

tỷ có biến chứng nha chu cấp ít gặp nhất là 18%.

Chúng ta cần tăng cường giáo dục chăm sóc răng miệng, cũng như công tác dự phòng trong cộng đồng, tại các trường học... Bên cạnh đó, cần có sự tiếp cận, kiểm soát hành vi phù hợp với trẻ ngay từ những lần đầu trẻ đến khám nha sĩ nhằm tăng khả năng hợp tác ở trẻ, để việc dự phòng, điều trị, chăm sóc răng miệng cho trẻ có thể đạt kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số dmft trung bình là 16,74, trung bình mỗi trẻ có khoảng 17 răng sâu chưa được điều trị, trong đó 14 răng sâu giai đoạn nặng. Hàm răng sữa chiếm ưu thế 76% với 16 răng sữa sâu trung bình ở mỗi trẻ. Tỷ lệ số răng sâu là 87%, răng sâu giai đoạn nặng chiếm 73,9%. Mỗi trẻ có trung bình 2 răng viêm tủy không hồi phục và 1 răng hoại tử tủy có biến chứng nha chu mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kazemina M, Abdi A, Shohaimi S, et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. *Head & Face Medicine*. 2020;16(1):22. doi:10.1186/s13005-020-00237-z
2. Coll JA, Vargas K, Marghalani AA, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonvital

3. Pulp Therapy for Primary Teeth. *Pediatric Dentistry*. 2020;42(4):256-461.
3. Yazhlini P, Govindaraju DL. need of general anesthesia in children for dental treatment-analysis of the reasons. *Journal of Survey in Fisheries Sciences*. 2023;10(1S): 284-290. doi:10.17762/sfs.v10i1S.173
4. Minh NTH, Hải TĐ. Tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em Việt Nam năm 2019. *TC YHDP*. 2020; 30(1): 123-129. doi: 10.51403/0868-2836/2020/306
5. Chen YP, Hsieh CY, Hsu WT, Wu FY, Shih WY. A 10-year trend of dental treatments under general anesthesia of children in Taipei Veterans General Hospital. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2017;80(4): 262-268. doi:10.1016/j.jcma.2016.11.001
6. Daou M, Claire EH, El Osta N, Haddad M, Abou Chedid jean claude. Characteristics of Pediatric and Medically Compromised Patients Treated Under General Anesthesia in a Middle Eastern Country. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2021;22: 388-393. doi:10.5005/jp-journals-10024-3080
7. Jankauskienė B, Virtanen JI, Kubilius R, Narbutaitė J. Treatment Under Dental General Anesthesia Among Children Younger than 6 Years in Lithuania. *Medicina*. 2013;49(9):63. doi:10.3390/medicina49090063
8. Bader RM, Song G, Almuhtaseb EY. A Retrospective Study of Paediatric Dental Patients Treated under General Anesthesia. 2013;2013. doi:10.4236/ijcm.2013.47A2005

CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC TRONG KÊ ĐƠN NGOẠI TRÚ CHO PHỤ NỮ MANG THAI TẠI MỘT BỆNH VIỆN PHỤ SẢN

Trần Đào Mỹ Tú¹, Nguyễn Thắng¹, Nguyễn Hoàng Bách¹, Ngô Văn Dũng², Huỳnh Thị Hồng Yến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc sử dụng thuốc ở phụ nữ mang thai (PNMT) tiềm ẩn nhiều nguy cơ do thiếu dữ liệu nghiên cứu và có thể dẫn đến các vấn đề liên quan đến thuốc (drug related problems, DRPs). Do đó, việc xác định DRPs trong kê đơn cho PNMT là cần thiết để tối ưu hóa điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm kê đơn thuốc ngoại trú, xác định tỷ lệ và phân loại mỗi DRP trong kê đơn ngoại trú cho PNMT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên các đơn thuốc ngoại trú của PNMT từ tháng 05/2023 đến tháng 01/2024 tại một bệnh viện phụ sản tại Cần Thơ. DRPs được xác định bằng cách so sánh đơn thuốc với các nguồn tài liệu

tham khảo. DRPs được phân loại theo Quyết định 3547/QĐ-BYT về việc ban hành mẫu phiếu phân tích sử dụng thuốc. **Kết quả:** 333 đơn thuốc được khảo sát. PNMT có độ tuổi trung bình 29,42 ± 5,539. Nhóm tuổi 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%). Nhóm thuốc nội tiết được sử dụng với tỷ lệ cao nhất (47,5%). Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP là 17,4%. Trung bình 0,2 DRPs/ đơn thuốc. Các DRP được ghi nhận phổ biến nhất gồm thời điểm dùng chưa phù hợp (6,9%), liều dùng quá thấp (5,7%), đường dùng chưa phù hợp (3%), vấn đề khác về lựa chọn thuốc (1,8%), không có chỉ định (1,8%), hướng dẫn liều chưa phù hợp rõ ràng (0,9%), liều dùng quá cao (0,3%). **Kết luận:** Tỷ lệ đơn thuốc có DRPs khá thấp, điều này cho thấy quá trình kê đơn ngoại trú cho đối tượng PNMT được đề cao và cần trọng.

Từ khóa: các vấn đề liên quan đến thuốc, phụ nữ mang thai, kê đơn, ngoại trú.

SUMMARY

DRUG-RELATED PROBLEMS IN PRESCRIBING FOR PREGNANCY OUTPATIENTS AT A GYNECOLOGY OBSTETRIC HOSPITAL

¹Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thắng

Email: nthang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

Background: Drug use in pregnant women has many potential risks due to lack of research data and can lead to drug-related problems (DRPs). Therefore, determining DRPs in prescribing for pregnant women is necessary to optimize treatment. **Objectives:** To identify characteristics of outpatient drug prescriptions and determine frequencies and types of DRPs in outpatient prescriptions. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on the prescriptions of pregnancy outpatients at a Gynecology Obstetrics Hospital from May 2023 to January 2024. DRPs were determined by comparing prescriptions with reference sources. DRPs are classified according to Decision 3547/QĐ-BYT on the issuance of drug use analysis forms. **Results:** There were 333 prescriptions included in the study, aged 29.42 ± 5.539 . The group of age 25-29 accounts for the highest rate (33.3%). The first trimester of pregnancy accounts for the highest rate (47.5%). The rate of prescriptions with at least 1 DRP was 17.4%. The average DRP was 0.2 DRPs/prescription. The most common DRP type was inappropriate timing of administration (6.9%), too low dose (5.7%), inappropriate route of administration (3%), other problems with drug selection (1.8%), no indications (1.8%), dosing instructions not available clearly consistent (0.9%), too high dose (0.3%). **Conclusion:** The prevalence of DRPs was quite low, which showed that the prescribing process for pregnant women was highly valued and careful.

Keywords: Drug-related problems, pregnancy, prescriptions, outpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh, giúp giảm nhẹ hoặc kiểm soát bệnh. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc có thể dẫn đến các vấn đề liên quan đến thuốc (drug related problems, DRP). Hệ thống Chăm sóc Dược Châu Âu (Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE) định nghĩa DRP là một sự kiện hoặc tình huống không mong muốn liên quan đến việc điều trị bằng thuốc thực sự hoặc có khả năng ảnh hưởng đến kết quả điều trị [10]. Do đó, DRP được biết có thể làm giảm đáng kể hiệu quả điều trị, đồng thời gia tăng gánh nặng bệnh tật, tỷ lệ nhập viện và chi phí chăm sóc sức khỏe [10]. Sử dụng thuốc trong thời kỳ mang thai là một tình huống đặc biệt, thường đòi hỏi một phương pháp tiếp cận đa ngành để cân bằng giữa lợi ích và rủi ro liên quan đến cả mẹ và thai nhi. Ngoài ra, nhiều thay đổi sinh lý xảy ra trong thai kỳ có thể làm thay đổi dược động học của thuốc [3].

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu (NC) đã chứng minh sự xuất hiện của DRP ở phụ nữ mang thai (PNMT), NC của Smedberg phát hiện 42% PNMT trải qua ít nhất một DRP, nhóm thuốc liên quan đến DRPs chủ yếu là nhóm tác động lên hệ hô hấp [8]. Tại Việt Nam, NC của Nguyễn Thị Nghĩa Bình phát hiện 2387 DRP

(16,5%), DRPs phổ biến gồm vi phạm chống chỉ định cho PNMT ba tháng đầu, hướng dẫn thời gian dùng thuốc chưa phù hợp và hướng dẫn cách dùng chưa phù hợp [2]. Vì vậy, NC được thực hiện với mục tiêu xác định đặc điểm sử dụng thuốc và tỷ lệ, phân loại DRPs trong kê đơn ngoại trú cho PNMT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc của PNMT đến khám ngoại trú tại một bệnh viện phụ sản tại Cần Thơ từ tháng 05/2023 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đơn thuốc ngoại trú có chẩn đoán có thai được lấy từ phần mềm kê đơn điện tử của bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc của cùng một PNMT quay lại khám trong khoảng thời gian NC, đơn thuốc thiếu thông tin về số tuần thai.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ quần thể:

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2} (*)$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý cho NC (số lượng đơn thuốc). α : xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,5 \Rightarrow$ hệ số tin cậy: 95%.

Z: hệ số tin cậy ứng với $\alpha = 0,5$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP tại thời điểm; Theo NC của Nguyễn Thị Nghĩa Bình thì tỷ lệ này là 16,5% [2]. Chọn $p = 0,165$; d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ thật của quần thể. NC này thực hiện với $d = 0,04$ có nghĩa là tỷ lệ thu được từ kết quả NC sai lệch với thực tế trong quần thể 4%. Thay số vào công thức (*) tính được $n \approx 333$.

Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo từng tháng. Sau đó trong mỗi tháng thu thập đơn thuốc ngẫu nhiên theo mã số bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm PNMT: tuổi, tuổi thai, tình trạng thai.
- Đặc điểm đơn thuốc: nhóm thuốc thường sử dụng ở PNMT, số lượng thuốc trong đơn.
- Xác định tỷ lệ và phân loại DRPs:
 - + DRPs được xác định khi không phù hợp với các nguồn tài liệu tham khảo theo thứ tự ưu tiên gồm: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Dược thư quốc gia Việt Nam 2022 (DTQG 2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế, Drugs During Pregnancy and Lactation ấn bản thứ 12.

+ DRPs được phân loại theo bộ mã DRP của Quyết định số 3547/QĐ-BYT Về việc ban hành mẫu phiếu phân tích sử dụng thuốc ngày 22/7/2021. Vì đối tượng NC là các đơn thuốc ngoại trú nên DRPs được phân loại theo các

nhóm phù hợp được lựa chọn từ bộ mã của quyết định trên, gồm các phân nhóm lớn: DRP lựa chọn thuốc (T1), DRP liều dùng (T2).

+ Cách xác định DRPs tương tác thuốc: tra tương tác từng đơn thuốc theo Quyết định 5948/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2021 về việc ban hành Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám chữa bệnh, website <https://drugs.com> và <https://www.medscape.com>. DRPs được xác định là các tương tác nghiêm trọng khi được phát hiện bởi ít nhất một công cụ tra cứu.

Xử lý số liệu: Sử dụng Microsoft Excel 365 và SPSS 25.0 để phân tích số liệu. Các biến định tính được mô tả theo tần suất và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng phân phối chuẩn được biểu thị bằng trung bình ± SD (Standard Deviation - độ lệch chuẩn), các biến định lượng phân phối không chuẩn được biểu thị bằng trung vị (khoảng tứ phân vị).

Vấn đề y đức: NC được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.005. HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 20 tháng 03 năm 2023. Tất cả thông tin của PNMT đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 05/2023 đến 01/2024, 333 đơn thuốc đã được thu thập thỏa các tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Các kết quả NC được trình bày lần lượt dưới đây.

Đặc điểm kê đơn thuốc ngoại trú
Bảng 1. Đặc điểm PNMT

Đặc điểm		Số PNMT	Tỷ lệ (%)	
Tuổi PNMT	< 25	69	20,7	
	25 - 29	111	33,3	
	30 - 34	93	27,9	
	≥ 35	60	18,0	
	Tuổi lớn nhất	43		
	Tuổi nhỏ nhất	18		
	Tuổi trung bình ± SD	29,42±5,539		
Tuổi thai	3 tháng đầu	135	40,6	
	3 tháng giữa	96	28,8	
	3 tháng cuối	102	30,6	
Tình trạng thai	Thai kỳ bình thường	19	5,7	
	Thai kỳ nguy cơ	128	38,4	
	Không phân loại được	186	55,9	
Thai nguy cơ	Mẹ	Viêm âm đạo	50	27,2
		Thiếu máu thai kỳ	2	1,1
		Tăng huyết áp, tiền sản giật	24	13,0
		Đái tháo đường thai kỳ	3	1,6
		Nhiễm trùng niệu	2	1,1
		Thai bất thường	5	2,7
	Thai			

	IVF (In vitro fertilization - Thụ tinh ống nghiệm)	8	4,3
	Đa thai	8	4,3
	Dọa sảy thai	63	34,2
	Dọa sanh non	10	5,4
Phần phụ	Ồi	5	2,7
	Nhau	4	2,2

Nhận xét: PNMT trong NC thường có độ tuổi từ 25 - 29 (33,3%), tuổi trung bình 29,42 ± 5,539, ba tháng đầu thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%). 55,9% chẩn đoán là có thai đã được khẳng định nên không phân loại được tình trạng thai cụ thể. Trong các tình trạng thai có thể phân loại, thai kỳ nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (38,4%). Nguy cơ tử mẹ liên quan đến viêm âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (27,2%), nguy cơ tử thai liên quan đến dọa sảy thai chiếm tỷ lệ cao nhất (34,2%), nguy cơ tử phần phụ liên quan đến Ồi chiếm tỷ lệ cao nhất (2,7%).

Bảng 2. Đặc điểm đơn thuốc

Nhóm thuốc	Số lượt kê	Tỷ lệ (%)
Nội tiết	270	47,5
Tim mạch	20	3,5
Kháng sinh	21	3,7
Giảm đau	23	4,0
Corticosteroid	8	1,4
Kháng histamin	28	4,9
Giảm co thắt cơ trơn	14	2,5
Tác động lên máu, cơ quan tạo máu	20	3,5
Tiêu hóa	30	5,3
Hô hấp	26	4,6
Vitamin và khoáng chất	39	6,9
Kháng nấm	33	5,8
Phối hợp kháng sinh+kháng nấm	15	2,6
Khác	22	3,8
Số thuốc trong đơn		
Trung vị số thuốc (khoảng tứ phân vị)	1 (1 - 2)	
< 5	328	98,5
≥ 5	5	1,5

Nhận xét: Nhóm nội tiết chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5%), nhóm corticosteroid chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,4%). Trung vị của số thuốc là 1 (1 - 2). 98,5% các đơn thuốc đều < 5 thuốc và 1,5% các đơn ≥ 5 thuốc.

Tỷ lệ và phân loại các DRP

Bảng 3. Tỷ lệ và phân loại DRP

Đặc điểm DRP	Số đơn thuốc (n=333)	Tỷ lệ (%)
DRP chung		
Đơn thuốc có ít nhất 1 DRP (c) = (a) + (b)	58	17,4

1 DRP (a)	46	13,8
2 - 5 DRP (b)	12	3,6
Số DRP trung bình ± SD	0,2±0,481	
Phân loại DRP		
Lựa chọn thuốc (T1)*	22	6,6
Đường dùng chưa phù hợp (T1.4)	10	3,0
Không có chỉ định (T1.6)	6	1,8
Vấn đề khác về lựa chọn thuốc (T1.99)	6	1,8
Liều dùng (T2)*	44	13,2
Liều dùng quá cao (T2.1)	1	0,3
Liều dùng quá thấp (T2.2)	19	5,7
Thời điểm dùng chưa phù hợp (T2.5)	23	6,9
Hướng dẫn liều chưa phù hợp,	3	0,9

chưa rõ ràng (T2.6)

* Mỗi thuốc trong đơn có thể gặp một hay nhiều DRP. Vì vậy tỷ lệ % DRP tổng có thể thấp hơn DRP từng thành phần.

Nhận xét: Có 58 đơn thuốc gặp ít nhất 1 DRP, chiếm 17,4%. Đơn thuốc có 1 DRP chiếm 13,8%. Đơn thuốc có 2-5 DRP chiếm 3,6%.

DRP liều dùng (T2) chiếm tỷ lệ cao nhất (13,2%), trong đó phân nhóm DRP thời điểm dùng (T2.5) chiếm đa số (6,9%).

DRP lựa chọn thuốc (T1) chiếm tỷ lệ thấp hơn (6,6%), trong đó phân nhóm DRP đường dùng chưa phù hợp (T1.4) chiếm tỷ lệ cao nhất (3%). DRP liều dùng quá cao (T2.1) chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,3%). Trung bình 0,2 DRP/đơn thuốc.

Bảng 4. Tỷ lệ DRP cao nhất trong từng phân nhóm

Phân loại DRP	n (%)	Hoạt chất	Ví dụ về DRP	Hậu quả
Lựa chọn thuốc (T1)				
Đường dùng chưa phù hợp (T1.4)	6 (1,8)	clotrimazol	Thiếu đường dùng là đặt âm đạo so với khuyến cáo.	Dễ gây nhiễm lần về đường dùng dẫn đến không đạt được hiệu quả điều trị.
Không có chỉ định (T1.6)	2 (0,6)	paracetamol	Không có chẩn đoán cho paracetamol.	Sử dụng thuốc không phù hợp có thể dẫn đến điều trị không hiệu quả và gây ra các tác dụng phụ nguy hiểm.
Vấn đề khác về lựa chọn thuốc (T1.99)	3 (0,9)	cetirizin	Không có bằng chứng thuốc gây quái thai ở người và động vật. Tuy nhiên nên tránh dùng cho PNMT [3], [5].	Số lần phơi nhiễm ở PNMT là quá ít để có thể đánh giá đầy đủ nguy cơ tiềm ẩn [5].
Liều dùng (T2)				
Liều dùng quá cao (T2.1)	1 (0,3)	methyl-prednisolon	Với chẩn đoán dị ứng, tổng liều trong ngày là 32mg cao hơn khuyến cáo là 24 mg [3].	Dùng thuốc kéo dài và liều cao ở PNMT có thể dẫn đến giảm cân, giảm sản thượng thận ở trẻ sơ sinh.
Liều dùng quá thấp (T2.2)	18 (5,4)	acetyl-cystein	Liều dùng 400mg/ngày thấp hơn so với khuyến cáo là 600mg/ngày [3].	Không đủ hàm lượng để đạt được tác dụng trị liệu.
Thời điểm dùng chưa phù hợp (T2.5)	9 (2,7)	kẽm	Thiếu thời điểm dùng là sau ăn theo khuyến cáo [3].	Uống khi đói có thể gây ra một số tác dụng phụ lên đường tiêu hóa.
Hướng dẫn liều chưa phù hợp, chưa rõ ràng (T2.6)	2 (0,6)	clindamycin + clotrimazol	Thiếu hướng dẫn số lượng thuốc cho mỗi lần sử dụng theo khuyến cáo.	Dễ gây nhiễm lần dẫn đến sử dụng thuốc không đúng liều lượng.

Nhận xét: DRP lựa chọn thuốc ghi nhận tỷ lệ cao nhất các hoạt chất clotrimazol với 1,8% đơn thuốc có đường dùng chưa phù hợp, paracetamol với 0,6% đơn thuốc không có chỉ định, cetirizin với 0,9% đơn thuốc có vấn đề khác về lựa chọn thuốc.

DRP về liều dùng ghi nhận tỷ lệ cao nhất các hoạt chất methylprednisolon với 0,3% đơn thuốc có liều dùng quá cao, acetylcystein với 0,6% đơn thuốc liều dùng quá thấp, kẽm với 2,7% đơn thuốc có thời điểm dùng chưa phù hợp, phối hợp clindamycin + clotrimazol với 0,6% đơn thuốc có

hướng dẫn liều chưa phù hợp rõ ràng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm PNMT. PNMT có độ tuổi trung bình 29,42 ± 5,539, tương đồng với NC của Nguyễn Thị Nghĩa Bình [2]. Nhóm tuổi 25 - 29 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), tương đồng với báo cáo về tỷ suất sinh ở Việt Nam. Với giai đoạn 2015 - 2020, nhóm tuổi từ 25 - 29 tuổi có tỷ suất sinh cao nhất [9]. PNMT ba tháng đầu chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%). Đây là giai đoạn nhạy cảm nhất đối với sự phát triển của thai nhi, do đó cần

lưu ý nhất khi sử dụng thuốc [3]. Điều này càng được nhấn mạnh khi NC cho thấy tỷ lệ PNMT cao nhất ở giai đoạn này.

Về tình trạng thai, theo dõi thai nguy cơ chiếm 38,4%. Trên thế giới, có khoảng 20 triệu PNMT có nguy cơ cao và hơn 800 ca tử vong hàng ngày do các bệnh chu sinh. Tỷ lệ thai nguy cơ dao động từ 6 - 33% [6]. Tỷ lệ thai nguy cơ trong NC của chúng tôi khá tương đồng với số liệu. Tương tự, nguyên nhân dẫn đến thai kỳ nguy cơ gồm biến chứng tiền sản giật (13%), dọa sảy thai (34,2%) cũng tương đồng so với số liệu.

Trong các nguyên nhân thai nguy cơ đến từ mẹ, viêm âm đạo là bệnh lý phổ biến nhất, chiếm 27,2%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với NC của Nguyễn Duy Ánh (30,66%) [1]. Trong các nguyên nhân thai nguy cơ đến từ thai, dọa sảy thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,2%. Kết quả này cao hơn NC của Sharma khi dọa sảy thai là biến chứng phổ biến nhất của thai kỳ sớm và ảnh hưởng đến khoảng 20% thai kỳ [7]. Nguyên nhân có thể do sự khác nhau về đặc điểm của PNMT trong từng NC.

4.2. Đặc điểm các thuốc sử dụng ở PNMT. Nhóm thuốc nội tiết được sử dụng nhiều nhất là các progesteron chiếm 47,5%. Tỷ lệ này thấp hơn NC của Nguyễn Thị Nghĩa Bình (70,6%) [2]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm của đối tượng NC và việc kê đơn của bác sĩ ở từng địa điểm NC. Progesteron là sản phẩm chính của hoàng thể, giúp trứng đã thụ tinh làm tổ và phát triển trong tử cung. Hormon thường được tiết ra ở giai đoạn sau của thai kỳ. Cùng với lượng estrogen nội sinh, progesteron làm nội mạc tử cung tăng sinh [3]. Nhóm tiếp theo là vitamin và khoáng chất chiếm 6,9%, tỷ lệ này khá thấp so với NC của Alema (41,4%) [4], nguyên nhân của sự khác biệt có thể do giới hạn trong việc thu thập các đơn thuốc chỉ bao gồm thuốc điều trị trong NC của chúng tôi, một số loại vitamin và khoáng chất không thuộc nhóm thuốc điều trị nên việc khảo sát tỷ lệ nhóm thuốc này còn hạn chế.

4.3. Tỷ lệ DRP trong đơn thuốc. Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP chiếm 17,4%, tương đồng với NC của Nguyễn Thị Nghĩa Bình (16,5%) [2].

DRP về lựa chọn thuốc: DRP phổ biến nhất trong nhóm là đường dùng chưa phù hợp (3%). Cụ thể các đơn thuốc được kê clotrimazol, progesteron, các hoạt chất này có dạng bào chế đặc biệt là viên đặt âm đạo. Tuy nhiên trong đơn thuốc chưa có thông tin về đường dùng so với khuyến cáo. Khi thiếu hướng dẫn cụ thể, người dùng có thể hiểu sai về thời điểm, cách thức sử dụng, dẫn đến việc dùng thuốc không đúng cách

làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. DRP phổ biến tiếp theo là vấn đề khác về lựa chọn (1,8%) ghi nhận các trường hợp cetirizin, desloratadin, domperidon được chỉ định. Tuy nhiên theo các khuyến cáo, nên tránh sử dụng các hoạt chất này trong kỳ mang thai do dữ liệu bằng chứng quá ít để đánh giá nguy cơ tiềm ẩn [3]. Mặc dù các NC hiện tại cho thấy cetirizin, desloratadin ít có khả năng gây ra dị tật bẩm sinh, PNMT nên cần nhắc sử dụng các kháng histamin thế hệ thứ nhất đường uống như clorpheniramin hoặc tripeleminamin nếu cần thiết, đặc biệt trong ba tháng đầu thai kỳ [5].

DRP về liều dùng: DRP phổ biến nhất trong nhóm là thời điểm dùng chưa phù hợp (6,9%). Tỷ lệ này cao hơn NC của Nguyễn Thị Nghĩa Bình (0,7%) [2]. Nguyên nhân của sự khác biệt có thể đến từ nguồn tài liệu căn cứ xác định DRP. Cụ thể, các đơn thuốc ghi nhận kê được kê thiếu các chỉ định so với bữa ăn. Trong khi đó, chỉ định của kê trong các khuyến cáo là sau ăn. Sự ảnh hưởng của thức ăn đến việc sử dụng thuốc rất quan trọng do có thể gây ra tương tác với thuốc, làm giảm hoặc tăng hấp thu thuốc. Thông thường những tương tác này có thể tránh được bằng cách dùng thuốc 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau ăn [3]. Uống kèm khi bụng đói có thể gây ra một số tác dụng phụ tiêu hóa như buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng. Uống kèm sau ăn giúp giảm thiểu các tác dụng phụ này do thức ăn có thể giúp giảm tốc độ của kê lên hệ tiêu hóa. Bên cạnh đó, hoạt chấtesomeprazol được kê thiếu thời điểm dùng thuốc. Nhóm thuốc ức chế bơm proton (Proton Pump Inhibitors – PPIs) chỉ phát huy hiệu quả tốt nhất trong môi trường acid dạ dày. Do đó, để đạt hiệu quả cao nhất, các chuyên gia khuyến cáo nên uống PPI trước ăn khoảng 30 phút. DRP phổ biến tiếp theo là liều dùng quá thấp (5,7%). Việc sử dụng liều lượng thấp hơn mức khuyến cáo có thể khiến hiệu quả điều trị giảm do không đạt được nồng độ thuốc cần thiết trong cơ thể. Cụ thể acetylcystein được kê với liều dùng 200mg x 2 lần/ngày, trong khi đó theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc và DTQG 2022 khuyến cáo sử dụng 200 mg x 3 lần/ngày. DRP liều dùng quá cao chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,3%) ghi nhận methylprednisolon được kê cho chẩn đoán dị ứng với liều dùng tối đa 32 mg/ngày, cao hơn so với khuyến cáo tổng liều tối đa trong ngày 24 mg [3].

V. KẾT LUẬN

DRP trong kê đơn ngoại trú cho PNMT chiếm tỷ lệ khá thấp. Điều này cho thấy các bác sĩ rất thận trọng khi kê đơn cho đối tượng đặc biệt

này. Mỗi nhóm thuốc thường liên quan đến các loại DRP nhất định và DRP phổ biến nhất liên quan đến thời điểm dùng thuốc. Các NC tiếp theo cần các định mức độ ảnh hưởng của DRP trên lâm sàng. Từ đó tiến hành các can thiệp phù hợp để giảm thiểu DRP nhằm đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Ánh, Trần Thị Ngọc Linh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phụ nữ đến khám phụ khoa có xét nghiệm HPV và tế bào học cổ tử cung bất thường tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học 108. 2021;16(7):107-12.
2. **Nguyễn Thị Nghĩa Bình.** Phân tích đặc điểm kê đơn thuốc ngoại trú cho phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội. 2022.
3. **Bộ Y tế.** Dược thư Quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội. 2022.
4. **Alema NM, G. S, Melesse S, Araya EM, Gebremedhin H, Demsie DG, et al.** Patterns and determinants of prescribed drug use among pregnant women in Adigrat general hospital,

- northern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC pregnancy childbirth. 2020;20:1-9.
5. **Briggs GG, Freeman RK, Towers CV, Forinash AB.** Briggs drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
 6. **Holness N.** High-risk pregnancy. Nursing Clinics of North America. 2018;53(2):241-51.
 7. **Sharma B, Deep J, Pandit C, Basnyat B, Khanal B, Raut B, et al.** Overview on current approach on recurrent miscarriage and threatened miscarriage. Clin J Obstet Gynecol. 2020;3:151-7.
 8. **Smedberg J, Brathen M, Waka MS, Jacobsen AF, Gjerdalen G, Nordeng H.** Medication use and drug-related problems among women at maternity wards-a cross-sectional study from two Norwegian hospitals. Eur J Clin Pharmacol. 2016;72(7):849-57.
 9. **Statista.** Fertility rate in Vietnam from 2000 to 2020, with a forecast to 2025 by age group. 2020. <https://www.statista.com/statistics/1101017/vietnam-fertility-rate-by-agegroup/>.
 10. **van Mil JF, Westerlund LT.** Classification for Drug related problems, Pharmaceutical Care Network Europe Association, V9.1. 2020.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VIÊM ÂM ĐẠO Ở THAI PHỤ BA THÁNG CUỐI THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TIỀN GIANG

Trần Khắc Ân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm âm đạo ở phụ nữ mang thai làm tăng kết cục xấu cho cả mẹ và thai như sẩy thai, vỡ ối non, chuyển da sinh non, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn sơ sinh, viêm nội mạc tử cung sau mổ lấy thai. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ viêm âm đạo do các tác nhân thường gặp, đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo ở thai phụ 3 tháng cuối khám tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 330 thai phụ mang thai ba tháng cuối thai kỳ đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm âm đạo ở sản phụ trong 3 tháng cuối thai kỳ là 147 trường hợp, chiếm 44,5%. Trong đó nhiễm nấm là 110 trường hợp (33,3%), nhiễm Trichomonas là 7 trường hợp (2,1%), loạn khuẩn âm đạo là 30 trường hợp (9,1%). Liên quan giữa viêm âm đạo và trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, tiền căn viêm âm đạo, cách sử dụng thuốc rửa phụ khoa, giao hợp trong thai kỳ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ viêm âm đạo trong thai kỳ cao và có xu hướng gia tăng, cần tăng

cường tuyên truyền, sàng lọc và điều trị cho sản phụ.

Từ khóa: viêm âm đạo thai kỳ, nấm, Trichomonas, loạn khuẩn âm đạo.

SUMMARY

RESEARCH ON THE RATE OF VAGINITIS IN WOMEN IN THIRD PREGNANCY TRIMESTER AND SOME RELATED FACTORS AT TIEN GIANG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Background: Vaginitis in pregnant women increases the risks for both mother and fetus such as miscarriage, premature rupture of membranes, premature labor, amniotic infection, neonatal infection, and endometritis after cesarean section. **Objectives:** Determining the rate of vaginitis caused by common agents, clinical characteristics and some factors related to vaginitis of women in third pregnancy trimester in Tien Giang Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional study includes 330 women in third pregnancy trimester in Tien Giang Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The rate of vaginitis in women in third pregnancy trimester was 147 cases, accounting for 44.5%. In which, fungal infection was 110 cases (33.3%), Trichomonas infection was 7 cases (2.1%), and bacterial vaginosis was 30 cases (9.1%). The association between vaginitis and education level, economic status, history of vaginitis, use of vaginal douches, and intercourse during pregnancy was statistically significant with $p <$

¹Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khắc Ân

Email: Bstrankhacan@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024