

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Bùi Tùng Hiệp¹, Trần Thu Nhi², Trần Công Luận²
Bùi Đặng Lan Hương³, Nguyễn Hữu Bền⁴, Hoàng Văn Tuấn⁵

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả hồi cứu về thực trạng sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật 217 bệnh nhân, tại Bệnh viện Thống Nhất (thành phố Hồ Chí Minh), từ 01/01/2021 đến 01/3/2021.

Kết quả: Có 95,85% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau bậc 1; 43,78% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau bậc 2 và 40,01% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau bậc 3; 90,03% bệnh nhân điều trị kết hợp 2 thuốc giảm đau; 9,68% bệnh nhân chỉ sử dụng 1 thuốc giảm đau trong điều trị. Về đường dùng: 50,23% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau tác dụng toàn thân; 19,81% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau tác dụng vùng/tại chỗ; 29,95% bệnh nhân sử dụng kết hợp thuốc giảm đau toàn thân và thuốc giảm đau vùng/tại chỗ. Lượng thuốc giảm đau sử dụng ngày thứ 2 sau mổ ít hơn ngày thứ nhất có ý nghĩa thống kê. Hàm lượng tiêu thụ các thuốc giảm đau luôn trong giới hạn khuyến cáo.

Từ khóa: Thực trạng, sử dụng thuốc, giảm đau sau phẫu thuật.

ABSTRACT: Retrospective descriptive study on the use of analgesics after surgery in 217 patients, at Thong Nhat Hospital (Ho Chi Minh City), from January 1st, 2021 to March 1st, 2021.

Results: 95.85% of patients used first level analgesic; 43.78% of patients used second level analgesics and 40.01% of patients used third level analgesics; 90.03% of patients treated with a combination of two analgesics; 9.68% of patients used only one pain reliever in treatment. In terms of route of administration: 50.23% of patients used systemic analgesics; 19.81% of patients used local/regional analgesia; 29.95% of patients used a combination of systemic analgesia and local/regional analgesia. The amount of pain medication used on the second day after surgery was less than the first day, which was statistically significant. Consumption of pain relievers was within recommended limits.

Keywords: Reality, drug use, analgesia after surgery.

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đặng Lan Hương, Email: bsthaihuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/10/2022; mời phản biện khoa học: 11/2022; chấp nhận đăng: 15/12/2022.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đau sau mổ là phản ứng bệnh lý phức tạp do nhiều nguyên nhân khác nhau (tổn thương mô, tổn thương do bệnh lý...). Mức độ đau sau mổ phụ thuộc vào tính chất và mức độ phẫu thuật, phương pháp vô cảm, tâm sinh lý của người bệnh. Do vậy, đau sau mổ là một trong những than phiền chính của bệnh nhân (BN), là nỗi ám ảnh của người bệnh và thầy thuốc sau khi tiến hành các thủ thuật, phẫu thuật. Đây cũng là mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ gây mê - hồi sức và các bác sĩ ngoại khoa. Đau sau mổ ảnh hưởng rất lớn tới kết quả hồi phục sức khỏe và tâm lý của người bệnh, làm cho BN lo ngại khi chấp nhận một cuộc phẫu thuật [1]. Có nhiều phương pháp giảm đau sau mổ, như sử dụng thuốc giảm đau thông thường hay chuyên biệt, gây tê vùng, gây tê thần kinh, giảm đau bằng làm lạnh, liệu pháp tâm lý...

Việc lựa chọn phương pháp giảm đau giữ vai trò hết sức quan trọng, giúp người bệnh an tâm điều trị, tránh stress sau phẫu thuật. Hiện nay, ở Việt Nam, phương pháp giảm đau sau mổ chủ yếu là dùng thuốc, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về thực trạng sử dụng thuốc giảm đau.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát thực trạng sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

217 BN có chỉ định, được can thiệp phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức và điều trị sau phẫu thuật (có dùng thuốc giảm đau) tại các khoa ngoại, Bệnh viện Thống Nhất (Thành phố Hồ Chí Minh), từ ngày 01/01/2021 đến 01/3/2021.

Loại trừ các BN không đủ thông tin nghiên cứu; BN mắc các bệnh thần kinh - tâm thần; BN có tiền sử nghiện hoặc phụ thuộc opioid; BN có tai biến,

¹ Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

² Trường Đại học Tây Đô

³ Bệnh viện Từ Dũ

⁴ Học viện Quân y

⁵ Bệnh viện Quân y 175

biến chứng gây mê hoặc phẫu thuật; BN không tuân thủ chỉ định điều trị giảm đau; BN chuyển tuyến hoặc không điều trị hết đợt thuốc giảm đau theo chỉ định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.

- Phương pháp tiến hành nghiên cứu: căn cứ phần mềm quản lí sử dụng thuốc của Khoa Dược, lập danh sách các BN đã được kê đơn sử dụng thuốc giảm đau sau mổ và các thuốc kèm theo. Trên cơ sở đó, thu thập các bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp theo danh sách và lựa chọn vào nghiên cứu các BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Loại thuốc: phân loại thuốc giảm đau (bậc 1, bậc 2, bậc 3) và các thuốc phối hợp (Gabapentine, Ketamin, Lidocain...) theo WHO [3].

+ Phác đồ sử dụng thuốc giảm đau.

+ Đường dùng thuốc.

+ Hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau tích lũy trong 2 ngày đầu sau mổ.

- Vấn đề đạo đức: đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện thông qua. Mọi số liệu bảo đảm trung thực, chính xác; thông tin về người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Các thuốc giảm đau sử dụng sau phẫu thuật (n = 217).

Loại thuốc giảm đau		Số BN	Tỉ lệ %
Gabapentin		5	2,30
Ketamin		21	9,67
Lidocain		2	0,92
Giảm đau bậc 1	Paracetamol	135	62,21
	Nefopam	32	14,75
	Ibuprofen	4	1,84
	Ketoprofen	37	17,05
Giảm đau bậc 2	Tramadol	95	43,78
Giảm đau bậc 3	Morphin	37	17,05
	Fentanyl	52	23,96

Sau phẫu thuật, có 208 BN (95,85%) dùng các thuốc giảm đau bậc 1, trong đó, đa số sử dụng Paracetamol (62,21%), tiếp đến là Ketoprofen (17,05%) và Nefopam (14,75%), ít dùng nhất là Ibuprofen (1,84%); có 95 BN (43,78%) dùng các

thuốc giảm đau bậc 2 (tất cả đều sử dụng Tramadol); 89 BN phải dùng thuốc giảm đau bậc 3 sau phẫu thuật, trong đó có 17,05% BN sử dụng Morphin và 23,96% BN sử dụng Fentanyl. Số BN phải dùng phối hợp Gabapentin, Ketamin và Lidocain lần lượt là 2,30%, 9,67% và 0,92%.

Bảng 2. Phác đồ phối hợp thuốc giảm đau sau phẫu thuật (n = 217).

Phác đồ phối hợp	Số BN	Tỉ lệ %
1 thuốc	21	9,68
Phối hợp 2 thuốc giảm đau bậc 1	12	5,53
Phối hợp thuốc giảm đau bậc 1 và bậc 2	95	43,78
Phối hợp thuốc giảm đau bậc 1 và bậc 3	89	41,01

Đa số BN điều trị phối hợp hai thuốc giảm đau (90,03%), chỉ có 9,68% BN điều trị duy nhất 1 thuốc giảm đau.

Bảng 3. Phân bố theo đường dùng thuốc giảm đau (n = 217).

Đường dùng		Số BN	Tỉ lệ %
Đường uống		9	4,15
Tiêm tĩnh mạch ngắt quãng		24	11,06
Truyền tĩnh mạch liên tục		42	19,35
Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da		34	15,67
Giảm đau vùng	Gây tê ngoài màng cứng	15	6,91
	Gây tê tủy sống	13	5,99
	Tiêm thấm vết mổ	15	6,91
Kết hợp	Gây tê ngoài màng cứng + đường uống/tiêm	28	12,90
	Gây tê tủy sống + đường uống/ tiêm	9	4,15
	Tiêm thấm vết mổ + đường uống	15	6,91
	Gây tê tủy sống + tiêm thấm vết mổ	13	5,99

Có 70,05% BN dùng thuốc giảm đau theo 1 đường vào; trong đó, 50,23% BN sử dụng thuốc giảm đau tác dụng toàn thân (theo đường uống, đường tiêm tĩnh mạch ngắt quãng, truyền tĩnh mạch liên tục và tiêm bắp hoặc tiêm dưới da), 19,81% BN sử dụng thuốc giảm đau tác dụng vùng/tại chỗ (gây tê ngoài màng cứng, gây tê tủy sống và tiêm thấm vết mổ). 29,95% BN sử dụng kết hợp giảm đau toàn thân và giảm đau vùng (phối hợp gây tê ngoài màng cứng và đường uống/tiêm; gây tê tủy sống và đường uống/tiêm; tiêm thấm vết mổ và đường uống; gây tê tủy sống và tiêm thấm vết mổ).

Bảng 4. Hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau cộng dồn sau phẫu thuật.

Thuốc	± SD			
	Sau 6 giờ	Sau 12 giờ	Sau 24 giờ	Sau 48 giờ
Paracetamol (mg)	1.096 ± 352	2.051 ± 534	3.957 ± 976,5	7.512 ± 1.630,3
Nefopam (mg)	19,4 ± 2,56	38,1 ± 4,01	74,3 ± 7,86	142 ± 14,9
Ibuprofen (mg)	519 ± 85,6	1.124 ± 163,1	2.172,1 ± 301,1	4.035 ± 583,2
Ketoprofen (mg)	2.610,5 ± 210	5.081 ± 403,5	9.937 ± 795,6	18.720 ± 1.421,3
Tramadol (mg)	153,5 ± 11,8	293,4 ± 20,1	416,2 ± 39,9	801,2 ± 76,2
Morphin (mg)	10,4 ± 1,8	19,7 ± 3,2	33,9 ± 5,3	61,6 ± 9,9
Fentanyl (mcg)	227,5 ± 52,5	412,5 ± 77,5	755 ± 132	1.377,5 ± 220

Hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau cộng dồn sau phẫu thuật đều trong giới hạn . M một số BN có đau nhưng không yêu cầu sử dụng thêm thuốc giảm đau, mặc dù giới hạn liều còn cho phép.

Bảng 5. Hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau trong ngày đầu và ngày thứ 2 sau phẫu thuật.

Thuốc	Ngày thứ 1	Ngày thứ 2	p
Paracetamol (mg)	3.957 ± 976,5	3.555 ± 842,1	0,0037
Nefopam (mg)	74,3 ± 7,86	67,7 ± 5,06	
Ibuprofen (mg)	2.172,1 ± 301,1	1.862,9 ± 232,1	
Ketoprofen (mg)	9.937 ± 795,6	8.783 ± 793	
Tramadol (mg)	416,2 ± 39,9	385 ± 35,4	
Morphin (mg)	33,9 ± 5,3	27,7 ± 4,8	
Fentanyl (mg)	755 ± 132	622,5 ± 135,1	

Hàm lượng thuốc giảm đau tiêu thụ trung bình ở mỗi loại ngày thứ 2 ít hơn so với ngày thứ nhất, khác biệt với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

Trong 217 BN nghiên cứu, chúng tôi thấy có 95,85% sử dụng thuốc giảm đau bậc 1, trong đó, đa số là sử dụng Paracetamol (62,21%), tiếp đến là Ketoprofen (17,05%) và Nefopam (14,75%), ít sử dụng nhất là Ibuprofene (1,84%). Nghiên cứu của Memis và cộng sự cho thấy tác dụng của Paracetamol tiêm tĩnh mạch trong việc giảm tiêu thụ thuốc giảm đau nhóm opioid, giảm thời gian rút nội khí quản và giảm tác dụng không mong muốn của opioid (như buồn nôn, nôn và ngứa) trên các BN cấp cứu có đặt nội khí quản [2]. 43,78% BN sử dụng thuốc giảm đau bậc 2 (tất cả đều sử dụng Tramadol). Trong số các BN dùng thuốc giảm đau bậc 3, tỉ lệ sử dụng Morphin và Fentanyl gần bằng nhau (17,05% và 23,96%). Liệu pháp điều trị đau sau phẫu thuật ở nhiều cơ sở y tế vẫn sử dụng thuốc giảm đau nhóm opioid. Do thuốc giảm đau nhóm opioid liên kết với các thụ thể trong hệ thần kinh trung ương và các mô ngoại vi và điều chỉnh tác dụng của các thụ thể, nên thuốc có tác dụng làm giảm phản ứng đau của cơ thể do giảm truyền tín hiệu đau đến não và tăng ngưỡng chịu đau của

cơ thể. Thuốc giảm đau nhóm opioid có thể được sử dụng qua đường uống, qua da, đường tiêm hoặc đặt trực tràng [3]. Số BN phải dùng phối hợp Gabapentin, Ketamin và Lidocain lần lượt là 2,30%, 9,67% và 0,92%. Gabapentin làm giảm 35% tổng lượng tiêu thụ opioid trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, giảm đáng kể cơn đau sau phẫu thuật khi nghỉ ngơi (trong 24 giờ đầu) và khi vận động (ở 2 giờ, 4 giờ và 12 giờ), giảm tác dụng không mong muốn của các opioid [4].

Việc sử dụng loại thuốc giảm đau phụ thuộc vào mức độ đau của BN và theo chỉ định. Trong nghiên cứu này, có 9,67% BN sử dụng thuốc giảm đau kết hợp với Ketamin; tương đồng với nghiên cứu của Regina Sier zantowicz và cộng sự năm 2019 [5] (đánh giá mức độ đau theo NRS: BN có mức độ đau từ 1-4, điều trị giảm đau bằng Paracetamol chiếm tỉ lệ nhiều nhất (93,11%); đau ở mức độ từ 4-6, điều trị bằng thuốc giảm đau bậc 2 (Tramadol); đau ở mức độ trên 6, điều trị bằng thuốc giảm đau nhóm opioid “mạnh”, thường là Fentanyl và các dẫn xuất (84,0%), Morphin (37,0%)). Nghiên cứu của Yanxia Sun và cộng sự thấy Lidocain truyền tĩnh mạch liên tục trong và sau phẫu thuật bụng giúp cải thiện sự phục hồi chức năng của BN và rút ngắn thời gian nằm viện [6]. Trong các BN

nghiên cứu, có 0,92% sử dụng Lidocain tĩnh mạch phối hợp với thuốc giảm đau. Theo Yanxia Sun, Lidocain làm giảm thời gian liệt ruột (-8,36 giờ; $p < 0,001$), thời gian nằm viện (-0,84 ngày; $p = 0,002$), đau sau mổ sau 24 giờ (-5,93 mm; $p = 0,002$), giảm tỉ lệ buồn nôn và nôn (tỉ số odds 0,39; $p = 0,006$) khi so với nhóm điều trị bằng giả dược [6].

Hiện nay, giảm đau đa mô thức đang được áp dụng và cho hiệu quả cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN dùng phác đồ kết hợp 2 thuốc giảm đau (90,03%), chỉ 9,68% BN dùng duy nhất 1 thuốc giảm đau. Trong đó, 41,01% BN sử dụng kết hợp thuốc giảm đau bậc 1 và giảm đau bậc 3; 43,78% BN sử dụng kết hợp thuốc giảm đau bậc 1 và bậc 2. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, như nghiên cứu của C Remy và cộng sự (khi kết hợp thuốc giảm đau bậc 1 và bậc 3 thì mức tiêu thụ Morphine ngày đầu sau mổ từ 20-67 mg, trung bình là 42 mg). Mức tiêu thụ Morphine trong 24 giờ đã giảm đáng kể khi thêm Acetaminophen, với mức giảm trung bình là 9 mg (KTC 95%, -15 đến -3 mg; $p = 0,003$). Do đó, Paracetamol làm giảm tiêu thụ Morphine 20%. Đồng thời, khi kết hợp giảm đau bậc 1 với bậc 2 cũng cho hiệu quả cao hơn [7]. Nghiên cứu của Fricke Jr và cộng sự đã chỉ ra tính ưu việt của Tramadol/Acetaminophen (75 mg/650 mg) so với Tramadol 100 mg trong điều trị đau cấp tính sau phẫu thuật ở khoang miệng [8]. Trên thế giới còn có nhiều nghiên cứu về việc phối hợp thuốc giảm đau cho tác dụng hiệp đồng như Du Manoir B và cộng sự (2003) [9], Van Elstraete A và cộng sự (2012) [10].

Về đường dùng thuốc giảm đau: kết quả nghiên cứu thấy 50,23% BN sử dụng thuốc giảm đau tác dụng toàn thân (sử dụng theo đường tiêu hóa, tiêm tĩnh mạch ngắt quãng, truyền tĩnh mạch liên tục và tiêm bắp hoặc tiêm dưới da); 19,81% BN sử dụng thuốc giảm đau tác dụng vùng/tại chỗ (gây tê ngoài màng cứng, gây tê tủy sống và tiêm thấm vết mổ); 29,95% BN sử dụng kết hợp thuốc giảm đau toàn thân và giảm đau vùng (phối hợp gây tê ngoài màng cứng và đường uống/tiêm; gây tê tủy sống và đường uống/ tiêm; tiêm thấm vết mổ và đường uống; gây tê tủy sống và tiêm thấm vết mổ). Gây tê vùng mang lại hiệu quả giảm đau vượt trội so với giảm đau bằng opioid và có tác dụng giảm đau đáng kể sau phẫu thuật. Gần đây, sự phát triển của kĩ thuật gây tê vùng đã mang lại những kết quả giảm đau đáng kể cho các BN ở mọi lứa tuổi. Hơn nữa, các nghiên cứu tập trung vào những kết quả cụ thể đã cho thấy lợi ích của việc gây tê vùng được sử dụng trong phẫu thuật và giảm đau sau phẫu thuật.

Hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau cộng dồn sau phẫu thuật (không tính lượng thuốc chuẩn độ): trong hai ngày đầu sau phẫu thuật, chúng tôi thấy hàm

lượng tiêu thụ Paracetamol, Nefopam, Ibuprofen và Ketoprofen trong ngày đầu tiên (lần lượt là $3.957 \pm 976,5$ mg, $74,3 \pm 7,86$ mg, $2172,1 \pm 301,1$ mg và $9.937 \pm 795,6$ mg) cao hơn so với ngày thứ hai (lần lượt là $3.555 \pm 842,1$ mg, $67,7 \pm 5,06$ mg, $1.862,9 \pm 232,1$ mg và 8.783 ± 793 mg); ở những BN sử dụng Tramadol cũng có sự giảm liều từ ngày thứ nhất so với ngày thứ hai ($416,2 \pm 39,9$ mg so với $385 \pm 35,4$ mg); đối với các thuốc giảm đau bậc 3, điều tương tự cũng xảy ra, hàm lượng tiêu thụ Morphine và Fentanyl ở ngày đầu ($33,9 \pm 5,3$ mg và 755 ± 132 mg) cao hơn so với ngày thứ hai ($27,5 \pm 4,8$ mg và $622,5 \pm 135,1$ mg). Khác biệt hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau sau phẫu thuật ngày thứ 1 và ngày thứ 2 có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, ở mỗi nhóm thuốc, hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau trung bình ngày đầu nhiều hơn đáng kể so với ngày thứ hai. Điều này phù hợp với thực tế, mức độ đau sau mổ giảm dần theo thời gian. Hơn nữa, ở những ngày sau, BN có thể quen hơn với cách sử dụng thuốc giảm đau nên hiệu quả giảm đau ổn định hơn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 217 BN sau phẫu thuật có chỉ định và được dùng thuốc giảm đau, điều trị tại các khoa ngoại, Bệnh viện Thống Nhất, từ ngày 01/01/2021 đến 01/3/2021, kết luận:

- 95,85% BN sử dụng thuốc giảm đau bậc 1 (Paracetamol: 62,21%; Nefopam: 14,75%; Ibuprofen: 1,84%; Ketoprofen: 17,05%), 43,78% BN sử dụng thuốc giảm đau bậc 2 (tất cả đều là Tramadol) và 40,01% BN sử dụng thuốc giảm đau bậc 3 (Morphine: 17,05%; Fentanyl: 23,96%). Ngoài các thuốc giảm đau trong bậc phân loại, một số BN điều trị kết hợp với thuốc Gabapentin, Ketamin và Lidocain để tăng hiệu quả giảm đau và giảm tác dụng không mong muốn của các thuốc opioid.

- Phác đồ điều trị giảm đau sau phẫu thuật: 90,32% BN điều trị kết hợp 2 thuốc giảm đau (43,78% BN phối hợp thuốc giảm đau bậc 1 và bậc 2; 41,01% BN điều trị phối hợp thuốc giảm đau bậc 1 với bậc 3 và 5,53% BN phối hợp 2 thuốc giảm đau bậc 1), chỉ 9,68% BN sử dụng 1 thuốc giảm đau trong quá trình điều trị.

- Đường dùng thuốc giảm đau: 50,23% BN sử dụng thuốc giảm đau tác dụng toàn thân (giảm đau đường tiêu hóa, tiêm tĩnh mạch ngắt quãng, truyền tĩnh mạch liên tục và tiêm bắp hoặc tiêm dưới da), 19,81% BN sử dụng thuốc giảm đau tác dụng vùng/tại chỗ (gây tê ngoài màng cứng, gây tê tủy sống và tiêm thấm vết mổ), 29,95% BN sử dụng kết hợp giảm đau toàn thân và giảm đau vùng (phối hợp gây tê ngoài màng cứng và đường uống/tiêm; gây tê tủy sống và đường uống/tiêm;

(Xem tiếp trang 24)