

Phân tích các vấn đề liên quan đến thuốc giảm đau trên bệnh nhân sau phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Analysis of analgesic-related drug problems in postoperative patients at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Trung Hà², Lê Thị Mỹ², Phạm Thị Ngân²,
Nguyễn Thị Kim Thanh¹, Phạm Khánh Linh¹
và Nguyễn Tứ Sơn^{1*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội
²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích các vấn đề liên quan đến thuốc giảm đau (DRP) trên bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật tại Khoa Chấn thương và Chỉnh hình tổng hợp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 140 BN phẫu thuật từ 11/02/2025 đến 18/03/2025. Sử dụng thang mức độ đau bằng số (NRS) và phân tích DRP theo PCNE. **Kết quả:** Nam giới chiếm 64%, BN >60 tuổi chiếm 43%. Trong ngày đầu sau mổ, 100% BN được dùng thuốc giảm đau. Paracetamol uống và celecoxib là các thuốc ngoại vi được dùng nhiều nhất. Phác đồ phối hợp 4 thuốc/phương pháp chiếm ưu thế trong ngày đầu (41%). Tỷ lệ đau nặng giảm từ 37% ở ngày 1 xuống 0% ở ngày 5 sau phẫu thuật. Tỷ lệ DRP trung bình trên một bệnh nhân cao nhất vào ngày 1 (1,51 DRPs/BN) và giảm dần còn 0,02 vào ngày 5. Nguyên nhân DRP phổ biến nhất là liều thấp (31%) và tần suất dùng chưa đủ (31%), chủ yếu liên quan đến paracetamol. **Kết luận:** Thực hành giảm đau tại khoa đã giúp giảm mức độ đau theo thời gian nhưng cần tối ưu hóa liều lượng và tần suất sử dụng thuốc để hạn chế các DRP.

Từ khóa: Giảm đau sau phẫu thuật, DRPs, chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Summary

Objective: To analyze drug-related problems (DRPs) associated with analgesic use in postoperative patients in the Department of Trauma and Orthopedics. **Subject and method:** A prospective descriptive study was conducted involving 140 patients who underwent surgery between February 11 and March 18, 2025. Pain intensity was assessed using the Numerical Rating Scale (NRS), and DRPs were analyzed according to the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) classification. **Result:** Males accounted for 64% of the cohort, and patients over 60 years old accounted for 43%. On the first post-operative day, 100% of the patients received analgesics. Oral paracetamol and celecoxib were the most frequently used peripheral analgesics. A combination regimen of 4 drugs was predominant on the first day (41%). The rate of severe pain decreased from 37% on day 1 to 0% on day 5 post-surgery. The average DRP rate was highest on day 1 (1.51 DRPs/patient) and gradually decreased to 0.02 on day 5. The most common causes of DRPs were underdosing (31%) and insufficient dosing frequency (31%), primarily associated with paracetamol. **Conclusion:** Analgesic management in the department was associated with a

Ngày nhận bài: 9/9/2026, ngày chấp nhận đăng: 13/10/2026

* Tác giả liên hệ: sonnt@hup.edu.vn - Trường Đại học Dược Hà Nội

progressive reduction in pain intensity over time. However, optimization of drug dosages and dosing intervals is needed to minimize DRPs and improve postoperative pain management.

Keywords: Postoperative pain, DRPs, orthopedic surgery, 108 Military Central Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật là một tình trạng phổ biến và có ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng chăm sóc bệnh nhân (BN). Nếu không được kiểm soát hiệu quả, đau có thể gây nhiều hậu quả bất lợi như kéo dài thời gian nằm viện, tăng nguy cơ biến chứng, ảnh hưởng đến phục hồi chức năng và làm tăng nguy cơ đau mạn tính^{1,2}. Theo thống kê, có đến 80% BN trải qua đau mức độ vừa đến nặng trong vòng 24 - 48 giờ sau phẫu thuật, trong đó 10 - 50% có nguy cơ tiến triển thành đau mạn tính, đặc biệt ở các phẫu thuật chỉnh hình như thay khớp háng, gối hoặc can thiệp cột sống^{3,4}.

Hiện nay, kiểm soát đau sau phẫu thuật theo nguyên tắc giảm đau đa mô thức được khuyến cáo rộng rãi nhằm tối ưu hiệu quả điều trị và hạn chế tác dụng không mong muốn⁵. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc giảm đau trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều khác biệt giữa các cơ sở điều trị, đặc biệt trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình, nơi kiểm soát đau tốt có vai trò quan trọng đối với phục hồi vận động và giảm thời gian nằm viện. Các phân tích về dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật có gắn với phân tích DRP còn hạn chế ở Việt Nam. Khảo sát ban đầu ở một bệnh viện cũng cho thấy bệnh nhân chưa được giảm đau đầy đủ sau phẫu thuật và cần cải thiện về sử dụng thuốc¹².

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là một trong những trung tâm ngoại khoa lớn của cả nước với số lượng lớn BN chấn thương chỉnh hình. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu hệ thống đánh giá thực trạng sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật tại khoa Chấn thương và Chỉnh hình tổng hợp. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích các vấn đề liên quan đến thuốc nhằm đề xuất biện pháp tối ưu hóa hiệu quả giảm đau trên BN sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

BN sau phẫu thuật, điều trị tại Khoa Chấn thương và Chỉnh hình tổng hợp (B1A) - Viện Chấn thương - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ ngày 11/02/2025 đến ngày 18/03/2025.

Nghiên cứu lựa chọn BN đồng ý tham gia nghiên cứu và loại trừ BN không thể trả lời đầy đủ các câu hỏi của nghiên cứu, có thể do: Trạng thái thần kinh, tâm thần không ổn định, khiếm khuyết về các giác quan nghe, nhìn, phát âm, không có khả năng hiểu ý nghĩa của thang đánh giá đau NRS; Bệnh nhân chuyển viện trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu theo dõi dọc thời gian từ khi BN nhập viện được chỉ định phẫu thuật tới khi BN ngừng sử dụng thuốc giảm đau; đến khi BN xuất viện hoặc BN từ chối tiếp tục trả lời phỏng vấn.

Lấy mẫu toàn bộ. Tổng cộng có 140 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu: Thu thập dữ liệu vào biểu mẫu thu thập dữ liệu dựa trên bệnh án giấy, bệnh án điện tử, phần mềm quản lý bệnh viện, phỏng vấn trực tiếp BN. Nghiên cứu viên gặp bệnh nhân 1 lần/24 giờ sau mổ và hỏi bảng hỏi tự điền điểm đau NRS.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Tuổi, giới, chỉ định phẫu thuật, loại phẫu thuật, phương pháp vô cảm.

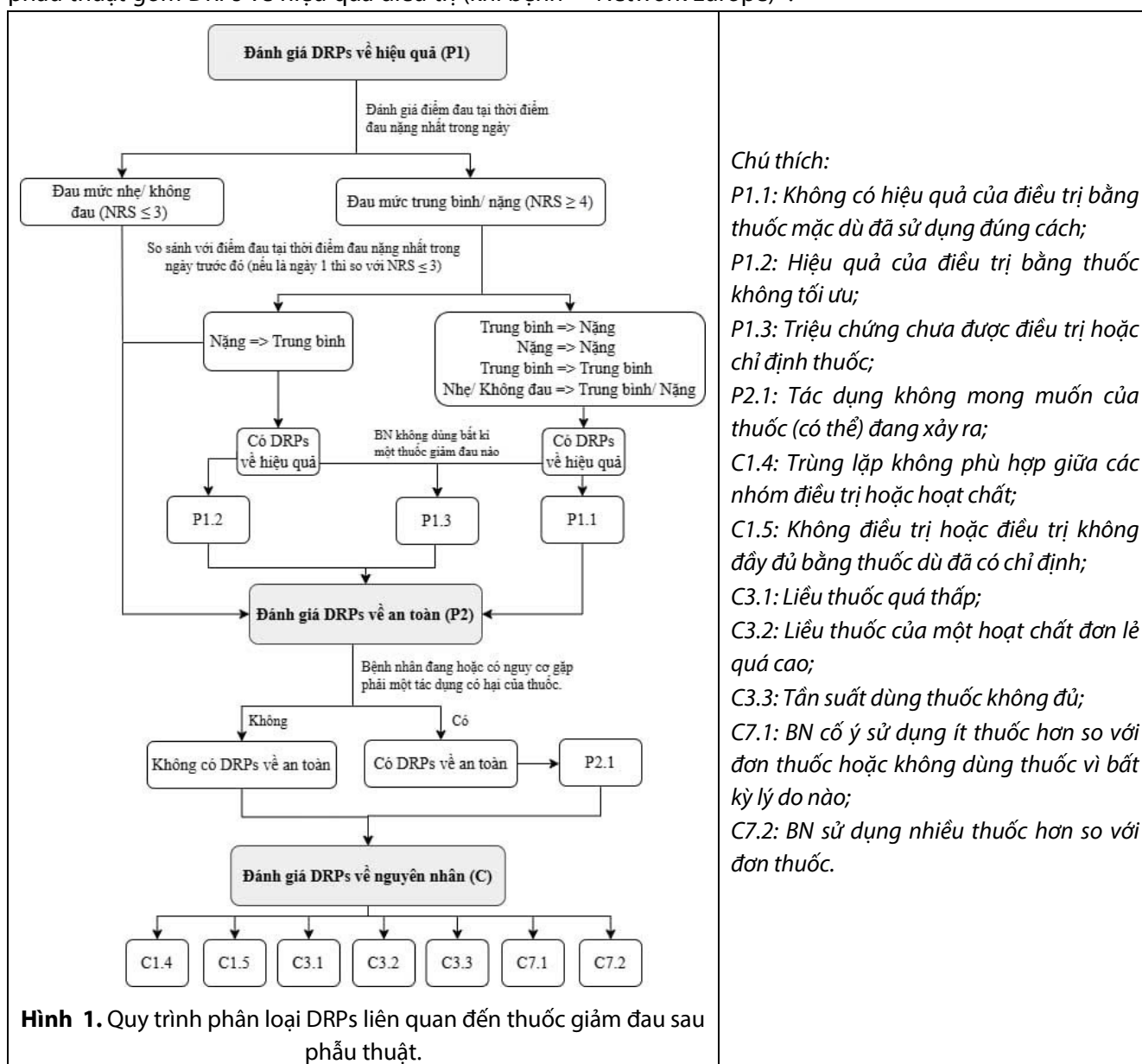
Đặc điểm về thuốc giảm đau sau phẫu thuật: Danh mục thuốc giảm đau sử dụng sau phẫu thuật, khoảng liều thấp nhất - cao nhất, đường dùng của các thuốc giảm đau theo ngày, tổng số ngày dùng thuốc giảm đau, các biện pháp phối hợp thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

Đặc điểm về hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật: Điểm đau được đánh giá theo thang số (NRS) hàng ngày trong 5 ngày liên tiếp ở 3 mức “BN cảm thấy đau nặng nhất trong ngày”, “đau nhẹ nhất trong ngày” và “tại thời điểm khảo sát”. Tại mỗi thời điểm, bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau theo thang NRS. Điểm đau được phân loại theo mức độ đau tương ứng gồm: “NRS < 4 = đau nhẹ”; “ $6 \geq \text{NRS} \geq 4$ = đau trung bình”; “NRS ≥ 7 = đau nặng”; và điểm đau trung bình theo từng ngày điều trị.

Đặc điểm về các vấn đề liên quan đến thuốc (DRPs) trong quá trình sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật gồm DRPs về hiệu quả điều trị (khi bệnh

nhân báo mức đau nặng nhất trong ngày từ mức trung bình trở lên), các DRPs về an toàn điều trị (gặp biến cố bất lợi) và các DRPs về nguyên nhân. Trong đó, DRP về liều lượng được so sánh với liều thuốc giảm đau khuyến cáo với từng bệnh nhân tính theo cân nặng với bệnh nhân nhi hoặc cân nặng thấp trong Dược thư Quốc gia Việt Nam cho chuyên luận tương ứng¹¹.

Quy ước nghiên cứu: quy trình xác định các DRP (Hình 1): Việc xác định và phân loại các vấn đề liên quan đến thuốc (DRPs) được thực hiện dựa trên hệ thống phân loại PCNE (Pharmaceutical Care Network Europe)⁶.



Hình 1. Quy trình phân loại DRPs liên quan đến thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và quản lý bằng Microsoft Excel 2019. Phương pháp thống kê mô tả được áp dụng để biểu diễn kết quả, các biến phân hạng được biểu diễn bằng tỷ lệ %, biến liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình, trung vị.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thu được 140 BN, trong đó có 64% BN nam và 36% BN nữ với tỷ lệ nam/ nữ = 1,8. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 50,65 tuổi, thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, số lượng BN trên 60 tuổi chiếm 43%. BN chủ yếu được tiến hành 6 nhóm chỉ định phẫu thuật bao gồm: Phẫu thuật kết hợp xương (46,4%), phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương, phẫu thuật cắt cụt chi, phẫu thuật

vết thương phần mềm đơn giản, phẫu thuật cắt u nang bao hoạt dịch và phẫu thuật chích rạch ổ máu tụ/ổ áp xe. Hầu hết BN được mổ phàn.

3.2. Tình hình sử dụng thuốc giảm đau và hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật tại khoa

Tình hình sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật

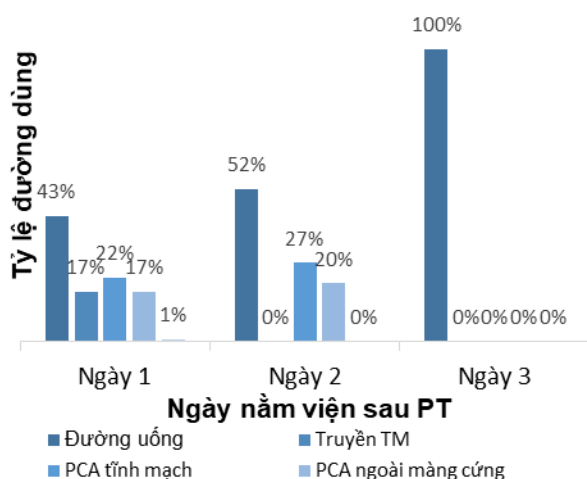
Danh mục thuốc và phương pháp giảm đau sau phẫu thuật được sử dụng tại khoa rất đa dạng. Đa số BN tại khoa đều được sử dụng thuốc giảm đau trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Tỷ lệ số BN không dùng thuốc tăng dần qua các ngày sau phẫu thuật. Trong đó, paracetamol đường uống là thuốc giảm đau được sử dụng phổ biến nhất, tiếp theo là celecoxib đường uống (Bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ % các thuốc giảm đau sử dụng tại khoa (N=140)

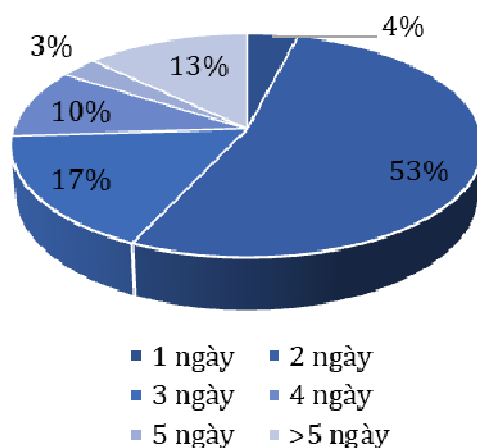
Thuốc sử dụng	Ngày 1		Ngày 2		Ngày 3		Ngày 4		Ngày 5	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nhóm thuốc giảm đau trung ương										
Fentanyl (PCA tĩnh mạch)	71	50	69	49	0	0	0	0	0	0
Fentanyl (PCA ngoài màng cứng)	35	25	35	25	0	0	0	0	0	0
Nefopam	27	19	26	19	0	0	0	0	0	0
Nhóm thuốc giảm đau ngoại vi										
Celecoxib	109	78	106	76	43	31	25	18	15	11
Etoricoxib	16	11	16	11	9	6	5	4	2	1
Paracetamol (Uống)	126	90	119	85	53	38	32	23	18	13
Paracetamol (Truyền TM)	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Diclofenac	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Nhóm thuốc giảm đau kết hợp										
Tramadol + Paracetamol	4	3	4	3	1	1	0	0	0	0
Nhóm thuốc hỗ trợ giảm đau										
Pregabalin	103	74	98	70	41	29	22	16	13	9
Nhóm thuốc gây tê										
Bupivacaine (PCA ngoài màng cứng)	55	39	52	37	0	0	0	0	0	0
Không dùng thuốc	0	0	6	4	82	59	105	75	119	85

Chú thích: Truyền TM: truyền tĩnh mạch; Gây tê NMC: gây tê ngoài màng cứng; SL: Số lượng

Đường uống là đường dùng chiếm ưu thế nhất. Các đường dùng khác như đường truyền tĩnh mạch, giảm đau BN tự kiểm soát (90% BN được sử dụng hệ thống giảm đau do BN tự kiểm soát - PCA với fentanyl) và giảm đau ngoài màng cứng chủ yếu được sử dụng trong 1-2 ngày đầu, sau đó ngừng hoàn toàn và chuyển sang duy trì các thuốc giảm đau đường uống (Hình 2). Tổng số ngày dùng thuốc giảm đau của bệnh nhân chủ yếu là 2 hoặc 3 ngày (Hình 3).



Hình 2. Đặc điểm sử dụng thuốc của BN theo đường dùng

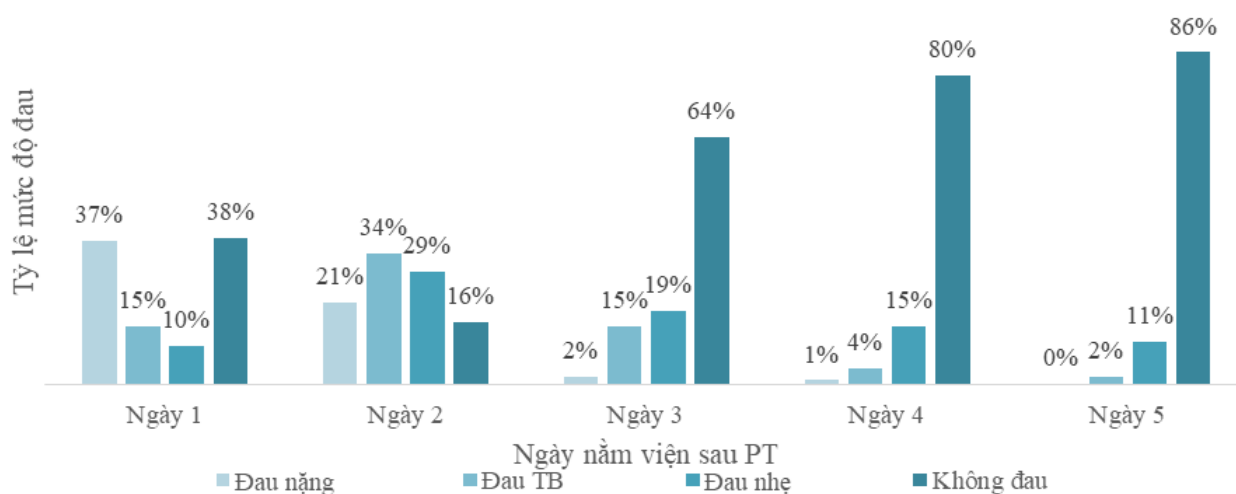


Hình 3. Tổng số ngày dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật

Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào dùng quá liều tối đa cho phép. Đa số BN được áp dụng phác đồ phối hợp nhiều thuốc/phương pháp giảm đau trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Trong đó, phác đồ phối hợp 4 loại thuốc/phương pháp là phổ biến nhất (41% ngày đầu tiên).

3.3. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật

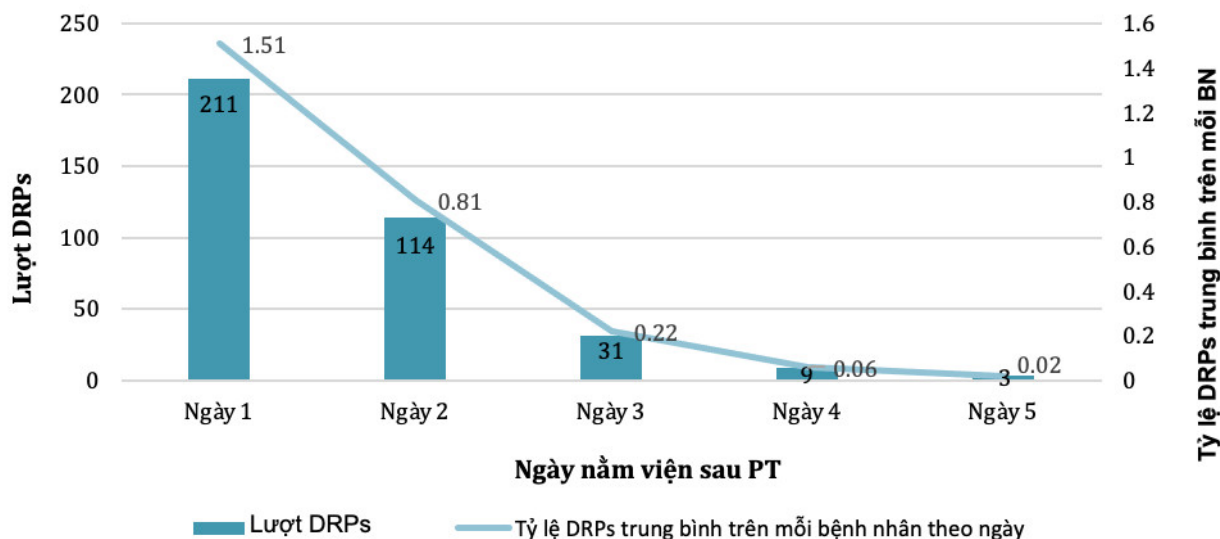
Mức độ đau nặng nhất trong ngày đều có xu hướng giảm dần theo thời gian hậu phẫu từ 37% (ngày 1) còn 0% (ngày 5). Điểm đau nặng nhất trung bình là 4,30 ($\pm 3,97$) giảm còn 0,39 ($\pm 1,04$) ở ngày thứ 5 (Hình 4).



Hình 4. Tỷ lệ % phân bố các mức độ đau (đau nặng nhất) trong ngày sau phẫu thuật của BN

3.4. Các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật tại khoa

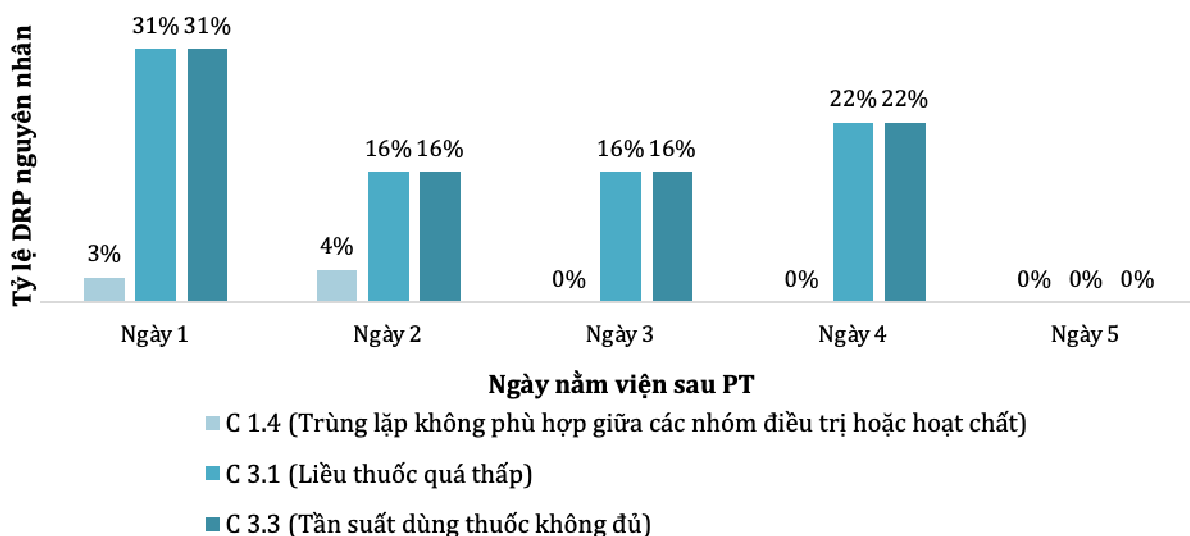
Tổng số lượt DRP và tỷ lệ DRP trung bình trên mỗi BN giảm dần theo từng ngày sau phẫu thuật từ 211 lượt DRP (tương ứng 1,51 DRP/ BN) ở ngày 1 xuống còn 3 lượt DRP (tương ứng 0,02 DRP/ BN) ở ngày thứ 5 (Hình 5).



Hình 5. Số lượt DRP và tỷ lệ DRP trung bình trên mỗi BN theo ngày điều trị sau phẫu thuật (n=140)

Trong đó, các vấn đề liên quan đến hiệu quả điều trị chiếm tỷ lệ cao vào ngày đầu tiên. Hai phân loại DRP phổ biến nhất là “không có hiệu quả điều trị” và “hiệu quả điều trị không tối ưu” đều giảm dần theo thời gian. Không ghi nhận trường hợp nào có tác dụng không mong muốn của thuốc trong suốt quá trình theo dõi.

Nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến DRPs là “liều thuốc thấp” (31%) và “tần suất dùng thuốc không đủ” (31%), chiếm tỷ lệ cao nhất trong hai ngày đầu và duy trì ở mức đáng kể trong các ngày tiếp theo. Các nguyên nhân khác như “trùng lặp không phù hợp giữa các thuốc” chỉ chiếm tỷ lệ thấp trong những ngày đầu và không còn xuất hiện từ ngày thứ ba (Hình 6).



Hình 6. Phân bố các DRPs theo phân loại nguyên nhân

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 140 bệnh nhân sau phẫu thuật mô tả đầy đủ về việc sử dụng thuốc giảm đau, phân tích các vấn đề liên quan đến thuốc giảm đau và hiệu quả giảm đau trên bệnh nhân sau phẫu thuật. Theo hiểu biết của nhóm nghiên cứu, đây là một nghiên cứu đầu tiên chỉ ra các DRP trong dùng thuốc giảm đau có gắn với việc sử dụng thuốc và hiệu quả giảm đau. Kết quả này chỉ ra thực trạng và phục vụ trực tiếp cho việc can thiệp nâng cao hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân sau này.

4.1. Về đặc điểm chung của BN và phẫu thuật

Mẫu nghiên cứu ghi nhận nhóm BN có độ tuổi đa dạng từ 10 đến 95 tuổi, trong đó nhóm người cao tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ lớn nhất (43%). Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với 64%, cao gấp 1,8 lần so với nữ giới. Tuổi tác và giới tính cũng là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến cảm nhận đau và nhu cầu sử dụng thuốc. Các nghiên cứu chỉ ra rằng BN cao tuổi thường có điểm đau thấp hơn và nhu cầu tiêu thụ thuốc giảm đau (morphin) ít hơn so với BN trẻ tuổi^{7,8}. Trong khi nam giới lại thường cần liều lượng cao hơn nữ giới từ 23% đến 43%⁹. Đáng chú ý, có tới 93% trường hợp là phẫu thuật phiên, điều này phản ánh tính chủ động trong công tác tổ chức và chuẩn bị phẫu thuật tại khoa, cho phép tối ưu hóa phác đồ và triển khai các quy trình giảm đau tiên tiến như chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, mức độ đau không phân tích theo riêng độ tuổi và giới tính hoặc loại phẫu thuật. Tuy nhiên, khi phân tích DRP của dùng thuốc giảm đau đã thực hiện trên từng cá thể bệnh nhân theo từng ngày dùng thuốc. Do đó các kết quả DRP đã thể hiện được theo các đặc điểm của bệnh nhân như các DRP về hiệu quả, liều lượng và tần suất dùng thuốc.

4.2. Về tình hình sử dụng thuốc giảm đau và hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật

Danh mục các thuốc giảm đau được sử dụng tại khoa thể hiện sự đa dạng về nhóm dược lý và cơ chế tác dụng, bao gồm nhóm giảm đau trung ương mạnh (fentanyl, nefopam), nhóm ngoại vi

(paracetamol, NSAIDs chọn lọc COX-2 như celecoxib, etoricoxib) và các thuốc hỗ trợ (pregabalin). Việc lựa chọn các hoạt chất này được đánh giá là phù hợp với các hướng dẫn điều trị đau sau phẫu thuật của châu Âu, Hoa Kỳ^{1, 10} và chỉ định trong Dược thư Quốc gia Việt Nam¹¹. Trong đó, paracetamol và celecoxib đường uống là hai loại thuốc được ưu tiên sử dụng nhiều nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 90% và 78% trong ngày đầu sau mổ. Đa số BN được áp dụng phác đồ phối hợp nhiều thuốc/phương pháp giảm đau trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Tỷ lệ phối hợp 4 thuốc/kỹ thuật chiếm ưu thế trong ngày đầu (41%). Việc phối hợp các thuốc/biện pháp này phù hợp với nguyên tắc giảm đau đa phương thức (multimodal analgesia) - một chiến lược được khuyến cáo mạnh mẽ trong các hướng dẫn về kiểm soát đau hậu phẫu của Hội Gây mê Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologists - ASA) và Hiệp hội Đau Hoa Kỳ (American Pain Society - APS)¹. Phối hợp nhiều thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau không chỉ giúp tăng hiệu quả kiểm soát đau, mà còn giảm nhu cầu sử dụng opioid, từ đó hạn chế các tác dụng không mong muốn liên quan đến opioid như buồn nôn, nôn, táo bón, an thần quá mức và suy hô hấp. Về đường dùng, nghiên cứu ghi nhận sự chuyển đổi kịp thời từ đường tĩnh mạch sang đường uống, đạt 100% BN dùng đường uống từ ngày thứ 3. Lựa chọn này hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội Đau Hoa Kỳ (APS) nhằm tăng tính linh hoạt và giảm các biến chứng liên quan đến đường tiêm truyền. Không ghi nhận trường hợp nào sử dụng quá liều tối đa cho phép¹.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả kiểm soát đau sau phẫu thuật được cải thiện rõ rệt theo thời gian. Tỷ lệ BN đau nặng tại thời điểm đau nhiều nhất trong ngày giảm từ 37% ở ngày đầu xuống 2% ở ngày thứ 3 và không còn ghi nhận từ ngày thứ 5; điểm đau trung bình cũng giảm từ $4,30 \pm 3,97$ xuống $0,39 \pm 1,04$. Đồng thời, tỷ lệ BN không đau tăng dần qua các ngày hậu phẫu, đạt 97% vào ngày thứ 5 tại thời điểm đau nhẹ nhất trong ngày. Kết quả này cho thấy chiến lược giảm đau đa mô thức đang được áp dụng tại khoa mang lại hiệu quả khá, góp phần kiểm soát đau, hỗ trợ phục hồi chức năng và

nâng cao chất lượng điều trị sau phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều BN xuất hiện đau mức trung bình hoặc nặng tại một số thời điểm, cho thấy cần tiếp tục tối ưu hóa các phác đồ giảm đau cá thể hóa.

4.3. Về xác định các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu ghi nhận xu hướng giảm dần rõ rệt về số lượt và tỷ lệ DRPs trung bình trên mỗi BN theo thời gian hậu phẫu. Cụ thể, tỷ lệ DRPs đạt đỉnh vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật với 211 lượt, tương ứng trung bình 1,51 DRPs/BN. Đây là giai đoạn BN cần kiểm soát đau tích cực nhất với phác đồ phối hợp đa dạng thuốc và kỹ thuật hiện đại như PCA hay giảm đau ngoài màng cứng. Việc phối hợp nhiều loại thuốc và kỹ thuật trong thời điểm này dễ làm tăng nguy cơ gặp phải các vấn đề liên quan đến thuốc như liều không hợp lý, tương tác, sai sót thời gian dùng, hoặc chỉ định không phù hợp với tình trạng lâm sàng cụ thể. Từ ngày thứ hai trở đi, số lượt và tỷ lệ DRPs giảm mạnh khi tình trạng lâm sàng của BN ổn định và phác đồ điều trị được đơn giản hóa (ưu tiên đường uống, giảm số lượng thuốc). Số liệu thực tế cho thấy tỷ lệ này giảm từ 0,81 DRPs/BN (ngày 2) xuống còn 0,22 (ngày 3), 0,06 (ngày 4) và chỉ còn 0,02 vào ngày thứ năm. Kết quả này phản ánh sự đơn giản hóa trong điều trị, sự cải thiện về mức độ đau và sự ổn định hơn trong chăm sóc hậu phẫu, qua đó góp phần làm giảm nguy cơ phát sinh các sai sót liên quan đến thuốc.

Trong đó, các vấn đề liên quan đến hiệu quả điều trị chiếm tỷ lệ đặc biệt cao vào ngày đầu tiên. Hai loại DRP phổ biến nhất là không có hiệu quả điều trị mặc dù đã sử dụng thuốc đúng cách (thường gặp trong các BN vẫn còn đau trung bình hoặc nặng, thậm chí tăng mức độ đau sau khi dùng thuốc) và hiệu quả điều trị không tối ưu (thường gặp ở các BN từ đau nặng giảm xuống trung bình nhưng không đạt mức nhẹ hoặc không đau) đều giảm dần theo thời gian sau phẫu thuật, phù hợp với diễn biến lâm sàng của BN khi quá trình phục hồi tiến triển, nhu cầu giảm đau giảm dần và đáp ứng với điều trị thường được cải thiện. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả chỉ ra từ một nghiên cứu trên cùng đối tượng bệnh nhân chấn thương chỉnh

hình ở Việt Nam. Theo đó, tỷ lệ lớn bệnh nhân vẫn đau mức trung bình đến nặng ở 24-48 giờ đầu sau phẫu thuật [12]. Điều này cũng cho thấy mức độ ưu tiên giảm đau cần được tập trung ở những ngày đầu tiên sau mổ.

Nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến DRPs là liều thuốc quá thấp. DRP này được xác định khi thuốc được dùng cho bệnh nhân không phù hợp với mức liều khuyến cáo trong khi bệnh nhân vẫn đau ở mức trung bình đến nặng. Đa số gặp ở các BN được kê đơn paracetamol 500 mg với liều 1 viên mỗi 12 giờ, 1000mg/ngày. Mức liều này không đáp ứng đủ liều khuyến cáo trong điều trị đau sau phẫu thuật: 500 - 1000mg mỗi 6 giờ tùy mức độ đau và cân nặng tương đương tổng liều tối đa 4000mg/ngày^{1, 10, 11}. Mức liều thấp cũng ghi nhận ở khảo sát trên nhóm bệnh nhân sau mổ thực hiện tại Việt Nam¹². Nguyên nhân khác của DRP được ghi nhận phổ biến là tần suất dùng thuốc không đủ khi dùng thuốc giảm đau chưa đảm bảo số lần để duy trì mức giảm đau thường xuyên. Các nguyên nhân khác như trùng lặp không phù hợp giữa các thuốc chỉ chiếm tỷ lệ thấp trong những ngày đầu và không còn xuất hiện từ ngày thứ ba. Như vậy, tối ưu hóa liều dùng theo mức độ đau cũng cần được xem xét ưu tiên trong các can thiệp sau này ở bệnh viện.

Nghiên cứu này là một trong các nghiên cứu đầu tiên gắn mức độ đau sau phẫu thuật với các lý do liên quan đến dùng thuốc giảm đau. Do đó, nghiên cứu khó tránh khỏi một số hạn chế về thiết kế và phân tích DRP. Thứ nhất, việc nghiên cứu tại một đơn vị với cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi khoảng 6 tuần chưa đủ tính khái quát cho toàn bệnh viện 108 về thực trạng dùng thuốc giảm đau. Thứ hai, nghiên cứu cũng chưa phân tích được chi tiết mức độ đau với từng nhóm đối tượng như nhóm tuổi khác nhau, mức độ phức tạp của phẫu thuật, dẫn đến chưa chỉ ra được nhóm bệnh nhân ưu tiên cho can thiệp sau này. Tuy nhiên đây cũng là nghiên cứu chỉ ra được các vấn đề về dùng thuốc giảm đau trên từng cá thể để xác định ra vấn đề chung của bệnh viện. Nghiên cứu từ đó đã chỉ ra các vấn đề để can thiệp như liều dùng, khoảng cách liều của thuốc giảm đau cần được đánh giá và điều chỉnh sớm nhằm tăng hiệu quả giảm đau.

V. KẾT LUẬN

Thực hành sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật tại khoa Chấn thương và Chỉnh hình tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tương đối đa dạng, tuân thủ nguyên tắc giảm đau đa mô thức và giúp giảm mức độ đau của bệnh nhân sau 5 ngày điều trị. Tuy nhiên, các vấn đề liên quan đến thuốc vẫn được ghi nhận, chủ yếu liên quan đến liều dùng và tần suất sử dụng thuốc giảm đau, đặc biệt là paracetamol. Việc tăng cường đánh giá đau thường quy, cá thể hóa điều trị và rà soát đơn thuốc bởi dược sĩ lâm sàng có thể góp phần nâng cao hiệu quả và tính an toàn trong kiểm soát đau sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM et al (2016) Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*, 17(2): 131-157.
2. Wu CL, Raja SN (2011) Treatment of acute postoperative pain. *Lancet* 377(9784): 2215-2225.
3. Kehlet H, Dahl JB (2003) Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*, 362(9399): 1921-1928.
4. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B et al (2019) The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* 160(1): 45-52.
5. Joshi GP, Kehlet H (2017) Guidelines for perioperative pain management: need for re-evaluation. *Br J Anaesth* 119(4): 703-706.
6. Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2020) PCNE Classification for Drug Related Problems V9.1.
7. Sechzer PH (1971) Studies in pain with the analgesic-demand system. *Anesthesia and analgesia* 50(1): 1-10.
8. McNicol ED, Ferguson MC, Hudcova J (2015) Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6).
9. Chia YY, Chow LH, Hung CC, Liu K et al (2002) Gender and pain upon movement are associated with the requirements for postoperative patient-controlled iv analgesia: A prospective survey of 2,298 Chinese patients. *Can J Anaesth* 49(3): 249-255.
10. Jose de Andrés, Patrick Nachi (2017) Postoperative Pain Management - Good Clinical Practice, European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, Heidelberg.
11. Bộ Y tế (2018) Dược thư quốc gia Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. Nguyễn Tứ Sơn và cộng sự (2023) Phân tích tình hình sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân phẫu thuật tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Xanh Pôn. *Y học Việt Nam*, 526.