



BẢN TIN

THÔNG TIN THUỐC SỐ 1/ 2024



**BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG
KHOA DƯỢC - TỔ DƯỢC LÂM SÀNG**

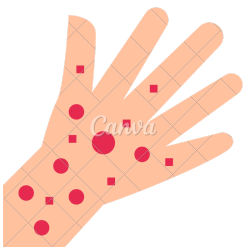
ĐÀ NẴNG, THÁNG 3/2024

M Ụ C L Ụ C



Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng phẫu thuật vú - phụ khoa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng 1

MHRA: Giới hạn chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolon 5



Medsafe: Hội chứng dạng ban đỏ đối xứng, xen kẽ do thuốc 7

ISMP Canada: Khuyến cáo tránh nhầm lẫn giữa Depo-Medrol và Solu-Medrol 9



BÁO CÁO ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG THÔNG TIN THUỐC VÀ ADR CỦA BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG TRONG NĂM 2022 VÀ NĂM 2023 12





SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ



ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG PHẪU THUẬT VÚ - PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

DS. Đặng Thị Thảo Trang, DS. Đặng Thị Thu Hiếu,
DS. Nguyễn Nữ Vân Dung

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là hậu quả không mong muốn thường gặp nhất và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở bệnh nhân phẫu thuật trên toàn thế giới. Theo khảo sát của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ, chi phí ước tính hàng năm cho nhiễm khuẩn vết mổ lên đến hàng tỷ đô la, cũng như làm kéo dài thêm thời gian nhập viện điều trị của bệnh nhân. Tại Việt Nam, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ rơi vào khoảng 5 – 10% trong số 2 triệu bệnh nhân phẫu thuật hàng năm.

Ước tính khoảng một nửa số ca nhiễm khuẩn vết mổ có thể phòng tránh được nếu sử dụng đúng các chiến lược can thiệp dựa trên bằng chứng. Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật là biện pháp hiệu quả để kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ, đồng thời, hạn chế tình trạng kháng thuốc tại cơ sở y tế, nâng cao tính hợp lý và hiệu quả khi sử dụng thuốc.

Hợp lý và hiệu quả được hiểu là thuốc thích hợp với nhu cầu lâm sàng, cho tỉ lệ khỏi bệnh cao và mức độ chi phí thấp đối với bản thân người bệnh và cộng đồng.

Tháng 09/2021, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đã ban hành quy trình sử dụng kháng sinh dự phòng phẫu thuật vú – phụ khoa. Tuy nhiên, một số khảo sát sơ bộ cho thấy tỉ lệ tuân thủ quy trình chưa cao. Có những lo ngại rằng chỉ sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ là không phù hợp với điều kiện tại Việt Nam do môi trường phẫu thuật không an toàn và còn nhiều hạn chế trong vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn cũng như chăm sóc bệnh nhân. Do đó, khuyến khích sử dụng kháng sinh kéo dài sau phẫu thuật vẫn chiếm đa số trong thực hành điều trị.

Tuy nhiên, việc sử dụng kháng sinh kéo dài có thật sự làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ hay không? Tác động của nó lên vấn đề chi phí điều trị như thế nào?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật với phân loại phẫu thuật sạch/sạch nhiễm (PTS/SN) có sử dụng KS theo kiểu dự phòng tại khoa Tuyến vú - Phụ khoa của Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng với ngày phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 01/03/2023 đến 30/06/2023 và xuất viện trước ngày 31/07/2023.

Chia mẫu đã chọn ở trên thành 2 nhóm để so sánh, đánh giá tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và chi phí điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh nhiễm trùng kèm theo hoặc có sử dụng kháng sinh trong vòng 7 ngày trước phẫu thuật.
- Bệnh nhân có hóa trị liệu trong vòng 2 tuần trước phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh kèm đái tháo đường, bệnh lý ung thư khác kèm theo.
- Phẫu thuật được phân loại phẫu thuật nhiễm, phẫu thuật bẩn.
- Các bệnh nhân thu thập thông tin không đầy đủ.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

- Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 01/03/2023 đến 31/07/2023.

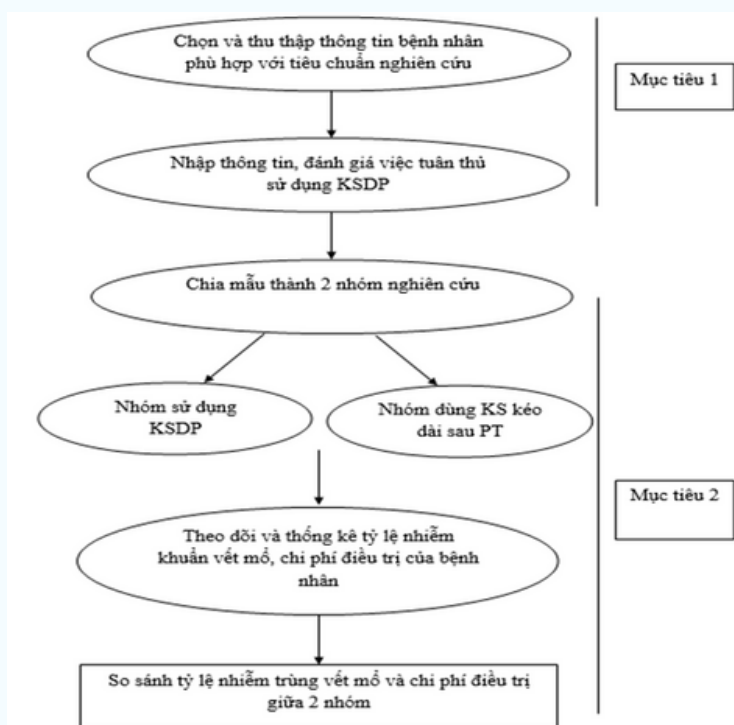
2.4. CỠ MẪU VÀ CÁCH CHỌN MẪU

- Lấy toàn bộ các bệnh nhân được phẫu thuật có sử dụng KS theo kiểu dự phòng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tổng số ca bệnh nhân được lựa chọn là 160 bệnh nhân (N=160).

2.5. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU

- Thu thập thông tin của các bệnh nhân qua việc theo dõi trên lâm sàng, hồ sơ bệnh án, sử dụng các mẫu phụ lục chuẩn để ghi nhận thông tin: “Phiếu giám sát sử dụng KSDP phẫu thuật” tại phụ lục 3, “Bảng thu thập thông tin của bệnh nhân” tại phụ lục 4, “Phiếu giám sát nhiễm khuẩn vết mổ” tại phụ lục 5.
- Số liệu thu thập được quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 20.0.
- Chi phí điều trị được trích xuất từ phần mềm E-Hospital.

2.6. SƠ ĐỒ QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU



Hình 2.2 Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.7. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 20.0. Thống kê mô tả được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị (phân phối không chuẩn).

Các biến định tính được mô tả theo số lượng và tỉ lệ, được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

III. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu:

- Nữ giới chiếm tỉ lệ 100% trong mẫu nghiên cứu.
- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $50,66 \pm 12,63$.
- BMI trung bình của mẫu nghiên cứu là $22,71 \pm 3,17$
- Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 10,00 (ngày).

Đặc điểm chung của các ca phẫu thuật trong nghiên cứu:

-Phân loại theo vị trí phẫu thuật: phẫu thuật vú +/- nạo hạch và/sinh thiết chiếm tỉ lệ cao nhất (76,25%). Xếp thứ 2 là phẫu thuật tử cung +/- 2 phần phụ/sinh thiết/ nạo hạch/ vòi trứng chiếm tỉ lệ 9,38%. Tiếp theo lần lượt là phẫu thuật buồng trứng (8,13%), nạo hạch đơn thuần (2,50%), phẫu thuật phần phụ (1,87%), và phẫu thuật khác (1,87%).

-Phân loại theo phương pháp phẫu thuật: mổ hở chiếm tỉ lệ 84,38 % và mổ nội soi chiếm tỉ lệ 15,62%.

-Phẫu thuật sạch chiếm tỉ lệ 80,00%, phẫu thuật sạch – nhiễm chiếm tỉ lệ 20,00%.

-Thời gian phẫu thuật trung bình là 90,00 phút.

Đánh giá sử dụng kháng sinh dự phòng:

- Tỉ lệ tuân thủ về thời điểm dùng KSDP: 98,75%.
- Tỉ lệ tuân thủ lựa chọn loại KSDP: 96,88 %.
- Tỉ lệ tuân thủ liều dùng KSDP: 92,50%.
- Tỉ lệ tuân thủ đường dùng KSDP: 100%.
- Tỉ lệ tuân thủ thời gian dùng KSDP: 84,38%.
- Tỉ lệ tuân thủ quy trình chung hướng dẫn sử dụng KSDP: 80,00%.

Đánh giá tỉ lệ NKVM và chi phí điều trị giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng KSDP và KSKD sau phẫu thuật

+ Đánh giá tỉ lệ NKVM giữa 2 nhóm bệnh nhân khảo sát

Tỉ lệ NKVM chung trên toàn bộ mẫu là 3,75%. Tỉ lệ NKVM trong PT vú là 3,85%, phụ khoa là 3,33%.

Tỉ lệ NKVM trên nhóm bệnh nhân sử dụng KSDP là 2,96%. Tỉ lệ NKVM trên nhóm bệnh nhân sử dụng KSKD sau phẫu thuật là 8,00%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,24 > 0,05$).

+ Đánh giá thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm khảo sát

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm sử dụng KSDP là 10 ngày thấp hơn ở nhóm sử dụng KSKD là 13 ngày. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,00 < 0,05$).

+ So sánh chi phí điều trị giữa 2 nhóm bệnh nhân khảo sát

- Nhóm dùng KSDP có tổng chi phí điều trị trung bình thấp hơn nhóm dùng KSKD kéo dài với giá trị chênh lệch là 4.533.517 đồng/bệnh nhân. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,00 < 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí sử dụng thuốc thấp hơn nhóm dùng KSKD với giá trị chênh lệch là 511.373 đồng/ bệnh nhân. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,00 < 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí sử dụng y cụ thấp hơn nhóm dùng KSKD với giá trị chênh lệch là 55.632 đồng. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,00 < 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí ngày giường thấp hơn nhóm dùng KSKD với giá trị chênh lệch là 992.100 đồng. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,00 < 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí phẫu thuật thấp hơn nhóm dùng KSKD với giá trị chênh lệch là 2.362.500 đồng. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02 < 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí xét nghiệm thấp hơn nhóm dùng KSKD với giá trị chênh lệch là 299.700 đồng. Khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,08 > 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí chẩn đoán hình ảnh thấp hơn nhóm dùng KSKD với giá trị chênh lệch là 185.000 đồng. Khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,11 > 0,05$).

- Nhóm dùng KSDP có giá trị trung bình về chi phí khác bằng nhóm dùng KSKD. ($p = 0,04 < 0,05$).

IV. KIẾN NGHỊ

-Cần có thêm các nghiên cứu đối chứng giữa 2 nhóm bệnh nhân để khảo sát kỹ hơn về các yếu tố nguy cơ NKVM trong phẫu thuật vú – phụ khoa.

-Nâng cao các điều kiện phẫu thuật cũng như điều kiện chăm sóc hậu phẫu cho bệnh nhân để hạn chế NKVM.

-Nghiên cứu xây dựng hướng dẫn sử dụng KSDP phẫu thuật tại một số khoa hệ ngoại khác tại bệnh viện.

MHRA: GIỚI HẠN CHẶT CHẼ VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG SINH NHÓM FLUOROQUINOLON

Fluoroquinolones

What are the dangers?



Cơ quan Quản lý Dược phẩm Anh (MHRA) mới đây đã giới hạn chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolon (FQ). Theo đó, các kháng sinh nhóm FQ chỉ được kê đơn khi không phù hợp để sử dụng các kháng sinh khác thường được ưu tiên kê đơn hơn trong các nhiễm khuẩn đó. Khuyến cáo này được đưa ra sau khi MHRA rà soát lại tính hiệu quả của các biện pháp hiện đang áp dụng để giảm thiểu nguy cơ tác dụng không mong muốn gây tàn tật vĩnh viễn, kéo dài và không hồi phục của nhóm FQ.

Việc giới hạn sử dụng kháng sinh nhóm FQ lần đầu tiên được đưa ra vào năm 2019 nhằm giảm thiểu các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của nhóm kháng sinh này. Gần đây, MHRA đã tiến hành đánh giá lại các biện pháp giới hạn trên và đưa ra thông báo nhắc lại các nguy cơ của kháng sinh nhóm FQ vào tháng 8/2023. Đến tháng 1/2024, MHRA tiếp tục thắt chặt việc chỉ định kháng sinh nhóm FQ, chỉ được kê đơn khi không phù hợp để sử dụng các kháng sinh khác thường được ưu tiên kê đơn hơn trong các nhiễm khuẩn đó.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Kháng sinh nhóm FQ sử dụng đường toàn thân (uống, tiêm truyền, khí dung) có thể gây các tác dụng không mong muốn kéo dài (hàng tháng đến hàng năm), gây tàn tật và có khả năng không hồi phục, ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan, tổ chức trong cơ thể.
- Chỉ định của kháng sinh nhóm FQ ở Anh hiện là chỉ kê đơn kê đơn khi không phù hợp để sử dụng các kháng sinh khác thường được ưu tiên kê đơn hơn trong các nhiễm khuẩn đó.

- Các trường hợp không phù hợp sử dụng kháng sinh khác bao gồm:

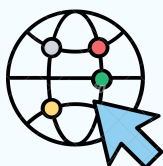
- + Để kháng với kháng sinh lựa chọn đầu tay trong nhiễm khuẩn đó.
- + Kháng sinh lựa chọn đầu tay bị chống chỉ định trên cụ thể bệnh nhân đó.
- + Kháng sinh lựa chọn đầu tay gây phản ứng có hại nghiêm trọng dẫn đến phải ngừng thuốc.
- + Thất bại điều trị với kháng sinh lựa chọn đầu tay.

- Giới hạn trên mạnh tay hơn so với các biện pháp hạn chế sử dụng kháng sinh nhóm FQ trước đây. Theo đó, các kháng sinh này không nên kê đơn trong các trường hợp nhiễm khuẩn không nặng, tự giới hạn hoặc không do căn nguyên vi khuẩn. Hiện các giới hạn sử dụng này vẫn đang tiếp tục được áp dụng.

- MHRA tiếp tục nhắc lại, bệnh nhân được khuyến cáo ngừng dùng kháng sinh nhóm FQ khi xuất hiện các dấu hiệu đầu tiên của phản ứng có hại nghiêm trọng như viêm gân, đứt gân, đau cơ, yếu cơ, đau khớp, sưng khớp, viêm dây thần kinh ngoại vi và các tác dụng không mong muốn trên thần kinh trung ương. Liên hệ ngay với bác sĩ trong các trường hợp trên. Nguy cơ ảnh hưởng trên tâm thần, bao gồm ý định và hành vi tự sát cũng đã được cảnh báo vào tháng 9/2023.

- MHRA cũng nhắc lại khuyến cáo từ tháng 8/2023 bao gồm:

- + Tránh sử dụng kháng sinh nhóm FQ cho bệnh nhân đã từng gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng khi sử dụng kháng sinh nhóm quinolon (như acid nalidixic) hoặc nhóm FQ.
- + Đặc biệt thận trọng khi kê đơn kháng sinh nhóm FQ cho bệnh nhân trên 60 tuổi, bệnh nhân có bệnh thận hoặc ghép tạng do có nguy cơ cao tổn thương gân.
- + Tránh sử dụng kháng sinh nhóm FQ đồng thời với corticosteroid do tăng nguy cơ đứt gân và viêm gân liên quan đến FQ.



<https://www.gov.uk/drug-safety-update/fluoroquinolone-antibiotics-must-now-only-be-prescribed-when-other-commonly-recommended-antibiotics-are-inappropriate>

MEDSAFE: HỘI CHỨNG DẠNG BAN ĐỎ ĐỐI XỨNG, XEN KẼ DO THUỐC



Hội chứng dạng ban đỏ đối xứng, xen kẽ do thuốc là hiện tượng phát ban tại các nếp gấp da. Đã có nhiều báo cáo về các thuốc gây hội chứng dạng ban đỏ đối xứng, xen kẽ. Trong đó, kháng sinh beta-lactam là loại thuốc được báo cáo phổ biến nhất. Các triệu chứng có thể tự giảm dần và mất đi sau khi ngừng sử dụng thuốc.

Định nghĩa Hội chứng dạng ban đỏ, đối xứng xen kẽ do thuốc

Hội chứng dạng ban đỏ đối xứng, xen kẽ do thuốc (SDRIFE) (hay còn gọi là hội chứng khi đầu chó) là hiện tượng phát ban tại các nếp gấp da ở vùng nách, sau đầu gối hoặc mấn đỏ đối xứng hình chữ V trên vùng mông, thường không đi kèm các triệu chứng toàn thân.

Các nhóm thuốc có liên quan đến SDRIFE

SDRIFE là phản ứng quá mẫn type IV đối với thuốc có tác dụng toàn thân, xuất hiện vài giờ đến vài ngày sau khi tiếp xúc với thuốc.

Nhóm thuốc phổ biến có liên quan đến khoảng 50% các trường hợp SDRIFE là kháng sinh beta-lactam.

Các nhóm thuốc khác có liên quan SDRIFE bao gồm: kháng sinh không phải nhóm beta-lactam, thuốc giảm đau, thuốc chống nấm và thuốc cản quang chứa iod.

Xử trí đối với Hội chứng dạng ban đỏ đối xứng, xen kẽ

Hội chứng dạng ban đỏ, đối xứng xen kẽ có thể tự giảm dần và mất đi sau một thời gian ngừng sử dụng các thuốc nghi ngờ. Sử dụng corticosteroid tại chỗ có thể làm giảm nhanh chóng các triệu chứng phát ban.

Các báo cáo ADR được ghi nhận tại New Zealand

Tại New Zealand, đã có 3 trường hợp có hội chứng dạng ban đỏ đối xứng, xen kẽ được báo cáo. Các thuốc nghi ngờ bao gồm: metoprolol, cetuximab, doxycycline và ceftriaxon.



<https://www.medsafe.govt.nz/profs/PUArticles/December%202023/Symmetrical-drug-related-intertriginous-and-flexural-exanthema.html>

ISMP Canada: Khuyến cáo tránh nhầm lẫn giữa Depo-Medrol và Solu-Medrol



ISMP Canada đã ghi nhận sự cố sử dụng nhầm lẫn giữa Depo-Medrol và Solu-Medrol trên một bệnh nhi 3 tuổi ghép tạng. May mắn, đã không có phản ứng có hại nào xảy ra. ISMP Canada đã yêu cầu công ty sản xuất (Pharmacia, sau đó sát nhập với Pfizer) điều chỉnh nhãn thuốc Depo-Medrol do cảnh báo: “Không tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm nội tủy không được nhấn mạnh nổi bật trên nhãn thuốc. Đồng thời, ISMP đã tiến hành phân tích các yếu tố nguy cơ có liên quan đến các sai sót trong quá trình sử dụng thuốc và đưa ra các khuyến cáo đi kèm nhằm tránh tái diễn sự cố trên

Một bệnh nhân 3 tuổi ghép tạng đã được chỉ định truyền 140mg Solu-Medrol hàng ngày để dự phòng thải ghép. Với đơn thuốc được kê tại bệnh viện Nhi nơi thực hiện cấy ghép, bệnh nhân được cấp phát thuốc và thực hiện truyền thuốc tại bệnh viện địa phương gần nơi cư trú. Tại lần điều trị theo lịch, do hết thuốc tại khoa và bệnh viện đóng cửa vào ngày cuối tuần, điều dưỡng đã lấy thuốc từ 1 nhà thuốc khác thay thế. Tuy nhiên điều dưỡng đã lấy nhầm Depo-Medrol và giao cho bác sĩ phụ trách. Cho rằng thuốc được lấy từ nhà thuốc bệnh viện, điều dưỡng phụ trách pha truyền đã hiểu lầm 2 thuốc Depo-Medrol và Solu Medrol là tương đương nhau và khác biệt về nhãn hiệu, thể tích nhỏ của thuốc Depo-Medrol gợi ý đây là thuốc dùng cho trẻ em.

Ngày hôm sau, bệnh nhân được pha truyền đúng thuốc Solu Medrol, người nhà bệnh nhân đã phát hiện dịch truyền ngày hôm sau khác so với dịch truyền sử dụng vào ngày trước đó và thông báo với nhân viên y tế. Ngay sau đó, bệnh viện đã tiến hành điều tra và phát hiện có sự cố nhầm lẫn trong sử dụng thuốc và thông báo với gia đình bệnh nhân. Bệnh viện cũng đồng thời báo cáo công ty sản xuất (Pharmacia) về sự cố và chuẩn bị biện pháp xử trí thích hợp. Mặc dù không có phản ứng không mong muốn nào được ghi nhận, bệnh viện đã thông báo cho Viện Thực hành thuốc An toàn (ISMP) Canada nhằm thông tin kịp thời và tránh tái diễn sự cố tương tự. Đồng thời, bệnh viện đã gửi yêu cầu Pharmacia xem xét điều chỉnh thiết kế nhãn đối với thuốc Depo-Medrol.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhầm lẫn thuốc:

- + Thiếu kiến thức phân biệt Solu-Medrol và Depo-Medrol;
- + Thiếu nhân lực và các dịch vụ trực được tại nhà thuốc vào buổi tối và cuối tuần;
- + Ngoài dược sĩ, nhân viên y tế khác có thể tiếp cận thuốc trong nhà thuốc bệnh viện;
- + Dòng cảnh báo trên chế phẩm Pharmacia Depo-Medrol “Không tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm nội tủy mạch” không được in đậm, khó nhận diện và không được lưu ý trong thông tin sản phẩm;
- + Nhân viên y tế không đặt nghi vấn và tiến hành kiểm tra lại khi phát hiện có bất thường về màu sắc dịch truyền.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- + Cần có sự thống nhất, trao đổi giữa nơi kê đơn và cơ sở y tế trực tiếp điều trị nhằm đảm bảo kế hoạch điều trị cho bệnh nhân, do mỗi bệnh viện có thể sử dụng các dạng thuốc khác nhau. Cụ thể trong trường hợp sai sót trên, bệnh viện điều trị thường sử dụng Solu-Cortef nên y tá không quen với Solu-Medrol. Do đó, thuốc cần được chuẩn bị trước, cấp phát và kiểm tra bởi dược sĩ khi có bệnh nhân ngoại trú tới khám để đảm bảo an toàn;
- + Tham khảo ý kiến dược sĩ, đảm bảo các điều dưỡng có đầy đủ thông tin về thuốc được sử dụng;
- + Cơ sở y tế cần tăng cường kiểm tra khi sử dụng một thuốc không thường gặp. Bắt buộc kiểm tra lần 2 đối với các thuốc có nguồn gốc ngoài kho thuốc của cơ sở điều trị để đảm bảo chất lượng các thuốc đưa vào. Do các thuốc hiện có trên thị trường rất đa dạng, nhân viên y tế cần kiểm tra nếu thấy có thông tin không chắc chắn. Bác sĩ cũng có thể kiểm tra lại chế phẩm thuốc được sử dụng (độc lập với quá trình kiểm tra trước đó). Bác sĩ cấp cứu cũng có thể phát hiện ra các sai sót về thuốc nếu được tư vấn và cung cấp thông tin đầy đủ;

+ Việc không có dược sĩ trực ở nhà thuốc có thể làm tăng nguy cơ sử dụng sai thuốc, trừ khi có tủ thuốc trực đối với một số thuốc hạn chế trong khi nhà thuốc đóng cửa. Cần thiết có một dược sĩ trực để trả lời các câu hỏi thông tin thuốc. Tuy nhiên, số lượng dược sĩ ở các cơ sở vẫn còn hạn chế;

+ Giữ liên lạc, trao đổi với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân;

+ Thông tin tới các điều dưỡng, bác sĩ và dược sĩ: chế phẩm thuốc có chữ “depo” hoặc “depot” là dạng thuốc giải phóng muện hoặc giải phóng kéo dài và không dùng đường tiêm tĩnh mạch;

+ Tăng cường giáo dục cho nhân viên y tế và phổ cập kiến thức trong hoạt động giảng dạy: dung dịch tiêm tĩnh mạch cần phải trong suốt, ngoại trừ các dung dịch lipid, các chế phẩm có nguồn gốc từ lipid và propofol. Dung dịch đục cần được kiểm tra kỹ và xác minh trước khi được dùng tiêm tĩnh mạch.

Pharmacia từng ghi nhận một số báo cáo về việc Depo-Medrol vô tình được sử dụng theo đường tiêm tĩnh mạch, bao gồm cả báo cáo sai sót trong sử dụng thuốc dẫn đến phản ứng có hại. Những phản ứng này có thể nhẹ, thoáng qua hoặc biểu hiện nghiêm trọng trong một số trường hợp. Hiện nay, chưa tìm ra được mối liên hệ giữa sai sót trong sử dụng thuốc và các phản ứng gặp phải trên bệnh nhân do tình trạng bệnh lý phức tạp của từng người bệnh.



<https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2003-02Medrol.pdf>

BÁO CÁO

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG THÔNG TIN THUỐC VÀ ADR CỦA BỆNH VIỆN UNG BƯỞI ĐÀ NẴNG TRONG NĂM 2022 VÀ NĂM 2023

I. So sánh kết quả đánh giá mức độ cung cấp thông tin thuốc của bệnh viện giữa năm 2023 và 2022

Bảng 1. So sánh kết quả đánh giá mức độ cung cấp thông tin thuốc giữa năm 2023 và 2022

	Mức độ cung cấp thông tin thuốc 2023				Mức độ cung cấp thông tin thuốc 2022			
	Tốt	Bình thường, Tạm ổn	Chưa tốt, cần cải thiện	Không tốt	Tốt	Bình thường, Tạm ổn	Chưa tốt, cần cải thiện	Không tốt
Tỷ lệ (%)	73.3	26.7	0	0	60	40	0	0

Nhận xét:

Như vậy, qua kết quả khảo sát đơn vị thông tin thuốc đã cho thấy hoạt động thông tin thuốc từ khoa Dược bệnh viện năm 2023 đã cải thiện hơn nhiều so với năm 2022 nhưng vẫn cần có phương hướng và đề xuất hợp lý để cải thiện công tác cung cấp thông tin thuốc cho cán bộ y tế:

Thứ nhất, nhân viên được đào tạo liên tục thông qua các khoa đào tạo ngắn hạn để nâng cao trình độ chuyên môn.

Thứ 2 cung cấp các tài liệu chuyên ngành liên quan đến ung thư: bệnh học; phác đồ điều trị; tác dụng phụ của thuốc, tương tác thuốc.

Thứ 3, hỗ trợ cho các nhân viên máy tính bảng để tra cứu dữ liệu bất cứ khi nào.

Thứ 4, trang bị các phần mềm tra cứu thông tin thuốc có độ tin cậy, chính xác cao.

II. TÌNH HÌNH THEO DÕI VÀ BÁO CÁO ADR

1. Số lượng báo cáo ADR

Bảng 2. Thống kê báo cáo ADR tại BVUBĐN năm 2022, 2023

	Năm 2022		Năm 2023	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổng số báo cáo	07	100	30	100
Số báo cáo gửi Trung tâm DI&ADR Quốc gia	07	100	30	100
Báo cáo ADR nghiêm trọng	0	0	6	20

Nhận xét:

Số lượng báo cáo ghi nhận năm 2023 tăng hơn 4 lần so với năm 2022 là tăng thêm 23 báo cáo. Đây là tín hiệu rất khả quan cho thấy sự thay đổi nhận thức về việc tăng cường báo cáo ADR tại bệnh viện của nhân viên y tế. Mặc dù số lượng báo cáo của cả năm vẫn còn thấp hơn so với các cơ sở y tế của cả nước nhưng là bước tiến lớn so với năm ngoái và là sự nỗ lực của công tác Dược lâm sàng, của các khoa phòng. Bên cạnh sự cải thiện này, công tác báo cáo ADR ở các khoa phòng vẫn cần tiếp tục khuyến khích duy trì và thực hiện tích cực hơn nữa.

2. Đối tượng tham gia báo cáo ADR

Số lượng và tỷ lệ báo cáo ADR theo từng đối tượng báo cáo ADR được trình bày trong bảng dưới đây:

Bảng 3. Số lượng và tỷ lệ báo cáo ADR theo từng đối tượng báo cáo

	Năm 2022		Năm 2023	
	Số báo cáo	Tỷ lệ (%)	Số báo cáo	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	03	42.8	09	30
Điều dưỡng	02	28.6	03	10
Dược sĩ	02	28.6	18	60

Nhận xét:

Tỷ lệ báo cáo của các đối tượng có sự chênh lệch nhau, dược sĩ báo cáo cao nhất với 18 ca, tiếp theo là bác sĩ báo cáo 09 ca, điều dưỡng báo cáo 03 ca. Tỷ lệ báo cáo đến từ dược sĩ là cao nhất. Như vậy, đối tượng tham gia chủ yếu trong công tác báo cáo ADR là dược sĩ chiếm 60%, tiếp theo là bác sĩ chiếm 30% và cuối cùng là điều dưỡng chiếm 10%. So với năm 2022, số ca báo cáo ADR cao hơn rất nhiều và do dược sĩ tăng cường chủ động ghi nhận báo cáo ADR sau khi đi hội chẩn hoặc sau khi nhận được báo cáo hỗ trợ từ khoa phòng, một phần do các bác sĩ và điều dưỡng

không có thời gian ghi nhận, do đó dược sĩ chiếm tỷ lệ là đối tượng ghi nhận nhiều nhất. Bên cạnh đó cần khuyến khích bác sĩ và điều dưỡng tăng cường ghi nhận hoặc báo về cho khoa Dược nhiều hơn nữa, vì đây là đối tượng trực tiếp phát hiện ADR trên bệnh nhân và chủ động báo cáo ADR.

3. Khoa phòng tham gia báo cáo ADR

Số lượng và tỷ lệ báo cáo ADR từ các khoa phòng trong bệnh viện năm 2022 và 2023 được trình bày trong bảng dưới đây.

Bảng 4. Số lượng và tỷ lệ báo cáo ADR từ các khoa phòng trong bệnh viện năm 2022 và 2023

Khoa phòng	Năm 2022		Năm 2023	
	Số báo cáo	Tỷ lệ (%)	Số báo cáo	Tỷ lệ (%)
Ngoại 3	03	42.9	7	23.3
GMHS	0	0	3	10
CĐHA	0	0	2	6.7
Nội 1	0	0	1	3.3
Nội 2	01	14.3	5	16.7
Nội 3	02	28.5	5	16.7
Nội 4	0	0	1	3.3
UBTH	1	14.3	0	0
Cấp cứu	0	0	2	6.7
Ngoại 1	0	0	2	6.7
Ngoại 2	0	0	2	6.7

Nhận xét:

Qua khảo sát, chúng tôi nhận thấy khoa Ngoại 3 và Nội 2, Nội 3 là ba khoa tích cực nhất khi tham gia báo cáo ADR của bệnh viện, chiếm tỷ lệ cao nhất: 56.7%. Tiếp theo là khoa GMHS với tỷ lệ 10%. Còn lại, khoa CĐHA, Ngoại 1, Ngoại 2 và Cấp cứu, đều chiếm tỷ lệ bằng nhau là 6.7%. Nội 4 và Nội 1 cùng chiếm tỷ lệ 3.3%. Như vậy các khoa đa phần đều có báo cáo ADR, riêng chỉ có khoa UBTH không có ca báo cáo ADR nào. Tỷ lệ báo cáo đồng đều hơn năm 2022, cho thấy các khoa phòng tích cực báo cáo và nhận thức được ý nghĩa của việc báo cáo ADR này.

III. KẾT LUẬN

Như vậy, dựa trên kết quả đánh giá tình hình thực hiện thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc giữa 2 năm 2023 và 2022, chất lượng thông tin thuốc vẫn tiếp tục duy trì và có sự cải tiến cả về hình thức và nội dung. Đặc biệt, số lượng báo cáo ADR năm 2023 tại bệnh viện có sự cải thiện đáng kể về số lượng và chất lượng cũng như nhận thức của nhân viên y tế về báo cáo ADR tăng cao so với năm ngoái.

