



Sự thật về: Thuốc cho người lớn tuổi tại khoa cấp cứu.

Marie-Pier Lanoue^{1,2} · Joanne Ho³ · Don Melady¹

Received: 18 July 2022 / Accepted: 16 November 2022

© The Author(s), under exclusive licence to Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)/ Association Canadienne de Médecine d'Urgence (ACMU) 2023

Bệnh cảnh lâm sàng

Bạn thấy một người đàn ông 82 tuổi tiền sử khỏe mạnh đến khoa cấp cứu (ED) với vẻ lú lẫn. Đây là chuyến khám lần thứ hai của ông ấy trong 1 tuần. Trong lần đầu tiên đến khám vì phát ban ngứa, ông ấy đã bắt đầu dùng diphenhydramine để trị “nổi mề đay” và một loại thuốc benzodiazepine để giúp ngủ. Vợ ông ấy đề cập rằng ông ấy cũng bắt đầu sử dụng một ít dầu cannabidiol và tăng lượng rượu whisky thường uống trước khi đi ngủ. Danh sách thuốc theo toa của ông ấy bao gồm naproxen ngắt quãng để điều trị đau đầu gối. Vợ ông ấy nói rằng ông ấy đã bị lú lẫn và buồn ngủ, nhưng bây giờ trong ED, ông ấy ngày càng trở nên kích động và bất hợp tác do ảo giác lo lắng. Làm thế nào bạn có thể tiếp cận hợp lý thuốc của mình trong ED?

5 câu hỏi chủ chốt

1. Ba loại thuốc có khả năng gây hại cho người lớn tuổi có thể tránh được mà thường xuyên dùng trong khoa cấp cứu là gì?

Bản cập nhật năm 2019 của Hiệp hội Lão khoa Hoa Kỳ về Tiêu chí Beers đối với việc sử dụng Thuốc có khả năng Không phù hợp (PIM) ở Người lớn tuổi nêu bật ba PIM trong ED phổ biến cần tránh:

1. Thuốc kháng histamin thế hệ thứ nhất, trừ khi có phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Chúng có tính kháng cholinergic cao và có bằng chứng hạn chế về việc điều trị bệnh da liễu.

. Các lựa chọn thay thế tại chỗ như nước đá và tinh dầu bạc hà và kem hydrocortisone có thể có hiệu quả tương tự, và các loại thuốc kháng histamine không gây buồn ngủ là những lựa chọn thay thế an toàn hơn.

2. Nitrofurantoin, sử dụng lâu dài hoặc ở những bệnh nhân có độ thanh thải creatinine (CrCL) ≤ 30 ml/phút, để điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI) gây tăng nguy cơ nhiễm độc phổi, gan và thần kinh ngoại biên. Xem xét các lựa chọn thay thế như cephalexin, fosfomycin hoặc amoxicillin tùy theo độ nhạy cảm với kháng sinh.
3. Thuốc chẹn alpha-1 ngoại vi (ví dụ: doxazosin, tamsulosin và terazosin) vì chúng làm tăng nguy cơ hạ huyết áp tư thế đứng, té ngã và các tác hại liên quan. Trừ vấn đề bệnh nhân của bạn mà bạn bắt đầu dùng thuốc (ví dụ: cơn đau quận thận hoặc bí tiểu) về những tác dụng phụ đó.

2. Có nên kiểm tra việc sử dụng rượu và cần sa ở người lớn từ 65 tuổi trở lên không?

Có tới 22% người Canada lớn tuổi có vấn đề về sử dụng rượu (Woodruff et al. 2009) và 7% người Canada từ 65 tuổi trở lên sử dụng cần sa (Khảo sát Cần sa Quốc gia của Thống kê Canada 2019); có tới 30% người lớn từ 50 tuổi trở lên đã sử dụng cần sa ít nhất một lần (Active Aging 2020).

Cả cần sa và rượu đều làm suy giảm chức năng điều hành và tăng nguy cơ suy giảm nhận thức, buồn ngủ, mê sảng, tai nạn xe cơ giới và té ngã [2]. Người lớn tuổi có nguy cơ cao hơn do những thay đổi dược lý liên quan đến tuổi tác, tương tác với thuốc an thần và các loại thuốc khác, và các bệnh đi kèm. Sàng lọc việc sử dụng rượu hoặc cần sa trước khi kê đơn bất kỳ loại thuốc mới nào.

✉ Marie-Pier Lanoue
mariepier.lanoue@mail.utoronto.ca

¹ Schwartz/Reisman Emergency Medicine Institute, Toronto, ON, Canada

² Laval University, Quebec, Canada

³ Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, ON, Canada

3. Những nguy cơ nào của NSAIDs trong khoa ED?

Độ thanh thải thận giảm dần từ 30 tuổi trở đi; người lớn tuổi có nguy cơ cao bị tổn thương thận đáng kể về mặt lâm sàng

. Do giảm khối lượng cơ, chỉ riêng creatinine huyết thanh không phản ánh mức độ suy thận. Tính toán độ thanh thải thận bằng phương trình Cockcroft–Gault ở người lớn tuổi. NSAID chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận nặng ($\text{CrCl} < 30 \text{ ml/phút}$).

Một liều trong khoa cấp cứu cho các tình trạng được biết là đáp ứng với NSAID (ví dụ: sỏi niệu) là có rủi ro thấp. Tuy nhiên, không có khoảng thời gian điều trị nào được xác định là hoàn toàn an toàn ở người lớn tuổi. Ngay cả việc sử dụng NSAID dưới 30 ngày cũng làm tăng nguy cơ xuất huyết, loét và thủng đường tiêu hóa với nguy cơ tương đối (RR) là 2,7–5,1. Việc sử dụng NSAID là một trong những tiêu chí của thang điểm HASBLED phân tầng nguy cơ chảy máu nặng ở bệnh nhân dùng thuốc chống đông máu. NSAID tương tác với thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc chống đông máu, thuốc chống trầm cảm và prednisone làm tăng thêm nguy cơ chảy máu.

NSAID có thể gây ra tương tác dược động học giữa thuốc và thuốc bằng cách làm giảm độ thanh thải của các thuốc bài tiết qua thận, đặc biệt là những thuốc có chỉ số điều trị thấp (ví dụ: cyclosporine, lithium, methotrexate, digoxin và thuốc trị tiểu đường).

4. Tại sao tránh dùng benzodiazepines ở bệnh nhân lớn tuổi khi vào khoa cấp cứu?

Theo Tiêu chí Beers năm 2019, nên tránh sử dụng các loại thuốc benzodiazepin để kiểm soát chứng rối loạn giấc ngủ và lo âu, ngay cả khi được kê đơn “nếu cần”. Những thay đổi về dược lực học liên quan đến tuổi tác dẫn đến tăng độ nhạy cảm và giảm độ thanh thải dẫn đến suy giảm nhận thức, mê sảng, hít sặc và té ngã.

Để kiểm soát tình trạng kích động liên quan đến mê sảng, nên tránh dùng benzodiazepin: chúng có thể gây an thần mạnh và đôi khi kích động nghịch lý, ngay cả ở liều thấp. Bằng chứng hỗ trợ việc sử dụng các thuốc benzodiazepine chỉ để kiểm soát kích động trong hai bối cảnh cụ thể: mê sảng trong chăm sóc giảm nhẹ và sảng trong cai rượu. Trong bối cảnh sảng trong chăm sóc giảm nhẹ, mục tiêu của việc sử dụng thuốc benzodiazepin là tối đa hóa sự thoải mái, thừa nhận rằng tình trạng sảng của bệnh nhân sẽ không giải quyết được.

5. Có loại thuốc chống loạn thần nào tốt hơn những loại khác để kiểm soát tình trạng kích động ở người lớn tuổi không?


Không có nghiên cứu chất lượng cao so sánh haloperidol và thuốc chống loạn thần thế hệ thứ hai. Một số bằng chứng chất lượng thấp cho thấy không có sự khác biệt giữa haloperidol, olanzapine và risperidone trong điều trị mê sảng ở bệnh nhân nội trú; và không cung cấp hướng dẫn về việc sử dụng trong ED. Ở những bệnh nhân mắc bệnh Parkinson, (ví dụ, bệnh mất trí nhớ thể Lewy hoặc bệnh Parkinson) tránh dùng thuốc chống loạn thần làm trầm trọng thêm các triệu chứng vận động và nguy cơ té ngã của họ. Các bác sĩ lâm sàng có thể kê toa quetiapine liều thấp, sẽ ít gây hại hơn.

Để giảm thiểu tác hại, hãy bắt đầu với liều thấp nhất, kiểm tra tương tác thuốc, mức độ ý thức, kéo dài khoảng QT (ECG), bệnh Parkinson trước và sau khi dùng. Loại thuốc “tốt nhất” là loại mà bác sĩ lâm sàng cảm thấy thoải mái; có sẵn trong ED; và tồn tại ở nhiều dạng và liều lượng. Mục tiêu của can thiệp dược lý là *giảm kích động* ở bệnh nhân có nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc người khác; và *không gây mê* cho bệnh nhân.

Kết luận

Đánh giá của bạn là mê sảng hỗn hợp giảm hoạt động và tăng động gây ra bởi sự tương tác của diphenhydramine, benzodiazepine, rượu và cần sa. Với creatinine huyết thanh ngày càng tăng, bạn nghi ngờ rằng suy thận do sử dụng NSAID mãn tính và giảm lượng uống thuốc an thần cũng là cần thiết. Không có bệnh Parkinson. Bạn khuyên anh ấy nên dùng NSAID và loại thuốc benzodiazepine mới. Bạn đề nghị vợ anh ấy tư vấn về việc ngừng sử dụng rượu và cần sa, đồng thời thông báo cho bác sĩ chăm sóc chính của anh ấy. Bạn đánh giá anh ta 2 giờ sau đó và lưu ý rằng anh ta bị kích động do ảo giác đau buồn do mê sảng chứ không phải do cai rượu. Ngoài các biện pháp không dùng thuốc, bạn cho anh ta dùng thuốc chống loạn thần thế hệ thứ hai liều thấp để giảm tác hại và bạn gọi bác sĩ bệnh viện để nhập viện.



 **Just the Facts : Pharmacology for the Older
Emergency Department Patient**

- 1** What to avoid:
- Inappropriate medications according to Beers Criteria
 - First-generation antihistamines
 - Nitrofurantoin
 - Peripheral alpha-1 blockers (ensure counselling if prescribed)
 - Benzodiazepines



- 2** Screen for alcohol and cannabis use before prescribing any new medication

- 3** Can I give NSAIDs?
- Single dose probably harmless
 - Ensure low dose and short term
 - Check creatinine clearance
 - Be aware of increased risk of GI bleed (RR 2.7-5.1)
 - Check for other renally cleared drugs

- 4** My patient is in delirium and agitated now:
- Avoid benzodiazepine unless in withdrawal or for palliative delirium
 - With appropriate dosing and monitoring, short term haloperidol, quetiapine, risperidone, and olanzapine
- 5**
- In patients with parkinsonism, avoid antipsychotics, or go with quetiapine
 - Assess risk of QT prolongation and EPS – if possible
 - Goal: Decrease harmful agitation, not sedation

Data availability No data was used for the research described in the article.

Declarations

Conflict of interest No conflicts of interest to declare on the part of any of the authors.

References

1. American Geriatric Society. 2019 Update AGS beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. https://sbgg.org.br/informativos/13-02-19/1_Updated_AGS_Beer.pdf. Accessed 2 Mar 2022
2. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Alcohol: Canadian drug summary. 2019. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-en.pdf>. Accessed 2 Mar 2022
3. Hernandez-Diaz S, Garcia Rodriguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation. JAMA. 2000;160:2093–9.
4. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of American association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):26–34.
5. Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, Wilson MP, et al. Managing delirium and agitation in the older emergency department patient: the ADEPT tool. Ann Emerg Med. 2020;72(2):136–45.