



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC
KHOA DƯỢC – THÔNG TIN THUỐC DƯỢC LÂM SÀNG



**BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC
QUÝ III**

NĂM 2025



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC

Địa chỉ: Số 917 Tôn Đức Thắng, phường Châu Đốc, tỉnh An Giang

<https://bvkvcd.com.vn>

Chủ biên:

BSCCKII. Võ Minh Hiền

Phó Giám đốc, Trưởng ban - Tiêu ban
Giám sát Thông tin thuốc

Biên soạn:

BS CKI. Tăng Văn Dũng

Trưởng khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức

BS CKI. Huỳnh Thanh Phong

Trưởng khoa Nội tiết - Cơ xương khớp

ThS. Nguyễn Như Phượng

PT Trưởng phòng Điều dưỡng

DS. Huỳnh Như


Nhân viên khoa Dược

Thư ký:

DS. Huỳnh Như

Nhân viên khoa Dược

NỘI DUNG		TRANG
 <p>HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ</p>	Xây dựng chế độ dinh dưỡng qua đường tiêu hóa cho người bệnh sau phẫu thuật	1
 <p>NGHIÊN CỨU KHOA HỌC</p>	Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Tứ Sơn, Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Thị Liên Hương, Lương Thị Thanh Huyền, Lê Huy Thái (2025) <i>Phân tích một số vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc giảm đau ở bệnh nhân ung thư tại bệnh viện trung ương quân đội 108.</i>	5
 <p>THÔNG TIN THUỐC</p>	Hướng dẫn sử dụng Satavit	17
	Hướng dẫn sử dụng Prolufo	19
	Hướng dẫn sử dụng Ethambutol 400mg	21
	Hướng dẫn sử dụng Ondansetron Kabi 2mg/ml	23
 <p>CẢNH GIÁC DƯỢC</p>	Health Canada: Hoàn tất việc đánh giá nguy cơ nhờn cơ liên quan đến các statin	30
	JAMA: Kháng thuốc: Hiểu đúng, nhận diện nguy cơ và chủ động phòng ngừa	32
	Sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân có bệnh lý gan - Thông tin từ bản tin BIP Occitanie số 02/2025	34
	HAS: Cảnh báo về sai sót gây hậu quả nghiêm trọng khi sử dụng lidocain đường tiêm và colchicin	36

	<p>SFDA: Nguy cơ tăng nồng độ acid uric máu khi sử dụng rifampin</p>	<p>42</p>
	<p>"Never event" - những sai sót không được phép xảy ra: Thông tin từ Bản tin Cảnh giác Dược liên vùng Grand Est và Bourgogne/Franche-Comté số 48</p>	<p>44</p>
 <p>ĐIỀU TRỊ KHÔNG DỪNG THUỐC</p>	<p>Trị liệu giáo dục tâm lý</p>	<p>48</p>



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Xây dựng chế độ dinh dưỡng qua đường tiêu hóa cho người bệnh sau phẫu thuật

I. Đại cương

- Xây dựng chế độ dinh dưỡng qua đường tiêu hóa cho người bệnh sau phẫu thuật là quá trình xác định loại thực phẩm, hình thức nuôi dưỡng (ăn uống bằng miệng hoặc qua ống thông), thời điểm bắt đầu và nhu cầu năng lượng - dưỡng chất phù hợp với tình trạng lâm sàng của từng người bệnh.

- Mục đích: đảm bảo cung cấp đầy đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết để hỗ trợ quá trình lành vết mổ, phục hồi chức năng, duy trì khối cơ, tăng cường miễn dịch và giảm nguy cơ biến chứng. Dinh dưỡng tiêu hóa sau phẫu thuật, nếu được bắt đầu đúng thời điểm và thực hiện phù hợp, có thể góp phần rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện tiên lượng hồi phục của người bệnh.



II. Chỉ định

- Người bệnh sau phẫu thuật.

III. Chống chỉ định

- Người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua tĩnh mạch hoàn toàn.

IV. Thận trọng

- Không.

V. Chuẩn bị

1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: dinh dưỡng viên, bác sĩ

b) Nhân lực hỗ trợ: không.

2. Thuốc

- Không

3. Thiết bị y tế

- Công cụ, phần mềm xây dựng chế độ dinh dưỡng.

- Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam.

- Thông tin dinh dưỡng các sản phẩm dinh dưỡng.

4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra bệnh án: đúng người bệnh, tình trạng bệnh, chỉ định chế độ dinh dưỡng, tiền sử dị ứng thực phẩm nếu có.

- Nhận định các xét nghiệm liên quan tới tình trạng dinh dưỡng, chức năng gan, thận, mỡ máu, đường huyết, ...

6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Khoảng 0,5 giờ.

7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng khám, buồng bệnh.

8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán xác định, đúng chỉ định chế độ dinh dưỡng, tiền sử dị ứng thực phẩm nếu có,...

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Nhận định tình trạng chung và tình trạng bệnh lý của người bệnh

- Nhận định tình trạng bệnh lý.

- Phương pháp phẫu thuật.

- Triệu chứng lâm sàng liên quan đến dinh dưỡng người bệnh.
- Triệu chứng tiêu hóa và khả năng dung nạp thực phẩm.
- Kết quả cận lâm sàng liên quan đến tình trạng dinh dưỡng.
- Xác định thời gian sau phẫu thuật.

2. Bước 2: Nhận định các vấn đề về dinh dưỡng

- Nhận định mức độ suy dinh dưỡng, nguyên nhân.
- Xác định có hay không có nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại.
- Đánh giá khả năng dung nạp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa như dinh dưỡng qua miệng, ống thông (mũi dạ dày hoặc ruột non) theo tình trạng bệnh lý và phương pháp phẫu thuật.
- Đánh giá và phân tích thành phần cơ thể, đo chuyển hóa năng lượng gián tiếp (nếu có).
- Đánh giá tình trạng chuyển hóa dinh dưỡng như chuyển hóa glucid, lipid, protein liên quan bệnh lý kèm như đái tháo đường, suy thận, suy gan...
- Xác định đường nuôi dưỡng.
- Thuốc, dịch truyền và dinh dưỡng tĩnh mạch (nếu có).
- Tiền sử dị ứng thức ăn, thuốc.

3. Bước 3: Xác định nhu cầu dinh dưỡng

- Xác định nhu cầu dinh dưỡng phù hợp tuổi, giới, tình trạng bệnh lý, tình trạng dinh dưỡng, bao gồm năng lượng, thành phần và lượng các chất sinh năng lượng (protein, lipid, glucid), khoáng chất, vi chất dinh dưỡng, dịch...

4. Bước 4: Lựa chọn thực phẩm, sản phẩm dinh dưỡng phù hợp tuổi, tình trạng bệnh lý và tình trạng dinh dưỡng.

5. Bước 5: Lựa chọn số bữa ăn phù hợp cho nuôi dưỡng đường tiêu hóa; lựa chọn loại dịch đối với dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung.

6. Bước 6: Xây dựng chế độ dinh dưỡng chi tiết bao gồm số bữa ăn trong ngày, tên món ăn, khối lượng thực phẩm của món ăn trong từng bữa ăn, cấu trúc thực phẩm, giá trị dinh dưỡng trong mỗi bữa ăn và trong ngày. Tính

toán lượng dịch và tốc độ nuôi dưỡng đối với dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung.

6. Bước 7: Kết thúc quy trình

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Không.

2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Không.

3. Biến chứng muộn

Không.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2025, Mục 20, Quyết định số 2598/QĐ-BYT ngày 18 tháng 08 năm 2025 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “hướng dẫn quy trình kỹ thuật về dinh dưỡng lâm sàng”



NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Phân tích một số vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc giảm đau ở bệnh nhân ung thư tại bệnh viện trung ương quân đội 108

I. Đặt vấn đề

Đau là một trong những triệu chứng phổ biến và nghiêm trọng nhất ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt trong giai đoạn tiến triển hoặc di căn. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 55–60% bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến triển và 66–80% bệnh nhân giai đoạn cuối phải đối mặt với những cơn đau mạn tính, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, tâm lý và khả năng tuân thủ điều trị. Trong bối cảnh đó, thuốc giảm đau đóng vai trò trụ cột trong liệu pháp kiểm soát đau, nhưng việc sử dụng chúng thường đi kèm với các vấn đề phức tạp như tác dụng phụ, tương tác thuốc, lựa chọn phác đồ không phù hợp và thiếu sự tuân thủ của bệnh nhân. Các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems – DRPs) là những sự kiện hoặc tình huống trong quá trình điều trị có liên quan đến việc sử dụng thuốc và ảnh hưởng bất lợi đến kết quả điều trị của bệnh nhân. DRPs bao gồm nhiều dạng như: sử dụng thuốc không hiệu quả, sai liều, tác dụng phụ, tương tác thuốc, chỉ định chưa được đáp ứng hoặc bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Trên thế giới, các vấn đề liên quan đến thuốc (DRPs) trong quản lý đau ung thư đã được nghiên cứu rộng rãi, đặc biệt với sự hỗ trợ của hệ thống phân loại PCNE (Pharmaceutical Care Network Europe). Nghiên cứu của Su (2020) tại Trung Quốc chỉ ra tỷ lệ DRPs lên đến 78,6%. DRPs phổ biến nhất là hiệu quả điều trị (63,8%) và tính an toàn của điều trị (36,2%). Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn Chăm sóc giảm nhẹ năm 2022 hướng dẫn về dùng thuốc giảm đau cho bệnh nhân ung thư.

Tuy nhiên, việc phát hiện và xử lý các DRPs về quản lý giảm đau ở bệnh nhân ung thư ở Việt Nam còn khá hạn chế. Điều này dẫn đến khoảng trống trong việc đánh giá toàn diện các rủi ro liên quan đến thuốc giảm đau và xây dựng giải pháp can thiệp hiệu quả.

Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 luôn chú trọng công tác điều trị toàn diện cho bệnh nhân ung thư, đặc biệt lĩnh vực quản lý đau và sử dụng thuốc giảm đau, nghiên cứu này đặt mục tiêu xác định, đánh giá đặc điểm các DRPs và nguyên nhân dẫn đến DRPs ở bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện TWQĐ 108.

II. Phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư được đưa vào nghiên cứu nếu đáp ứng các tiêu chí từ 18 trở lên, tự nguyện tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán xác định ung thư, có đủ hồ sơ về điều trị trong thời gian nghiên cứu và có khả năng giao tiếp, trao đổi với dược sĩ tư vấn. Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân đang điều trị đau xâm lấn hoặc gặp tình trạng cấp cứu liên quan tới ung thư

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian từ 10/2025 đến 11/2025 tại viện Ung thư, bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Cỡ mẫu: ước tính theo công thức tính tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị Z-score tương ứng với mức ý nghĩa.

+ p là tỷ lệ bệnh nhân gặp biến cố bất lợi khi sử dụng thuốc giảm đau theo nghiên cứu trước đây.

+ d là sai số mong muốn

Dựa vào Nghiên cứu của Su (2020) tại Trung Quốc chỉ ra tỷ lệ DRPs lên đến 78,6% ($p = 0,786$), với mức ý nghĩa 95% ($Z = 1,96$) và sai số chấp nhận 5% ($d = 0,05$), cỡ mẫu tối thiểu được tính như sau:

$$n = 1,96^2 \frac{0,786 \times (1 - 0,786)}{0,05^2} \approx 258$$

3. Nội dung nghiên cứu

Công cụ đánh giá đau

Để xác định DRPs trong quá trình điều trị, nhóm nghiên cứu cần đánh giá về các đặc điểm đau, ảnh hưởng của đau và các thuốc giảm đau được sử dụng trên bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu dựa vào bảng kiểm đau tóm tắt (Brief Pain Inventory - BPI) để đánh giá đau trên bệnh nhân theo hướng dẫn của WHO và Bộ Y tế. Mức độ đau (nặng nhất, nhẹ nhất, trung bình trong 24 giờ qua và hiện tại) được đánh giá theo thang điểm số 0-10 với 0 là “không đau” và 10 là “đau ở mức độ khủng khiếp nhất”. Ảnh hưởng của cơn đau đối với hoạt động chung, tâm trạng, khả năng đi lại, giấc ngủ được đánh giá theo thang 0-10 với 0 là “không trở ngại” và 10 là “bị trở ngại hoàn toàn”. Phiên bản tiếng Việt của thang đánh giá này được lấy trong hướng dẫn Chăm sóc giảm nhẹ của Bộ Y tế.

Quy ước mức độ đau và ảnh hưởng của mức độ đau

Dựa vào hướng dẫn của NCCN, thang phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD-11) của IASP, nhóm nghiên cứu quy ước điểm mức độ đau và ảnh hưởng của mức độ đau được chia thành 4 mức: Không đau (0 điểm), Đau nhẹ (1 – 3 điểm), Đau trung bình ($3 < - < 7$ điểm), Đau nặng (≥ 7 điểm).

Đánh giá đặc điểm DRPs trong quản lý đau

Dựa trên bảng phân loại PCNE V9.1, đối với nghiên cứu này, DRP về quản lý đau trong ung thư được quy ước như sau:

+ Hiệu quả điều trị không đủ (P1.2): Nếu sau khi điều trị bằng thuốc giảm đau mà điểm đau không giảm về ít nhất ở mức “đau nhẹ” hoặc “không đau”

- + Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau, điểm đau từ trung bình trở lên (>3 điểm) mà không được dùng thuốc giảm đau. (P1.3)
- + Tác dụng bất lợi đã xảy ra, có liên quan đến thuốc giảm đau (phân loại theo mức “có thể trở lên” theo thang WHO)(P2.1)

Nguyên nhân dẫn đến DRPs trong quản lý đau

Dựa trên bảng phân loại PCNE V9.1, đối với nghiên cứu này, nguyên nhân dẫn đến DRP về quản lý đau trong ung thư được quy ước như sau:

- + Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau, điểm đau từ trung bình trở lên (>3 điểm) mà chưa được điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế hoặc hướng dẫn của NCCN, phiên bản 2.2024, sẽ được phân loại vào “Không điều trị/điều trị bằng thuốc không đầy đủ dù có chỉ định” (C1.5).
- + Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau, điểm đau từ trung bình trở lên (>3 điểm), đã được điều trị nhưng liều thuốc chưa tối ưu theo hướng dẫn của Bộ Y tế hoặc hướng dẫn của NCCN, phiên bản 2.2024, sẽ được phân loại vào “Sử dụng liều quá thấp” (C3.1)
- + Trong quá trình khảo sát, nếu bệnh nhân không mô tả được cách dùng theo hướng dẫn của nhân viên y tế, tự ý bỏ thuốc tự ý giảm liều thuốc, sẽ được phân loại vào “Bệnh nhân cố ý dùng ít thuốc hơn so với đơn kê hoặc không dùng thuốc bất kể lý do gì” (C7.1).

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Lựa chọn BN được xác chẩn ung thư và điều trị nội trú tại BV TWQĐ 108 theo các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.

Thời điểm ngay sau khi nhập viện (T1), BN được thăm khám và làm bệnh án nghiên cứu, bảng kiểm đau tóm tắt theo mẫu thống nhất.

Đơn thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau và các phương pháp tác động khác được ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất.

Thời điểm 24 giờ sau khi nhập viện (T2), BN được thăm khám, hoàn thành bảng kiểm đau tóm tắt, ghi nhận các DPRs theo mẫu.

Các vấn đề phát hiện được trong quá trình đánh giá sẽ được tập hợp, phân tích và thảo luận giữa Dược sĩ và Bác sĩ để thống nhất và kết luận về DRPs.

4. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được nhập bằng Excel và phân tích bằng phần mềm RStudio v4.3.2. Sử dụng kiểm định thống kê phù hợp (chi bình phương, Fisher's exact, Wilcoxon-on...), với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

5. Chấp thuận nghiên cứu

Nghiên cứu được bệnh viện TWQĐ 108 cho phép triển khai thực hiện đảm bảo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu.

III. Kết quả

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu tại viện Ung thư- bệnh viện TWQĐ 108, đề tài đã thu thập được 471 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn, gồm 327 bệnh nhân nam (69,4%), 144 bệnh nhân nữ (30,6%). Trong số đó, 104 bệnh nhân (22,1%) được phát hiện có các vấn đề liên quan đến thuốc giảm đau (DRPs).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (N=471)

Tham số	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm chung		
Nam	327	69,4
Nữ	144	30,6
Tuổi	65 (22-91)	
Loại ung thư phổ biến		
Ung thư đại tràng	78	16,6
Ung thư tiền liệt tuyến	78	16,6
Ung thư trực tràng	43	9,1
Ung thư phổi	43	9,1
Ung thư dạ dày	39	8,3
Ung thư khác	190	40,3
Giai đoạn bệnh		
I	25	5,3
II	37	7,8
III	39	8,3
IV	370	78,6
Tổng số	471	100

Kết quả khảo sát cho thấy các loại ung thư chiếm tỷ lệ cao là đại tràng (16,6%), tiền liệt tuyến (16,6%), trực tràng (9,1%) và phổi (9,1%). Trong nghiên cứu, các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn IV, đây là giai đoạn muộn của bệnh vì đã có xâm lấn rộng, di căn hạch vùng và di căn xa. Cụ thể có 78,6% (370/471) bệnh nhân ở giai đoạn IV.

Đa số bệnh nhân (80%) báo cáo đau từ hai vị trí trở lên, phổ biến nhất là vùng bụng (35,2%) và ngực (30,3%).

2. Đặc điểm đau của bệnh nhân

Điểm đau và mức độ đau trong vòng 24 giờ

Bảng 2. Điểm đau và mức độ đau tại thời điểm T1 và T2 (N=471)

Tiêu chí			
Mức độ đau	Tỉ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T1	Tỉ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T2	p-value
Mức độ đau nặng nhất trong 24 giờ qua			
Không đau – đau nhẹ (0-3)	14,4	28,2	P < 0.0001
Đau vừa – nặng (≥ 4)	85,6	71,8	
Mức độ đau nhẹ nhất trong 24 giờ qua			
Không đau – đau nhẹ (0-3)	89,6	95,1	0.0022
Đau vừa – nặng (≥ 4)	10,4	4,9	
Mức độ đau trung bình trong 24 giờ qua			
Không đau – đau nhẹ (0-3)	69,6	94,0	P < 0.0001
Đau vừa – nặng (≥ 4)	30,4	6,0	
Mức độ đau hiện tại			
Không đau – đau nhẹ (0-3)	92,6	94,7	0.2298
Đau vừa – nặng (≥ 4)	7,4	5,3	

Trong vòng 24 giờ sau điều trị, mức độ đau của bệnh nhân có cải thiện rõ rệt. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân đánh giá mức độ đau trung bình giảm từ 28,9%

(T1) xuống 5,2% (T2), và đau nặng nhất trong 24 giờ giảm từ 17,0% xuống 4,7%. Đồng thời, tỷ lệ đau nhẹ ở các thời điểm đều có xu hướng tăng. Phân tích thống kê sau khi gộp nhóm cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở các tiêu chí: đau nặng nhất ($p < 0,001$), đau nhẹ nhất ($p = 0,005$), và đau trung bình trong 24 giờ ($p < 0,001$). Riêng mức độ đau hiện tại không có sự thay đổi đáng kể ($p = 0,23$).

3. Ảnh hưởng của đau lên bệnh nhân ung thư tại 2 thời điểm

Bảng 4. Ảnh hưởng của đau trên bệnh nhân ung thư tại 2 thời điểm

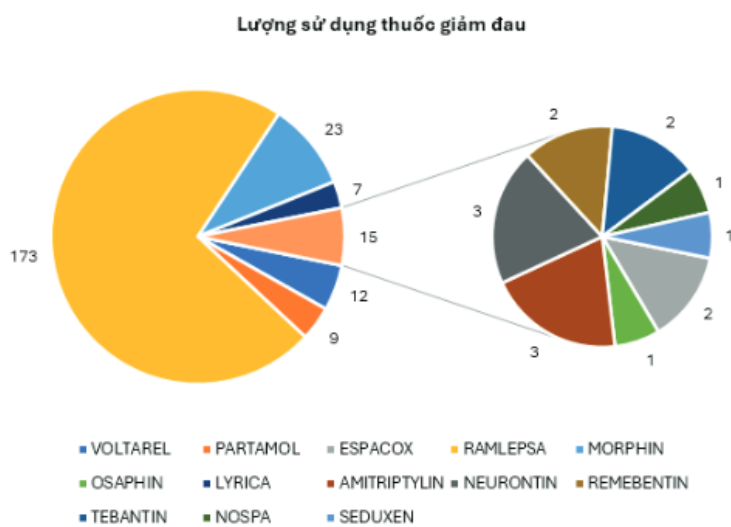
Tiêu chí			
Ảnh hưởng của đau (0-10)	Tỷ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T1	Tỷ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T2	p-value
Hoạt động nói chung			
Không ảnh hưởng - Ảnh hưởng nhẹ (0-3)	82,8	80,7	0,448
Ảnh hưởng trung bình - Ảnh hưởng nặng (≥ 4)	17,2	19,3	
Tâm trạng			
Không ảnh hưởng - Ảnh hưởng nhẹ (0-3)	97,0	96,2	0,589
Ảnh hưởng trung bình - Ảnh hưởng nặng (≥ 4)	3,0	3,8	
Khả năng đi lại			
Không ảnh hưởng - Ảnh hưởng nhẹ (0-3)	64,9	55,4	0,0034
Ảnh hưởng trung bình - Ảnh hưởng nặng (≥ 4)	35,1	44,6	
Giấc ngủ			
Không ảnh hưởng - Ảnh hưởng nhẹ (0-3)	57,7	79,4	P < 0.0001
Ảnh hưởng trung bình - Ảnh hưởng nặng (≥ 4)	42,3	20,6	

hường nặng (≥ 4)			
-------------------------	--	--	--

Sau 24 giờ điều trị, mức độ ảnh hưởng của đau có xu hướng cải thiện rõ rệt đối với khả năng đi lại ($p = 0,003$) và đặc biệt là giấc ngủ ($p < 0,001$). Trong khi đó, về hoạt động nói chung và tâm trạng tại 2 thời điểm đánh giá cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p lần lượt là 0,448 và 0,589.

4. Đặc điểm sử dụng thuốc trên bệnh nhân

Trong thời gian nghiên cứu, đã có 239 lượt sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân, chiếm 50,7% (239/471) tổng số bệnh nhân nghiên cứu.



Hình 1. Biểu đồ thể hiện tỉ lệ các loại thuốc giảm đau được sử dụng

Trong nghiên cứu, thuốc giảm đau được kê phổ biến nhất là Tramadol/Paracetamol (72,4%), trong khi Morphine – opioid mạnh – được sử dụng hạn chế (10%)

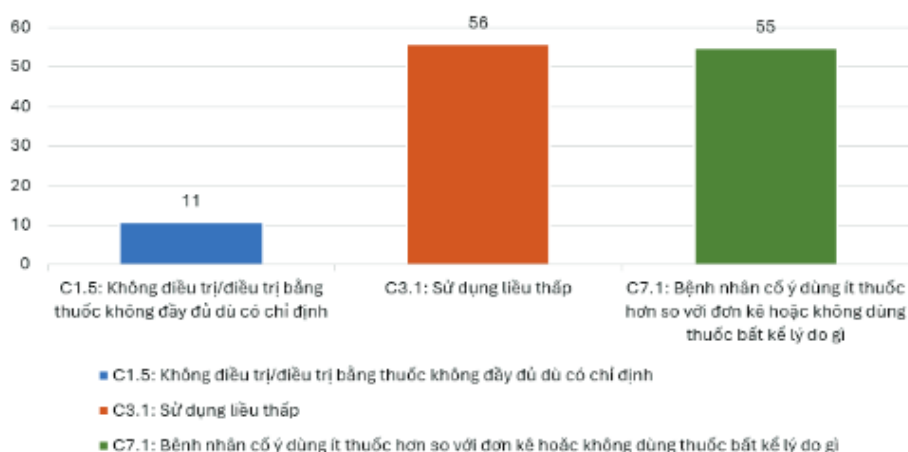
5. Các vấn đề liên quan đến thuốc giảm đau (DRPs)

Dựa trên kết quả về đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau tại hai thời điểm, cũng như việc sử dụng thuốc giảm đau trên đối tượng nghiên cứu, nhóm nghiên cứu xác định được 116 DRPs trong thời gian nghiên cứu, chiếm 24,6% tổng số bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, 48,5% trên tổng số lượt dùng thuốc.

Hình 2. Biểu đồ thể hiện tỉ lệ các vấn đề liên quan đến thuốc.

Cụ thể, đối với vấn đề về hiệu quả điều trị (P1), hiệu quả điều trị bằng thuốc không đạt tối ưu (P1.2) chiếm tỷ lệ cao nhất với 86 ca (74,1%). Các triệu chứng hoặc chỉ định chưa được điều trị (P1.3) chỉ chiếm 10 ca (8,6%). Đối với vấn đề về an toàn điều trị (P2), tác dụng bất lợi xảy ra (hoặc có thể xảy ra) liên quan đến thuốc (P2.1) có 20 ca (17,3%). Điều này cho thấy vẫn tồn tại rủi ro trong việc sử dụng thuốc, dù con số này không lớn.

6. Nguyên nhân dẫn đến DRPs



Hình 3. Các nguyên nhân của DRPs

Tổng cộng, 122 nguyên nhân của DRPs được xác định. Nguyên nhân “Sử dụng liều thấp” có 56 ca, đây là nguyên nhân phổ biến nhất (45,9%). Đối với nguyên nhân “Bệnh nhân không tuân thủ” với 55 ca (45,1%), cho thấy sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân còn hạn chế.

IV. Bàn luận

Nghiên cứu được thực hiện trên 471 bệnh nhân ung thư đang điều trị nội trú tại Viện Ung thư – Bệnh viện TWQĐ 108. Đa số bệnh nhân là nam giới (69,4%) và đang ở giai đoạn IV (78,6%), phù hợp với đặc điểm của nhóm bệnh nhân cần chăm sóc giảm nhẹ, đặc biệt là quản lý đau. Các loại ung thư phổ biến trong mẫu là đại tràng, tiền liệt tuyến và phổi – đều là những loại bệnh có nguy cơ đau mạn tính cao. Ngoài ra, hơn 80% bệnh nhân có đau đa vị trí, phổ biến nhất ở vùng bụng và ngực. Những đặc điểm này cho thấy

tính điển hình và phù hợp của quần thể nghiên cứu đối với mục tiêu đánh giá DRPs trong quản lý đau.

Trong 471 bệnh nhân, 22,1% được xác định có ít nhất một vấn đề liên quan đến thuốc giảm đau (DRPs). Phân tích 116 DRPs ghi nhận cho thấy nhóm vấn đề phổ biến nhất là hiệu quả điều trị không tối ưu (P1.2), chiếm 74,1%. Trong khi đó, tỷ lệ các chỉ định chưa được điều trị (P1.3) chỉ chiếm 8,6% và các vấn đề về an toàn (P2.1) chiếm 17,3%. Tỷ lệ DRPs trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Su et al. (2020) tại Trung Quốc (78,6%) và tổng quan của Venugopal et al. (2023), với tỷ lệ DRPs dao động từ 32% đến 92,8%. Sự khác biệt này có thể đến từ mức độ phổ biến tương đối thấp của opioid mạnh như morphin trong nghiên cứu (chỉ chiếm 10% lượt kê đơn), thay vào đó là sự ưu tiên sử dụng Tramadol/Paracetamol (72,4%) – một lựa chọn an toàn hơn nhưng ít hiệu quả với đau nặng. So với nghiên cứu của Bruera và Paice (2015), việc sử dụng opioid mạnh giúp kiểm soát đau tốt hơn nhưng đồng thời làm tăng nguy cơ DRPs, đặc biệt là tác dụng phụ [10]. Điều này cho thấy, ở các quốc gia có kiểm soát nghiêm ngặt việc dùng opioid như Việt Nam, DRPs có thể nghiêng về phía "thiếu hiệu quả" hơn là "thiếu an toàn".

Tổng cộng có 122 nguyên nhân của DRPs được xác định. Hai nguyên nhân phổ biến nhất là: “Sử dụng liều thấp hơn khuyến cáo” (C3.1) chiếm 45,9% và “Bệnh nhân không tuân thủ điều trị” (C7.1) chiếm 45,1%. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thanh Loan (2022) cho thấy 62,5% bệnh nhân ung thư tự ý giảm liều hoặc bỏ liều do lo ngại tác dụng phụ, đặc biệt là buồn ngủ, mệt mỏi. Đồng thời, nghiên cứu của Su et al. (2020) cũng ghi nhận tỷ lệ “không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ dù có chỉ định” lên tới 92,6%, trong khi tỷ lệ này ở nghiên cứu hiện tại thấp hơn (8,6%)

Một điểm đáng chú ý và có tính gợi mở trong nghiên cứu này là: 10 trường hợp được phân loại là P1.3 (chỉ định chưa được điều trị) dẫn đến 11 trường

hợp nguyên nhân C1.5 (không điều trị dù có chỉ định). Qua quá trình phỏng vấn chuyên sâu và quan sát, nhóm nghiên cứu phát hiện phần lớn các trường hợp này là do tâm lý e ngại của bệnh nhân: họ không báo cáo đầy đủ cơn đau với bác sĩ, một phần vì sợ bị tăng liều thuốc, lo ngại tác dụng phụ, hoặc quan niệm sai lầm rằng “đau là điều phải chịu đựng” khi mắc ung thư. Chính yếu tố tâm lý và rào cản giao tiếp này đã dẫn đến đánh giá sai mức độ đau và làm trì hoãn việc chỉ định thuốc giảm đau cần thiết. Đây cũng là một rào cản quan trọng trong kiểm soát đau ung thư mà nghiên cứu hiện tại đang muốn làm rõ, và là điểm khác biệt rõ rệt so với các nghiên cứu quốc tế, vốn ít ghi nhận vấn đề này do khác biệt văn hóa và mô hình giao tiếp giữa bệnh nhân – nhân viên y tế.

Nghiên cứu có một số hạn chế như thời gian theo dõi ngắn (24 giờ) không đủ để đánh giá hiệu quả lâu dài, khác với các nghiên cứu dài hạn như của Su et al. (2020) (12 tháng) và thiếu dữ liệu về yếu tố tâm lý - xã hội (trầm cảm, lo âu) – vốn được Bùi Thanh Loan (2022) chỉ ra là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.

Để cải thiện, cần có các nghiên cứu tiếp theo để áp dụng mô hình đa ngành (bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng) như khuyến cáo của WHO, kết hợp đánh giá định kỳ và điều chỉnh phác đồ. Tăng cường đào tạo về sử dụng opioids theo nguyên tắc "3 bậc thang giảm đau" và quản lý tác dụng phụ. Nghiên cứu dài hạn để đánh giá hiệu quả và an toàn của phác đồ đa mô thức, đặc biệt trong bối cảnh tỷ lệ sử dụng thuốc hỗ trợ còn thấp tại Việt Nam.

V. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy các vấn đề liên quan đến thuốc (DRPs) trong quản lý đau cho bệnh nhân ung thư vẫn phổ biến, với tỷ lệ 22,1% (104/471) bệnh nhân gặp ít nhất một DRP trong quá trình điều trị. Đa số DRPs liên quan đến hiệu quả điều trị không đạt tối ưu và xuất hiện ở nhóm bệnh nhân sử dụng liều giảm đau chưa đủ mạnh. Hai nguyên nhân chủ yếu dẫn đến DRPs là kê đơn với liều thấp hơn khuyến cáo và sự không tuân thủ điều trị của

bệnh nhân. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của dược sĩ lâm sàng trong việc phát hiện sớm DRPs, đồng thời cho thấy cần cập nhật hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau phù hợp hơn với thực tiễn điều trị và mô hình phối hợp đa ngành để nâng cao hiệu quả kiểm soát đau ở bệnh nhân ung thư.

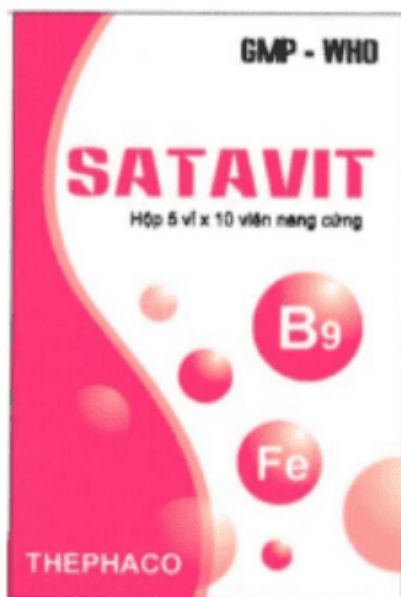
Tài liệu tham khảo

Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Tứ Sơn, Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Thị Liên Hương, Lương Thị Thanh Huyền, Lê Huy Thái (2025) *Phân tích một số vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc giảm đau ở bệnh nhân ung thư tại bệnh viện trung ương quân đội 108*. Tạp chí Y học cộng đồng tập 66 – số 4/2025, trang 83 - 89.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Satavit



1. Hoạt chất

Sắt fumarat 162mg + Acid folic 750mcg

2. Chỉ định

Phòng ngừa và điều trị thiếu máu do thiếu sắt và acid folic trong các trường hợp sau:

- Phụ nữ trong thời kỳ mang thai và cho con bú.
- Bệnh nhân sau phẫu thuật, dưỡng bệnh.
- Bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng, sau khi bị sốt rét.
- Phụ nữ, trẻ em thiếu máu do thiếu sắt, người suy dinh dưỡng.
- Mọi trường hợp thiếu máu do không cung cấp đủ hoặc mất chất sắt và các yếu tố tạo máu.

3. Liều dùng

- Người lớn: Uống 2-3 viên/ngày

- Trẻ em: Uống 1-2 viên/ngày

Phụ nữ có thai uống liều duy trì 1 viên/ngày trong suốt thời kỳ mang thai.

Thời gian điều trị phải đủ để điều chỉnh sự thiếu máu và phục hồi lại nguồn dự trữ chất sắt.

Thiếu máu do thiếu sắt: Dùng 2-4 tháng tùy theo mức độ thiếu hụt nguồn dự trữ.

4. Cách dùng

Uống trước bữa ăn. Tối đa không quá 6 viên/ngày.

5. Chống chỉ định

- Người mẫn cảm với các thành phần của thuốc.

- Cơ thể thừa sắt: Bệnh mô nhiễm sắt, nhiễm hemosiderin và thiếu máu tan máu.

- Không được dùng acid folic riêng biệt hay dùng phối hợp với vitamin B12 với liều không đủ để điều trị thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ chưa chẩn đoán được chắc chắn.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Satavit của công ty cổ phần dược – vật tư y tế Thanh Hóa.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Ethambutol 400mg



1. Hoạt chất

Ethambutol 400mg

2. Chỉ định

Ethambutol được chỉ định để điều trị cả lao mới và lao tái phát và bao giờ cũng phải phối hợp với các thuốc chống lao khác như isoniazid, rifampicin, streptomycin và pyrazinamid để ngăn chặn phát triển kháng thuốc.

3. Liều dùng

Để đạt nồng độ trị liệu nên dùng ethambutol một liều duy nhất trong ngày. Nên sử dụng kết hợp với các thuốc chống lao khác.

Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em từ 6 tuổi trở lên:

Hàng ngày: 15mg/kg thể trọng, uống 1 lần; hoặc liều cách quãng, 30mg/kg thể trọng, tuần dùng 3 lần hoặc 45mg/kg thể trọng, tuần dùng 2 lần.

Người bệnh suy thận:

- Độ thanh thải creatinin 70-100 ml/phút: dùng liều không quá 15mg/kg thể trọng/ngày.
- Độ thanh thải creatinin < 70 ml/phút: tiếp tục giảm liều theo chỉ định.
- Độ thanh thải creatinin 10 - 50 ml/phút: khoảng cách các liều dùng cách nhau từ 24 – 36 giờ.
- Độ thanh thải creatinin < 10 ml/phút: khoảng cách các liều dùng cách nhau 48 giờ.

4. Cách dùng

Thuốc có thể uống cùng với thức ăn, nếu bị kích ứng đường tiêu hóa.

5. Chống chỉ định

Người bệnh viêm dây thần kinh thị giác và người có tiền sử quá mẫn cảm với ethambutol

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Duphaston của công ty Abbott Biologicals B.V



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Prolufo



1. Hoạt chất

Alfuzosin hydrochloride 10mg

2. Chỉ định

Điều trị các triệu chứng chức năng do phì đại tuyến tiền liệt lành tính và bí tiểu cấp tính do phì đại tuyến tiền liệt lành tính.

3. Liều dùng – Cách dùng

- Phì đại tuyến tiền liệt lành tính: Liều khuyến cáo là một viên 10mg, uống 1 lần/ngày, sau bữa ăn.
- Bí tiểu cấp tính: Ở những bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên, một viên 10 mg/ngày, sau bữa ăn, kể từ ngày đầu tiên đặt ống thông. Nên điều trị trong 3-4 ngày, 2-3 ngày trong khi đặt ống thông và 1 ngày sau khi tháo ống

thông. Chỉ định này không được thiết lập ở bệnh nhân dưới 65 tuổi hoặc khi điều trị được kéo dài hơn 4 ngày.

Trẻ em:

Hiệu quả của Alfuzosin chưa được chứng minh ở trẻ em từ 2 đến 16 tuổi. Vì vậy, Alfuzosin không được chỉ định để sử dụng cho trẻ em

Thuốc được dùng bằng đường uống

4. Chống chỉ định

Mẫn cảm với Alfuzosin hoặc với bất cứ thành phần nào của thuốc.

Có tiền sử hạ huyết áp tư thế.

Phối hợp với các thuốc chẹn alpha, khác.

Suy gan.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Prolufo của công ty GRACURE PHARMACEUTICALS LTD (Ấn Độ)



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Ondansetron Kabi 2mg/ml



1. Hoạt chất

Ondansetron hydroclorid dihydrat 2mg

2. Chỉ định

- Người lớn:

Ondansetron Kabi được chỉ định để kiểm soát buồn nôn, nôn do hoá trị, xạ trị gây ra

Ondansetron Kabi cũng được chỉ định để dự phòng và điều trị buồn nôn, nôn hậu phẫu (PONV)

- Trẻ em:

Ondansetron Kabi được chỉ định để kiểm soát buồn nôn, nôn do hoá trị gây ra (CINV) ở trẻ em ≥ 6 tháng tuổi và được chỉ định để dự phòng và điều trị buồn nôn, nôn hậu phẫu ở trẻ ≥ 1 tháng tuổi

3. Liều dùng

Buồn nôn và nôn do hoá trị và xạ trị (CINV và RINV)

Người lớn

Mức độ gây nôn của trị liệu ung thư lệ thuộc vào liều lượng và sự phối hợp các thuốc trong phác đồ hoá trị, xạ trị được sử dụng. Đường dùng và liều dùng của Ondansetron Kabi nên được lựa chọn trong giới hạn từ 8-32 mg/ngày và theo hướng dẫn sau đây.

Các phác đồ hoá trị và xạ trị gây nôn

Đối với những bệnh nhân đang được chỉ định phác đồ hoá trị hoặc xạ trị gây nôn, có thể sử dụng Ondansetron qua đường tĩnh mạch hoặc đường uống. Liều khuyến cáo của Ondansetron khi sử dụng đường tiêm tĩnh mạch là 8mg, tiêm tĩnh mạch chậm (không dưới 30 giây) ngay trước khi hoá trị, xạ trị.

Khuyến cáo sử dụng đường uống hoặc đường trực tràng để ngăn ngừa triệu chứng nôn chậm hoặc kéo dài sau 24 giờ đầu.

Tham khảo tờ hướng dẫn sử dụng Ondansetron dạng thuốc viên và thuốc đạn khi sử dụng đường uống hoặc đường trực tràng.

Hoá trị gây nôn mạnh, ví dụ như cisplatin liều cao

Ondansetron Kabi có thể được tiêm tĩnh mạch liều đơn 8mg ngay trước khi hoá trị. Sử dụng liều trên 8mg đến 16mg chỉ được khuyến cáo dùng đường tiêm tĩnh mạch sau khi pha loãng trong 50-100ml dung dịch NaCl hoặc các dung dịch tiêm truyền tương hợp khác và truyền trong không dưới 15 phút. Không được sử dụng liều đơn trên 16mg do có thể gây nguy cơ kéo dài khoảng QT phụ thuộc vào liều

Để kiểm soát nôn do phác đồ hoá trị gây nôn mạnh, có thể tiêm tĩnh mạch chậm (không dưới 30 giây) Ondansetron liều 8mg, sau đó tiếp tục tiêm tĩnh

mạch 2 liều Ondansetron 8mg cách nhau 4 giờ hoặc có thể tiêm truyền tĩnh mạch liên tục liều 1 mg/giờ trong tối đa 24 giờ

Hiệu quả của Ondansetron Kabi đối với các phác đồ hoá trị gây nôn mạnh có thể được tăng thêm bằng cách tiêm tĩnh mạch 1 liều bổ sung dexamethason natri phosphat 20mg trước khi hoá trị.

Khuyến cáo sử dụng đường uống hoặc đường trực tràng

Trẻ em

Buồn nôn và nôn do hoá trị ở trẻ ≥ 6 tháng và thiếu niên

Liều sử dụng có thể được tính toán dựa trên diện tích bề mặt cơ thể (BSA) hoặc cân nặng. Trong các nghiên cứu lâm sàng trên trẻ em, Ondansetron được sử dụng bằng đường tiêm truyền tĩnh mạch không dưới 15 phút sau khi pha loãng trong 25-50ml NaCl hoặc các dung dịch tiêm truyền tương hợp khác

Việc chọn liều theo cân nặng làm tăng tổng liều dùng trong ngày so với việc chọn liều theo diện tích bề mặt cơ thể

Cần pha loãng Ondansetron Kabi với các dung dịch dextrose 5% hoặc NaCl 0,9% hoặc các dung dịch tiêm truyền tương hợp khác và tiêm truyền tĩnh mạch không dưới 15 phút.

Chưa có dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng có kiểm soát về việc sử dụng Ondansetron Kabi để dự phòng buồn nôn và nôn kéo dài do hoá trị cũng như buồn nôn và nôn do xạ trị ở trẻ em.

Liều tính theo diện tích bề mặt cơ thể (BSA):

Ondansetron Kabi nên được sử dụng ngay trước khi hoá trị bằng đường tĩnh mạch liều đơn 5mg/m². Liều dùng đường tĩnh mạch không được vượt quá 8mg.

Liều uống có thể được chỉ định sau đó 12 giờ và có thể tiếp tục sử dụng trong 5 ngày.

Tổng liều trong 24 giờ (được chia thành nhiều liều) không được vượt quá liều 32mg ở người lớn.

Bảng 1: Liều tính theo diện tích bề mặt cơ thể (BSA) đối với buồn nôn, nôn do hoá trị ở trẻ em ≥ 6 tháng tuổi và thiếu niên ^a

BSA	Ngày 1 ^{b,c}	Ngày 2-6 ^c
$< 0,6\text{m}^2$	5mg/m ² đường tĩnh mạch + 2mg siro sau 12 giờ	2mg siro cách nhau mỗi 12 giờ
$\geq 0,6\text{m}^2$ đến $\leq 1,2\text{m}^2$	5mg/m ² đường tĩnh mạch + 4mg siro hoặc viên uống sau 12 giờ	4mg siro hoặc viên uống cách nhau mỗi 12 giờ
$\geq 1,2\text{m}^2$	5mg/m ² hoặc 8mg đường tĩnh mạch + 8mg siro hoặc viên uống sau 12 giờ	8mg siro hoặc viên uống cách nhau mỗi 12 giờ

^a Có thể không có đủ tất cả các dạng bào chế của thuốc

^b Liều dùng đường tĩnh mạch không được vượt quá 8mg

^c Tổng liều trong 24 giờ (được chia thành nhiều liều) không được vượt quá liều 32mg ở người lớn.

Liều tính theo cân nặng:

Việc chọn liều theo cân nặng làm tăng tổng liều dùng trong ngày so với việc chọn liều theo diện tích bề mặt cơ thể

Ondansetron Kabi nên được sử dụng ngay trước khi hoá trị bằng liều đơn tĩnh mạch 0,15mg/kg. Liều đơn tĩnh mạch không được vượt quá 8mg.

Có thể sử dụng thêm 2 liều đường tĩnh mạch, mỗi liều cách nhau 4 giờ. Tổng liều trong 24 giờ (được chia thành nhiều liều) không được vượt quá liều 32mg ở người lớn.

Liều uống có thể được chỉ định sau đó 12 giờ và có thể tiếp tục sử dụng trong 5 ngày.

Bảng 2: Liều tính theo cân nặng đối với buồn nôn, nôn do hoá trị ở trẻ em ≥ 6 tháng tuổi và thiếu niên ^a

Cân nặng	Ngày 1 ^{b,c}	Ngày 2-6 ^c
$\leq 10\text{kg}$	Tối đa 3 liều 0,15 mg/kg đường tĩnh	2 mg siro cách nhau mỗi 12 giờ

	mạch, cách nhau mỗi 4 giờ	
> 10kg	Tối đa 3 liều 0,15mg/kg đường tĩnh mạch, cách nhau mỗi 4 giờ	4 mg siro hoặc viên uống cách nhau mỗi 12 giờ

^a Có thể không có đủ tất cả các dạng bào chế của thuốc

^b Liều dùng đường tĩnh mạch không được vượt quá 8mg

^c Tổng liều trong 24 giờ (được chia thành nhiều liều) không được vượt quá liều 32 mg ở người lớn

Bệnh nhân cao tuổi

Ở bệnh nhân 65-74 tuổi, có thể sử dụng chế độ liều dành cho người lớn. Tất cả các liều tĩnh mạch cần được pha loãng trong 50-100ml dung dịch NaCl hoặc các dung dịch tiêm truyền tương hợp khác vfa truyền trong thời gian trên 15 phút

Ở bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, liều tĩnh mạch khởi đầu của Ondansetron Kabi không nên vượt quá 8mg. Tất cả các liều tĩnh mạch cần được pha loãng trong 50-100ml dung dịch NaCl hoặc các dung dịch tiêm truyền tương hợp khác và truyền trong thời gian trên 15 phút

Sau liều khởi đầu 8mg, có thể sử dụng thêm 2 liều truyền tĩnh mạch 8mg, truyền trong thời gian trên 15 phút và cách nhau ít nhất mỗi 4 giờ

Bệnh nhân suy thận

Không cần phải điều chỉnh liều hàng ngày, tần suất sử dụng cũng như đường dùng

Bệnh nhân suy gan

Độ thanh thải của Ondansetron Kabi giảm đáng kể và thời gian bán thải kéo dài đáng kể ở các bệnh nhân suy gan mức độ trung bình đến nặng. Không nên sử dụng tổng liều hàng ngày vượt quá 8mg ở những bệnh nhân này.

Bệnh nhân kém chuyển hoá spartein/debrisoquin

Thời gian bán thải của Ondansetron không bị thay đổi ở các bệnh nhân kém chuyển hoá spartein và debrisoquin. Do đó, ở những bệnh nhân này, khi sử dụng Ondansetron với các liều lặp lại, sẽ không làm thay đổi tổng lượng thuốc trong tuần hoàn so với người bình thường. Không cần điều chỉnh liều hàng ngày hay tần suất sử dụng.

Buồn nôn, nôn hậu phẫu (PONV)

Dự phòng buồn nôn, nôn hậu phẫu

Người lớn:

Để dự phòng buồn nôn, nôn sau hậu phẫu, liều Ondansetron Kabi được khuyến cáo là liều đơn 4mg tiêm tĩnh mạch chậm trong thời gian không dưới 30 giây khi khởi mê.

Điều trị buồn nôn, nôn hậu phẫu

Để điều trị buồn nôn, nôn sau hậu phẫu, khuyến cáo sử dụng liều đơn 4mg tiêm tĩnh mạch chậm trong thời gian không dưới 30 giây

Trẻ em

Trẻ ≥ 1 tháng tuổi và thiếu niên

Để dự phòng buồn nôn và nôn hậu phẫu ở trẻ sử dụng thuốc gây mê thông thường, có thể tiêm tĩnh mạch chậm một liều đơn Ondansetron Kabi (không dưới 30 giây) ở liều 0,1 mg/kg đến liều tối đa là 4mg tại thời điểm trước, trong hoặc sau khi khởi mê.

Để điều trị buồn nôn và nôn hậu phẫu ở trẻ sử dụng thuốc gây mê thông thường, có thể tiêm tĩnh mạch chậm một liều đơn Ondansetron Kabi (không dưới 30 giây) ở liều 0,1 mg/kg đến liều tối đa là 4mg.

Chưa có dữ liệu về việc sử dụng Ondansetron Kabi để điều trị nôn sau hậu phẫu ở trẻ dưới 2 tuổi

Người cao tuổi

Vẫn chưa có nhiều kinh nghiệm về việc sử dụng Ondansetron Kabi để ngăn ngừa và điều trị buồn nôn và nôn sau phẫu thuật ở người cao tuổi. Tuy nhiên

Ondansetron Kabi vẫn được hấp thu tốt ở các bệnh nhân trên 65 tuổi đang được hoá trị.

Đối tượng bệnh nhân đặc biệt

Bệnh nhân suy thận:

Không cần hiệu chỉnh liều hàng ngày và tần suất sử dụng cũng như đường dùng.

Bệnh nhân suy gan:

Độ thanh thải của Ondansetron Kabi giảm đáng kể và thời gian bán thải của thuốc kéo dài đáng kể ở các bệnh nhân suy gan mức độ trung bình đến nặng. Ở những bệnh nhân này, không nên sử dụng tổng liều hàng ngày vượt quá 8mg (đường uống hoặc đường tiêm).

Bệnh nhân chuyển hoá kém spartein/debrisoquin:

Thời gian bán thải của Ondansetron Kabi không bị thay đổi ở các bệnh nhân kém chuyển hoá spartein và debrisoquin. Ở những bệnh nhân này, khi sử dụng liều lặp lại Ondansetron Kabi không làm thay đổi tổng lượng thuốc trong tuần hoàn so với người bình thường. Vì thế không cần phải hiệu chỉnh liều hàng ngày hoặc tần suất sử dụng

5. Chống chỉ định

- Sử dụng cùng lúc với apomorphin.
- Mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Ondansetron Kabi 2mg/ml của công ty Labesfal – Laboratorios Almiro, S.A. (Bồ Đào Nha)



CẢNH GIÁC DƯỢC

Health Canada: Hoàn tất việc đánh giá nguy cơ nhược cơ liên quan đến các statin

Sau khi hoàn tất đánh giá, Health Canada kết luận có mối liên quan giữa các thuốc ức chế HMG-CoA reductase (các statin) và nguy cơ nhược cơ (Myasthenia gravis), bao gồm nhược cơ mắt. Trong đó, nhược cơ là rối loạn tự miễn mạn tính trên thần kinh - cơ và đặc trưng bởi tình trạng yếu và mỏi nhanh các cơ vân, bao gồm những cơ điều khiển mắt và mí mắt.

Health Canada cũng xác định nhược cơ là tác dụng không mong muốn chung đối với tất cả các statin. Do đó, Health Canada yêu cầu các nhà sản xuất bổ sung thông tin về nguy cơ nhược cơ, bao gồm nhược cơ mắt vào thông tin sản phẩm của tất cả các chế phẩm statin đang lưu hành hiện nay, bao gồm: atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin và simvastatin.

Trong quá trình đánh giá, Health Canada ghi nhận được 31 báo cáo (2 trường hợp từ Canada và 29 trường hợp quốc tế) mô tả biến cố nhược cơ và/hoặc nhược cơ mắt ở bệnh nhân khi sử dụng statin. Kết quả cho thấy 27 trường hợp (trong đó có 1 trường hợp tại Canada) được đánh giá là có mối liên quan đến việc sử dụng statin ở mức độ có thể, 1 trường hợp được đánh giá là không chắc chắn và 3 trường hợp (trong đó có 1 trường hợp tại Canada) được kết luận là không thể đánh giá do thiếu thông tin.

Đáng chú ý, trong 27 trường hợp được đánh giá có liên quan đến thuốc, có 3 trường hợp tái xuất hiện triệu chứng nhược cơ và/hoặc nhược cơ mắt khi chuyển sang statin khác. Điều này, ủng hộ cho kết luận nguy cơ nhược cơ là tác dụng không mong muốn chung của cả nhóm thuốc statin.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5713/health-canada-hoan-tat-viec-danh-gia-nguy-co-nhuoc-co-mat-lien-quan-statin.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

JAMA: Kháng thuốc: Hiểu đúng, nhận diện nguy cơ và chủ động phòng ngừa

Kháng thuốc là tình trạng các vi sinh vật (vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng,..) có khả năng chống lại tác dụng của nhiều loại thuốc điều trị. Tình trạng này gây khó khăn cho việc sử dụng thuốc trong điều trị nhiều loại nhiễm trùng như viêm phổi hoặc nhiễm trùng tiết niệu (UTIs), thậm chí, thuốc có thể không còn tác dụng.

Kháng sinh là một nhóm thuốc quan trọng, giữ vai trò sống còn trong điều trị nhiều bệnh nhiễm khuẩn hiện nay. Tuy nhiên, **lạm dụng** kháng sinh là một trong những nguyên nhân gây gia tăng tình trạng kháng thuốc trên toàn thế giới

1/ Yếu tố nguy cơ của tình trạng kháng thuốc

Những yếu tố nguy cơ mắc bệnh nhiễm trùng do các vi sinh vật kháng thuốc bao gồm suy giảm miễn dịch (do các bệnh lý ung thư, HIV, ghép tạng hoặc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch), trẻ nhỏ hoặc người cao tuổi (> 65 tuổi), hoặc người mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường,... Bệnh nhân có tiền sử điều trị bằng liệu pháp kháng sinh dài ngày, thời gian nằm viện kéo dài, sử dụng catheter đều là những yếu tố gia tăng nguy cơ mắc các nhiễm trùng do vi sinh vật kháng thuốc.

Tình trạng **kháng thuốc** có thể lan rộng thông qua việc *rửa tay không đúng cách, môi trường bệnh viện không đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh, quá tải bệnh nhân, thực phẩm hoặc nguồn nước bị ô nhiễm, và việc du lịch đến các khu vực có tỉ lệ kháng thuốc cao.*

2/ Hậu quả của tình trạng kháng thuốc

Kháng thuốc làm cho việc điều trị các bệnh nhiễm trùng như viêm phổi hay nhiễm trùng đường tiết niệu (UTIs) trở nên **khó khăn** hơn, thường dẫn đến việc chậm trễ điều trị với các liệu pháp hiệu quả, khiến một số bệnh truyền nhiễm không thể chữa khỏi, từ đó làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong.

3/ Biện pháp giảm thiểu tình trạng kháng thuốc

Hạn chế việc sử dụng các loại thuốc kháng vi sinh vật khi **không cần thiết**. Cụ thể, *nhiều bệnh nhiễm trùng không cần điều trị bằng kháng sinh*. Trường hợp cần sử dụng kháng sinh, **không nên** sử dụng thuốc nhiều hơn thời gian được kê đơn. Ngoài ra, sự gia tăng của các sinh vật kháng thuốc có thể được hạn chế bằng cách rửa tay hoặc khử trùng trước bữa ăn, trước khi chuẩn bị đồ ăn, và sau khi đi vệ sinh. **Tiêm vắc xin** để phòng tránh phế cầu khuẩn, vi khuẩn Haemophilus influenzae týp b, và virus cúm cũng giúp giảm thiểu việc sử dụng kháng sinh và giảm nguy cơ nhiễm trùng do vi sinh vật kháng thuốc trong cộng đồng.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5705/khang-thuoc-hieu-dung-nhan-dien-nguy-co-chu-dong-phong-ngua.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

Sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân có bệnh lý gan - Thông tin từ bản tin BIP Occitanie số 02/2025

Quản lý tình trạng đau mạn tính trên bệnh nhân có **bệnh lý gan** là rất phức tạp, thường liên quan đến các tình trạng suy giảm chức năng gan, nguy cơ bệnh não gan và các nguy cơ gây nghiện tiềm ẩn của thuốc.

Thuốc giảm đau hàng đầu được lựa chọn là *paracetamol*. Paracetamol có thể được chỉ định sử dụng trên bệnh nhân có bệnh lý **gan**, với liều **tối đa 2g/ngày** trên những bệnh nhân nghiện rượu hoặc suy dinh dưỡng.

Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) hiện **không được** khuyến cáo, do độc tính trên thận của thuốc và nguy cơ xuất huyết tiêu hoá do NSAIDs giảm tổng hợp prostaglandin, từ đó, giảm bảo vệ niêm mạc dạ dày.

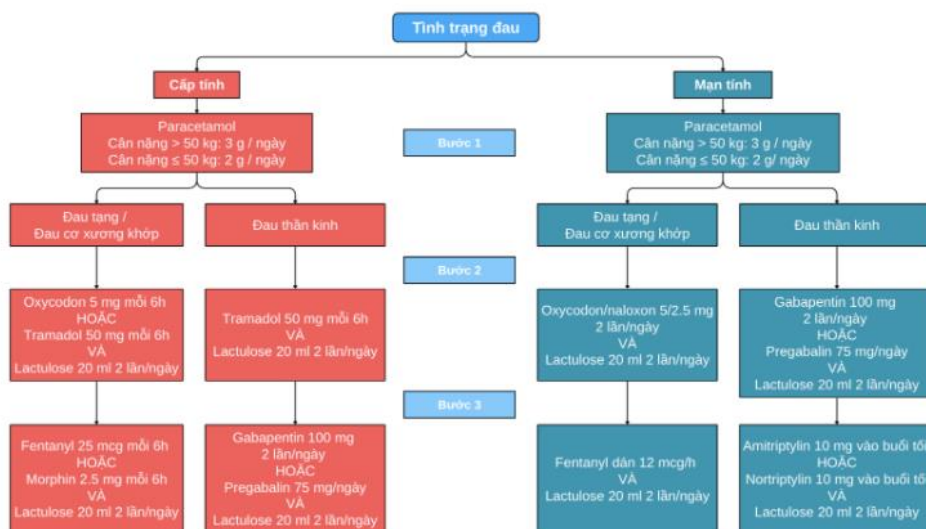
Tramadol **không** được coi là một lựa chọn thay thế trên bệnh nhân có nguy cơ lệ thuộc thuốc và nghiện thuốc cao. Cần thận trọng khi sử dụng các hoạt chất nhóm opioid do nguy cơ **lạm dụng** thuốc và tăng nguy cơ bệnh não gan trên các bệnh nhân có bệnh lý gan mạn tính. Morphin khi sử dụng cho bệnh nhân có bệnh lý gan cần được giảm liều và kéo dài khoảng đưa liều do chuyển hoá thuốc bị ảnh hưởng khi bệnh nhân *suy gan nghiêm trọng*.

Ngược lại, **methadon** có thể là một sự lựa chọn thay thế an toàn hơn trong trường hợp bệnh nhân đau mạn tính và lệ thuộc thuốc.

Gabapentin và pregabalin có thể được cân nhắc lựa chọn thay thế trong các trường hợp đau thần kinh, do các thuốc này không chuyển hoá qua gan.

Trong tất cả các trường hợp, việc kê đơn thuốc giảm đau mạn tính, bệnh nhân cần được *đánh giá cơn đau* nhằm định hướng lựa chọn điều trị. Tất cả các thuốc giảm đau được khuyến cáo nên hiệu chỉnh liều từ từ, khởi đầu điều trị từ liều thấp hơn với khoảng cách đưa liều dài hơn so với bệnh nhân không có bệnh lý gan.

Sơ đồ quản lý đau mạn tính ở bệnh nhân có bệnh lý gan mạn tính:



Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5696/su-dung-thuoc-giam-dau-tren-benh-nhan-co-benh-ly-gan.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

HAS: Cảnh báo về sai sót gây hậu quả nghiêm trọng khi sử dụng lidocain đường tiêm và colchicin



Mới đây, Cơ quan Y tế Quốc gia Pháp (HAS) đã ghi nhận được một số báo cáo ca về các sai sót trong sử dụng thuốc tiêm lidocain và colchicin gây hậu quả nghiêm trọng trên bệnh nhân. Cụ thể như sau:

I/ Các ca lâm sàng:

- Ca lâm sàng 1

Sai sót trong pha chế Lidocain dẫn đến ngừng tim - hô hấp

Bệnh nhân khoảng 80 tuổi, nhập viện tại khoa cấp cứu do ngất xỉu, mất ý thức và giảm độ bão hoà oxy máu. Trong quá trình xử trí cơn nhịp nhanh thất, bệnh nhân bị ngừng tim - hô hấp. Sau yêu cầu hội chẩn từ bác sĩ cấp cứu, bác sĩ tim mạch đến khoa và kê đơn “100mg Xylocard (lidocain) tiêm tĩnh mạch (IV)”. Đơn thuốc ngay lập tức được chuyển từ bác sĩ cấp cứu tới điều dưỡng viên cũng đang có mặt tại đó. Sau khi tiêm, bệnh nhân đột ngột

xuất hiện một cơn ngừng tim - hô hấp thứ hai. Bệnh nhân được tiến hành hồi sức tim - phổi ngay lập tức và hồi phục nhanh chóng. Sau đó, bệnh nhân được chuyển đến khoa hồi sức.

Nguyên nhân trực tiếp

Bệnh nhân được tiêm 500mg lidocain thay vì 100mg trong đơn kê, do điều dưỡng đã pha 10mL Xylocard hàm lượng 50mg/mL thay vì 10mL Xylocaine có hàm lượng 10mg/mL.

Nguyên nhân sâu xa

- Biệt dược lidocain được bác sĩ tim mạch kê là Xylocard (50mg/mL) không được sử dụng thường xuyên tại khoa cấp cứu và không nằm trong danh mục thuốc của khoa (điều dưỡng đã lấy thuốc từ phân khoa chăm sóc tim mạch đặc biệt).
- Bác sĩ cấp cứu kê đơn “Tiêm tĩnh mạch trực tiếp 10mL chứa 100mg Xylocard (lidocain)”, dựa trên biệt dược có hàm lượng 10mg/mL có sẵn tại khoa cấp cứu.
- Điều dưỡng đã kết hợp đơn thuốc của bác sĩ tim mạch (biệt dược) và bác sĩ cấp cứu (thể tích sử dụng), cả hai đều được kê qua lời nói với điều dưỡng.
- Điều dưỡng đã trình diện ống tiêm lidocain mà cô ấy đã chuẩn bị cho các bác sĩ có mặt tại buồng bệnh nhân (2 bác sĩ cấp cứu và 1 bác sĩ tim mạch) và nhận được chấp thuận sử dụng từ một trong số họ.
- Nhóm nhân viên y tế rất căng thẳng khi xử trí tình huống cấp cứu đe dọa tính mạng trên bệnh nhân này.

Ca lâm sàng 2

Sai sót trong pha chế Lidocain dẫn đến cơn co giật

Bệnh nhân khoảng 30 tuổi, nhập viện tại khoa hồi sức sau một tai nạn giao thông. Bệnh nhân bị chấn thương sọ não mức độ trung bình và than đau đầu dữ dội dù đã dùng morphin liều cao. Bốn ngày sau, bác sĩ kê đơn tiêm tĩnh mạch lidocain với liều nạp 50mg và liều duy trì qua bơm tiêm điện để điều

trị đau đầu. Điều dưỡng chuẩn bị liều nạp cùng một bác sĩ nội trú để sử dụng qua bơm tiêm điện.

Sau khi tiêm được một nửa ống tiêm, bệnh nhân than ù tai dữ dội và đột nhiên mất ý thức. Bệnh nhân được chẩn đoán bị co giật. Sau khi tiêm nifedipine và clonazepam, bệnh nhân hết co giật kết thúc và hồi phục ý thức, không để lại di chứng.

Nguyên nhân trực tiếp

Bệnh nhân được tiêm 250mg lidocain thay vì 50mg trong đơn kê, do điều dưỡng đã chuẩn bị ống tiêm 50mL hàm lượng 10mg/mL thay vì 1mg/mL.

Nguyên nhân gốc rễ

- Các bác sĩ nội trú và các bác sĩ có thâm niên làm việc trong hai môi trường khác nhau (phòng phẫu thuật và khoa hồi sức), và thói quen sử dụng lidocain ở hai nơi khác nhau:
- Lidocain tiêm tĩnh mạch mới bắt đầu sử dụng trong phòng phẫu thuật gần đây, nhưng chưa được sử dụng tại khoa hồi sức;
- Đơn thuốc dựa trên một dạng nồng độ của lidocain không có trong tủ thuốc của phòng hồi sức;
- Đơn thuốc lidocain chưa đầy đủ (không rõ nồng độ,...)
- Điều dưỡng chưa từng sử dụng lidocain tĩnh mạch,
- Không có quy trình sử dụng lidocain phù hợp.
- Chuẩn bị thuốc tiêm theo thể tích mà không tính đến nồng độ.
- Điều dưỡng đã hai lần hỏi bác sĩ nội trú có nên tiêm toàn bộ ống tiêm 50mL cho liều nạp hay không, và đều được xác nhận.
- Khối lượng công việc lớn trong ngày hôm đó, và đặc biệt bao gồm việc hướng dẫn một sinh viên điều dưỡng.

Ca lâm sàng 3

Kê đơn thuốc có tương tác chống chỉ định (Colchicin và Clarithromycin) khiến bệnh nhân phải chuyển vào hồi sức



Bệnh nhân khoảng 70 tuổi, nhập viện do một cơn gout cấp và được kê đơn điều trị bằng colchicin. Một tháng rưỡi sau, bệnh nhân tái nhập viện do viêm ngoài màng ngoài tim cấp. 15 ngày sau đó, bệnh nhân nhập viện vì viêm màng ngoài tim tái phát, nghi ngờ nguyên nhân nhiễm trùng do Chlamydia. Bệnh nhân xuất viện vào ngày hôm sau với đơn thuốc gồm colchicin, clarithromycin và atorvastatin. 2 tuần sau, bệnh nhân đến khoa cấp cứu vì cơn đau bụng lan toả, nôn không ra máu, táo bón, suy nhược trầm trọng cũng như chán ăn. Cận lâm sàng cho thấy tiêu cơ vân không ảnh hưởng đến thận, kèm theo tổn thương gan ly giải tế bào và tổn thương huyết học. Bệnh nhân được chuyển vào phòng hồi sức để theo dõi và tình trạng lâm sàng đã cải thiện sau 2 ngày.

Nguyên nhân trực tiếp

Kê đơn có tương tác thuốc chống chỉ định giữa colchicin và clarithromycin.

Nguyên nhân sâu xa

- Bác sĩ không biết về tương tác thuốc của colchicin.
- Nhiều cảnh báo trong phần mềm hỗ trợ kê đơn nhưng không đủ để phân biệt hoặc chặn, và không có khả năng lọc.
- Không thực hiện bình đơn sau khi kê đơn clarithromycin, do thiếu dược sĩ tại cơ sở y tế.

- Trong lúc cấp phát thuốc tại nhà thuốc, dược sĩ không phát hiện tương tác thuốc chống chỉ định.
- Số lượng nhập viện rất cao trong thời gian bệnh nhân nằm viện, gây quá tải công việc cho khoa.
- Bệnh nhân có nhiều bệnh đồng mắc.

II/ Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

Sau khi những báo cáo này được gửi tới Cơ quan Quản lý Dược phẩm và Sinh phẩm y tế Pháp (ANSM), danh sách các biến cố “không bao giờ được xảy ra” (never events) đã được cập nhật, bao gồm quá liều lidocain đường tĩnh mạch, cũng như sai sót trong sử dụng colchicin. Nhằm hỗ trợ phòng ngừa các biến cố bất lợi liên quan đến chăm sóc y tế, các biện pháp sau đây được khuyến cáo:

Đối với lidocain tiêm và colchicin:

- Xác định Lidocain và Colchicin là thuốc nguy cơ cao, cần được lưu ý dù là trong quá trình bảo quản tại các khoa lâm sàng hay khi xây dựng phần mềm hỗ trợ kê đơn và cấp phát. Phổ biến danh mục thuốc nguy cơ cao đến các nhân viên y tế.

Đối với lidocain tiêm:

- Bảo quản lidocain an toàn:
 - + Chỉ nên có chế phẩm lidocain với một hàm lượng duy nhất phù hợp cho mỗi đơn vị và thông báo cho các nhân viên y tế nếu các hàm lượng khác nhau theo khu vực/khoa;
 - + Sắp xếp rõ ràng, chuẩn hoá, có nhãn dán với tên hoạt chất theo INN và các thông tin liên quan, có sự thống nhất với các nhân viên y tế sử dụng.
 - + Loại bỏ các chế phẩm lidocain 50 mg/mL khỏi xe đẩy thuốc cấp cứu, chỉ để lại loại ống tiêm 20 mg/mL dùng tiêm bolus tĩnh mạch trực tiếp.
- Tuân thủ các quy định thực hành kê đơn tốt: sử dụng liều lượng được khuyến cáo; ghi rõ nồng độ cũng như liều dùng và thể tích sử dụng.

- Trong trường hợp trao đổi miệng (ví dụ như kê đơn cấp cứu), áp dụng quy tắc giao tiếp 3 bước nhằm đảm bảo tính nhất quán của thông tin giữa các nhân viên y tế (truyền đạt, nhắc lại và xác nhận).
- Xây dựng quy trình sử dụng thuốc điều trị cho điều dưỡng (PTMI) nhằm chuẩn hóa thực hành chuyên môn và tránh sai sót khi tính liều.
- Giám sát nhân viên chưa có kinh nghiệm khi chuẩn bị thuốc có nguy cơ cao.

Đối với colchicin:

- Tuân thủ các phác đồ liều dùng (con gout cấp, dự phòng con gout cấp ở bệnh nhân gout mạn tính, đặc biệt là khi bắt đầu điều trị hạ acid uric) cân nhắc chức năng gan, thận.
- Tối ưu hoá các cảnh báo trong phần mềm hỗ trợ kê đơn và cấp phát, đặc biệt tăng nhận dạng thuốc và chặn khi có chống chỉ định tuyệt đối.
- Ưu tiên bình đơn thuốc chứa colchicin (phác đồ liều, tương tác thuốc).

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5711/has-canh-bao-sai-sot-khi-su-dung-colchicin-lidocain.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

SFDA: Nguy cơ tăng nồng độ acid uric máu khi sử dụng rifampin

Rifampin (hay rifampicin) là thuốc kháng sinh, được sử dụng trong điều trị nhiều loại nhiễm khuẩn do vi khuẩn lao (*Mycobacterium*) và nhiễm khuẩn gây bởi một số vi khuẩn Gram dương.

Sau khi rà soát cơ sở dữ liệu quốc gia của Ả Rập Xê Út và cơ sở dữ liệu Vigibase của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Ả Rập Xê Út (SFDA) ghi nhận được 844 trường hợp trên thế giới và 1 trường hợp tại Ả Rập Xê Út có **biến cố tăng acid uric máu** sau khi sử dụng rifampin. SFDA đã tiến hành đánh giá mối quan hệ nhân quả giữa thuốc và ADR đối với các báo cáo ca có đầy đủ thông tin cần thiết (completeness score = 1,0). Dựa trên bộ tiêu chí đánh giá mối quan hệ nhân quả của WHO-UMC, SFDA xác định được 30 trường hợp, trong đó 28 trường hợp có mối liên quan này được đánh giá là ở mức có thể, trong khi 2 trường hợp còn lại biến cố được đánh giá là không chắc chắn liên quan đến thuốc rifampin.

Tín hiệu được phân tích bằng phương pháp phân tích bất đối xứng (disproportionality analysis) cho thấy chỉ số IC (Information Component) là 5.5. Kết quả này cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phản ứng tăng acid uric máu và rifampin. Thêm vào đó, những bằng chứng từ y văn hiện nay cũng ủng hộ cho tín hiệu an toàn mới này.



Vì vậy, khuyến cáo nhân viên y tế theo dõi nồng độ acid uric máu ở các bệnh nhân đang được điều trị với kháng sinh rifampin.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5716/sfda-nguy-co-tang-nong-do-acid-uric-mau-khi-su-dung-rifampin.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

"Never event" - những sai sót không được phép xảy ra: Thông tin từ Bản tin Cảnh giác Dược liên vùng Grand Est và Bourgogne/ Franche-Comté số 48

“Never event” là một khái niệm đã xuất hiện từ năm 2002 tại Hoa Kỳ, với định nghĩa là các sự cố không bao giờ được phép xảy ra trong quá trình chăm sóc bệnh nhân. Ban đầu, định nghĩa này bao gồm toàn bộ các biến cố y khoa bất lợi, như nhầm lẫn vị trí phẫu thuật hay trao nhầm trẻ sơ sinh cho cha mẹ khi xuất viện. Định nghĩa có sự khác nhau giữa từng quốc gia, nhưng nhìn chung đều tập trung vào tính có thể phòng tránh được. Tại Pháp, khái niệm “never event” được lấy cảm hứng từ mục “Sai sót liên quan đến thuốc” trong danh sách never event của Hệ thống y tế quốc gia Anh (NHS). Từ năm 2012, chúng được định nghĩa như “Những sự cố nghiêm trọng thường liên quan đến sai sót của con người và/hoặc sai sót trong thực hành mà không bao giờ được phép xảy ra”. Ban đầu, danh sách tại Pháp bao gồm 12 sự cố, tới năm 2024 bổ sung 4 sự cố mới.

Năm trung tâm khu vực về cảnh giác dược (CRPV) đã mô tả và cảnh báo về 16 “never event” từ thực tế lâm sàng như sau:

1. Sử dụng đồng thời 2 thuốc chống đông gây tình trạng xuất huyết nghiêm trọng

Ví dụ: Bệnh nhân nam 74 tuổi đang sử dụng thuốc chống đông rivaroxaban dài hạn. Sau khi nhập viện để phẫu thuật, bệnh nhân khởi trị sử dụng heparin natri mà không ngừng rivaroxaban, sau phẫu thuật bệnh nhân xuất hiện tình trạng chảy máu nghiêm trọng. 4 ngày sau, bệnh nhân được thay thế heparin natri bằng enoxaparin liều dự phòng, trong khi vẫn tiếp tục sử dụng rivaroxaban. Sai sót này cuối cùng được phát hiện sau 6 ngày dùng đồng

thời 2 thuốc chống đông, khi bệnh nhân đã xuất hiện tình trạng xuất huyết và mất máu nghiêm trọng. Sai sót này là do nhiều yếu tố: không có sự trao đổi đầy đủ giữa các bác sĩ kê đơn, kiến thức về nguyên tắc và cách thức khởi trị chống đông còn hạn chế, và quản lý của khoa dược chưa hiệu quả.

2. Sai sót liên quan truyền tĩnh mạch kali clorid

Ví dụ: Bệnh nhân nam 81 tuổi được truyền tĩnh mạch ngoại vi trong 5 giờ với 3 g kali clorid pha loãng trong 50 mL thay vì 500 mL. Bệnh nhân không ghi nhận tình trạng tăng kali máu vì có tình trạng nền hạ kali nghiêm trọng, nhưng xuất hiện viêm tĩnh mạch tại vị trí truyền.

3. Sai sót trong pha chế thuốc tiêm truyền nguy cơ cao

Ví dụ: Tình trạng quá liều levothyroxin đường tiêm trên bệnh nhân nữ 65 tuổi có tiền sử cường giáp dẫn tới kéo dài thời gian nằm viện sau khi sử dụng liều cao hơn 10 lần so với liều được kê. Sai sót nằm ở việc chuyển đổi đơn vị khi pha chế: nồng độ ghi trên bao bì của biệt dược sử dụng đơn vị mg/mL, trong khi liều lượng kê đơn thông thường và liều ghi trên các biệt dược khác tính theo đơn vị µg.

4. Sai sót do tiêm nội tuỷ thay vì tiêm tĩnh mạch

Ví dụ: Sai sót khi tiêm ciprofloxacin ngoài màng cứng thay vì ropivacain do bao bì hai thuốc giống nhau, bệnh nhân không xuất hiện tác dụng không mong muốn ngay lập tức. Tuy nhiên, vẫn chưa chắc chắn về nguy cơ gây tác dụng không mong muốn muộn trên thần kinh với nhóm fluoroquinolon.

5. Sai sót sử dụng đường tiêm thay vì đường uống/đường tiêu hóa

Ví dụ: Bệnh nhân được điều trị với Diffu-K (kali clorid), do khó nuốt nên không uống được thuốc. Điều dưỡng quyết định hoà tan viên nang vào dung dịch NaCl 0,9% để tiêm cho bệnh nhân sau đó. Sai sót được phát hiện sau vài giờ và không để lại di chứng trên bệnh nhân.

6. Sai sót khi sử dụng insulin

Ví dụ: Sai sót nhầm lẫn thường gặp giữa bút tiêm insulin tác dụng nhanh (người, aspart, lispro, glulisin), tác dụng chậm (glargin, detemir, degludec)

hoặc tác dụng trung bình (NPH). Sai sót này gây hạ đường huyết có thể có triệu chứng, do vậy cần theo dõi sát sao bệnh nhân trong nhiều giờ và nhiều lần liên tục.

7. Sai sót khi sử dụng thuốc gây mê/hồi sức trong phòng phẫu thuật, đặc biệt:

- Nhầm lẫn giữa ephedrin và epinephrin

Ví dụ: Bệnh nhân nam 73 tuổi có tiền sử sốc phản vệ khi phẫu thuật. Ca mổ đã được chuẩn bị một ống tiêm adrenalin dự phòng. Trong lúc phẫu thuật, ống tiêm này đã được sử dụng nhầm thay vì ephedrin cho cơn hạ huyết áp. Bệnh nhân hậu phẫu xuất hiện cơn nhịp nhanh 130 lần/phút kèm giảm oxy máu bão hoà do triệu chứng Tako-Tsubo, sau đó hồi phục tích cực khi xử trí bằng bisoprolol và furosemid.

- Sai sót khi sử dụng thuốc giãn cơ

Ví dụ: Nhiều trường hợp gây mê không hiệu quả sau khi sử dụng liên tiếp thiopental và rocuronium cùng một dây truyền không súc rửa. Tương kỵ hoá lý giữa các hợp chất đã gây kết tủa trong dây truyền.

8. Sai sót trong sử dụng bình oxy y tế

Ví dụ: Sai sót thường gặp nhầm lẫn giữa bình khí oxy và MEOPA/nitơ oxit dẫn tới nỗi nhầm bình khí gây giảm oxy máu bão hoà trên bệnh nhân cần oxy.

9. Sai sót khi lập trình thiết bị tiêm truyền (bơm truyền dịch, ống tiêm điện,...)

Ví dụ: Sai sót thường gặp và liên quan đến nhiều loại thuốc không chỉ thuốc giảm đau opioid hay midazolam mà còn gặp với insulin, kháng sinh, scopolamin, thuốc lợi tiểu, ketamin, heparin, thuốc ung thư,...

10. Sai sót trong khi sử dụng các chế phẩm đơn liều đóng gói trong bao bì nhựa

Ví dụ: Nhiều thuốc được bào chế dưới dạng ống đơn liều, như: dung dịch nước muối sinh lý, nước oxy già, acid boric/borat, clorhexidin hoặc một số thuốc nhỏ mắt.

Sự tương đồng về bao bì này đã gây ra nhiều trường hợp nhầm lẫn đường dùng, trong đó trẻ em là đối tượng chính. Trường hợp điển hình là nhầm lẫn giữa dung dịch rửa mũi/mắt bằng nước muối sinh lý với dung dịch bôi ngoài da như clorhexidin hoặc oxy già.

11. Quá liều lidocain đường tĩnh mạch: nhầm lẫn nồng độ và liều lượng

Ví dụ: Bệnh nhân nam 60 tuổi mất ý thức, sau đó xuất hiện cơn co giật và trụ tuần hoàn trong quá trình phẫu thuật mắt sau khi được tiêm lidocain với liều cao gấp 10 lần liều dự kiến. Xử trí bằng tiêm Intralipid® (nhũ tương lipid) đã giúp giảm co giật, nhưng bệnh nhân vẫn hôn mê, cần đặt nội khí quản và sử dụng thuốc trợ mạch để hồi phục. Nguyên nhân được cho là do nhầm lẫn giữa 2 biệt dược lidocain tiêm có tên và bao bì tương tự nhau nhưng khác nồng độ.

12. Sai sót trong sử dụng colchicin: không tuân thủ chế độ liều và/hoặc chống chỉ định, đặc biệt trường hợp tương tác thuốc và suy thận hoặc suy gan.

Ví dụ: Kê đơn colchicin để điều trị cơn gout cấp cho một bệnh nhân nữ 43 tuổi suy thận giai đoạn cuối dẫn đến triệu chứng buồn nôn, đau đầu, và tăng huyết áp.

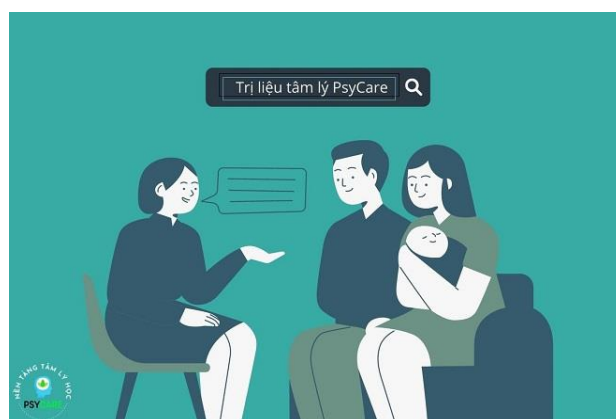
Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5717/never-event-su-co-y-khoa.htm>



**ĐIỀU TRỊ
KHÔNG DÙNG THUỐC**

Trị liệu giáo dục tâm lý



I/ Đại cương

Trị liệu giáo dục tâm lý (Psychoeducation) được Anderson và cộng sự sử dụng lần đầu tiên vào năm 1980 để điều trị cho gia đình của người bệnh tâm thần phân liệt.

Các yếu tố cơ bản của giáo dục là nhà trị liệu giải thích về bệnh lý tâm thần như: giáo dục cho người bệnh về bệnh tình của họ, huấn luyện giải quyết vấn đề, đào tạo giao tiếp, rèn luyện tính quyết đoán của bản thân.

Trị liệu giáo dục tâm lý là quá trình cung cấp cho người bệnh và các thành viên trong gia đình của họ về bản chất của bệnh, bao gồm căn nguyên, tiến triển, hậu quả, tiên lượng, cách điều trị và các lựa chọn thay thế.

***Cơ chế:**

Mục đích cơ bản là cung cấp cho người bệnh và gia đình kiến thức về các khía cạnh khác nhau của bệnh và cách điều trị từ đó phối hợp cùng

với các chuyên gia sức khỏe tâm thần trong điều trị nhằm mục tiêu có kết quả tốt hơn.

Giáo dục tâm thần thường bao gồm một số thành phần cơ bản của thông tin, những thông tin này sẽ được truyền đạt cho người bệnh và các thành viên trong gia đình của họ về một rối loạn tâm thần cụ thể. Các phiên trị liệu có thể được sửa đổi để phù hợp với nhu cầu của người bệnh, thành viên gia đình. Do đó, số lượng và thời gian của các phiên có thể thay đổi cùng với những thay đổi trong nội dung tổng thể. Các vấn đề được đề cập như: Các yếu tố căn nguyên; Các dấu hiệu và triệu chứng chung; Nhận thức về các dấu hiệu ban đầu của tái phát; Làm thế nào để đối phó với tình huống; Có nhiều lựa chọn điều trị khác nhau; Khi nào và làm thế nào để tìm kiếm điều trị; Cần tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của nhóm điều trị; Liệu trình điều trị dài hạn và kết quả; Những điều nên làm và không nên làm đối với các thành viên trong gia đình khi tiếp xúc với người bệnh; Xóa bỏ những lầm tưởng và quan niệm sai lầm về căn bệnh này và xóa bỏ sự kỳ thị.

II. Chỉ định

Chỉ định trong hầu hết trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng,....
- Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục

- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi,...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần thực tồn, rối loạn tâm thần và hành vi liên quan thời kỳ sinh đẻ...

III/ Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.

IV/ Thận trọng

- Tự kỷ, chậm phát triển tâm thần nặng
- Sa sút trí tuệ nặng
- Hoang tưởng, ảo giác, chống đối

V/ Chuẩn bị

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

2. Thuốc

3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật



VI/ Tiến hành quy trình kỹ thuật.

1. Phần 1: Thiết lập mối quan hệ trị liệu & mục tiêu giáo dục.

Mục tiêu: Tạo cảm giác an toàn, tin tưởng cho thân chủ và/hoặc gia đình. Xác định rõ nhu cầu hiểu biết của người bệnh. Định vị vai trò của giáo dục tâm lý trong quá trình trị liệu.

2. Phần 2: Đánh giá mức độ hiểu biết và niềm tin hiện tại.

Mục tiêu: Xác định những hiểu lầm, niềm tin méo mó, hoặc thiếu thông tin. Đo lường khả năng tiếp nhận kiến thức của người bệnh (trình độ, ngôn ngữ, trạng thái cảm xúc).

3. Phần 3: Cung cấp thông tin tâm lý – y khoa chính xác, dễ hiểu.

Mục tiêu:

Trình bày kiến thức khoa học ngắn gọn, gắn với trải nghiệm người bệnh. Dùng ngôn ngữ phổ thông, hình ảnh minh họa nếu cần.

4. Phần 4: Gắn thông tin vào trải nghiệm cá nhân của người bệnh.

Mục tiêu:

Tạo sự liên hệ nội tại giúp người bệnh nhận ra tính đúng đắn và gắn gũi của thông tin.

5. Phần 5: Trao công cụ và chiến lược ứng dụng thực tế.

Mục tiêu: Chuyển hóa

kiến thức thành hành động cụ thể. Tăng cảm giác có năng lực và kiểm soát của người bệnh.

6. Phần 6: Tổng kết – củng cố – Giao nhiệm vụ.

Mục tiêu: Đảm bảo người bệnh hiểu đúng và nắm được điều cốt lõi.

Khuyến khích áp dụng và quan sát bản thân giữa các phiên.

Hoạt động của mỗi phiên trị liệu kéo dài 45-60 phút

- **Bước 1: Mở đầu – kết nối & định khung (5–10 phút)**

Mục tiêu: Tạo không khí an toàn, minh bạch hóa mục tiêu buổi trị liệu
+ Check-in cảm xúc nhẹ nhàng: “Hôm nay bạn đang cảm thấy thế nào trong lòng?”, “Có điều gì bạn đang suy nghĩ nhiều gần đây?”

+ Giới thiệu mục tiêu buổi trị liệu: “Hôm nay chúng ta sẽ cùng tìm hiểu kỹ hơn về [ví dụ: lo âu/trầm cảm/hệ thần kinh/giao tiếp cảm xúc...] để hiểu điều gì đang diễn ra trong não bộ và cơ thể của mình.”

+ Tạo không gian không phán xét: “Không có câu hỏi nào là ngớ ngẩn cả. Bạn có thể dừng tôi bất cứ lúc nào nếu có thắc mắc.”

- **Bước 2: Trình bày nội dung tâm lý cốt lõi (20–25 phút)**

Mục tiêu: Cung cấp kiến thức bằng ngôn ngữ dễ hiểu, có hình ảnh minh họa (nếu có), gắn với trải nghiệm người bệnh

+ Ví dụ 1: Lo âu. Vai trò của não bộ (amygdala, vỏ não trước trán) khi phát hiện mối đe dọa. Chu kỳ lo âu – tránh né – kéo dài lo âu. Mối liên hệ giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi.

+ Ví dụ 2: Trầm cảm. Cơ chế của mất động lực – tránh giao tiếp – cảm giác vô nghĩa. Sự ảnh hưởng của chất dẫn truyền thần kinh (serotonin, dopamine). Mối liên quan giữa giấc ngủ, vận động, chế độ ăn và tâm trạng.

- Bước 3: Liên hệ với trải nghiệm cá nhân (10–15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh gắn lý thuyết vào trải nghiệm thực tế – tăng tính “ngộ ra” (insight).

+ “Bạn có thấy điều gì hôm nay nói lên điều đã và đang xảy ra trong bạn?”

+ “Có khi nào bạn từng trải nghiệm cảm giác như mô hình lo âu/trầm cảm kia mô tả không?”

+ “Bạn có thấy hành vi né tránh giúp gì trong ngắn hạn? Và có làm bạn cảm thấy tệ hơn về lâu dài không?”

+ Dùng bản đồ, biểu đồ, sơ đồ chuỗi sự kiện nếu có thể để giúp người bệnh nhìn rõ mối liên kết.

- Bước 4: Công cụ thực hành – kỹ năng cơ bản (10–15 phút)

Mục tiêu: Cung cấp chiến lược ban đầu để thân chủ có thể áp dụng, dù đơn giản.

Kỹ năng	Ứng dụng
Thở bụng/chánh niệm	Giảm kích hoạt lo âu
Viết nhật ký suy nghĩ	Nhận diện suy nghĩ méo mó
Thang đo cảm xúc 0–10	Tăng năng lực định danh cảm xúc
Ghi lại chuỗi sự kiện (A-B-C)	Hiểu rõ điều gì dẫn đến cảm xúc/hành vi

Bước 5: Tổng kết – giao nhiệm vụ (5 phút)

Mục tiêu: củng cố hiểu biết, tạo bước chuyển cho buổi sau

+ “Hôm nay bạn ấn tượng nhất điều gì?”, “Có điều gì bạn muốn thử áp dụng tuần này?”, “Chúng ta có thể ghi lại điều vừa học dưới dạng sơ đồ hoặc hình ảnh – bạn muốn giữ bản này chứ?”

+ Gọi ý bài tập về nhà: Ghi lại 3 lần mình cảm thấy lo âu – với thời điểm, tình huống và phản ứng. Quan sát mối liên hệ giữa suy nghĩ – cảm xúc – hành vi trong ngày. Thực hành kỹ năng thở mỗi ngày 2 phút trước giờ ngủ.

VII/ Theo dõi và xử trí tai biến

1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2025, Mục 40, Quyết định số 2532/QĐ-BYT ngày 08 tháng 08 năm 2025 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình về kỹ thuật Tâm thân – Tập 2”

