

ANALYSIS OF DRUG-RELATED PROBLEMS (DRPS) IN THE USE OF ANALGESICS IN CANCER PATIENTS AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thi Hai Yen^{1*}, Nguyen Tu Son², Nguyen Duc Trung¹,
Nguyen Thi Lien Huong², Luong Thi Thanh Huyen¹, Le Huy Thai¹

¹108 Military Central Hospital - 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi University of Pharmacy - 13-15 Le Thanh Tong, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 24/04/2025

Revised: 16/05/2025; Accepted: 11/07/2025

ABSTRACT

Objective: To assess the characteristics of drug-related problems (DRPs) and their causes in pain management for cancer patients at the 108 Military Central Hospital.

Methods: A prospective, cross-sectional study was conducted on 471 hospitalized cancer patients. DRPs were identified using the PCNE classification system version 9.1, through medication record review, patient interviews, and multidisciplinary collaboration.

Results: The proportion of patients with DRPs was 22.1%. Among them, the most common DRP was suboptimal treatment effectiveness (74.1%), mainly due to subtherapeutic dosing (45.9%) and patient non-compliance (45.1%). Statistical analysis showed a significant reduction in moderate and severe pain after 24 hours of treatment ($p < 0.001$).

Conclusion: DRPs in cancer pain management remain common, especially those related to inappropriate dosage selection and patient adherence.

Keywords: DRPs; cancer pain; clinical pharmacist; PCNE; causes of DRPs.

*Corresponding author

Email: yenyen.hup@gmail.com **Phone:** (+84) 976257593 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2876**

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

Nguyễn Thị Hải Yến^{1*}, Nguyễn Tứ Sơn², Nguyễn Đức Trung¹,
Nguyễn Thị Liên Hương², Lương Thị Thanh Huyền¹, Lê Huy Thái¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1 Trần Hưng Đạo, P. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Dược Hà Nội - 13-15 Lê Thánh Tông, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 24/04/2025

Ngày sửa: 16/05/2025; Ngày đăng: 11/07/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm các vấn đề liên quan đến thuốc (DRPs) và nguyên nhân dẫn đến DRPs trong quản lý đau cho bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang trên 471 bệnh nhân ung thư nội trú. DRPs được xác định theo hệ thống phân loại PCNE phiên bản 9.1, thông qua đánh giá hồ sơ thuốc, phỏng vấn bệnh nhân và phối hợp đa ngành.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có DRPs là 22,1%. Trong đó, DRPs về hiệu quả điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (74,1%), chủ yếu do liều thuốc giảm đau không tối ưu (45,9%) và bệnh nhân không tuân thủ điều trị (45,1%). Phân tích thống kê cho thấy mức độ đau trung bình và đau nặng giảm đáng kể sau 24 giờ điều trị ($p < 0,001$).

Kết luận: Các DRPs trong quản lý đau ung thư vẫn còn phổ biến, đặc biệt liên quan đến lựa chọn liều thuốc và hành vi điều trị của bệnh nhân.

Từ khóa: DRPs; đau do ung thư; dược sĩ lâm sàng; PCNE; nguyên nhân DRPs.

1. 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) [1], 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 [2] [3].

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) [4]. 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%) [5]. 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 [6]. 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.

*Tác giả liên hệ

Email: yenyen.hup@gmail.com Điện thoại: (+84) 976257593 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2876>

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. 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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa 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:

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

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:

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

2.3. 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 [1] [6]. 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 [6].

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

Dựa vào hướng dẫn của NCCN [7], thang phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD-11) của IASP [8], 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 [4], 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) [1]. (P2.1)

Nguyên nhân dẫn đến DRPs trong quản lý đau

Dựa trên bảng phân loại PCNE V9.1 [4], 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 [6] [7], 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 [6] [7], 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.

2.4. 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...), với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.5. 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.

KẾT QUẢ

3.1. 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

Tham số	Số lượng	Tỉ lệ (%)
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%).

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	

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 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 ($p = 0,23$).

3.3. 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)	Tỉ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T1	Tỉ 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	

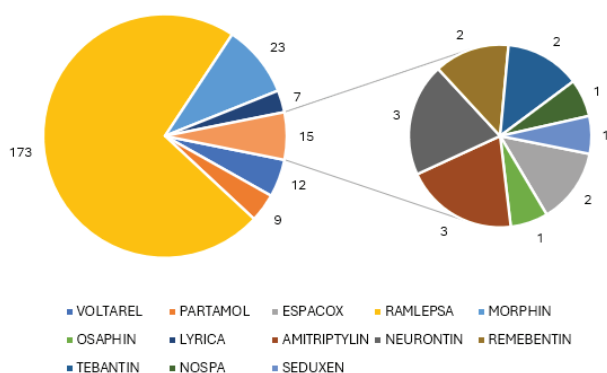
Tiêu chí			
Ảnh hưởng của đau (0-10)	Tỉ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T1	Tỉ lệ bệnh nhân (%) tại thời điểm T2	p – value
Khả năng đi lại			
Không ảnh hưởng - Ảnh hưởng nhẹ (0 – 3)	64,9	55,4	0,0034
Ảnh hưởng trung bình - Ảnh hưởng nặng (≥4)	35,1	44,6	
Giấc ngủ			
Không ảnh hưởng - Ảnh hưởng nhẹ (0 – 3)	57,7	79,4	p < 0.0001
Ảnh hưởng trung bình - Ảnh hưởng nặng (≥4)	42,3	20,6	

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.

3.4. 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.

Lượng sử dụng thuốc giảm đau

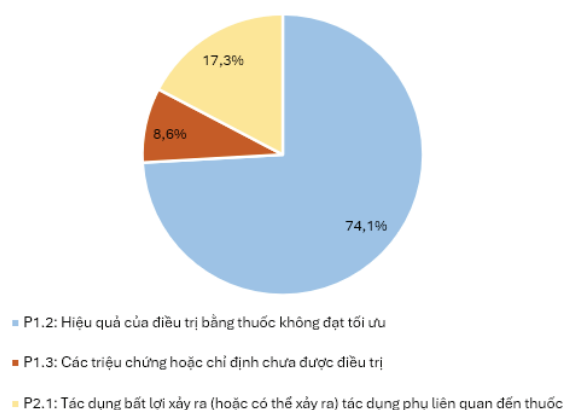


Hình 1. Biểu đồ thể hiện tỉ lệ các loại thuốc giảm đau được sử dụng

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%).

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

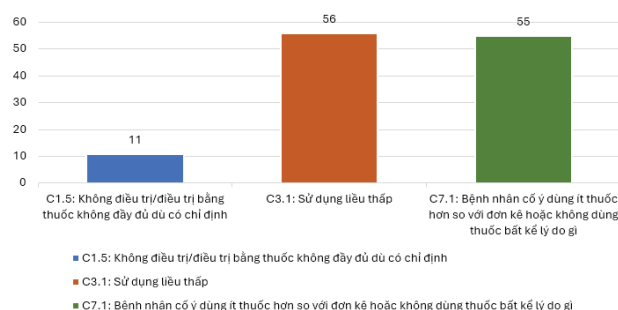
Dựa trên kết quả về đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau tại hai thời điểm, cũng như việc sử dụng thuốc giảm đau trên đối tượng nghiên cứu, nhóm nghiên cứu xác định được 116 DRPs trong thời gian nghiên cứu, chiếm 24,6% tổng số bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, 48,5% trên tổng số lượt dùng thuốc.



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.

3.6. 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.

4. 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%) [5] và tổng quan của Venugopal et al. (2023) [9], 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 [2]. 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%) [5].

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) [5] (12 tháng) và thiếu dữ liệu về yếu tố tâm lý - xã hội (trầm cảm, lo âu) – vốn được Bùi Thanh Loan (2022) [2] 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.

5. 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

- [1] WHO, WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. 2018: p. pp.1-40.
- [2] Bùi Thanh Loan, et al., Khảo sát việc sử dụng thuốc giảm đau và những rào cản trong quản lý đau ung thư trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện K2. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 508(1).
- [3] Reyes-Gibby, C.C., et al., Status of cancer pain in Hanoi, Vietnam: A hospital-wide survey in a tertiary cancer treatment center. J Pain Symptom Manage, 2006. 31(5): p. 431-9.
- [4] DRP, P.C.N.E.P. and C. V9.1, Available online: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf.
- [5] Su, Y.-J., et al., Drug-related problems among hospitalized cancer pain patients: an investigative single-arm intervention trial. Annals of Palliative Medicine, 2020. 10(2): p. 2008-2017.
- [6] Bộ Y tế, Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ. 2022.
- [7] Network, N.C.C., Cancer Pain. 2024: p. pp.
- [8] Treede, R.D., et al., Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain, 2019. 160(1): p. 19-27.
- [9] Venugopal, J., et al., Drug-related problems in cancer patients: A systematic review. J Oncol Pharm Pract, 2024. 30(3): p. 562-571.
- [10] Bruera, E. and J.A. Paice, Cancer pain management: safe and effective use of opioids. Am Soc Clin Oncol Educ Book, 2015: p. e593-9.