

Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc trên bệnh nhân lao và bệnh phổi tại một bệnh viện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2024

Đào Trọng Nghĩa¹, Huỳnh Kim Hiệu², Võ Phát Đạt³, Trần Yên Hảo^{2*}

¹Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trung tâm Y tế huyện Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các vấn đề liên quan đến thuốc (DRP) là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc sử dụng thuốc không hợp lý, làm giảm hiệu quả và an toàn trong điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ xuất hiện các DRP/tổng số ngày nằm viện của bệnh nhân nhập viện do lao và bệnh phổi, và tìm hiểu các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang qua hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Lao - Phổi của một bệnh viện ở Kiên Giang năm 2024. **Xác định và phân loại DRP** theo khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam (Quyết định số 3547/2021/QĐ-BYT). **Kết quả:** Trong 200 HSBA được lựa chọn ngẫu nhiên, DRP xuất hiện với tỷ lệ 1,924 DRP/2,304 ngày nằm viện (83.5%). DRP chiếm tỷ lệ cao nhất (60.6%) liên quan đến lựa chọn thuốc; trong đó, nổi bật là kê đơn mà không có chỉ định phù hợp (44.1%) và tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng (26.4%). Các DRP liên quan đến liều dùng là nhóm DRP phổ biến thứ hai (22.9%), chủ yếu do việc sử dụng liều quá thấp (19.3%). Trong số các yếu tố về bệnh nhân, điều trị và bác sĩ kê đơn, nghiên cứu chỉ ra rằng sử dụng đa thuốc (≥ 5 thuốc/ngày) làm tăng tỷ lệ mắc DRP gấp 2.5 lần so với sử dụng ít thuốc hơn (72.8% so với 29.4%, $p < 0.001$). **Kết luận:** DRP về lựa chọn thuốc là DRP phổ biến nhất. Sử dụng đa thuốc liên quan đến sự tăng DRP có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: các vấn đề liên quan đến thuốc, DRP, lao, bệnh phổi, điều trị nội trú

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng thuốc không hợp lý là vấn đề bất cập của nhiều quốc gia, ở tất cả các cấp độ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là trong các bệnh viện. Đây cũng là một trong các nguyên nhân chính làm gia tăng chi phí điều trị cho người bệnh, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe và tăng nguy cơ kháng thuốc [1].

Bệnh lao và các bệnh về phổi đặc biệt là viêm phổi luôn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới [2, 3]. Năm 2022, tỷ lệ bệnh nhân mắc lao là 7.5 triệu người và có 1.3 triệu ca tử vong trên toàn thế giới do lao [4]. Bên cạnh đó, việc sử dụng thuốc điều trị lao trong thực hành lâm sàng còn phát sinh nhiều vấn đề liên quan đến thuốc (DRP), có thể ảnh hưởng đến hiệu quả và an toàn điều trị. Nghiên cứu của Abrogoua và cộng sự đã chỉ ra tương tác thuốc, điều trị chưa đủ, liều quá thấp/quá cao là một trong những vấn đề thường gặp làm tăng nguy cơ phản ứng có hại của thuốc và chi phí điều trị [5].

Trên thế giới, các nghiên cứu về DRP trong điều trị lao - bệnh phổi trên bệnh nhân nội trú chưa được thực hiện rộng rãi, tập trung chủ yếu vào tuân thủ điều trị, chi phí y tế và tương tác thuốc [5]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu DRP được thực hiện nhưng còn mang tính rải rác, ở nhiều cơ sở điều trị khác nhau [6]. Đối với một bệnh viện tuyến tỉnh Kiên Giang điều trị cho bệnh nhân lao và bệnh phổi, DRP là một khái niệm mới và chưa có một khảo sát nào trước đây. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định DRP thực tế tại một Bệnh viện thuộc tỉnh Kiên Giang, làm cơ sở cho các biện pháp can thiệp được lâm sàng tiếp theo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú và xuất viện tại khoa Lao – Phổi từ ngày 01/01/2024 - 31/3/2024.

Tác giả liên hệ: Trần Yên Hảo

Email: tyhao@ctump.edu.vn

- Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trốn viện.
- Địa điểm nghiên cứu: Một bệnh viện thuộc tỉnh Kiên Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

2.2.2. Cỡ mẫu

Được xác định theo công thức ước lượng một tỷ lệ như sau:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Với mức ý nghĩa thống kê α là 0.05, hệ số tin cậy Z là 1.96, sai số tuyệt đối cho phép d là 0.07. Do chưa có nghiên cứu nào trước đó về tỷ lệ DRP xảy ra trên bệnh nhân Lao và bệnh phổi điều trị nội trú, nên nhóm nghiên cứu chọn $p = 0.5$ để có cỡ mẫu tối đa. Áp dụng vào công thức tính được $n = 196$, nên làm tròn cỡ mẫu thành 200 hồ sơ bệnh án (HSBA).

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Từ phần mềm VNPT-HIS chứa thông tin tất cả hồ sơ bệnh án bệnh nhân nhập viện điều trị và xuất viện tại Khoa Lao - Phổi phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu trích xuất mã hồ sơ của các bệnh án này. Tiếp theo, dùng phần mềm SPSS với chức năng *Data/Select cases/Random sample of cases* để chọn ngẫu nhiên 200 HSBA vào mẫu nghiên cứu.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Xác định và phân loại DRP

- Dựa trên Quyết định số 3547/2021/QĐ-BYT của Bộ Y tế Việt Nam về việc ban hành mẫu Phiếu phân tích sử dụng thuốc [7], nhóm nghiên cứu tập trung vào 3 nhóm DRP chính trên lâm sàng như: (1) Lựa chọn thuốc, (2) Liều dùng, và (3) Có bệnh lý chưa được điều trị đủ.
- Đối với mỗi HSBA, DRP được xem xét theo từng ngày nằm viện. Thông tin kê đơn của từng thuốc sẽ được đối chiếu với các nguồn tài liệu tham khảo

sau đây (theo thứ tự ưu tiên) nhằm xác định DRP: (1) Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, (2) Phác đồ điều trị tại cơ sở lấy mẫu năm 2024, (3) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế, (4) Dược thư Quốc gia Việt Nam năm 2022. Ngoài ra, các cơ sở dữ liệu như: drugs.com và micromedexsolutions.com cũng được dùng để xác định các DRP về tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng (nghiêm trọng, tránh phối hợp, hoặc cần theo dõi). Trong trường hợp có sự khác nhau về thông tin giữa các nguồn tài liệu, sự phù hợp với ít nhất một tài liệu tra cứu sẽ được xem xét là không có DRP.

- Xác định tỷ lệ xuất hiện DRP trên tổng số ngày nằm viện.

Xác định đặc điểm các yếu tố: về bệnh nhân (tuổi, giới, số bệnh mắc kèm, số ngày nằm viện), về điều trị (số thuốc trong 1 ngày nằm viện); và về bác sĩ kê đơn (tuổi, trình độ chuyên môn, thời gian công tác).

2.2.5. Xử lý số liệu

Thông tin sử dụng thuốc trong HSBA được ghi nhận vào Excel để kiểm tra và đánh giá DRP. Sau đó, dữ liệu được chuyển vào phần mềm SPSS 28.0 để xử lý. Thống kê mô tả được dùng cho các đặc điểm bệnh nhân, bác sĩ và đặc điểm sử dụng thuốc. Hồi quy logistic đơn biến được dùng để đánh giá mối liên quan giữa DRP với các yếu tố bệnh nhân và yếu tố điều trị. Mô hình tuyến tính hỗn hợp tổng quát được dùng để đánh giá mối liên quan giữa DRP và yếu tố bác sĩ (người kê đơn).

2.2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo Quyết định số 24.014.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 28 tháng 6 năm 2024.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân nhập viện có chẩn đoán lao và bệnh lý mắc kèm trên phổi hoặc cơ quan khác. Một số đặc điểm khác của bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nhập viện do lao và bệnh phổi

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi bệnh nhân	≤ 35 tuổi	18	9.0
	36 - 59 tuổi	81	40.5
	≥ 60 tuổi	101	50.5

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	134	67.0
	Nữ	66	33.0
Số bệnh mắc kèm	Không có bệnh mắc kèm	20	10.0
	1 - 2 bệnh mắc kèm	103	51.5
	≥ 3 bệnh mắc kèm	77	38.5
Số ngày nằm viện	≤ 7 ngày	57	28.5
	> 7 ngày	143	71.5
Tổng số bệnh nhân		200	100.0

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện do lao và bệnh phổi có độ tuổi trung bình là 58.63 (± 16.48); nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (50.5%). Đa phần bệnh nhân là nam giới (67%), có bệnh mắc

kèm ngoài đường hô hấp (90%), và có thời gian nằm viện kéo dài. Số ngày nằm viện > 7 ngày chiếm đến 71.5%; trong đó, thời gian nằm viện có trung vị là 12 ngày và khoảng tứ phân vị là 7 - 14 ngày.

Bảng 2. Số lượng thuốc trong 1 ngày nằm viện

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Số thuốc/ngày nằm viện	< 5	170	7.4
	≥ 5	2,134	92.6
Tổng số ngày nằm viện		2,304	100.0

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị đa thuốc (≥ 5 thuốc/ngày nằm viện) khá cao, đến 92.6% trường hợp. Trường

hợp bệnh nhân được kê nhiều thuốc nhất trong 1 ngày nằm viện là 18 thuốc và ít nhất là 1 thuốc.

Bảng 3. Xác định DRP trong 200 HSBA được khảo sát

Loại DRP	Tần số	Tỷ lệ (%)
Lựa chọn thuốc	153	76.5
Lặp thuốc	1	0.5
Tương tác thuốc	61	30.5
Sai thuốc	0	0.0
Đường dùng/Dạng bào chế chưa phù hợp	28	14.0
Chống chỉ định	7	3.5
Không có chỉ định	123	61.5
Quá nhiều thuốc cho cùng chỉ định	7	3.5
Liều dùng	52	26.0
Liều dùng quá cao	18	9.0
Liều dùng quá thấp	43	21.5
Tần suất dùng quá nhiều	0	0.0
Tần suất dùng không đủ	0	0.0
Thời điểm dùng chưa phù hợp	6	3.0
Hướng dẫn liều chưa phù hợp, chưa rõ ràng	0	0.0
Có bệnh lý chưa được điều trị đủ	0	0.0
Có bệnh lý chưa được điều trị đủ	0	0.0
Cần biện pháp dự phòng/chưa dự phòng đủ	0	0.0

Tổng số DRP trên HSBA thấp hơn tổng số DRP trên ngày nằm viện (Bảng 4) do nếu HSBA có nhiều DRP cùng loại hoặc lặp lại chỉ được tính một lần.

Nhận xét: DRP xuất hiện trên 167 HSBA (83.5%). Trong đó, DRP do “lựa chọn thuốc” là loại DRP phổ biến nhất, xảy ra trên 153 bệnh nhân với tỷ lệ

76.5%; kể đến là các DRP do “liều dùng”, chiếm 26%. Không có trường hợp nào bệnh nhân “có bệnh lý chưa được điều trị đủ”.

Bảng 4. Xác định DRP trong 2,304 ngày nằm viện từ 200 HSBA

Các DRP	Tần số	Tỷ lệ (%)
Lựa chọn thuốc	1,397*	60.6
Lập thuốc	6	0.3
Tương tác thuốc	609	26.4
Sai thuốc	0	0.0
Đường dùng/Dạng bào chế chưa phù hợp	172	7.5
Chống chỉ định	27	1.2
Không có chỉ định	1,016	44.1
Quá nhiều thuốc cho cùng chỉ định	15	0.7
Liều dùng	527*	22.9
Liều dùng quá cao	207	9
Liều dùng quá thấp	445	19.3
Tần suất dùng quá nhiều	0	0.0
Tần suất dùng không đủ	0	0.0
Thời điểm dùng chưa phù hợp	6	0.3
Hướng dẫn liều chưa phù hợp, chưa rõ ràng	0	0.0
Có bệnh lý chưa được điều trị đủ	0	0.0
Có bệnh lý chưa được điều trị đủ	0	0.0
Cần biện pháp dự phòng/chưa dự phòng đủ	0	0.0
Tổng số ngày nằm viện có ít nhất 1 DRP	1,603*	69.6

* Do trong 1 ngày nằm viện có thể có nhiều loại DRP và xảy ra với nhiều thuốc khác nhau, nên tổng DRP của mỗi phân loại cao hơn tần số DRP của nhóm lớn.

Nhận xét: DRP xuất hiện ở 1,603/2,304 ngày nằm viện (69.6%). DRP do “lựa chọn thuốc” chiếm tỷ lệ cao nhất là 60.6%; kế đến là DRP do “liều dùng” chiếm 22.9%. Trong số các DRP do lựa chọn thuốc, DRP liên quan đến việc kê đơn thuốc mà “không có

chỉ định” xảy ra ở 1.016 ngày nằm viện (44.1%), DRP do “tương tác thuốc” xảy ra ở 609 ngày nằm viện (26.4%). Trong khi đó, đa phần các DRP do liều dùng liên quan đến “liều dùng quá thấp”: 445 ngày nằm viện (19.3%).

Bảng 5. Đặc điểm của bác sĩ kê đơn

Đặc điểm bác sĩ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi:		
< 40 tuổi	6	60
≥ 40 tuổi	4	40
Trình độ chuyên môn:		
Đại học	8	80
Sau đại học	2	20
Thời gian công tác:		
< 5 năm	1	10
≥ 5 năm	9	90

Nhận xét: Có tổng cộng 10 bác sĩ tham gia vào điều trị nội trú cho các bệnh nhân mắc lao và bệnh phổi. Trong đó, nhóm tuổi ≥ 40 và < 40 là xấp xỉ nhau. Tỷ

lệ bác sĩ có trình độ chuyên môn sau đại học còn thấp, chiếm 20%. Bác sĩ có thâm niên công tác ≥ 5 năm chiếm đa số, đến 90%.

Bảng 6. Liên quan giữa yếu tố bệnh nhân đến tỷ lệ xuất hiện DRP

Tổng HSBA được phân tích (n = 200)	DRP, n (%)		p	OR (95%)
	Có	Không		
Tuổi				
≤35 tuổi	15 (83.3)	3 (16.7)	0.843	0.87 (0.23 - 3.38)

Tổng HSBA được phân tích (n = 200)	DRP, n (%)		p	OR (95%)
	Có	Không		
Tuổi				
36-59 tuổi	66 (81.5)	15 (18.5)	0.508	0.77 (0.35 - 1.68)
≥ 60 tuổi	86 (85.1)	15 (14.9)		1
Giới tính				
Nam	107 (79.9)	27 (20.1)	0.053	0.40 (0.16 - 1.01)
Nữ	60 (90.9)	6 (9.1)		1
Số lượng bệnh mắc kèm				
0	15 (75)	5 (25)	0.098	0.35 (0.10 - 1.21)
1 - 2	83 (80.6)	20 (19.4)	0.103	0.48 (0.20 - 1.16)
≥ 3	69 (89.6)	8 (10.4)		1
Số ngày nằm viện				
≤ 7 ngày	48 (84.2)	9 (15.8)	0.864	1.08 (0.47 - 2.48)
> 7 ngày	119 (83.2)	24 (16.8)		1

Hồi quy binary logistic đơn biến được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ DERP với yếu tố bệnh nhân.

Nhận xét: Không có bằng chứng cho thấy yếu tố bệnh nhân có liên quan đến việc xuất hiện DERP.

Bảng 7. Liên quan giữa yếu tố điều trị đến tỷ lệ xuất hiện DERP

Tổng số ngày nằm viện được phân tích (n = 2,304)	DRP, n (%)		p	OR (95%)
	Có	Không		
Số lượng thuốc trong 1 ngày nằm viện				
< 5 thuốc	50 (29.4)	120 (70.6)		1
≥ 5 thuốc	1553 (72.8)	581 (27.2)	< 0.001	6.42 (4.55 - 9.04)

Hồi quy binary logistic đơn biến được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ DERP với yếu tố yếu tố điều trị (số thuốc/ngày nằm viện)

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện DERP ở các ngày có điều trị đa thuốc (≥5 thuốc/ngày) cao gấp 2.5 lần so với ngày sử dụng ít thuốc hơn (72.8% so với 29.4%). Phân tích cho thấy “**đa thuốc**” liên quan có ý nghĩa thống kê đối với việc xuất hiện DERP.

Bảng 8. Liên quan giữa yếu tố bác sĩ đến tỷ lệ xuất hiện DERP

Tổng số ngày nằm viện được phân tích (n = 2,304)	DRP, n (%)		p	OR (95%)
	Có	Không		
Tuổi				
<40 tuổi	1,511 (69.4)	665 (30.6)		1
≥40 tuổi	92 (71.9)	36 (28.1)	0.562	1.12 (0.75 - 1.67)
Trình độ chuyên môn				
Đại học	1,526 (69.6)	667 (30.4)		1
Sau đại học	77 (69.4)	34 (30.6)	0.962	0.99 (0.66 - 1.5)
Thời gian công tác				
<5 năm	2 (100)	0 (0.0)	0.524	-
≥5 năm	1,601 (69.5)	701 (30.5)		

- Không áp dụng do không có trường hợp nào bác sĩ có thời gian công tác dưới 5 năm không mắc DERP.

Mô hình tuyến tính hỗn hợp tổng quát với hồi quy logistic được dùng để đánh giá mối liên quan giữa DERP và yếu tố bác sĩ (người kê đơn).

Nhận xét: Không có bằng chứng cho thấy yếu tố bác sĩ có liên quan đến việc xuất hiện DERP.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Qua 200 HSBA của các bệnh nhân nhập viện do lao và bệnh phổi, đa số bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên (50.5%), kể đến là nhóm 36 - 59 tuổi (40.5%). Tình trạng tập trung lao và bệnh phổi ở bệnh nhân cao tuổi (≥ 60) có thể do sự suy giảm miễn dịch ở lứa tuổi này nên dễ mắc bệnh với mức độ trầm trọng hơn; vì vậy, cần phải có kế hoạch giám sát DRP nhằm tăng cường hiệu quả và an toàn điều trị. Bên cạnh đó, sự phổ biến của lao và bệnh phổi ở nhóm tuổi trung niên (36 - 59) có thể do đây là nguồn lao động chính với cường độ lao động lớn, và có nhiều nguy cơ tiếp xúc với nguồn lây nhiễm nên dễ mắc bệnh. Đa số bệnh nhân từ tuyến huyện chuyển đến, mắc lao/di chứng do điều trị lao và các bệnh mắc kèm khác trên phổi hoặc các cơ quan khác (gan, thận, tiêu hóa, tim mạch). Ngoài ra, một số khác có tiền sử sử dụng thuốc lá, kèm nhiễm khuẩn trong thời gian nằm viện kéo dài.

Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân nam cao hơn gấp đôi bệnh nhân nữ (67% so với 33%). Điều này có thể giải thích do nam giới phải thường xuyên lao động nặng, lao động ngoài xã hội nhiều hơn, một số bệnh nhân nam còn có nhiều nguy cơ mắc bệnh hơn do thói quen uống rượu, bia và hút thuốc lá, thuốc lào.

Các bệnh nhân nhập viện điều trị lao thường mắc kèm theo rất nhiều bệnh lý ngoài đường hô hấp; trong đó tỷ lệ mắc kèm từ 1 - 2 bệnh chiếm 51.5% và mắc trên 3 bệnh kèm theo chiếm 38.5%. Nhóm bệnh đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao, kể đến là các nhóm bệnh về nội tiết như đái tháo đường, các bệnh tim mạch như tăng huyết áp. Ngoài ra các bệnh nhân mắc bệnh lao cơ thể bị suy kiệt trong thời gian dài nên dẫn đến tình trạng rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng nặng. Đây cũng là khó khăn mà bác sĩ kê đơn phải cân nhắc để lựa chọn thuốc phù hợp với tình trạng bệnh lý và an toàn trong quá trình điều trị.

Trong số 200 bệnh án được khảo sát, tỷ lệ nằm viện > 7 ngày cao (71.5%). Điều này do các trường hợp điều trị bệnh nhân lao có kèm các bệnh về phổi đặc biệt là viêm phổi, COPD hoặc suy hô hấp ... đều phải dùng kháng sinh điều trị, việc điều trị nội trú sử dụng kháng sinh thường được đánh giá từ 10 - 14 ngày và có thể lên đến 21 ngày nếu trường hợp bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng [8].

4.2. Đặc điểm điều trị

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, hầu hết trong các ngày nằm viện, bệnh nhân được sử dụng từ 5

thuốc trở lên (92.6%), có những ngày bệnh nhân phải dùng đến 18 loại thuốc. Điều này có thể lý giải do số lượng bệnh nhân điều trị có nhiều bệnh mắc kèm, cần phối hợp nhiều loại thuốc để điều trị. Tuy nhiên, việc sử dụng nhiều thuốc có thể tăng tần suất xảy ra chỉ định không hợp lý, tương tác thuốc và phản ứng có hại của thuốc [9].

4.3. DRP do lựa chọn thuốc (T1)

Vấn đề lựa chọn thuốc có tần suất gặp nhiều nhất là dùng thuốc không có chỉ định, chiếm 44.1% trong tổng số ngày nằm viện. Thực tế, phần lớn vấn đề được ghi nhận liên quan đến việc kê đơn các loại thuốc bổ sung kali clorid, các loại vitamin nhóm B và khoáng chất. Điều này có thể là do lựa chọn điều trị bao vây, hoặc không cập nhật chẩn đoán đầy đủ trên HSBA.

Vấn đề tiếp theo liên quan đến các DRP lựa chọn thuốc là DRP do tương tác thuốc, chiếm 26.4% trong tổng số ngày nằm viện. Các tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng được ghi nhận đáng chú ý là tương tác thuốc giữa amlodipin-thuốc chống lao, ciprofloxacin-methylprednisolon, domperidon-kháng sinh nhóm fluoroquinolon. Do hiện tại bệnh viện chưa triển khai được hệ thống điện tử cảnh báo tương tác thuốc khi kê đơn, và các bác sĩ tại bệnh viện chưa được tập huấn về các cơ chế tương tác thuốc liên quan đến các nhóm thuốc dùng. Vì vậy, chiến lược quan trọng lúc này là can thiệp được lâm sàng tập trung vào tư vấn các tương tác thuốc nghiêm trọng và phổ biến tại khoa điều trị lao và bệnh phổi.

Vấn đề liên quan đến lựa chọn đường dùng/dạng bào chế không phù hợp chiếm 7.5% trong tổng số ngày nằm viện, chủ yếu là việc sử dụng methylprednisolon sai dạng bào chế. Dựa trên phác đồ, với mục đích tác dụng nhanh trong điều trị các bệnh lý đường hô hấp, methylprednisolon nên được chỉ định theo đường tiêm tĩnh mạch với chế phẩm thường dùng là Solu-medrol. Tuy nhiên, vẫn còn những trường hợp kê đơn Depo-medrol tiêm bắp. Dù cùng hoạt chất nhưng Depo-medrol là dạng hỗn dịch, cho tác dụng chậm và phù hợp hơn với các mục đích cần kháng viêm kéo dài (viêm khớp, hoặc các bệnh tự miễn) (theo tờ hướng dẫn sử dụng của chế phẩm).

Chiếm tỷ lệ nhỏ với 1.2% trong tổng số ngày nằm viện, là DRP chống chỉ định khi kê đơn domperidon cho bệnh nhân bị rối loạn điện giải, đây là thuốc đã được cảnh báo rất nhiều trong hướng dẫn sử dụng và điểm tin cảnh giác được [10] nhưng chưa được phổ biến tại bệnh viện.

4.4. DRP liều dùng (T2)

DRP liều dùng thuốc xảy ra ở 22.9% trong tổng số ngày nằm viện, trong đó liều dùng quá cao chiếm 9% và liều dùng quá thấp chiếm 19.3%. Các DRP này đến từ việc sử dụng liều thuốc lao chưa phù hợp. Vào tháng 01/2024 Bộ Y tế đã cập nhật phác đồ điều trị lao mới trong đó cách tính liều thuốc lao sử dụng trên bệnh nhân được tính dựa trên số kilogram cân nặng không phải bề thuốc. Tuy nhiên, các bác sĩ tại bệnh viện vẫn tính liều dựa trên hướng dẫn cũ dẫn đến có trường hợp dùng thuốc nhiều hơn so với quy định, một số trường hợp khác lại ít hơn so với quy định.

Thời điểm dùng chưa phù hợp chiếm tỷ lệ nhỏ 0.3% chủ yếu là sử dụng thuốc điều trị trào ngược dạ dày - thực quản nhóm thuốc ức chế bơm proton. Nguyên nhân chính dẫn đến DRP này là do hạn chế trong việc cập nhật thông tin thuốc cũng như tâm lý chung của bác sĩ là mong muốn đơn giản việc uống thuốc của bệnh nhân. Tuy nhiên có nhiều thuốc hiệu quả/an toàn phụ thuộc vào bữa ăn; vì vậy các nhân viên y tế cần phải thường xuyên cập nhật kiến thức và chuẩn hoá việc sử dụng thuốc.

4.5. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ xuất hiện DRP

Nhằm đánh giá mối liên quan với tỷ lệ xuất hiện DRP, nhóm nghiên cứu tiến hành xem xét các yếu tố bệnh nhân (tuổi, giới, số lượng bệnh mắc kèm, số ngày nằm viện), yếu tố điều trị (số lượng thuốc trong 1 ngày nằm viện), và yếu tố bác sĩ (tuổi, trình độ chuyên môn, thời gian công tác). Tuy nhiên, chỉ phát hiện “số lượng thuốc trong 1 ngày nằm viện” là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc gia tăng tỷ lệ mắc DRP. Theo đó, ngày có điều trị đa thuốc (≥ 5 thuốc/ngày) tăng tỷ lệ mắc DRP gấp 2.5 lần so với ngày sử dụng ít thuốc hơn (72.8% so với 29.4%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy nguy cơ tương tác thuốc và phản ứng có hại của thuốc tăng tỷ lệ thuận với số lượng thuốc [9]. Ngoài ra, khi kê đơn càng nhiều thuốc có thể làm tăng các nguy cơ nhầm lẫn về liều, chỉ định không hợp lý, hoặc lỗi hành chính trong kê đơn. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc giám sát đơn thuốc có số lượng thuốc cao, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh lý nền.

4.6. Ưu nhược điểm của nghiên cứu

Nghiên cứu DRP trên bệnh nhân lao và bệnh phổi được thiết kế chặt chẽ: (1) sử dụng công cụ phân tích DRP chuẩn hóa theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam; (2) HSBA được lựa chọn ngẫu nhiên từ hệ thống hồ sơ điện tử, hạn chế được sai số chọn mẫu; (3) Nhiều yếu tố như đặc điểm bệnh nhân, điều trị và bác sĩ kê đơn được khảo sát nhằm tìm hiểu mối liên quan liên quan đến DRP. Kết quả nghiên cứu chỉ ra được: (1) DRP do lựa chọn thuốc là nhóm DRP phổ biến, và (2) Kê đơn nhiều thuốc là yếu tố cần được xem xét thận trọng để giảm tỷ lệ DRP trên bệnh nhân lao - bệnh phổi. Điều này có giá trị ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng, để từ đó có biện pháp can thiệp phù hợp.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Do sử dụng dữ liệu mô tả cắt ngang hồi cứu nên việc thu thập dữ liệu phụ thuộc vào chất lượng ghi chép trong hồ sơ bệnh án, có thể dẫn đến thiếu sót thông tin. Nghiên cứu chỉ phản ánh được mối liên quan, chứ chưa xác định được hậu quả lâm sàng (nếu không được ghi chép trên HSBA) của các DRP đã phát hiện. Bên cạnh đó, phương pháp đánh giá DRP theo mỗi ngày có thể làm tăng nguy cơ lặp lại những đơn thuốc không phù hợp, dẫn đến ước lượng quá cao tỷ lệ DRP trên tổng số ngày nằm viện (Bảng 4). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu tỷ lệ DRP trên HSBA (Bảng 3) với mỗi loại DRP-thuốc chỉ được tính một lần trên 1 bệnh nhân, vẫn cho thấy DRP là vấn đề phổ biến (83.5%), đặc biệt là DRP do “lựa chọn thuốc” và “liều dùng”.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tình trạng khá phổ biến của DRP (83.5% HSBA hay 69.6% tổng ngày nằm viện) với DRP do lựa chọn thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, nổi bật là DRP do thuốc được kê mà không có chỉ định, và DRP liên quan đến tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng. Trong số các yếu tố về bệnh nhân, điều trị và yếu tố về bác sĩ, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng số lượng thuốc được kê trong một ngày nằm viện liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ xuất hiện DRP. Vì vậy, cần có các nghiên cứu tiếp theo xác định mức độ ảnh hưởng của DRP trên lâm sàng và đề xuất triển khai các can thiệp phù hợp để giảm thiểu DRP trên bệnh nhân lao và bệnh phổi điều trị nội trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] D.V. Cường và P.T.T. Liên, “Nghiên cứu thực trạng kê đơn thuốc và các vấn đề liên quan đến việc kê đơn thuốc chưa phù hợp tại Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng năm 2020”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, số 37, tr.54-61, 2021.

[2] C.W. Lanks, A.I. Musani and D.W. Hsia, “Community-acquired Pneumonia and Hospital-acquired Pneumonia”, *Medical Clinics of North America*, Vol 103, No 3, pp.487-501, 2019. DOI: 10.1016/j.mcna.2018.12.008

- [3] J. Furin, H. Cox and M. Pai, "Tuberculosis", *The Lancet*, Vol 393, No 10181, pp.1642-1656, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30308-3.
- [4] Bộ Y tế, "Báo cáo tổng kết chương trình hoạt động chống lao năm 2023", *Chương trình chống Lao Quốc Gia*, 2023.
- [5] D.P. Abrogoua, B.A. Kamenan, B.J. Ahui, E. Doffou, "Pharmaceutical interventions in the management of tuberculosis in a pneumophtisiology department, Ivory Coast", *Therapeutics and clinical risk management*, Vol 12, pp.1749-1756, 2016. doi: 10.2147/TCRM.S118442.
- [6] P.T.L. Cẩm, N.T. Sáu và N.H. Thảo, "Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc qua đơn thuốc kê cho bệnh nhân khám bệnh ngoại trú của một bệnh viện hạng một tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2021", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Số 18, tr.233-240, 2023.
- [7] Bộ Y tế, *Quyết định số 3547/QĐ-BYT năm 2021 về việc ban hành mẫu Phiếu phân tích sử dụng thuốc*, 2021.
- [8] Bộ Y tế, *Quyết định số 4815/QĐ-BYT năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*, 2020.
- [9] G. Onder, M. Petrovic, B. Tangiisuran, ..., T.J.M. van der Cammen, "Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older: the GerontoNet ADR risk score", *Archives of internal medicine*, Vol 170, No 13, pp.1142-8, 2010. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.153.
- [10] N.T. Tuyến, "Domperidon: cập nhật giới hạn chỉ định" 2019, Trung tâm DI & ADR Quốc gia. Địa chỉ: <https://magazine.canhgiacduoc.org.vn/Magazine/Details/234#>. Ngày truy cập: 01/04/2025.

Drug-related problems in patients hospitalized for tuberculosis and lung diseases in a hospital in Kien Giang province in 2024

Dao Trong Nghia, Huynh Kim Hieu, Vo Phat Dat, Tran Yen Hao

ABSTRACT

Background: Drug-related problems (DRPs) are among the causes leading to irrational drug use and reducing the effectiveness and safety of treatment. Objectives: To determine the prevalence of DRPs and associated factors. Materials and method: A cross-sectional descriptive study was conducted by reviewing medical records of inpatients treated at the Department of Tuberculosis and Pulmonary Diseases in a hospital in Kien Giang province in 2024. The identification and classification of DRPs were guided by the Vietnamese Ministry of Health (Decision No. 3547/2021/QĐ-BYT). Results: A total of 200 medical records were randomly selected and analyzed. DRPs were prevalent in 1,924 out of 2,304 patient-hospitalization days (83.5%). DRPs from drug selection were the most common (60.6%), mainly accounted by the prescribing without an appropriate indication (44.1%) and by clinically relevant drug-drug interactions (26.4%). DRPs related to dosing were also common (22.9%), mainly accounted by the underdosing (19.3%). Factors concerning patients, treatment, and physicians were used to examine their association with DRPs. Notably, polypharmacy (≥ 5 medications/day) increased the prevalence of DRPs by 2.5 times compared with using fewer medications (72.8% vs. 29.4%, $p < 0.001$). Conclusions: DRPs related to drug selection were the most common among patients with tuberculosis and pulmonary diseases. Polypharmacy was statistically associated with an increased prevalence of DRPs.

Keywords: drug-related problems, DRP, tuberculosis, pulmonary diseases, inpatient treatment

Received: 16/4/2025

Revised: 20/5/2025

Accepted for publication: 21/5/2025