

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HBV bằng test nhanh là 2,7% và tỉ lệ tăng thêm 0,4% khi thực hiện bằng miễn dịch hóa phát quang. Độ tuổi nhiễm HBV có tỉ lệ cao nhất là ở nhóm < 20 tuổi. Tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm đối tượng này cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 75,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tri NA, Quan NM et al (2011)**, Building an effective and sustainable HMDB force in the community, Vietnam Medical Journal, 388 12/2011, 65-69
2. **Candotti D, Allain JP**. Transfusion-transmitted hepatitis B virus infection. J Hepatol 2009; 51: 798-809.
3. **Allain JP, Candotti D**. Diagnostic algorithm for

- HBV safe transfusion. Blood-Transf 2009; 7;174-82.
4. **Nguyen VTT, Law MG, Dore GJ**. An enormous hepatitis B virus-related liver disease burden projected in Vietnam by 2025. Liver Int. 2008;
 5. **Hipgrave DB, Van NT, Huong VM, et al**. Hepatitis B infection in rural Vietnam and the implications for a national program of infant immunisation. Am J Trop Med Hyg. 2003;69:288-294.
 6. **Vien C, Nguyen T, Dinh S**. Investigation of hepatitis B virus infection among employees in Nha Trang City. J Hyg Prev Med. 1996;6(4):34-40.
 7. **Nguyen VT-T, McLaws M-L, Dore G**. Highly endemic hepatitis B infection in rural Vietnam. J Gastroenterol Hepatol. 2007;22:2093-2100.
 8. **Nguyen Xuan Thanh et al (2021)** Evaluation of hepatitis B infection in first-time voluntary blood donors at 108 Military Central Hospital in 2020. Vietnam Medical Journal. Episode 499. February, issue 1&2. p.177-17

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Đào Thị Diệu Ngân¹, Huỳnh Thanh Sang²,
Nguyễn Ngọc Khôi³, Nguyễn Như Hồ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng glucocorticoid (GC) trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên bệnh nhân điều trị GC ngoại trú từ 18 tuổi trở lên tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong tháng 12/2020. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 3920 bệnh nhân. Độ tuổi trung vị là 57 (44 – 66) tuổi, đa số là bệnh nhân nữ (52,5%). Các chỉ định chính của GC là trên bệnh lý viêm tai mũi họng (38,7%). Methylprednisolon là GC thường được kê đơn phổ biến nhất (53,2%). Đường sử dụng GC phổ biến là đường uống (64,4%). Có 63 cặp tương tác thuốc với GC, đa số là cần giám sát chặt chẽ khi sử dụng thuốc. **Kết luận:** Cần đánh giá và chỉ định GC phù hợp với tình trạng bệnh lý của bệnh nhân và theo khuyến cáo nhằm hạn chế các tương tác khi điều trị chung các thuốc khác cũng như các bất lợi do sử dụng GC gây ra.

Từ khóa: glucocorticoid, ngoại trú, tương tác thuốc

SUMMARY

INVESTIGATION ON GLUCOCORTICOID THERAPY FOR OUTPATIENTS AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To investigate pattern of GC use in outpatients treating at Gia Dinh People's Hospital. **Materials and methods:** A cross - sectional study was conducted on patients 18 years of age or older, visiting outpatient clinics of Gia Dinh People's Hospital in December 2021. **Results:** Of 3920 patients, the median age was 57 (44 – 66) and most of them were female (52,5%). Major indications of GCs were for ear, nose and throat disorders (38,7%). Methylprednisolone was the most commonly prescribed GC (53,2%). Most GCs were orally administered (64,4%). There were 63 drug-drug interactions; most of them need closely monitoring. **Conclusions:** It is important to assess and indicate GCs in accordance with the patient's medical conditions and treatment guidelines to reduce the risk of drug interactions and adverse events caused by GCs.

Key words: glucocorticoid use, outpatient, drug interaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glucocorticoid (GC) là nhóm thuốc thường được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để điều trị các bệnh lý về viêm và miễn dịch như viêm cơ xương khớp, hen phế quản, bệnh tự miễn... Tuy nhiên GC có thể gây ra nhiều tác dụng phụ toàn thân và tại chỗ, là nguyên nhân phổ biến làm bệnh nhân nhập viện liên quan ADE, thậm chí có thể gây tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân [2].

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Công Nghệ TP HCM (HUTECH University)

³Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

Hiện nay, việc sử dụng GC kéo dài đã được giới hạn trong một số bệnh lý nhất định. Nhưng vì GC có tác dụng kháng viêm nhanh, giá thành thấp, việc tiếp cận tương đối dễ dàng nên có thể bị lạm dụng tại một số cơ sở khám chữa bệnh, khiến bệnh nhân phụ thuộc vào thuốc [1]. Để nâng cao hiệu quả - an toàn của việc dùng thuốc, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát tình hình sử dụng thuốc GC trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong tháng 12/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân trên 18 tuổi được kê ít nhất một thuốc GC ở dạng đường uống hoặc đường hít hoặc đường xịt mũi trong tháng 12/2020 tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Tiêu chuẩn chọn vào: BN >18 tuổi, được chỉ định ít nhất một thuốc GC đường uống hoặc đường hít/xịt mũi. Chỉ sử dụng đơn thuốc đầu tiên BN khám trong tháng khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc được kê GC lần thứ hai trở lên trong tháng.

Tính bảo mật thông tin: Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán cũng như điều trị của bệnh nhân, các biến số được thu thập khách quan và được mã hóa bảo mật từ hồ sơ bệnh án hồi cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, hồi cứu dữ liệu.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong tháng 12/2020.

Nội dung khảo sát:

Ghi nhận các thông tin từ dữ liệu ngoại trú điện tử bao gồm:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân gồm tuổi, giới tính, diện bảo hiểm y tế (BHYT), khoa khám bệnh.
- Đặc điểm sử dụng GC gồm loại GC, đường dùng, chỉ định, thời điểm dùng, số lần dùng trong ngày thời gian dùng

Kiểm tra tương tác giữa GC và các thuốc trong đơn bằng phần mềm kiểm tra tương tác thuốc trên trang Lexicomp, Medscape, Drugs.com và ghi nhận:

- Số cặp tương tác xảy ra trên 1 bệnh nhân
- Mức độ tương tác: Quy ước mức độ tương tác theo các tài liệu như sau:

	Lexicomp	Medscape	Drugs.com
Chống chỉ định	Loại X	Contraindications	Major - Contraindicated
Sử dụng liệu pháp thay thế	Loại D	Serious - Use alternative	Major - Generally avoid
Giám sát dùng thuốc	Loại C	Monitor closely	Major - Monitor closely Moderate - Monitor

Phương pháp xử lý số liệu. Phần mềm SPSS 20 và Excel 2016 được sử dụng để xử lý số liệu. Các biến liên tục được trình bày bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn; trung vị và khoảng tứ phân vị nếu có phân phối không chuẩn. Các biến phân loại được mô tả theo tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm T-test hoặc Mann Whitney được dùng để so sánh trung bình. Các giá trị được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 3920 bệnh nhân. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu ($n = 3920$)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
	Trung vị: 57 (44 - 66)	
Nhóm tuổi	18 - 30	391, 10,0
	31 - 50	1052, 26,8
	51 - 65	1421, 36,3

Giới tính	> 65	1056	26,9
	Nữ	2047	52,2
Diện BHYT	Nam	1873	47,8
	Có	3651	93,1
Khoa khám bệnh (*)	Không	269	6,9
	Tai Mũi Họng	1701	43,4
	Quản lý hen-cơ xương khớp	1132	28,9
	Nội Hô hấp	536	13,7
	Răng Hàm Mặt	323	8,2
	Nội tiết thận	174	4,4
	Nội tổng quát	109	2,8
	Khám lão	69	1,8
	Khám mắt	57	1,4
	Nội Tim mạch	56	1,4
	Nội Thần kinh	52	1,3
	Chấn thương chỉnh hình	50	1,3
	Khám ngoại tổng quát	48	1,2
	Nội Tiêu hóa	38	1,0
	Da liễu	33	0,8
Đông y	27	0,7	
Ngoại Thần kinh	5	0,1	
Nội tiết	5	0,1	

	Phẫu thuật tim	3	0,1
	Khác (**)	51	1,1

Ghi chú: (*) Một bệnh nhân có thể đi khám nhiều chuyên khoa

(**) Khác: Tiểu phẫu ngoại, Khám hậu môn, Khám nhiễm, Khám thăm dò chức năng, Lọc máu, Lồng ngực - mạch máu, Ngoại niệu.

Có 26,9% bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên với số bệnh nhân nam và nữ gần tương đương (52,2% so với 47,8%). Hầu hết bệnh nhân đều thuộc diện BHYT (93,1%) và chỉ định GC chủ yếu tại các khoa Tai mũi họng (43,4%), Quản lý hen - cơ xương khớp (25,3%). Số lượng thuốc (đã bao gồm GC) được kê cho mỗi bệnh nhân từ 1 đến 5 thuốc chiếm 68,4%. Có 28,3% bệnh nhân được kê từ 6 đến 10 thuốc và 3,3% bệnh nhân được kê từ 11 thuốc trở lên.

Đặc điểm sử dụng GC. Trên 3920 bệnh nhân, có tổng 4479 biệt dược chứa GC đã được kê đơn. Đặc điểm về loại hoạt chất theo đường dùng được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Phân bố đường sử dụng và loại thuốc GC ngoại trú (n = 3920 bệnh nhân)

Đường dùng	Hoạt chất	Tần số	Tỷ lệ % (*)
Đường uống	Methylprednisolon	2384	60,8
	Prednison	502	12,8
Đường hít	Budesonid	682	17,4
	Fluticason	253	6,5
Đường xịt mũi	Fluticason	658	16,8

Ghi chú: (*) Một bệnh nhân có thể được kê nhiều hơn 1 loại GC

Khoảng 60% bệnh nhân được kê đơn methylprednisolon đường uống. Ngoài ra còn có prednison đường uống, budesonid và fluticason đường hít/xịt mũi được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn.

Đặc điểm kê đơn GC cho các chỉ định ngoại trú được trình bày trong Bảng 3. Có 38,7% mẫu nghiên cứu được chỉ định GC cho bệnh lý viêm tai mũi họng, 32,4% cho các bệnh thuộc chuyên khoa dị ứng - hô hấp.

Bảng 3. Chỉ định cần dùng GC trong đơn (n = 3920)

Chuyên khoa	Chỉ định	Tần số	Tỷ lệ %
Tai mũi họng	Viêm tai mũi họng (a)	1517	38,7
Tiêu hóa	Crohn	2	0,1
Thấp khớp - miễn dịch học	Gout	8	0,2
	Lupus	11	0,3
	Viêm gan tự miễn	3	0,1
	Viêm khớp	84	2,1

	Viêm khớp dạng thấp	103	2,6
	Viêm mạch tự miễn	2	0,1
Thần kinh	Viêm dây thần kinh ngoại biên	57	1,5
Răng hàm mặt	Răng vỡ lệch	252	6,4
Nội tiết - thận		38	1,0
	Hội chứng Cushing	10	0,3
	Cushing do thuốc	23	0,6
	Suy thượng thận	128	3,3
	Suy thượng thận do thuốc	3	0,1
Mắt		38	1,0
	Chấp mi - sa mi	24	0,6
	Viêm kết mạc	14	0,4
Dị ứng - hô hấp		1269	32,4
	COPD mạn	238	6,1
	COPD cấp	78	2,0
	Dẫn phế quản bội nhiễm	3	0,1
	Dị ứng thuốc	48	1,2
	Hen phế quản	426	10,9
	Hen cấp	142	3,6
	Lao phổi	48	1,2
	Viêm đường hô hấp(b)	279	7,1
	Viêm phổi	7	0,2
Da - mô mềm		92	2,3
	Viêm da nhiễm trùng(c)	68	1,7
	Viêm mô tế bào	21	0,5
	Hồng ban đa dạng	3	0,1
Cơ - xương - khớp		93	2,4
	Hậu phẫu-chấn thương	39	1,0
	Hội chứng cổ tay - vai gáy	4	0,1
	Hội chứng Dequervain tay	4	0,1
	Viêm gân	46	1,2
Khác (d)		143	3,6
Không xác định	Không có chỉ định	45	1,1

Ghi chú: (*) Một bệnh nhân có thể đi khám nhiều chuyên khoa

(a) hạch viêm sau tai, viêm tai giữa, viêm mũi xuất tiết, viêm mũi dị ứng, viêm mũi quá phát, viêm mũi họng, viêm họng amidan, viêm thanh quản, (b) viêm phế quản, viêm khí quản, (c) áp xe, hạch viêm, hậu zona, nhiễm trùng, u nhọt, viêm da, chàm da, (d) Viêm chóp xoay, lồi mòng thịt, nhược cơ, ung thư, viêm động mạch Takayasu, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn.

Đặc điểm về phân bố thời điểm sử dụng GC trong ngày được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Phân bố thời điểm dùng GC trong ngày (n = 4479 biệt dược)

Thời điểm	Đường uống (n = 2886)	Đường hít (n = 935)	Đường xịt mũi (n = 658)
	Tần số (tỷ lệ %)		
Một lần/ngày	2647(91,7)	224(23,9)	86(13,1)
Sáng	2641(91,6)	186(19,9)	76 (11,6)
Trưa	4 (0,1)	-	-
Chiều	2 (0,0)	4 (0,4)	6 (0,9)
Tối	-	34 (3,6)	4 (0,6)
Hai lần/ngày	236 (8,2)	702(75,1)	566(86,0)
Sáng-Trưa	10 (0,2)	-	-
Sáng-Chiều	216 (7,5)	490(52,4)	408(62,0)
Sáng-Tối	10 (0,2)	211(22,6)	158(24,0)
Trưa - Tối	-	1 (0,0)	-
Ba lần/ngày	3 (0,1)	9 (0,9)	6 (0,9)
Sáng-Trưa - Chiều	1 (0,0)	-	-
Sáng - Trưa - Tối	2 (0,1)	1 (0,1)	-
Trưa - Chiều - Tối	-	8 (0,8)	6 (0,9)

Đối với đường uống, đa số được chỉ định dùng GC 1 lần/ngày vào buổi sáng (91,6%). Đối

Bảng 5. Phân bố đặc điểm tương tác thuốc trong đơn chứa GC (n = 3920)

		Lexicomp	Medscape	Drugs.com
		Tần số (Tỷ lệ %)		
Số cặp	Không có tương tác	2681 (68,4)	2480 (63,3)	2541 (64,8)
	1 - 3 cặp tương tác	1200 (30,6)	1372 (35,0)	1289 (32,9)
	≥ 4 cặp tương tác	39 (1,0)	68 (1,7)	90 (2,3)
Mức độ	Chống chỉ định	52 (1,3)	-	2 (0,1)
	Sử dụng liệu pháp thay thế	1508 (38,5)	426 (10,9)	513 (13,1)
	Giám sát dùng thuốc	2163 (55,2)	1708 (43,6)	3235 (82,5)

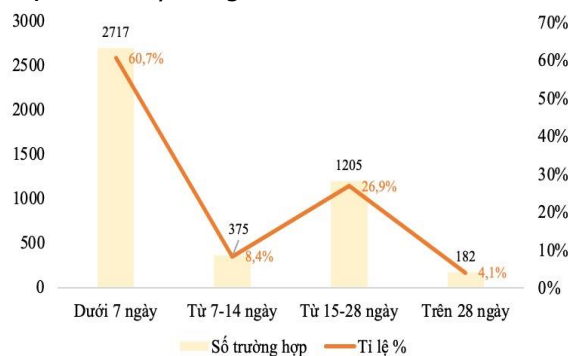
Tương tác với GC xảy ra trên khoảng 1/3 đơn thuốc. Chúng tôi ghi nhận được 69 cặp tương tác giữa GC và các thuốc khác. Đa số các trường hợp tương tác chỉ cần giám sát chặt chẽ khi phối hợp thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành thu thập thông tin trên dữ liệu điện tử của 3920 bệnh nhân ngoại trú. Tuổi trung vị của bệnh nhân trong nghiên cứu là 57 tuổi và trên 1/3 bệnh nhân có độ tuổi từ 51 - 65. Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ trong mẫu nghiên cứu tương đương nhau (47,8% và 52,2%), tương đồng với nghiên cứu của R. Gupta và cộng sự tại Ấn Độ [3]. Phần lớn bệnh nhân thuộc diện có BHYT (93,1%), phù hợp với tính chất và cơ chế hoạt động khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện.

với đường hít hoặc xịt mũi, thời điểm dùng chủ yếu là 2 lần/ngày vào buổi sáng - chiều hoặc sáng - tối.

Phân bố thời gian kê đơn GC trong các đơn được trình bày trong Hình 1



Hình 1. Phân bố theo số ngày kê đơn GC trong điều trị ngoại trú (n = 4479 biệt dược)

Tương tác thuốc. Đặc điểm phân bố và mức độ tương tác thuốc với GC trong đơn thuốc kê cho bệnh nhân được trình bày trong Bảng 5.

Các khoa ngoại trú chỉ định GC chủ yếu là khoa Tai Mũi Họng (43,4%), khoa Quản lý hen - cơ xương khớp (25,3%) và khoa Nội hô hấp (12%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây tại Hoa Kỳ [4] với khoa Tai Mũi Họng là khoa ngoại trú có tỷ lệ kê đơn cao nhất. Khi cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ, việc sử dụng GC trong điều trị bệnh lý tai mũi họng vẫn còn nhiều ý kiến trái chiều. Trên thực tế GC được sử dụng phổ biến để điều trị các triệu chứng của bệnh lý tai mũi họng nhưng không phải tất cả chỉ định đều phù hợp và an toàn. GC được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị viêm mũi dị ứng, viêm xoang cấp tính, viêm thanh khí phế quản... nhưng trong các bệnh lý khác như viêm tai giữa mạn tính, viêm dây thần kinh tiền đình, bệnh Meniere, các bằng chứng vẫn chưa cho thấy hiệu quả rõ rệt hoặc hiệu quả vượt trội nguy cơ [5]. Trong điều trị tổn thương nếp gấp

thanh quản, liệu pháp GC dài hạn đã được chứng minh có hiệu quả. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát triệu chứng cao dẫn đến việc sử dụng cần được cân nhắc, chưa kể đến các tác dụng bất lợi do GC dài hạn gây ra [6]. Hai khoa kê đơn GC phổ biến tiếp theo là khoa Quản lý hen - cơ xương khớp và khoa Nội hô hấp. Điều này phù hợp vì các bệnh lý thuộc hai khoa này như hen phế quản, COPD và viêm khớp dạng thấp đều có thể được kê đơn GC dựa trên nhiều đồng thuận và hướng dẫn khác nhau.

Tỷ lệ bệnh nhân được kê từ 6 - 10 thuốc bao gồm GC chiếm 28,3% và 3,3% được chỉ định ít nhất 11 thuốc. Một số nghiên cứu cho thấy, sử dụng từ 6 - 10 thuốc có thể làm tăng tỷ lệ xuất hiện tác dụng bất lợi của thuốc lên khoảng 7,4%, hoặc lên đến 24,2% nếu dùng trên 10 thuốc [7]. Bên cạnh đó, tương tác thuốc cũng có thể tăng theo số lượng thuốc sử dụng, đồng thời gây khó khăn cho bệnh nhân trong việc tuân thủ sử dụng thuốc nói chung và GC nói riêng.

Đặc điểm sử dụng GC. Loại corticoid đường uống thường được sử dụng nhất, cụ thể là methylprednisolon thường được chỉ định, cao hơn prednison khoảng gần 5 lần. Cả hai hoạt chất này đều là loại GC có hoạt tính trung bình, không ghi nhận bệnh nhân được chỉ định GC có hoạt tính cao như dexamethason.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu được kê GC cho một chỉ định duy nhất (97,7%), một số trường hợp bệnh nhân cần dùng GC cho 2 chỉ định trở lên (ví dụ: hen phế quản kèm viêm mũi dị ứng, viêm khớp dạng thấp kèm suy thượng thận). Phần lớn GC được kê đơn cho các chỉ định như bệnh lý viêm tai mũi họng (38,7%), tiếp theo là các bệnh lý dị ứng - hô hấp (32,4%). Các chỉ định này tương tự với kết quả các nghiên cứu trước đây [4] và nằm trong phạm vi tác dụng được lực học và chỉ định được khuyến cáo của thuốc. Tuy nhiên, có một số chỉ định có thể chưa phù hợp như hội chứng De Quervain hoặc thoái hóa khớp gối - cột sống lưng. Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp của Bộ Y tế, hội chứng De Quervain, bệnh lý thoái hóa khớp gối và thoái hóa cột sống không có chỉ định GC đường uống, chỉ sử dụng GC đường tiêm nội khớp [8]. Ngoài ra, một số đơn thuốc không có bệnh lý cần chỉ định GC nhưng vẫn được kê GC, nguyên nhân có thể do sai sót trong kê đơn hoặc lỗi hệ thống làm mất thông tin chẩn đoán của đơn thuốc.

Đối với dạng đường uống, GC chủ yếu được kê đơn một lần/ngày vào buổi sáng (91,6%). Không có trường hợp nào bệnh nhân được kê GC

một lần/ngày vào buổi tối. Nếu sử dụng hai lần/ngày thì phần lớn được kê uống vào hai thời điểm là sáng và chiều (7,5%). Số lượng bệnh nhân được kê đơn vào hai buổi sáng - tối rất thấp (10/2886 thuốc kê đường uống). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguy cơ suy thượng thận cấp có thể tăng lên khi sử dụng thuốc vào buổi tối, đặc biệt là liều cao trong thời gian dài. Lý do là vì cortisol tự nhiên được tiết ra cao nhất vào ban ngày và giảm đến mức thấp nhất trong khoảng từ 11 giờ đêm đến 1 giờ sáng. Do đó, việc sử dụng vào buổi sáng sẽ phù hợp với nhịp sinh học giúp phòng ngừa suy thượng thận.

GC thường được kê đơn dưới 7 ngày (60,7%), thời gian dùng trên 28 ngày chiếm tỷ lệ thấp (4,1%). Các nghiên cứu đã công bố cũng cho thấy GC chủ yếu được kê dưới 1 tuần và số ngày dùng GC trung bình là 6 ngày (6 - 12) [4]. Điều này phù hợp với các hướng dẫn sử dụng GC đường uống giới hạn từ 5 đến 7 ngày trong điều trị các trường hợp cấp như đợt cấp COPD, hen phế quản, gout, suy thượng thận.

Tương tác thuốc. Tương tác thuốc là vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng và là một trong những nguyên nhân gây ra các biến cố bất lợi, thất bại điều trị, thậm chí có thể gây tử vong cho bệnh nhân. Trong tổng số 3920 trường hợp kê đơn, khoảng 1/3 có ít nhất một cặp tương tác thuốc tham khảo từ 3 nguồn dữ liệu là Lexicomp, Medscape và Drugs.com (lần lượt là 31,6%, 36,7% và 35,2%). Có 52 đơn (1,3%) chống chỉ định theo Lexicomp và 2 đơn (0,1%) tránh dùng (Major - Avoid) theo Drugs.com. Ngoài ra, có 1508 đơn (38,5%) theo Lexicomp, 426 đơn (10,9%) và 513 đơn (13,1%) theo Drugs.com nên sử dụng liệu pháp thay thế. Các tương tác này chủ yếu xảy ra giữa GC với các thuốc ảnh hưởng mạnh đến chuyển hóa qua CYP3A4 như clarithromycin, kháng nấm azol, và thuốc trị đái tháo nhạt desmopressin hoặc phenytoin, carbamazepin (cảm ứng enzym).

V. KẾT LUẬN

Cần đánh giá, lựa chọn và chỉ định GC phù hợp với tình trạng bệnh lý của bệnh nhân và theo khuyến cáo nhằm hạn chế các tương tác bất lợi khi điều trị chung các thuốc khác cũng như nguy cơ xảy ra tác dụng bất lợi do sử dụng GC gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Việt Thắng (2019), "Lạm dụng thuốc corticosteroid và suy thượng thận do corticosteroid", Thời sự y học, tr38-41
2. Liu D., Ahmet A., Ward L. et al. (2013), "A

- practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy", *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 9 (1), pp. 30.
3. **Gupta R., Malhotra P. (2018)**, "Prescribing pattern of corticosteroids among the dermatology inpatients in a tertiary care teaching hospital of north India-a retrospective, observational study", *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 8 (2), pp. 158-162.
 4. **Waljee A. K., Rogers M. A., Lin P. et al. (2017)**, "Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study", *Bmj*, 357, j1415.
 5. **Cope D., Bova R. (2008)**, "Steroids in otolaryngology", *Laryngoscope*, 118 (9), pp. 1556-1560.
 6. **Wang C.T., Lai M.S., Cheng P.W. (2017)**, "Long-term surveillance following intralesional steroid injection for benign vocal fold lesions", *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 143 (6), pp. 589-594.
 7. **Kusuhara H., Sugiyama Y. (2008)**, "Drug-drug interactions involving the membrane transport process", *Drug-Drug Interactions*, pp. 135-204.
 8. **Bộ Y tế (2014)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 11-128.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TEST THẦN KINH TỰ CHỦ TRÊN BỆNH NHÂN PARKINSON

Vũ Thị Hình¹, Nguyễn Văn Liệu^{1,2}, Nguyễn Đoàn Thuý¹,
Trương Huệ Linh¹, Nguyễn Thu Hà¹, Kiều Thị Hậu¹, Phạm Ngọc Huyền¹

TÓM TẮT

Test thần kinh tự chủ là một phương pháp hữu ích trong đánh giá tổn thương chức năng hệ thần kinh tự chủ trên bệnh nhân Parkinson cả ở bất kỳ giai đoạn nào. Tại Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu liên quan vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 53 bệnh nhân Parkinson với mục tiêu xác định kết quả test thần kinh tự chủ trên bệnh nhân Parkinson và khảo sát mối liên quan giữa kết quả test với mức độ nặng của bệnh. Kết quả cho thấy tỷ lệ tổn thương thần kinh tự chủ thay đổi tùy theo các test thực hiện. Tỷ lệ gặp bất thường cao nhất ở nhóm biến thiên huyết áp khi vận động thể lực đẳng trường với 83,02%, tiếp theo là biến thiên nhịp tim khi hít thở sâu (35,85%). Rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson ở mức độ nhẹ. Tỷ lệ bệnh nhân có bất thường ở 1 test thần kinh tự chủ là cao nhất với 56,6%, kể đến là bất thường 2 test với 32,08%. Có mối tương quan yếu giữa số lượng test thần kinh tự chủ bất thường với thang điểm Hoehn & Yahr, UPDRS III với hệ số tương quan lần lượt là 0,11; 0,21 ($p > 0,05$).

Từ khóa: Test thần kinh tự chủ, bệnh Parkinson, thang điểm Hoehn & Yahr, thang điểm UPDRS III.

SUMMARY

RESEARCH OF AUTONOMIC TEST IN PARKINSON'S PATIENTS

Autonomic testing is a useful method to assess autonomic dysfunction in Parkinson's patients at any stage. In Vietnam, there has not had many studies related to this issue. Therefore, we conducted a study

on 53 Parkinson's patients with the goal of determining the autonomic testing results in Parkinson's patients and investigating the correlation between the test and the severity of the disease. The results showed that the rate of autonomic dysfunction varied according to the tests performed. The highest rate of abnormality was in the group of blood pressure variation during isometric exercise with 83,02%, followed by heart rate variability during deep breathing (35,85%). Autonomic dysfunction in Parkinson's patients is mild. The percentage of patients with abnormality in 1 autonomic nerve test was the highest with 56,6%, followed by abnormality in 2 tests with 32,08%. There is a weak correlation between the number of abnormal autonomic nerve tests with Hoehn & Yahr scale, UPDRS III with correlation coefficients of 0,11; 0,21 respectively ($p > 0,05$).

Keywords: Autonomic test, Parkinson's disease, Hoehn & Yahr score, UPDRS III score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh lý thoái hóa thần kinh tiến triển đặc trưng bởi những rối loạn vận động và những đặc điểm ngoài vận động, trong đó rối loạn thần kinh tự chủ là đặc điểm ngoài vận động chính. Để chẩn đoán rối loạn thần kinh tự chủ trên bệnh nhân Parkinson dựa vào tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, điện cơ đóng một vai trò quan trọng thông qua việc ghi lại sự biến thiên mạch, huyết áp trong và sau khi làm các nghiệm pháp cũng như đáp ứng giao cảm ở da. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vai trò của test thần kinh tự chủ trong việc chẩn đoán sớm, theo dõi và tiên lượng các rối loạn hệ thần kinh tự chủ trên bệnh nhân Parkinson. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa tìm thấy nhiều nghiên cứu đầy đủ và hệ

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hình

Email: vuthihinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 7.7.2022