

5. **Sato R, Suzuki Y, Takahashi G, Kojika M, Inoue Y, Endo S.** A newly developed kit for the measurement of urinary liver-type fatty acid-binding protein as a biomarker for acute kidney injury in patients with critical care. *J Infect Chemother.* 2015;21(3):165–9.
6. **Ek-Von Mentzer BA, Zhang F, Hamilton JA.** Binding of 13-HODE and 15-HETE to phospholipid bilayers, albumin, and intracellular fatty acid binding proteins. implications for transmembrane and intracellular transport and for protection from lipid peroxidation. *J Biol Chem.* 11 Tháng Năm 2001;276(19):15575–80.
7. **Schiffli H, Lang SM.** Update on biomarkers of acute kidney injury: moving closer to clinical impact? *Mol Diagn Ther.* 1 Tháng Tám 2012;16(4):199–207.
8. **Xu Y, Xie Y, Shao X, Ni Z, Mou S.** L-FABP: A novel biomarker of kidney disease. *Clin Chim Acta Int J Clin Chem.* 20 Tháng Năm 2015;445:85–90.
9. **Noiri E, Doi K, Negishi K, Tanaka T, Hamasaki Y, Fujita T, và c.s.** Urinary fatty acid-binding protein 1: an early predictive biomarker of kidney injury. *Am J Physiol-Ren Physiol.* 2009;296(4):F669–79.

KHẢO SÁT MỘT SỐ VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC TRONG KÊ ĐƠN NGOẠI TRÚ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2023-2024

Trần Thảo Vy¹, Nguyễn Thắng¹, Nguyễn Anh Khoa¹, Nguyễn Hữu Trúc¹, Đặng Duy Khánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems - DRP) có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và làm tăng nguy cơ nhập viện cho bệnh nhân (BN). Do đó, việc xác định DRP trong kê đơn là cần thiết để tối ưu hóa việc điều trị. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ xuất hiện DRP trong kê đơn ngoại trú tại một số bệnh viện tỉnh Kiên Giang năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang với 969 đơn thuốc ngoại trú được chọn ngẫu nhiên từ 01/06/2023 đến 29/02/2024. DRP được xác định bằng cách so sánh thông tin từng đơn thuốc với các nguồn tài liệu tham khảo gồm: Tổ hướng dẫn sử dụng thuốc, Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế, tương tác thuốc dựa vào Drugs.com và Medscape. Phân loại DRP dựa theo phụ lục 2 ban hành kèm Quyết định 3547/QĐ-BYT. **Kết quả:** Trong 969 đơn thuốc khảo sát, thu được kết quả tuổi trung bình của BN là 59,0 ± 13,4. Hơn một nửa BN là nữ (57,7%). Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP là 63,0%. DRP phổ biến nhất là thời điểm dùng thuốc chiếm hơn 50%. Thuốc không có chỉ định là DRP ít nhất với tỷ lệ 0,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ đơn thuốc có DRP khá cao. Cần cung cấp thông tin cho bác sĩ về các loại DRP phổ biến để góp phần giảm thiểu DRP. **Từ khóa:** Các vấn đề liên quan đến thuốc, đơn thuốc, ngoại trú, Kiên Giang.

SUMMARY

A SURVEY OF DRUG-RELATED PROBLEMS IN OUTPATIENTS' PRESCRIPTIONS AT SOME HOSPITALS IN KIEN GIANG PROVINCE FROM 2023 TO 2024

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Duy Khánh

Email: ddkhanh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

Background: Drug-related problems (DRP) can affect the effectiveness of treatment and increase the risk of hospitalization for patients. Therefore, identifying drug-related problems in prescribing is necessary to optimize treatment. **Objectives:** Determine the prevalence of DRP in outpatient prescriptions at some hospitals in Kien Giang province from 2023 to 2024. **Materials and methods:** We performed a cross-sectional study with 969 prescriptions which were randomly selected from June 1st, 2023 to February 29th, 2024. DRP is determined by comparing information of each prescription with reference sources including Medication information leaflets, the Vietnamese National Drug Formulary 2022, and treatment guidelines by the Vietnamese Ministry of Health. We checked drug-drug interactions using Drugs.com and Medscape. DRP was classified according to Appendix 2, issued with Decision 3547/QĐ-BYT. **Results:** In the 969 prescriptions surveyed, the average age of patients was 59.0 ± 13.4 years. More than half of the patients were female (57.7%). The proportion of prescriptions with at least one DRP was 63.0%. The most common type of DRP occurred was the inappropriate time of drug administration, which accounted for over 50%. Drugs without indications were the least common DRP with a rate of 0.2%. **Conclusion:** The prevalence of prescriptions with DRP was quite high. It is necessary to provide information to doctors about common types of DRP to help minimize them.

Keywords: Drug-related problems, prescriptions, outpatient, Kien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với hầu hết các loại bệnh, việc điều trị bằng thuốc giúp nâng cao sức khỏe, cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN. Song, sử dụng thuốc không phù hợp có thể gây ra những tác hại to lớn. Nhất là trong thời buổi hiện nay, khi hàng loạt thuốc mới cùng với mô hình bệnh tật mới xuất hiện làm cho việc điều trị bằng thuốc

ngày càng phức tạp, khó quản lý dẫn đến làm xuất hiện các vấn đề liên quan đến thuốc.

Theo hệ thống chăm sóc được Châu Âu, DRP được định nghĩa là "Một biến cố hoặc tình huống liên quan đến việc điều trị bằng thuốc mà thực sự hoặc có khả năng ảnh hưởng đến kết cục sức khỏe mong muốn" [7]. DRP có thể ảnh hưởng hiệu quả điều trị và làm tăng nguy cơ nhập viện cho BN. Do đó, việc xác định DRP trong kê đơn là cần thiết để tối ưu hóa việc điều trị. Hiểu được tầm quan trọng đó, Bộ Y tế đã quy định bộ mã DRP ban hành kèm Quyết định 3547/QĐ-BYT nhằm giúp nhân viên y tế có căn cứ để xác định DRP [1]. Ở Việt Nam, theo NC của Nguyễn Ánh Nhật (2019), tỷ lệ đơn ngoại trú có ít nhất 1 DRP là gần 90% [5]; theo NC của Phan Thị Lệ Cẩm (2023), tỷ lệ đơn ngoại trú có ít nhất 1 DRP là gần 70% [2]. Tỷ lệ đơn thuốc có DRP khá cao. Việc nghiên cứu DRP tại các bệnh viện tỉnh Kiên Giang hiện chưa được thực hiện. Xuất phát từ những thực tế trên, nhóm nghiên cứu quyết định thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ xuất hiện DRP trong kê đơn ngoại trú tại một số Bệnh viện tỉnh Kiên Giang năm 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đơn thuốc ngoại trú bảo hiểm y tế (BHYT) được kê tại 03 cơ sở y tế (CSYT) thực hiện nghiên cứu từ 01/06/2023 đến 29/02/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Đơn thuốc ngoại trú BHYT được kê tại các phòng khám nội tại 03 CSYT thực hiện nghiên cứu từ 01/06/2023 đến 29/02/2024. Đơn thuốc ngoại trú BHYT của BN từ 18 tuổi trở lên.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đơn thuốc ngoại trú BHYT tái khám của cùng một BN.

- **Địa điểm nghiên cứu:** chọn ngẫu nhiên 03 CSYT có phân hạng khác nhau tại Kiên Giang (mỗi phân hạng là 01 địa điểm nghiên cứu trong đề tài).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang**

- **Cỡ mẫu:** Tính cỡ mẫu theo công thức ước tính một tỷ lệ

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có.

α : Xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy là 95%.

Z: Hệ số tin cậy ứng với $\alpha = 0,05$, tra bảng ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

d: Độ sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể. Chọn $d = 0,05$.

p: Tỷ lệ đơn ngoại trú có ít nhất 1 DRP. Theo NC của Phan Thị Lệ Cẩm (2023) [2], tỷ lệ này khoảng 70% nên chọn $p = 0,7$.

Thay vào công thức, tính ra được $n \approx 323$.

Vậy mỗi CSYT lấy 323 đơn ngoại trú BHYT. Tổng số mẫu thực tế NC từ 03 CSYT là 969 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** NC được thực hiện 09 tháng, tại mỗi CSYT cần 323 đơn ngoại trú BHYT nên mỗi tháng cần $323/9 \approx 36$ đơn ngoại trú BHYT. Vậy mỗi tháng, tại mỗi CSYT lấy 36 đơn ngoại trú BHYT bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm BN: giới tính, tuổi, số thuốc và số chẩn đoán.

Cơ sở xác định DRP: So sánh thông tin từng thuốc trong đơn với các nguồn tài liệu tham khảo. Nếu có sự không phù hợp giữa thuốc được kê với khuyến cáo ở tất cả các tài liệu tra cứu sẽ được ghi nhận là có DRP. 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. DRP được xác định dựa trên các tài liệu tham khảo gồm: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. Để xác định DRP tương tác thuốc dựa vào Drugs và Medscape. Mức tương tác thuốc được xem là có ý nghĩa lâm sàng theo các cơ sở dữ liệu gồm:

+ Drugs.com: nghiêm trọng.

+ Medscape: nghiêm trọng, chống chỉ định.

Chỉ cần gặp tương tác có ý nghĩa lâm sàng theo ít nhất một trong hai cơ sở dữ liệu trên thì ghi nhận là một DRP tương tác thuốc trong nghiên cứu.

Phân loại DRP: Dựa theo phụ lục 2 ban hành kèm Quyết định 3547/QĐ-BYT, đề tài này lựa chọn khảo sát một số DRP lựa chọn thuốc và DRP liều dùng [1].

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Việc nhập và xử lý số liệu được thực hiện trên phần mềm Microsoft Excel 2019 và Statistical Package for the Social Sciences phiên bản 25.0 để tính ra các đặc trưng thống kê. Các biến định tính được mô tả theo tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn cho biến có phân phối chuẩn hoặc trung vị và yếu vị cho biến phân phối không chuẩn.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đã được Hội đồng Y Đức trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua và được sự đồng thuận của các đơn vị thực hiện nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu đảm bảo bí mật, trung thực và khách quan về dữ liệu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=969)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	410	42,3
Nữ	559	57,7
Tuổi		
≥ 60 tuổi	496	51,2
< 60 tuổi	473	48,8
Tuổi trung bình: 59,0 ± 13,4; trung vị: 60; Q1=51; Q3=68		
Tuổi nhỏ nhất: 18		
Tuổi lớn nhất: 96		
Số thuốc		
≥ 5	460	47,5
< 5	509	52,5
Số thuốc trung bình: 4,3 ± 1,4; trung vị: 4; Q1=3; Q3=5		
Số thuốc ít nhất: 1		
Số thuốc nhiều nhất: 8		
Số chẩn đoán		
≥ 2	925	95,5
< 2	44	4,5

Nhận xét: Đa số BN là nữ (57,7%). BN có tuổi trung bình 59,0 ± 13,4, trung vị 60 tuổi. Độ tuổi chủ yếu của BN là từ 51 đến 68 tuổi. Tuổi BN nhỏ nhất trong NC là 18 tuổi, BN cao tuổi nhất trong NC là 96 tuổi. Tỷ lệ BN từ 60 tuổi trở lên chiếm 51,2%. Số thuốc trung bình một đơn là 4,3 ± 1,4; trung vị là 4 thuốc, số lượng thuốc chủ yếu trong đơn là từ 3 đến 5 thuốc. Số lượng thuốc ít nhất trong đơn là 1 thuốc, số lượng thuốc nhiều nhất trong đơn là 8 thuốc. Có 47,5% đơn được kê từ 5 thuốc trở lên. Đa số đơn có từ 2 chẩn đoán trở lên (95,5%).

3.2. Tỷ lệ xuất hiện DRP trong kê đơn ngoại trú tại một số bệnh viện tỉnh Kiên Giang năm 2023-2024.

Bảng 2. Đặc điểm chung DRP trong đơn

Nội dung	Tần số (n=969)	Tỷ lệ (%)
Đơn không có DRP	359	37,0
Đơn có ít nhất 1 DRP	610	63,0

Nhận xét: Trong 969 đơn thuốc có 610 đơn có ít nhất một DRP chiếm tỷ lệ khá cao là 63,0%.

Bảng 3. Đặc điểm các loại DRP trong đơn ngoại trú

Nội dung	Tần số (n=969)	Tỷ lệ (%)
DRP lựa chọn thuốc	61	6,3
Tương tác thuốc	47	4,9
Đường dùng/dạng bào chế chưa phù hợp	13	1,3

Không có chỉ định	2	0,2
DRP liều dùng	587	60,6
Liều dùng cao	16	1,7
Liều dùng thấp	169	17,4
Tần suất dùng quá nhiều	26	2,7
Tần suất dùng không đủ	4	0,4
Thời điểm dùng chưa phù hợp	509	52,5

Nhận xét: DRP liều dùng thường gặp hơn so với DRP lựa chọn thuốc. Loại DRP thường gặp nhất là DRP thời điểm dùng thuốc chưa phù hợp với 52,5%. Thuốc không có chỉ định là DRP ít nhất với tỷ lệ 0,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Đa số BN là nữ (57,7%), BN có tuổi TB là 59,0 ± 13,4. Tỷ lệ BN từ 60 tuổi trở lên chiếm 51,2%. Kết quả này tương đồng với NC của Trịnh Phước Lộc (2021) với tỷ lệ BN nữ là 58%, độ tuổi TB của BN là 57,6 ± 15,2 và tỷ lệ BN từ 60 tuổi trở lên là 50% [4]. Sự khác biệt về tỷ lệ BN theo giới tính có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố liên quan đến sinh lý và sự quan tâm đến sức khỏe. Trước hết, nữ giới và nam giới có những sự khác biệt sinh lý và nội tiết rõ rệt, ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể và tỷ lệ mắc bệnh. Nữ giới thường phải trải qua các giai đoạn thay đổi nội tiết quan trọng như chu kỳ kinh nguyệt, thai kỳ, và mãn kinh. Những thay đổi này có thể làm tăng nguy cơ mắc một số bệnh mãn tính và rối loạn sức khỏe tâm thần. Một NC của Ryczkowska K. và cộng sự năm 2023 đã chỉ ra rằng phụ nữ mãn kinh có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn [8]. Bên cạnh đó, NC của Nguyễn Thị Nhung năm 2020 cũng chỉ ra rằng phụ nữ có xu hướng luôn luôn quan tâm đến sức khỏe của mình. Họ thường đi khám bệnh tổng quát, do đó phát hiện bệnh nhiều hơn nam giới dẫn đến tỷ lệ BN nữ cao hơn BN nam.

Số thuốc trung bình trong một đơn là 4,3 ± 1,4. Kết quả này tương đồng với NC của Lê Bùi Thùy Dương (2022) với số thuốc trung bình là 4,5 ± 1,9 [3]. Trong NC này, số thuốc trung bình trong một đơn thấp hơn so với trong NC của Abunahlah N. và cộng sự (2018) là trung bình 8,1 ± 3,8 thuốc trên một BN [6]. Sự khác biệt này có thể là vì NC này thực hiện trên BN ngoại trú, còn NC của Abunahlah N. và cộng sự (2018) thực hiện trên BN nội trú nằm viện dài ngày. Số lượng thuốc được kê trong bệnh án BN nội trú thường nhiều hơn số thuốc trong đơn kê cho đối tượng BN ngoại trú. Tỷ lệ đơn thuốc được kê từ 5 thuốc trở lên chiếm 47,5%. Kết quả khác biệt không lớn với NC của Phan Thị Lệ Cẩm (2023) với tỷ lệ đơn thuốc từ 5 thuốc trở lên chiếm

43,5% [2].

Đa số đơn có từ 2 chẩn đoán trở lên (95,5%). Kết quả này khác biệt không lớn với NC của Phan Thị Lệ Cẩm (2023) với tỷ lệ BN mắc từ hai bệnh trở lên là 87,5% [2]. Cho thấy đa số BN có bệnh đồng mắc. Đây là một trong những khó khăn cho bác sĩ điều trị khi phải cân nhắc lựa chọn thuốc phù hợp với tình trạng bệnh lý và an toàn trong quá trình trị liệu. Ngoài ra, mắc nhiều bệnh cùng lúc đồng nghĩa với việc số thuốc tối thiểu cần để điều trị cũng tăng lên làm tăng nguy cơ xuất hiện tương tác thuốc, khả năng xuất hiện phản ứng có hại của thuốc và khó khăn trong việc tuân thủ dùng thuốc ở BN đặc biệt là các BN cao tuổi, sa sút trí tuệ.

4.2. Tỷ lệ xuất hiện DRP trong kê đơn ngoại trú tại một số bệnh viện tỉnh Kiên Giang năm 2023-2024. Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP là 63%, khác biệt không quá lớn với NC của Phan Thị Lệ Cẩm (70%) [2]. Kết quả này thấp hơn so với kết quả trong NC của Nguyễn Ánh Nhựt (90%) [5] và NC của Abunahlah N. (80%) [6]. Sự khác biệt này có thể là do thiết kế NC, mô hình bệnh tật, hoạt động Dược lâm sàng khác nhau giữa các cơ sở, các nguồn tài liệu tra cứu xác định DRP.

DRP lựa chọn thuốc. DRP tương tác thuốc chiếm 4,9% cao hơn NC của Phan Thị Lệ Cẩm (2023) là 2,2% và thấp hơn kết quả trong NC của Trương Trần Anh Thư (2019) là 19,3% [9]. Khác biệt này là do cơ sở xác định DRP tương tác thuốc trong NC. Tuy khác nhau về tỷ lệ DRP tương tác thuốc nhưng cả 03 NC đều có kết quả cặp tương tác thường gặp nhất là clopidogrel – PPI (esomeprazol, omeprazol, rabeprazol). Trong NC này, nhóm NC ghi nhận cặp tương tác clopidogrel – PPI với 32/47 lần tương tác, chiếm 68,0% trong DRP tương tác thuốc. Clopidogrel là một thuốc chống đông máu được sử dụng rộng rãi để ngăn ngừa các biến cố tim mạch ở BN bệnh mạch vành. PPI được dùng để điều trị bệnh loét dạ dày. Trên lý thuyết, PPI có thể làm giảm hoặc ức chế hoạt động của clopidogrel bằng cách ức chế hoạt động của enzym CYP2C19 trong gan, một enzym cần thiết để chuyển hóa clopidogrel thành dạng có hoạt tính. Điều này có thể làm giảm hiệu quả của clopidogrel trong ngăn ngừa huyết khối và tăng nguy cơ biến chứng tim mạch như huyết khối. Tuy nhiên, trên thực tế vẫn còn nhiều tranh luận về mức độ ảnh hưởng thực tế của PPI đối với clopidogrel trong điều trị lâm sàng. Do đó, việc quyết định sử dụng đồng thời clopidogrel và PPI cần được cân nhắc kỹ lưỡng và BN nên được theo dõi chặt chẽ để đảm bảo hiệu quả điều trị

và giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra. Trong khi chờ đợi dữ liệu từ những NC xác thực hơn được công bố, việc dùng PPI và clopidogrel cách nhau có thể là một gợi ý giúp hạn chế tương tác này. Ví dụ, dùng omeprazol trước bữa sáng 1 giờ đồng thời uống clopidogrel trước khi đi ngủ sẽ làm giãn khoảng cách giữa hai thuốc này từ 14 đến 18 giờ. Hoặc theo khuyến cáo trên Drugs.com, nếu cần dùng PPI cho BN đang được điều trị bằng clopidogrel thì dexlansoprazole, lansoprazole hoặc pantoprazole có thể là những lựa chọn thay thế an toàn hơn.

Về DRP thuốc có đường dùng/dạng bào chế chưa phù hợp, trong NC ghi nhận 13 lượt kê thuốc dùng nửa viên trong khi dạng bào chế của thuốc là dạng phóng thích kéo dài, khuyến cáo dùng nguyên viên. Thuốc giải phóng kéo dài là thuốc có dạng bào chế bao một lớp màng mỏng đặc biệt hoặc có khung trơ chứa thuốc giúp phóng thích dược chất từ từ trong suốt thời gian di chuyển trong ống tiêu hóa để cho tác dụng kéo dài, phóng thích dược chất suốt 12 hoặc 24 giờ. Dạng bào chế này được thiết kế để giải phóng dược chất ở tốc độ xác định trước, để duy trì nồng độ thuốc ổn định trong một khoảng thời gian cụ thể với tác dụng phụ tối thiểu. Vì vậy, nếu nghiền hoặc bẻ viên thuốc có thể giải phóng một lượng lớn hoạt chất trong một thời gian ngắn, tăng nguy cơ quá liều, gây độc tính và các tác dụng phụ nghiêm trọng. Ngoài ra, các thuốc giải phóng kéo dài thường được sử dụng để điều trị các bệnh mãn tính hoặc cần duy trì liều lượng ổn định trong cơ thể. Vì vậy, việc tuân thủ đúng hướng dẫn sử dụng là rất quan trọng để đảm bảo an toàn và hiệu quả trong điều trị.

Thuốc được kê không có chỉ định là DRP ít nhất với tỷ lệ 0,2%. Trong NC này ghi nhận được 01 trường hợp kê vitamin E, 01 trường hợp kê atorvastatin và irbesartan/hydrochlorothiazid mà trong đơn không có chẩn đoán phù hợp.

DRP liều dùng. Về DRP liều dùng cao, trong NC ghi nhận 07 trường hợp (0,7%) dùng calci lactat 500mg cao hơn liều dùng khuyến cáo là 1 ống/ngày. 01 trường hợp eprazinon 50mg chỉ định với liều dùng cao hơn liều khuyến cáo dùng 1-2viên/lần x 3 lần/ngày tương ứng với tỷ lệ 0,1%. 08 trường hợp vitamin B1 + B6 + B12 (100mg + 200mg + 200mcg) cao hơn khuyến cáo dùng 1 viên/lần/ngày tương ứng với tỷ lệ 0,8%. Nguyên nhân có thể là do thói quen kê thuốc với tần suất 2 lần/ngày. Việc kê đơn với liều dùng thuốc cao hơn khuyến cáo có thể làm liều vượt quá liều điều trị, tăng khả năng xảy ra phản ứng có hại của thuốc hoặc làm tăng chi phí điều trị.

DRP liều dùng thuốc thấp hơn khuyến cáo với tỷ lệ 17,4%, trong đó thường gặp nhất là acetyl leucin 500mg khuyến cáo liều thông thường 3-4 viên/ngày nhưng chỉ được kê với liều 2 viên/ngày. Trường hợp này chiếm 60/169 lượt chiếm 35,5% DRP liều dùng thấp hơn khuyến cáo. Nguyên nhân có thể là do thói quen kê thuốc với tần suất 2 lần/ngày. Điều này có thể làm liều thuốc không đạt đến liều điều trị, làm giảm hiệu quả điều trị.

DRP tần suất dùng thuốc cao hơn khuyến cáo chiếm 2,7% trong đó thường gặp nhất là trường hợp chỉ định dùng amlodipin 5mg x 2 lần/ngày với 13/26 lượt (50,0%) DRP tần suất dùng thuốc nhiều hơn khuyến cáo. Amlodipin là một thuốc chẹn kênh canxi, thường được sử dụng để điều trị tăng huyết áp và các bệnh tim mạch. Việc khuyến cáo dùng amlodipin 1 lần/ngày dựa trên các đặc điểm dược động học và lợi ích lâm sàng của thuốc. Khi dùng amlodipin 5mg x 2 lần/ngày, về tổng liều dùng 24 giờ, thuốc này với liều 10mg vẫn nằm trong khoảng liều thông thường. Tuy nhiên, amlodipin là một thuốc có thời gian bán thải dài, khoảng 30-50 giờ, cho phép duy trì nồng độ thuốc ổn định trong huyết tương suốt 24 giờ sau khi dùng một liều duy nhất. Điều này giúp kiểm soát huyết áp hiệu quả và giảm nguy cơ tác dụng phụ liên quan đến sự biến động nồng độ thuốc trong máu. Bên cạnh đó, việc dùng thuốc 1 lần/ngày giúp tăng cường sự tuân thủ của BN do việc chỉ cần uống thuốc một lần trong ngày để nhớ và thuận tiện hơn so với nhiều lần. Ngoài ra, các NC lâm sàng đã chứng minh rằng dùng amlodipin 1 lần/ngày có hiệu quả trong việc giảm huyết áp và cải thiện triệu chứng đau thắt ngực [10]. Tóm lại, việc dùng amlodipin 1 lần/ngày không chỉ hiệu quả mà còn tiện lợi cho BN trong quản lý bệnh lý tim mạch. Việc kê đơn với tần suất sử dụng thuốc cao hơn khuyến cáo có thể làm vượt quá liều điều trị và dẫn đến tăng phản ứng có hại cho BN hoặc làm tăng chi phí điều trị.

Thuốc được kê có tần suất dùng thấp hơn khuyến cáo là 04 trường hợp chiếm 0,4%. Trong đó ghi nhận 02 trường hợp dextromethorphan và 02 trường hợp eprazinon được kê với tần suất dùng thấp hơn khuyến cáo. Điều này có thể làm giảm hiệu quả điều trị.

DRP thời điểm dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (52,5%), tương đồng với kết quả NC của Phan Thị Lệ Cẩm (2023) là 61,3%, NC của Nguyễn Anh Nhựt (2019) ghi nhận DRP thời điểm dùng thuốc khoảng 50% [2],[5]. Từ các kết quả trên, có thể thấy rằng DRP thời điểm dùng thuốc xảy ra khá phổ biến trong kê đơn

ngoại trú tại Việt Nam. NC ghi nhận nhóm thuốc thường xảy ra DRP này là nhóm PPI với 337/509 lượt (66,2%) DRP thời điểm dùng thuốc. PPI cần môi trường acid để hoạt hóa nên thường được khuyến cáo uống trước ăn khoảng 30 phút (đối với Lansoprazol) hoặc 1 giờ (đối với Omeprazol và Esomeprazol). Nếu sử dụng PPI cùng bữa ăn, thức ăn sẽ làm tăng pH dạ dày dẫn đến giảm hấp thu PPI.

V. KẾT LUẬN

Trong 969 đơn thuốc khảo sát, thu được kết quả tuổi tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP là 63,0%. DRP phổ biến nhất là thời điểm dùng thuốc chiếm hơn 50%. Thuốc không có chỉ định là DRP ít nhất với tỷ lệ 0,2%. Tỷ lệ đơn thuốc có DRP khá cao. Cần cung cấp thông tin cho bác sĩ về các loại DRP phổ biến để góp phần giảm thiểu DRP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2021), Quyết định 3547/QĐ-BYT Quyết định về việc ban hành mẫu Phiếu phân tích sử dụng thuốc, Hà Nội.
- Phan Thị Lệ Cẩm** (2023), "Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc qua đơn thuốc kê cho BN 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, 18(10), tr. 233 - 240.
- Lê Bùi Thùy Dương** (2022), Nghiên cứu một số vấn đề liên quan đến thuốc và hiệu quả can thiệp của dược lâm sàng trên chất lượng kê đơn thuốc ngoại trú cho người cao tuổi ở Bến Tre, năm 2021-2022, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, TP Cần Thơ.
- Trịnh Phước Lộc** (2021), Đánh giá hiệu quả can thiệp trên các vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre, Luận văn Chuyên khoa II Dược học, Đại học Y Dược Cần Thơ, TP. Cần Thơ.
- Nguyễn Anh Nhựt và cộng sự** (2019), "Các vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn cho BN ngoại trú tại một bệnh viện ở Cần Thơ năm 2019," Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, 23(6), tr. 350 - 354.
- Abunahlah N. et al** (2018), "Drug-related problems identified by clinical pharmacist at the Internal Medicine Ward in Turkey", Int J Clin Pharm, 40(2), pp. 360-367.
- Pharmaceutical Care Network Europe** (2020), "Classification for Drug-Related Problems V9.1," [Online], [Accessed 14/06/2024] URL: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf.
- Ryckowska K. et al** (2023), "Menopause and women's cardiovascular health: is it really an obvious relationship?", Archives of Medical Science, 19(2), pp. 458-466, doi: 10.5114/aoms/157308
- Truong TTA. et al** (2019), "Drug-related problems in prescribing for coronary artery diseases in Vietnam: cross-sectional study", Trop Med Int Health, 24(11), pp. 1335-1340, doi: 10.1111/tmi.13310.

THỰC TRẠNG BỆNH RĂNG MIỆNG Ở TRẺ EM CÓ ĐIỀU TRỊ NHA KHOA VỚI GÂY MÊ

Nguyễn Thu Thủy¹, Võ Trương Như Ngọc²,
Lê Hoàng Anh³, Nguyễn Vinh Quang³, Nguyễn Quang Bình³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng sâu răng, bệnh lý tủy ở trẻ em điều trị nha khoa có gây mê. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 50 trẻ em có chỉ định gây mê điều trị nha khoa tại Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 7/2023 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Chỉ số dmft $16,74 \pm 4,78$. Chỉ số dmft/DMFT $17,74 \pm 4,32$. Trung bình mỗi trẻ có khoảng 17 răng sâu chưa được điều trị, trong đó có khoảng 16 răng sữa sâu, 14 răng sâu mức nặng. Tỷ lệ răng sâu theo phân loại ICCMS là 87% (n= 1000). 64% trẻ có răng viêm tủy không hồi phục. Tỷ lệ răng viêm tủy không hồi phục là 10,4%. Trung bình mỗi trẻ có khoảng 2 răng viêm tủy không hồi phục và 1 răng hoại tử tủy có biến chứng nha chu mạn. **Từ khóa:** điều trị nha khoa, trẻ em, gây mê.

SUMMARY

DENTAL STATUS OF CHILDREN RECEIVING DENTAL TREATMENT UNDER GENERAL ANESTHESIA

Objective: The study aimed to describe tooth decay, pulp pathology status in pediatric patient receiving dental treatment under general anesthesia. **Methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 50 pediatric patients who had the indication for dental treatment under general anesthesia at School of Dentistry, National Hospital of Odonto – Stomaology, Duc Giang general Hospital between July 2023 and May 2024. **Result:** The mean dmft index was $16,74 \pm 4,78$. The mean dmft/DMFT index was $17,74 \pm 4,32$. The mean number of decayed teeth was 17 teeth, the mean number of decayed deciduous teeth was 16 teeth and the mean number of teeth with extensive stage caries was 14 teeth. According to ICCMS, 87% teeth had caries (n = 1000). The ratio of children with irreversible pulpitis teeth was 64%. The prevalence of irreversible pulpitis teeth was 10,4%. On average, each child had 2 irreversible pulpitis teeth and 1 pulpal necrosis with chronic periapical pathosis tooth.

Keywords: Dental treatment, children, general anesthesia.

¹Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà nội

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email: nguyenvinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc sâu răng trên thế giới hiện nay khoảng 60% đến 90%, tổ chức y tế thế giới (WHO) đã coi sâu răng ở trẻ em là một vấn đề toàn cầu.¹ Sâu răng không được điều trị gây nên nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như sự phát triển của trẻ.² Tuy nhiên, không phải lúc nào việc điều trị nha khoa cho trẻ em cũng diễn ra một cách thuận lợi. Một số trẻ không hợp tác, có vấn đề về hành vi, có tình trạng y tế phức tạp. Trẻ nhỏ thường bị sâu răng nhiều, cần các thủ thuật nha khoa xâm lấn, chăm sóc nha khoa chuyên sâu, một số quy trình phẫu thuật kéo dài thời gian, phức tạp và gây mệt mỏi cho bệnh nhân. Hơn nữa, với các kỹ thuật thông thường không đủ để hoàn thành ca điều trị nha khoa, cần xem xét đến gây mê để điều trị nha khoa cho bệnh nhân.³ Các vấn đề răng miệng của trẻ được điều trị trong một lần hẹn với gây mê. Nghiên cứu tiến hành nhằm đánh giá tình trạng sâu răng, bệnh lý tủy ở trẻ em có điều trị nha khoa với gây mê. Từ đó có một chiến lược chăm sóc toàn diện, dự phòng sâu răng cho trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Trẻ em (dưới 16 tuổi) có chỉ định gây mê điều trị nha khoa (Trước khi gây mê để điều trị nha khoa, tất cả trẻ em đều được đánh giá phân loại tình trạng thể chất bởi các bác sỹ gây mê. Chỉ những bệnh nhân được xác định đủ điều kiện gây mê mới được chọn vào nghiên cứu)

- Bố mẹ hoặc người giám hộ bệnh nhân và/hoặc bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dị ứng thuốc mê.

- Có bệnh toàn thân chưa ổn định.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu

+ Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội.

+ Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

+ Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2023 đến tháng 5/2024