# Ref:

Hôm nay tôi hân hạnh được khám bệnh cho ông Bill Smith qua Phòng khám Ảo Chăm

sóc Giảm nhẹ qua hội nghị truyền hình. Ông Smith được khoa Huyết học giới thiệu đến

phòng khám của chúng tôi để xem xét cho việc sử dụng dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ,

quản lý triệu chứng và hợp lý hóa thuốc.

Ông Smith là một ông lão 70 tuổi mắc bệnh AML tiến triển và thủ thuật ghép tế bào gốc đã

không có tác dụng đối với bệnh của ông và không còn phương pháp điều trị nào khác. Ông

cũng mắc bệnh ghép chống chủ (phổi).

Trước đây bệnh của ông đã tiến triển qua nhiều phương pháp điều trị bao gồm:

1. cytarabine + daunorubicin

2. VEN-HMA (venetoclax + azacitidine)

3. HMA monotherapy (decitabine)

4. LDAC (liều thấp cytarabine)

5. FLT3Các vấn đề chính của ông hiện nay là:

1/Đau thần kinh liên quan đến việc được hóa trị trước đây với sự phân bố ở tay và chân. Mức

độ nghiêm trọng ban đầu của cơn đau là 3/10 nhưng 7/10 vào ban đêm. Ông mô tả cơn đau

là đau nhói, nóng rát và đau buốt, mà việc dùng morphine BTD không hiệu quả. Được ghi chú

trong hồ sơ là CRPS (hội chứng đau cục bộ phức tạp) không chắc chắn và các xét nghiệm dẫn

truyền thần kinh không có hiệu quả gì. Việc dùng gabapentanoids, TCA, SSRI, NSAID và luân

phiên opioid bao gồm oxycontin và methadone đã không có tác dụng. Hiện tại, ông đang dùng

MS Contin 200MG BD và 40mg prn ordine. Liều lượng đã được tăng nhanh.

2/ Mệt mỏi và mất ngủ nghiêm trọng

Những vấn đề này đã xảy ra trong 6 tháng và một phần là do chất steroid. Ông báo cáo tình

trạng hoạt động giảm sút và chỉ có thể đi lại trong khoảng cách ngắn (ECOG 3) và ngày càng

phải nằm liệt giường.

Các bệnh đi kèm khác bao gồm trào ngược dạ dày

Thuốc đang dùng hiện tại:

MS Contin 200mg BD

Ordine 40mg prn

Montelukast

Seretide

Ventolin

Magnesium

Vitamin D

Nexium

Lipitor

Prednisolone 25mg mỗi ngày

Hôm nay tôi đã trình bày tổng quát cho ông về dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ và mô hình chăm

sóc toàn diện để hỗ trợ ông. Tôi đã giới thiệu khả năng dùng dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ

cộng đồng để hỗ trợ ông và sẽ giới thiệu ông đến dịch vụ này.

Tôi cũng đã xem xét các loại thuốc. Tôi đã ngưng thuốc Lipitor và Vitamin D. Về tình trạng

ngủ kém của ông, mà tôi tin là điều này làm cho tình trạng mệt mỏi của ông nặng hơn, tôi đã

yêu cầu anh ấy uống prednisolone vào buổi sáng với mục đích cai thuốc này.

Về chứng đau thần kinh kháng thuốc opioid của ông, tôi đã sắp xếp để ông đến phòng khám

của chúng tôi để được đánh giá thêm và xem xét thử nghiệm CSCI ketamine và thay thế

opioid bằng hydromorphone. Một khả năng nữa là CSCI lignocaine. Tôi sẽ xem xét tình trạng

của ông thêm vào thời điểm này và đồng thời sắp xếp một cuộc họp gia đình để thảo luận

về các mục tiêu chăm sóc của ông.

# MS:

Tôi rất vui được xem xét Bill Smith hôm nay tại Phòng khám Ảo Chăm sóc Giảm nhẹ thông qua hội nghị truyền hình. Ông Smith đã được Huyết học giới thiệu đến chúng tôi để xem xét chăm sóc giảm nhẹ, kiểm soát triệu chứng và hợp lý hóa thuốc.

Ông Smith là một quý ông 70 tuổi mắc chứng AML tiến triển không đáp ứng với cấy ghép tế bào gốc và không có lựa chọn điều trị thêm. Anh ấy cũng bị bệnh ghép so với vật chủ (phổi).

Trước đây đã tiến triển qua một số dòng điều trị bao gồm:

Cytarabine + daunorubicin

VEN-HMA (venetoclax + azacitidine)

Đơn trị liệu HMA (decitabine)

LDAC (cytarabine liều thấp)

FLT3

Các vấn đề chính của ông hiện tại là:

1 / Đau thần kinh liên quan đến hóa trị liệu trước đó với phân phối tay và chân. Cơn đau có mức độ nghiêm trọng cơ bản là 3/10 nhưng là 7/10 vào ban đêm. Nó được mô tả là bắn, đốt cháy và sắc nét, với BTD morphine không hiệu quả. Người ta đã lưu ý rằng trước đây không có dấu hiệu nào phù hợp với CRPS và các xét nghiệm dẫn truyền thần kinh không đáng chú ý. Anh ấy đã không đáp ứng với gabapentanoids, TCA, SSRI, NSAID và luân phiên opioid bao gồm oxycontin và methadone. Hiện tại, anh ấy đang dùng MS Contin 200MG BD và 40mg prn ordine. Liều đã được tăng lên nhanh chóng.

2 / Mệt mỏi và mất ngủ nghiêm trọng

Những điều này đã có vấn đề trong 6 tháng và cho rằng chúng một phần là do steroid. Anh ấy báo cáo tình trạng hiệu suất giảm và chỉ có thể đi lại trong khoảng cách ngắn (ECOG 3) và ngày càng bị mắc kẹt trên giường.

Các bệnh đi kèm khác bao gồm trào ngược dạ dày

Các loại thuốc hiện tại:

MS Contin 200mg BD

Ordine 40mg prn

Montelukast

Seretide

Ventolin

Magiê

Vitamin D

Nexium

Lipitor

Prednisolone 25mg/ngày

Hôm nay tôi đã cung cấp cho anh ấy một cái nhìn tổng quan về chăm sóc giảm nhẹ và mô hình chăm sóc toàn diện của nó để hỗ trợ anh ấy. Tôi đã giới thiệu khả năng các dịch vụ chăm sóc cộng đồng hỗ trợ anh ấy và sẽ giới thiệu.

Tôi cũng xem xét các loại thuốc. Tôi đã ngừng Lipitor và Vitamin D. Về thói quen ngủ kém của anh ấy, điều mà tôi tin rằng đang làm trầm trọng thêm sự mệt mỏi của anh ấy, tôi đã yêu cầu anh ấy uống prednisolone vào buổi sáng để cai sữa.

Liên quan đến cơn đau thần kinh kháng trị opioid của anh ấy, tôi đã sắp xếp để anh ấy được đưa vào đơn vị của chúng tôi để đánh giá thêm và xem xét thử nghiệm CSCI ketamine và thay thế opioid cho hydromorphone. Một khả năng khác là lignocaine CSCI. Tôi sẽ xem xét thêm anh ấy vào thời điểm này và cũng tổ chức một cuộc họp gia đình để thảo luận về mục tiêu chăm sóc của anh ấy.

# GEMMA:

Hôm nay, tôi đã có vinh dự được thăm khám ông Bill Smith tại phòng khám Chăm sóc giảm nhẹ ảo qua video. Ông Smith được chuyển đến chúng tôi bởi khoa Huyết học để đánh giá chăm sóc giảm nhẹ, quản lý triệu chứng và đơn giản hóa thuốc.

Ông Smith là một quý ông 70 tuổi mắc bệnh AML giai đoạn cuối, không đáp ứng với cấy ghép tế bào gốc và không còn lựa chọn điều trị nào khác. Ông cũng bị bệnh ghép ghép chống chủ (phổi).

Trước đây, ông đã trải qua nhiều đợt điều trị bao gồm:

* Cytarabine + daunorubicin
* VEN-HMA (venetoclax + azacitidine)
* Monotherapy HMA (decitabine)
* LDAC (cytarabine liều thấp)
* FLT3

Các vấn đề chính của ông hiện tại là:

1. Đau thần kinh liên quan đến hóa trị trước đây với phân bố ở tay và chân. Mức độ đau nền là 3/10 nhưng là 7/10 vào ban đêm. Nó được mô tả là đau như chích, bỏng và nhọn, morphine BTD không có tác dụng. Đã ghi nhận rằng trước đây không có dấu hiệu phù hợp với CRPS và xét nghiệm dẫn truyền thần kinh không bất thường. Ông đã không đáp ứng với gabapentanoids, TCA, SSRI, NSAID và thay đổi opioid bao gồm oxycontin và methadone. Hiện tại, ông đang dùng MS Contin 200MG BD và 40mg prn ordine. Liều đã được tăng nhanh chóng.
2. Mệt mỏi nghiêm trọng và mất ngủ

Những vấn đề này đã tồn tại trong 6 tháng và ông cho rằng một phần là do steroid. Ông báo cáo tình trạng hoạt động suy giảm và chỉ có thể đi bộ quãng đường ngắn (ECOG 3) và ngày càng nằm liệt giường.

Các bệnh lý kèm theo khác bao gồm trào ngược dạ dày

Thuốc hiện tại:

* MS Contin 200mg BD
* Ordine 40mg prn
* Montelukast
* Seretide
* Ventolin
* Magiê
* Vitamin D
* Nexium
* Lipitor
* Prednisolone 25mg mỗi ngày

Hôm nay, tôi đã cung cấp cho ông một cái nhìn tổng quan về chăm sóc giảm nhẹ và mô hình chăm sóc toàn diện của nó để hỗ trợ ông. Tôi đã giới thiệu khả năng dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cộng đồng hỗ trợ ông và sẽ thực hiện việc giới thiệu.

Tôi cũng đã xem xét lại thuốc. Tôi đã ngừng Lipitor và Vitamin D. Về tình trạng ngủ kém của ông, điều mà tôi tin rằng đang làm trầm trọng thêm tình trạng mệt mỏi của ông, tôi đã yêu cầu ông uống prednisolone vào buổi sáng với mục tiêu cai dần.

Đối với cơn đau thần kinh kháng opioid của ông, tôi đã sắp xếp cho ông được nhập viện để đánh giá thêm và xem xét thử nghiệm ketamine CSCI và thay thế opioid bằng hydromorphone. Một khả năng khác là lignocaine CSCI. Tôi sẽ xem xét ông thêm vào thời điểm này và cũng sẽ tổ chức một cuộc họp gia đình để thảo luận về mục tiêu chăm sóc của ông.

# GTrans:

Hôm nay, tôi rất vui khi được xem xét Bill Smith tại Phòng khám ảo chăm sóc giảm nhẹ qua hội nghị truyền hình. Ông Smith được Khoa Huyết học giới thiệu đến chúng tôi để xem xét chăm sóc giảm nhẹ, quản lý triệu chứng và hợp lý hóa thuốc.

Ông Smith là một quý ông 70 tuổi mắc bệnh AML giai đoạn tiến triển không đáp ứng với ghép tế bào gốc và không có phương pháp điều trị nào khác. Ông cũng mắc bệnh ghép chống vật chủ (phổi).

Trước đây đã tiến triển qua một số phương pháp điều trị bao gồm:

cytarabine + daunorubicin

VEN-HMA (venetoclax + azacitidine)

Liệu pháp đơn trị HMA (decitabine)

LDAC (cytarabine liều thấp)

FLT3

Các vấn đề chính hiện tại của ông là:

1/ Đau thần kinh liên quan đến hóa trị trước đó với sự phân bố ở tay và chân. Cơn đau có mức độ nghiêm trọng ban đầu là 3/10 nhưng là 7/10 vào ban đêm. Cơn đau được mô tả là đau nhói, nóng rát và sắc nhọn, với morphine BTD không hiệu quả. Người ta đã lưu ý rằng trước đây không có dấu hiệu nào phù hợp với CRPS và các xét nghiệm dẫn truyền thần kinh không có gì đáng chú ý. Ông ấy không đáp ứng với gabapentanoids, TCA, SSRI, NSAID và luân phiên opioid bao gồm oxycontin và methadone. Hiện tại, ông ấy đang dùng MS Contin 200MG BD và 40mg prn ordine. Liều lượng đã được tăng nhanh chóng.

2/ Mệt mỏi nghiêm trọng và mất ngủ

Những vấn đề này đã trở thành vấn đề trong 6 tháng và một phần là do steroid. Ông ấy báo cáo tình trạng hoạt động giảm sút và chỉ có thể đi lại những quãng đường ngắn (ECOG 3) và ngày càng phải nằm liệt giường.

Các bệnh đi kèm khác bao gồm trào ngược dạ dày

Thuốc hiện tại:

MS Contin 200mg BD

Ordine 40mg prn

Montelukast

Seretide

Ventolin

Magiê

Vitamin D

Nexium

Lipitor

Prednisolone 25mg mỗi ngày

Hôm nay, tôi đã cung cấp cho anh ấy tổng quan về chăm sóc giảm nhẹ và mô hình chăm sóc toàn diện để hỗ trợ anh ấy. Tôi đã giới thiệu khả năng các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cộng đồng hỗ trợ anh ấy và sẽ giới thiệu.

Tôi cũng đã xem xét các loại thuốc. Tôi đã ngừng dùng Lipitor và Vitamin D. Về tình trạng ngủ kém của anh ấy, mà tôi tin là làm trầm trọng thêm tình trạng mệt mỏi của anh ấy, tôi đã yêu cầu anh ấy uống prednisolone vào buổi sáng để cai thuốc.

Về chứng đau thần kinh kháng opioid của anh ấy, tôi đã sắp xếp để anh ấy được đưa vào khoa của chúng tôi để đánh giá thêm và xem xét thử nghiệm ketamine CSCI và thay thế opioid bằng hydromorphone. Một khả năng khác là CSCI lignocaine. Tôi sẽ xem xét lại tình trạng của anh ấy thêm lần nữa và cũng sẽ tổ chức một cuộc họp gia đình để thảo luận về mục tiêu chăm sóc của anh ấy.

# 

# GPT:

Hôm nay, tôi có cơ hội thăm khám ông Bill Smith tại Phòng khám Chăm sóc Giảm nhẹ Ảo qua hội nghị video.

Ông Smith được giới thiệu từ Khoa Huyết học để được đánh giá chăm sóc giảm nhẹ, quản lý triệu chứng và điều chỉnh thuốc.

Ông Smith, 70 tuổi, bị AML giai đoạn tiến triển (ung thư máu cấp dòng tủy) không đáp ứng với điều trị ghép tế bào gốc và hiện không còn lựa chọn điều trị nào khác. Ông cũng mắc bệnh ghép chống chủ (graft versus host disease) ở phổi.

Trước đây, ông đã trải qua nhiều phác đồ điều trị khác nhau bao gồm:

• Cytarabine + Daunorubicin

• VEN-HMA (venetoclax + azacitidine)

• HMA đơn trị liệu (decitabine)

• LDAC (cytarabine liều thấp)

• FLT3

Các vấn đề chính hiện tại:

1/ Đau thần kinh do hóa trị trước đó, phân bố ở tay và chân.

Cơn đau có mức độ nền là 3/10 nhưng lên tới 7/10 vào ban đêm. Ông mô tả cơn đau như những cơn bắn, rát và nhói. Morphine dùng để giảm đau đột xuất (BTD) không hiệu quả. Trước đây, các xét nghiệm không cho thấy dấu hiệu phù hợp với CRPS, và điện cơ thần kinh không phát hiện bất thường. Ông không đáp ứng với gabapentinoids, TCA, SSRI, NSAID và các lần thay đổi opioid bao gồm oxycontin và methadone. Hiện tại, ông đang sử dụng MS Contin 200mg hai lần mỗi ngày và 40mg ordine khi cần. Liều đã được tăng nhanh.

2/ Mệt mỏi nghiêm trọng và mất ngủ.

Hai triệu chứng này đã kéo dài 6 tháng, một phần ông cho là do steroid. Ông báo cáo tình trạng sức khỏe giảm sút, chỉ đi lại được quãng đường ngắn (ECOG 3) và ngày càng phụ thuộc nhiều vào giường.

Các bệnh lý kèm theo khác:

• Trào ngược dạ dày

Thuốc hiện tại:

• MS Contin 200mg hai lần mỗi ngày

• Ordine 40mg khi cần

• Montelukast

• Seretide

• Ventolin

• Magnesium

• Vitamin D

• Nexium

• Lipitor

• Prednisolone 25mg mỗi ngày

Kế hoạch điều trị hôm nay:

• Tôi đã cung cấp cho ông một cái nhìn tổng quan về chăm sóc giảm nhẹ và phương pháp chăm sóc toàn diện để hỗ trợ ông.

• Tôi giới thiệu khả năng tham gia các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cộng đồng và sẽ gửi đơn giới thiệu.

• Tôi đã xem xét và ngừng sử dụng Lipitor và Vitamin D. Về vấn đề rối loạn giấc ngủ, tôi yêu cầu ông chuyển thời gian dùng prednisolone vào buổi sáng và sẽ giảm liều dần.

Về đau thần kinh kháng opioid:

Tôi đã sắp xếp để ông nhập viện tại đơn vị của chúng tôi để đánh giá thêm và xem xét thử nghiệm truyền dưới da (CSCI) ketamine và thay thế opioid bằng hydromorphone. Một lựa chọn khác là truyền CSCI lignocaine. Tôi sẽ tái khám ông trong giai đoạn này và tổ chức một cuộc họp gia đình để thảo luận về các mục tiêu chăm sóc.

# LLAMA:

Tôi đã có vinh dự được xem xét trường hợp của ông Bill Smith trong Phòng khám Chăm sóc giảm nhẹ ảo qua hội nghị truyền hình. Ông Smith đã được giới thiệu đến chúng tôi bởi Khoa Huyết học để được xem xét chăm sóc giảm nhẹ, quản lý triệu chứng và hợp lý hóa thuốc.Ông Smith là một người đàn ông 70 tuổi mắc bệnh bạch cầu cấp tính không đáp ứng với cấy ghép tế bào gốc và không còn lựa chọn điều trị khác. Ông cũng mắc bệnh ghép so với bệnh chủ (phổi).Trước đây, ông đã trải qua nhiều phương pháp điều trị, bao gồm:

\* Cytarabine + daunorubicin

\* VEN-HMA (venetoclax + azacitidine)  
\* HMA đơn trị liệu (decitabine)

\* LDAC (cytarabine liều thấp)

\* FLT3Các vấn đề chính của ông hiện nay là:

1. Đau thần kinh liên quan đến hóa trị liệu trước đó, phân bố ở tay và chân. Đau có mức độ nghiêm trọng cơ bản là 3/10 nhưng là 7/10 vào ban đêm. Đau được mô tả là đau nhức, bỏng và nhọn, với morphine không hiệu quả. Ông đã không đáp ứng với gabapentanoids, TCA, SSRI, NSAID, và luân chuyển opioid bao gồm oxycontin và methadone. Hiện tại, ông đang dùng MS Contin 200MG BD và 40mg prn ordine. Liều lượng đã được tăng nhanh.2. Mệt mỏi nghiêm trọng và mất ngủNhững vấn đề này đã tồn tại trong 6 tháng và ông cho rằng chúng một phần do steroid. Ông báo cáo giảm hiệu suất và chỉ có thể đi lại khoảng cách ngắn (ECOG 3) và đang trở nên ngày càng nằm trên giường.Các bệnh đi kèm khác bao gồm trào ngược dạ dàyThuốc hiện tại:

\* MS Contin 200mg BD

\* Ordine 40mg prn

\* Montelukast

\* Seretide

\* Ventolin

\* Magnesium

\* Vitamin D

\* Nexium

\* Lipitor

\* Prednisolone 25mg hàng ngày

Hôm nay, tôi đã cung cấp cho ông một cái nhìn tổng quan về chăm sóc giảm nhẹ và mô hình chăm sóc toàn diện để hỗ trợ ông. Tôi đã giới thiệu khả năng của các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cộng đồng hỗ trợ ông và sẽ làm một giấy giới thiệu. Tôi cũng đã xem xét lại thuốc của ông. Tôi đã ngừng sử dụng Lipitor và Vitamin D.Về vấn đề mất ngủ của ông, mà tôi tin rằng đang làm trầm trọng thêm tình trạng mệt mỏi của ông, tôi đã yêu cầu ông uống prednisolone vào buổi sáng với mục đích giảm dần liều lượng.Về vấn đề đau thần kinh không đáp ứng với opioid của ông, tôi đã tổ chức cho ông được nhập viện vào đơn vị của chúng tôi để được đánh giá thêm và xem xét khả năng thử nghiệm với ketamine và thay thế opioid bằng hydromorphone. Một khả năng khác là sử dụng lignocaine.Tôi sẽ xem xét lại tình trạng của ông tại thời điểm này và cũng sẽ tổ chức một cuộc họp với gia đình của ông để thảo luận về mục tiêu chăm sóc của ông.Tôi tin rằng với sự hỗ trợ của các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cộng đồng và sự điều chỉnh thuốc phù hợp, chúng tôi có thể giúp ông quản lý các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của ông.