

Béo phì, không dung nạp glucose, và cao huyết áp thuở thiếu thời làm tăng nguy cơ chết sớm lúc trưởng thành

Một sự kết hợp giữa béo phì thuở thiếu thời và chết sớm có thể là qua trung gian sự bất dung nạp glucose và cao huyết áp.

Người ta chưa chứng minh rõ ràng liệu có sự kết hợp giữa béo phì, cao huyết áp, không dung nạp glucose, và tăng cholesterol-máu ở thuở thiếu thời với tình trạng chết sớm ở tuổi trưởng thành hay không. Các tác giả nghiên cứu đã khảo sát xem những yếu tố nguy cơ này có dự báo cho chết sớm trong một thuần tập tiền cứu dọc gồm 4857 trẻ em người Mỹ da đỏ ở tiểu bang Arizona, được sinh ra trong thời gian từ 1945 đến 1984. Lúc ban đầu, trẻ ở độ tuổi từ 5–19 tuổi (trung bình 11 tuổi) và không có bệnh tiểu đường.

Trong thời gian theo dõi trung bình là 24 năm, có 559 đối tượng chết trước 55 tuổi. Trong số này, 166 trường hợp được xem là chết do nguyên nhân nội sinh (do bệnh hoặc thương tích tự mình gây ra), gồm 59 tử vong được quy cho bệnh gan do rượu, 22 do bệnh tim mạch, 21 do nhiễm khuẩn, 12 do ung thư, và 10 do tiểu đường. Chỉ số thân khối (BMI) có sự kết hợp dương với chết sớm do nguyên nhân nội sinh nhưng không kết hợp với chết do các nguyên nhân ngoại sinh (ví dụ tai nạn hoặc sát nhân). Trẻ có BMI ở tứ phân vị cao nhất có tỉ lệ chết do nguyên nhân nội sinh cao hơn hai lần so với tỉ lệ ở

trẻ thuộc tứ phân vị thấp nhất, và trẻ có tình trạng không dung nạp glucose ở tứ phân vị cao nhất có nguy cơ chết do nguyên nhân nội sinh cao hơn một cách có ý nghĩa (tỉ số xuất độ [IRR]: 1,73) so với trẻ thuộc tứ phân vị thấp nhất. Cao huyết áp thuở thiếu thời cũng kết hợp có ý nghĩa với chết sớm do nguyên nhân nội sinh (IRR: 1,57). Mức huyết áp lần nồng độ cholesterol thuở thiếu thời không kết hợp với chết sớm ở tuổi trưởng thành.

Lời bình: Trong một quần thể trẻ em chọn lọc, sự hiện diện của một số, chứ không phải tất cả, yếu tố nguy cơ tim mạch của người lớn có sự kết hợp với tình trạng chết sớm ở tuổi trưởng thành. Vì quần thể người Mỹ da đỏ có đặc điểm sức khỏe riêng (ví dụ tỉ lệ cao của béo phì và tiểu đường), nên khả năng áp dụng những kết quả này cho một quần thể không thuần nhất là không chắc chắn. Mặc dù vậy, nghiên cứu này là một khởi điểm để tiên đoán những kết cục dài hạn và phí tổn đi kèm với tình trạng béo phì, không dung nạp glucose và cao huyết áp ở trẻ em.

Theo F. Bruder Stapleton, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine, 10/2/2010

Cắt da bao qui đầu lúc sơ sinh: đã đến lúc cần một khuyến nghị rõ ràng?

Số liệu gần đây ủng hộ cho các lợi ích sức khỏe của việc cắt da bao qui đầu.

Chủ trương của Học viện Nhi khoa Mỹ năm 2005 về việc cắt da bao qui đầu cho rằng số liệu về các lợi ích sức khỏe chưa đủ để ủng hộ việc cắt da bao qui đầu thường qui ở bé trai sơ sinh. Số liệu khả dụng sau năm 2005 giúp làm sáng tỏ các lợi ích sức khỏe của việc cắt da bao qui đầu.

Trong ba nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên gần đây với khoảng 10.000 người đàn ông có HIV (-), từ 18 đến 49 tuổi ở châu Phi, việc cắt da bao qui đầu làm giảm tỉ lệ mắc bệnh nhiễm HIV do quan hệ tình dục khác giới được 53% đến 60% so với nam giới không cắt da bao qui đầu, trong một thời gian theo dõi trung bình từ 1,5 đến 2 năm (Bailey RC và cs, 2007). Trong hai nghiên cứu kia, cắt da bao qui đầu làm giảm tỉ lệ mắc bệnh do *Herpes simplex virus* týp 2 được 28% đến 34% và tỉ lệ nhiễm virus mào gà sinh dục nam giảm được 32% đến 35%. Một số bằng chứng gợi ý rằng các lợi ích mà phụ



nữ được hưởng từ việc cắt da bao qui đầu ở nam giới bao gồm giảm lây truyền tạp khuẩn âm đạo, bệnh trùng roi, và HIV.

Lời bình: Một tác giả bình duyệt còn ghi nhận những lợi ích khác của cắt da bao qui đầu, gồm

giảm nhiễm khuẩn niệu, hẹp bao quy đầu, và viêm quy đầu. Số liệu trên người Mỹ trưởng thành cũng phù hợp với số liệu thu được từ nhiều nghiên cứu quan sát được thực hiện ở Hoa Kỳ, nhưng không rõ liệu có nên dùng những kết quả này để tác động đến các khuyến nghị về cắt da bao quy đầu ở trẻ sơ sinh hay không. Vì biến chứng của việc cắt da bao quy đầu ở trẻ sơ sinh chỉ ở mức tối thiểu, và nay đã có những phương thức kiểm soát đau một cách hữu

hiệu khi làm thủ thuật, và không có bằng chứng cụ thể nào cho thấy cắt da bao quy đầu làm thay đổi chức năng và khoái cảm tình dục, nên các nhà cung cấp dịch vụ nên nói rõ các lợi ích sức khỏe của việc cắt da bao quy đầu nhưng vẫn dành quyền quyết định cuối cùng cho các bậc cha mẹ.

Theo Howard Bauchner, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 17/2/2010

Khuyến nghị của Nhóm Công tác Dự phòng Hoa Kỳ về tầm soát và các can thiệp béo phì ở trẻ em

Tầm soát trẻ em từ 6 tuổi trở lên và tổ chức tham vấn tích cực cho chúng và thực hiện các can thiệp hành vi để đẩy mạnh sự cải thiện cân nặng.

Dịch béo phì ở trẻ em đang tiếp diễn. Ước tính gần đây nhất (2007–2008) của Trung tâm Phòng Chống Bệnh Hoa Kỳ (CDC) cho thấy khoảng 10% số trẻ dưới 2 tuổi có cân nặng (ứng với chiều cao) cao hơn bách phân vị thứ 95 và 17% số đối tượng từ 2 đến 19 tuổi có chỉ số thân khối (BMI) ứng với tuổi cao hơn bách phân vị thứ 95 (Ogden CL và cs, 2010). Số liệu cũng cho thấy không có sự thay đổi nào về tỉ lệ lưu hành của BMI cao kể từ năm 1999.

Năm 2005, Nhóm Công tác Dự phòng Hoa Kỳ (USPSTF) khuyến nghị nên dùng BMI để nhận diện trẻ em và thiếu niên thừa cân, cho dù chưa có bằng chứng thỏa đáng của các can thiệp hữu hiệu để quản lý cân nặng. Cùng lúc với báo cáo của CDC, USPSTF đã cập nhật một khuyến nghị về tầm soát béo phì ở trẻ em và thiếu niên. Hiện tại, USPSTF khuyến nghị các thầy thuốc lâm sàng nên dùng các số đo BMI để tầm soát béo phì ở trẻ từ 6 tuổi trở lên và gửi chúng đi tham vấn tích cực và áp dụng các can thiệp hành vi để đẩy mạnh sự cải thiện cân nặng. Những điểm chính của khuyến nghị mới gồm có:

- Các chương trình toàn diện có cường độ can thiệp từ trung bình đến cao (>25 giờ tiếp xúc trong thời gian 6 tháng) bao gồm tham vấn về chế độ ăn, hoạt động thể chất, và tham vấn hành vi có thể đem lại sự cải thiện cân nặng trên trẻ béo phì từ 6 tuổi trở lên đã hoàn tất đầy đủ chương trình. Các can thiệp cường độ thấp không đem lại sự cải thiện có ý nghĩa về cân nặng.

- Mười ba thử nghiệm can thiệp hành vi, bao gồm 1258 trẻ thừa cân hoặc béo phì (từ 4–18 tuổi) được rà soát lại. Trong 3 nghiên cứu được cho là có chất lượng thấp, can thiệp hành vi ở cường độ trung bình đến cao đem lại sự giảm cân vừa phải (mức



khác biệt của BMI trung bình là 1,9 đến 3,3 kg/m² so với nhóm chứng) sau 6 đến 12 tháng điều trị (3,3 kg/m² tương đương với 13 pound hay 6 kg ở trẻ 8 tuổi).

- Kết quả của 7 thử nghiệm điều trị thuốc (sibutramin hoặc orlistat) và các can thiệp hành vi, bao gồm 1294 thiếu niên béo phì (từ 12–18 tuổi) tỏ ra không nhất quán. Không có khuyến nghị chắc chắn nào về điều trị thuốc được đưa ra. Sibutramin chưa được FDA chấp thuận dùng cho trẻ em và thiếu niên, còn orlistat được chấp thuận dùng cho trẻ em từ 12 tuổi trở lên.

Lời bình: Khuyến nghị này là dành cho trẻ em và thiếu niên có BMI từ bách phân vị thứ 95 trở lên, chứ không dành cho trẻ thừa cân hoặc trẻ có nguy cơ (BMI trong khoảng từ bách phân vị thứ 85 đến 95). Đặc biệt, USPSTF cho rằng không có đủ bằng chứng để đưa ra bất kỳ khuyến nghị nào về các can thiệp giảm cân ở những trẻ được xem là có nguy cơ béo phì. Ngoài ra, bằng chứng hạn chế gợi ý rằng sự cải thiện cân nặng được duy trì 1 năm sau khi kết thúc điều trị. Tại sao USPSTF lại đưa ra khuyến

nghị này khi dựa trên những số liệu hạn chế như vậy? Trước hết, qui mô của dịch béo phì ở trẻ em gây ra sự lo ngại to lớn về mặt sức khỏe cộng đồng, đe dọa sức khỏe dài hạn của nhiều trẻ em. Thứ hai, các can thiệp tuy được xem là "tích cực" nhưng chi phí tương đối thấp so với các can thiệp y tế khác và chi phí dài hạn của béo phì. Thứ ba, can thiệp hành

vi là biện pháp có nguy cơ thấp. Thông thường, các bác sĩ nhi khoa có thể tầm soát và nhận diện một cách thích hợp những trẻ cần được gửi điều trị hành vi tích cực. Một vấn đề phức tạp hơn là liệu có tồn tại những dịch vụ này không, và ai là người chi trả.

Theo Howard Bauchner, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 10/2/2010

Bổ sung vitamin D ở trẻ bú mẹ

Lời khuyên của thầy thuốc kết hợp có ý nghĩa với quyết định của các bậc cha mẹ về việc bổ sung vitamin D.

Trẻ bú mẹ có nguy cơ còi xương do thiếu vitamin D. Năm 2008, Học viện Nhi khoa Mỹ đã khuyến nghị tăng bổ sung vitamin D từ 200 lên 400 IU/ngày đối với nữ nhi bú mẹ là chính. Để khảo sát việc bổ sung vitamin D trên trẻ bú mẹ, các nhà nghiên cứu ở Seattle (Hoa Kỳ) đã điều tra 44 bác sĩ nhi khoa trong một mạng lưới hành nghề và 1140 người là cha mẹ của trẻ bú mẹ (từ 6–24 tháng tuổi) trong thời gian từ năm 2006 đến 2008. Tất cả các trẻ đều bú mẹ là chủ yếu trong ít nhất là 6 tháng.

Trong số bác sĩ nhi khoa, chỉ có 36% khuyến nghị bổ sung vitamin D cho tất cả những trẻ bú mẹ, 32% đề nghị bổ sung cho trẻ có nguy cơ cao, 14% thảo luận với các bậc cha mẹ về ưu và nhược điểm của việc bổ sung, và 18% không khuyến nghị bổ sung vitamin D. Có hai yếu tố kết hợp có ý nghĩa với việc bổ sung vitamin D: sự đồng ý của các bậc cha mẹ rằng vitamin quan trọng cho sức khỏe nói chung (tỉ số odd [OR]: 1,98) và sự khuyến nghị của bác sĩ (OR: 7,76). Các yếu tố kết hợp có ý nghĩa với việc không bổ sung là: cha mẹ trẻ cho rằng việc bổ sung là không cần thiết (OR: 0,12) và việc sử dụng vitamin tỏ ra bất tiện (ORL 0,45). Chỉ 44% số

người được bác sĩ nhi khoa khuyến nghị bổ sung vitamin D thực sự cho con họ dùng vitamin này.

Lời bình: Những kết quả này chỉ ra rằng sự bổ sung vitamin D ở trẻ bú mẹ liên

quan với sự khuyến nghị của thầy thuốc. Các bậc cha mẹ tin tưởng vào bác sĩ của họ. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại một số vấn đề: Một số trẻ bú mẹ nguy cơ thấp (ví dụ trẻ có nước da trắng được tiếp xúc đầy đủ với ánh sáng mặt trời) có thể không cần bổ sung, và một số người làm cha mẹ không tuân theo khuyến nghị của thầy thuốc về việc bổ sung vitamin D.

Theo Howard Bauchner, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 3/2/2010



Lượng giá, chẩn đoán và điều trị các rối loạn tiêu hóa ở trẻ tự kỷ

Cần xem xét các triệu chứng tiêu hóa khi một trẻ tự kỷ có những vấn đề mới về hành vi.

Một tuyên bố đồng thuận hướng dẫn bác sĩ nhi khoa về việc lượng giá, chẩn đoán và điều trị các rối loạn tiêu hóa ở trẻ tự kỷ vừa mới được công bố gần đây.

Các bệnh trạng đường tiêu hóa ở trẻ tự kỷ bao gồm (theo thứ tự tỉ lệ giảm dần) táo bón mạn tính, đau bụng (có hoặc không có tiêu chảy), ỉa đùn, bệnh trào ngược dạ dày-thực quản, sinh bụng, và thiếu men disaccharidase. Người ta không biết liệu tỉ lệ của những bệnh trạng này ở trẻ tự kỷ có cao hơn so với tỉ lệ trong dân số chung hay không, vì hiện không có các nghiên cứu tiền cứu có đối chứng tốt. Tỉ lệ các bệnh tiêu hóa trên trẻ tự kỷ dao động từ 9% đến 70% trong nhiều nghiên cứu khác nhau, mà

phần lớn đều có những hạn chế về mặt phương pháp. Một rối loạn tiêu hóa đặc hiệu của người có các rối loạn tự kỷ (ví dụ "viêm ruột-đại tràng tự kỷ") chưa được chứng minh.

Đối với nhiều bệnh mạn tính ở trẻ em có triệu chứng đau, một hình thái hành vi mới có thể là triệu chứng được biểu hiện ra ngoài. Điều này đặc biệt đúng ở trẻ tự kỷ có ngôn ngữ diễn đạt hạn hẹp. Chẳng hạn, trẻ có bệnh trào ngược dạ dày-thực quản có thể được đưa đi khám vì có những hành vi gây hấn và tự gây thương tích. Các triệu chứng khác kết hợp với bệnh đường tiêu hóa bao gồm nhăn mặt, rên rỉ, lặp lại lời người khác ám chỉ đau hoặc chỉ vào dạ dày, và rối loạn giấc ngủ.

Thu hẹp các món ăn ưa thích và dùng các chế độ ăn loại trừ, được một số bác sĩ lâm sàng khuyên dùng hoặc cha mẹ của trẻ tự áp dụng, có thể gây thiếu dinh dưỡng và làm cho trẻ có nguy cơ không thu nạp đủ lượng protein, calci, vitamin D, và sắt. Y văn khoa học không ủng hộ và cũng không bác bỏ những giai thoại cho rằng ăn kiêng có thể làm giảm các triệu chứng tiêu hóa ở một số trẻ tự kỷ.

Tuy có những báo cáo cho biết hành vi được cải thiện khi áp dụng các can thiệp dinh dưỡng, nhưng các công trình nghiên cứu không ủng hộ việc sử dụng các chế độ ăn không có casein hoặc không có gluten (hoặc cả hai) làm điều trị ban đầu trong các rối loạn tự kỷ. Trong một nghiên cứu mù đôi, đối chiếu (nghiên cứu duy nhất đã được công bố) so sánh một chế độ ăn không chứa casein và gluten với một chế độ ăn điển hình trên trẻ tự kỷ, người ta không thấy sự khác biệt nào về độ nặng của các khiếm khuyết giao tiếp hoặc



tính đáp ứng xã hội sau 12 tuần điều trị.

Các bất thường miễn dịch học đã được báo cáo ở một số người có rối loạn tự kỷ (ví dụ thâm nhiễm tế bào lymphô và bạch cầu ái toan ở niêm mạc ruột, gợi ý một tiến trình tự miễn). Tuy nhiên, chưa chứng minh được một sự liên quan trực tiếp giữa rối loạn chức năng miễn dịch và rối loạn tự kỷ.

Lời bình: Tuyên bố đồng thuận này là một hướng dẫn hữu ích để đánh giá và điều trị các bệnh trạng đường tiêu hóa ở trẻ tự kỷ, đặc biệt ở chỗ nó đề cập đến

nhiều triệu chứng hành vi có thể phản ánh các bệnh tiêu hóa trên những bệnh nhân này. Thông tin sẽ giúp các bác sĩ nhi khoa thảo luận với các bậc cha mẹ vốn chịu ảnh hưởng bất hợp lý của những khuyến nghị mà giá trị không được chứng minh.

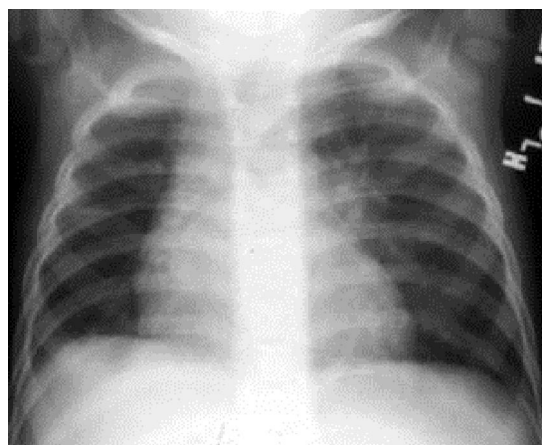
Theo Martin T. Stein, Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine 3/2/2010

Thở nhanh là dấu hiệu tiên đoán kém cho viêm phổi ở trẻ em

Nhịp thở nhanh ở trẻ em dưới 5 tuổi là dấu hiệu tiên đoán viêm phổi có độ nhạy dưới 50%.

Thở nhanh thường được dùng như một chỉ báo lâm sàng của viêm phổi trên bệnh nhân mọi lứa tuổi. Đối với trẻ em, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra những định nghĩa thở nhanh chuyên biệt theo tuổi: <2 tháng tuổi, nhịp thở (NT) ≥ 60 lần/phút; 2–12 tháng tuổi, NT ≥ 50 lần/phút; 1–5 tuổi, NT ≥ 40 lần/phút. Các tác giả nghiên cứu đã đánh giá giá trị chẩn đoán của thở nhanh trong một nghiên cứu quan sát tiên cứu gồm 1622 bệnh nhi ≤ 5 tuổi, trước đó vẫn khỏe mạnh, được chụp X-quang phổi vì nghi viêm phổi tại một khoa cấp cứu nhi ở Boston. Thở nhanh được xác định bằng ba số đo khác nhau: NT trung bình khi khám bước đầu theo nhóm tuổi, bản hướng dẫn của WHO, và đánh giá chủ quan của thầy thuốc.

Tính chung, có 235 bệnh nhi (14,5%) có hình ảnh X-quang phổi được một bác sĩ X-quang nhi xem là phù hợp với viêm phổi. Nhịp thở trung bình khi khám bước đầu không khác nhau giữa trẻ viêm phổi và trẻ không viêm phổi. Tuy nhiên, trong phân nhóm trẻ 1–5 tuổi, NT trung bình khi khám bước đầu ở bệnh nhi viêm phổi cao hơn một cách có ý



nghĩa so với trẻ không viêm phổi (37,6 so với 34,5 lần/phút). Thở nhanh theo định nghĩa của WHO và thở nhanh theo đánh giá của thầy thuốc có giá trị tiên đoán kém cho viêm phổi ở tất cả các nhóm tuổi gộp chung, mặc dù giá trị tiên đoán dương của thở nhanh theo định nghĩa của WHO tỏ ra cao hơn (20,4% so với 16,7%); Giá trị tiên đoán dương của hai định nghĩa này cao nhất ở phân nhóm bệnh nhi 1–5 tuổi (25,5% và 21,2%). Trong các phân tích đã

loại trừ những bệnh nhi có triệu chứng khô khè, thở nhanh theo đánh giá của thầy thuốc là một dấu hiệu tiên đoán viêm phổi có ý nghĩa, nhưng thở nhanh theo định nghĩa của WHO vẫn có giá trị tiên đoán dương cao hơn (21,8% so với 17,7%). Không có định nghĩa thở nhanh nào có độ nhạy cao hơn 50% để nhận diện viêm phổi trong một nhóm tuổi bất kỳ.

Lời bình: Nhiều bệnh trạng (ví dụ mất nước, sốt, các quá trình bệnh lý phổi nguyên phát) góp phần gây thở nhanh ở trẻ em còn nhỏ. Mặc dù vậy,

có đôi chút ngạc nhiên là thở nhanh là dấu hiệu vừa không nhạy cảm vừa không chính xác để phát hiện viêm phổi ở trẻ em còn nhỏ. Đánh giá lâm sàng viêm phổi trên trẻ em cần hỏi bệnh sử đầy đủ, bao gồm độ nặng và thời gian kéo dài của các triệu chứng, và chú ý kỹ các dấu hiệu khi khám thực thể, bất luận có hay không có thở nhanh.

*Theo Katherine Bakes, Journal Watch Emergency Medicine
29/1/2010*

Ba nghiên cứu chứng minh tính an toàn và hiệu quả của vắc-xin cúm A/H1N1

Kết quả từ các nghiên cứu ở Hoa Kỳ, Trung Quốc và Hungary.

Ước tính khoảng 100 triệu liều vắc-xin cúm A/H1N1 2009 đã được sử dụng trên khắp thế giới kể từ tháng 9/2009. Ba báo cáo mới, chứa những số liệu trước đây chỉ báo cáo cho các cơ quan quản lý y tế, cung cấp những thông tin quan trọng về tính an toàn và hiệu quả của những vắc-xin này. Tất cả các vắc-xin được dùng trong những nghiên cứu này đều là vắc-xin bất hoạt dạng tiêm, được sản xuất từ một chủng H1N1 duy nhất được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến dùng.

Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên tại Hoa Kỳ, 1300 người khỏe mạnh được nhận một trong ba chế phẩm vắc-xin H1N1 hoặc giả dược. Lúc ban đầu, 20% đến 30% số đối tượng người lớn và một số tương đối ít trẻ em đạt được hiệu giá kháng thể H1N1 ở mức bảo vệ; 21 ngày sau khi tiêm vắc-xin, tỉ lệ huyết thanh bảo vệ là 92% đến 100% ở người lớn và 45% đến 69% ở trẻ em.

Các tác giả ở Trung Quốc đã phân lô ngẫu nhiên gần 13.000 người để cho dùng hai liều (cách nhau 21 ngày) của 1 trong 8 chế phẩm vắc-xin H1N1 hoặc giả dược. Lúc ban đầu, chỉ có một số ít đối tượng đạt hiệu giá kháng thể H1N1 ở mức bảo vệ; 21 ngày sau liều vắc-xin thứ nhất, tỉ lệ huyết thanh bảo vệ là 56% đến 88% ở trẻ em dưới 12 tuổi và 54% đến 98% ở các đối tượng lớn hơn. Sau liều vắc-xin thứ hai, tỉ lệ huyết thanh bảo vệ, theo thứ tự, tăng lên 93% đến 99% và 83% đến 100%.

Tại Hungary, các nhà nghiên cứu đã phân lô ngẫu nhiên 355 đối tượng người lớn có nồng độ kháng thể H1N1 ở mức không phát hiện được để tiêm một lần duy nhất vắc-xin H1N1 liều thấp, kèm



hoặc không kèm tiêm vắc-xin cúm mùa tam giá cùng lúc. Sau 21 ngày, tỉ lệ huyết thanh dương tính xấp xỉ 70% ở cả hai nhóm.

Trong hai nghiên cứu đối chứng giả dược, tỉ lệ huyết thanh bảo vệ hầu như không thay đổi ở các đối tượng được tiêm giả dược, và việc tiêm chủng với vắc-xin liều thấp nói chung có hiệu quả như liều cao ở tất cả các đối tượng người lớn trừ nhóm người lớn tuổi nhất. Trong cả ba nghiên cứu, các tác dụng phụ thường nhẹ và chủ yếu là đau ở chỗ tiêm và sốt nhẹ.

Lời bình: Gộp chung lại, kết quả của ba nghiên cứu này gợi ý rằng các vắc-xin H1N1 khác nhau, được dùng theo những khuyến nghị hiện hành (1 liều đối với người lớn và 2 liều đối với trẻ em) đều an toàn và có hiệu quả, và chiến lược tiêm vắc-xin liều thấp có thể giúp tối ưu hóa việc phân phối vắc-xin mà không ảnh hưởng đến tính hiệu quả. Có lẽ những

báo cáo này sẽ dập tắt những lời chỉ trích và sự lo sợ khi nhiều bệnh nhân chứng kiến sự triển khai nhanh chóng và rầm rộ của những vắc-xin mới này.

Theo Bruce Soloway, *Journal Watch General Medicine*
21/1/2010

Thuốc chống liệt cứng cần được nghiên cứu thêm

Theo một tổng quan y văn khoa học gần đây được thực hiện tại Trung tâm Y khoa UT Southwestern, chỉ một số ít thuốc chống liệt cứng được dùng cho trẻ em bị liệt não là có cơ sở nghiên cứu đầy đủ để quyết định sử dụng.

Phát hiện trên đã thôi thúc Học viện Thần kinh Mỹ đưa ra một hướng dẫn thực hành mới về các điều trị có hiệu quả. BS. Mauricio Delgado-Ayala, giáo sư thần kinh ở UT Southwestern là chủ biên của bản hướng dẫn được đăng trên tạp chí *Neurology* của Học viện số ra ngày 26/1/2010.

Các tác giả nhận thấy độc tố botulinum tít A, tên thương mại là Botox và Dysport, là thuốc có hiệu quả và nói chung là an toàn để điều trị liệt cứng. Cũng có thể dùng diazepam (Valium, Seduxen) và tizanidin (Zanaflex, Sirdalud), mặc dù chúng ẩn chứa nhiều nguy cơ hơn.

Các tác giả không tìm thấy bằng chứng thỏa đáng về việc các thuốc thường dùng có hiệu quả hoặc an toàn hay không. Theo tuyên bố của Học viện, bản hướng dẫn thực hành là nhằm giúp cho các bác sĩ chuyên khoa thần kinh cập nhật về các công trình nghiên cứu lâm sàng và cải thiện điều trị nội khoa; chứ không phải là một mớ qui tắc cứng nhắc.

BS. Delgado-Ayala nói rằng: "Bản hướng dẫn phát hiện thấy nhu cầu cần nhiều nghiên cứu hơn nữa về phần lớn các thuốc được dùng để điều trị chứng liệt cứng toàn thân. Những thuốc này có thể

có tác dụng và an toàn, nhưng cần phải được chứng minh." Theo lời ông, việc thiếu bằng chứng không có nghĩa là những phương pháp điều trị hiện nay là không hiệu quả và an toàn, nhưng nó khiến chúng ta phải ngẫm nghĩ và nhận ra rằng cần thực hiện thêm các công trình nghiên cứu. Phần lớn các thuốc mà chúng ta đang dùng cho trẻ em thực chất là được nghiên cứu trên người lớn. Chúng ta cần biết nhiều hơn về cách tác động của những thuốc này trong cơ thể, và liều lượng nào đem lại kết quả tốt nhất và ít tác dụng phụ nhất, không những làm giảm liệt cứng mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống.

Ở Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 1.000 em bé sinh ra bị liệt não. Liệt não bao gồm nhiều kiểu rối loạn vận động, đôi khi đi kèm với các rối loạn học tập, động kinh và những bệnh trạng khác. Đặc điểm thường thấy nhất là liệt cứng, trong đó các cơ căng ra và co rút một cách không thể kiểm soát được.

Botox và những thuốc khác có thể được kê toa hợp pháp để điều trị liệt cứng, nhưng công dụng này được xem "là ngoài chỉ định ghi nhãn" vì không được Cơ quan Quản lý Thuốc và Thực phẩm (FDA) chấp thuận riêng cho bệnh chứng này.

Trong nhóm tác giả soạn thảo bản hướng dẫn, Học viện Thần kinh Mỹ đã mời 5 bác sĩ thần kinh nhi khoa, 2 bác sĩ phát triển trẻ em, 1 bác sĩ vật lý trị liệu nhi khoa, 1 bác sĩ chỉnh hình nhi và một bác sĩ thần kinh người lớn. Các thành viên trong ban soạn thảo đã khảo sát 218 công trình nghiên cứu, tất cả đều được đăng trên các tạp chí có bình duyệt và thu nhận những bệnh nhân liệt não dưới 19 tuổi, số lượng bệnh nhân được nghiên cứu thấp nhất là 9 người. Các khuyến nghị được đưa ra tùy theo mức chứng cứ tìm thấy.

Nhìn chung, việc rà soát y văn đã nhận thấy một "lỗ hổng nghiên cứu" lớn, cho thấy tính hiệu quả, cơ chế tác động và độ an toàn của nhiều thuốc chưa được nghiên cứu đầy đủ trên trẻ em. Theo ý kiến của BS. Delgado-Ayala, có một nhu cầu cấp bách về việc phát triển những thuốc mới để điều trị liệt cứng nói chung. Trong hơn 10 năm qua, chưa có một thuốc mới nào được FDA công nhận để dùng cho liệt cứng.

Theo ScienceDaily 28/1/2010

