 3,58, P=0,017), nằm viện vì suy tim (HR = 1,2, KTC 95%: 0,64 đến 2,26, P=0,563), và đột quy (HR = 1,1, KTC 95%: 0,64 đến 1,9, P=0,742). Thuốc nghiên cứu không ảnh hưởng đến diễn tiến hoặc sự phát triển RLC.

Kết luận Rối loạn cương là một yếu tố tiên đoán mạnh cho tử vong do mọi nguyên nhân và kết cục phối hợp gồm chết do nguyên nhân tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quy, và suy tim trên nam giới có bệnh tim mạch. Các thuốc dùng trong nghiên cứu không cải thiện một cách có ý nghĩa hoặc làm xấu thêm tình trạng RLC.

Theo Michael Böhm và cs, *Am Fam Physician*. 2010; 81(3):305-12.