

NỘI TỔNG HỢP

ĐA BỆNH ĐA THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI:
THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁPPhạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹, Lưu Thị Hải Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài tổng quan tường thuật này hướng tới việc cung cấp thông tin cập nhật về thực trạng đa bệnh đa thuốc ở người cao tuổi (NCT) Việt Nam, đồng thời đánh giá các tác động lâm sàng và đề xuất các tiếp cận phù hợp nhằm tăng cường quản lý thuốc an toàn, hiệu quả.

Phương pháp tìm kiếm và tổng quan tài liệu: Tối ưu hóa kết quả tìm kiếm bằng cách kết nối 2 từ khóa trở lên dùng để tìm kiếm. Có 15 nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam và 13 bài báo tiếng Anh (từ năm 2016 đến 2026) được sử dụng trong bài tổng quan này.

Giải pháp then chốt: Quản lý đa bệnh đa thuốc cần có một cách tiếp cận hiệu quả hơn, lấy người bệnh làm trung tâm, chuyển dịch từ “trị bệnh” sang “chăm sóc toàn diện”. Các chiến lược bao gồm: đánh giá lão khoa toàn diện, cá thể hóa điều trị, ngừng thuốc chủ động, ứng dụng các công cụ hỗ trợ (Beers, STOPP/START), phối hợp đa chuyên khoa giữa bác sĩ lão khoa (bác sĩ nội tổng quát)- bác sĩ chuyên khoa - dược sĩ và đánh giá định kỳ.

Kết luận: Việc triển khai cách tiếp cận toàn diện và quản lý chủ động là yếu tố thiết yếu để đảm bảo an toàn điều trị và nâng cao sức khỏe NCT. Các nghiên cứu tương lai cần tập trung vào đánh giá thực trạng đa bệnh đa thuốc ở NCT quy mô quốc gia, đánh giá các kết cục lâm sàng quan trọng đối với bệnh nhân. Thực hiện các nghiên cứu thẩm định và điều chỉnh các bộ tiêu chí quốc tế (như Beers hay STOPP/START) tối ưu cho danh mục thuốc và thực hành kê đơn tại Việt Nam.

Từ khóa: Đa bệnh, đa thuốc, người cao tuổi, ngừng thuốc, đánh giá lão khoa toàn diện.

SUMMARY

MULTIMORBIDITY AND POLYPHARMACY
IN THE ELDERLY:
CURRENT STATUS AND SOLUTIONS

Objective: This narrative review aims to provide an updated overview of the current issues of multimorbidity and polypharmacy among the Vietnamese elderly, evaluate their clinical impacts, and propose preventive approaches to enhance safe medication management.

Methods: The search strategy combined relevant keywords related to multimorbidity, polypharmacy, and geriatric care. This review incorporates 28 publications in total, comprising 15 studies conducted in Vietnam and 13 international studies published between 2016 and 2026.

Key Findings & Strategies: A transition from a “disease-oriented” to a “comprehensive, patient-centered care” model is required. Key strategies include: Comprehensive geriatric assessment (CGA), individualized treatment based on patient preferences, proactively deprescribing using criteria such as Beers or STOPP/START, and fostering multidisciplinary team (MDT) collaboration.

Conclusion: Implementing a holistic approach and proactive management tools is essential to ensure treatment safety and improve overall health outcomes for the elderly. Future research should focus on evaluating the prevalence of multimorbidity and polypharmacy among the elderly on a national scale and assessing patient-important clinical outcomes. Furthermore, validation studies are required to adapt international screening tools (such as the Beers or STOPP/START criteria) to fully align with Vietnam’s drug formulary and prescribing practices.

Keywords: Multimorbidity, polypharmacy, elderly, deprescribing, comprehensive geriatric assessment.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP HCM

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Tâm

Email: pttam74@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/6/2026

Ngày phản biện khoa học: 28/7/2026

Ngày duyệt bài: 10/8/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa bệnh đa thuốc ngày càng phổ biến ở người cao tuổi, gây ra những thách thức đáng kể đối với hệ thống y tế và an sinh xã hội trong bối cảnh già hóa dân số. Các hướng dẫn lâm sàng hiện nay chủ yếu tập trung vào các bệnh lý riêng lẻ, dẫn đến tình trạng người bệnh nhận nhiều đơn thuốc từ các chuyên khoa khác nhau. Điều này làm tăng nguy cơ tương tác thuốc-thuốc và thuốc-bệnh, dẫn đến các phản ứng có hại của thuốc (ADRs), tăng tỷ lệ té ngã, suy giảm chức năng, tăng tỷ lệ nhập viện và giảm chất lượng cuộc sống.

Tình hình già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên phạm vi toàn cầu. Ước tính số người từ 60 tuổi trở lên sẽ tăng từ 841 triệu lên hơn 2 tỷ người vào năm 2050, chiếm khoảng 21,1% dân số thế giới và có khoảng 426 triệu người từ 80 tuổi trở lên [7]. Tại Việt Nam, dân số từ 60 tuổi trở lên chiếm 11,9% vào năm 2019 và dự kiến sẽ vượt mức 25% vào năm 2050 [5]. NCT Việt Nam đang đối mặt với thực trạng “già nhưng không khỏe”, có nhiều bệnh mạn tính đi kèm và phải sử dụng nhiều thuốc.

II. PHƯƠNG PHÁP TÌM KIẾM VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Sử dụng kết nối “và” với ít nhất 2 từ khóa, bao gồm “đa bệnh”, “đa thuốc”, “người cao tuổi”, “ngừng thuốc”, “đánh giá lão khoa toàn diện” để tối ưu hóa kết quả tìm kiếm tài liệu từ cơ sở dữ liệu y khoa Pubmed và các tạp chí chuyên ngành. Tiêu chuẩn chọn vào: Các bài báo nghiên cứu gốc, bài tổng quan và hướng dẫn lâm sàng công bố bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh giai đoạn 2016–2026; đối tượng nghiên cứu là NCT (≥ 60 tuổi); nội dung báo

cáo trực tiếp về tỷ lệ mắc đa bệnh (≥ 2 hoặc 3 bệnh mạn tính), tình trạng lạm dụng đa thuốc (≥ 4 thuốc) và các biến cố bất lợi liên quan. Tiêu chuẩn loại ra: báo cáo ca lâm sàng; tài liệu không truy cập được bản toàn văn; bài báo trùng lặp dữ liệu hoặc xuất bản trên các trang tin không qua phản biện khoa học.

Có tất cả 42 bài báo thỏa tiêu chuẩn chọn vào, sau khi rà soát loại trừ còn 15 nghiên cứu tại Việt Nam (11 nghiên cứu về mô hình bệnh tật, đa bệnh đa thuốc ở NCT và 4 nghiên cứu về triển khai được lâm sàng) và 13 bài báo tiếng Anh (2 bài tổng quan hệ thống, 4 bài tổng quan tường thuật, 5 nghiên cứu quan sát và 2 nghiên cứu cắt ngang) được sử dụng cho bài tổng quan này.

III. ĐA BỆNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM

Tích tuổi dẫn đến suy giảm năng lực thể chất và tinh thần, tích tụ các yếu tố nguy cơ mắc các bệnh mạn tính phức tạp; một bệnh lý mạn tính này có thể là tiền đề hoặc làm trầm trọng hơn một bệnh lý khác (ví dụ: tăng huyết áp dẫn đến suy tim hoặc bệnh thận mạn). Đa bệnh được định nghĩa là sự hiện diện đồng thời của 2 hoặc nhiều bệnh mạn tính trên cùng một cơ thể, bao gồm cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần.

Nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ đa bệnh (từ 3 bệnh) ở NCT là 51,9 %–89,7%. Đa bệnh phổ biến và tỷ lệ này tăng dần theo độ tuổi. Tỷ lệ đa bệnh ở nhóm từ 75 tuổi trở lên (92,6%) cao hơn so với nhóm 60–74 tuổi (88,7%) [5]. Các bệnh mạn tính thường gặp nhất ở NCT Việt Nam bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, suy tim - bệnh mạch vành, bệnh xương khớp - loãng xương và sa sút trí tuệ.

Bảng 1. Tỷ lệ các bệnh mạn tính thường gặp ở bệnh nhân ngoại trú NCT Việt Nam

Biến số nghiên cứu	Số nghiên cứu	Chung (≥ 60 tuổi) (%)	Nhóm 60 – 74 tuổi (%)	Nhóm ≥ 75 tuổi (%)	Nguồn
Đa bệnh lý (≥ 3 bệnh)	3	51,9 – 89,7	51,9 - 88,7	92,6	[1]; [2]; [5]
Các bệnh mạn tính phổ biến					
Tăng huyết áp	2	59,5 – 79,7	N/A	N/A	[1]; [2];
Rối loạn lipid máu	2	40,2 – 65,0	N/A	N/A	[1]; [2];
Đái tháo đường	2	25,4 – 35,8	N/A	N/A	[1]; [2];
Bệnh mạch vành/ Suy tim	2	20,4 – 45,0	N/A	N/A	[1]; [2];
Bệnh cơ xương khớp/ Loãng xương	2	16,0 – 29,7	N/A	N/A	[1]; [2];
Sa sút trí tuệ và bệnh Thần kinh	2	17,8 – 20,4	N/A	N/A	[1]; [2];

IV. ĐA THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM

Đa thuốc được định nghĩa là việc sử dụng đồng thời nhiều loại thuốc khác nhau hoặc sử dụng thuốc vượt quá chỉ định. Định nghĩa phổ biến nhất hiện nay về đa thuốc là việc dùng đồng thời từ 5 loại thuốc trở lên trong một ngày, bao gồm cả thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn [5].

Sự gia tăng tỷ lệ đa thuốc theo tuổi được giải thích bởi các yếu tố như gánh nặng bệnh tật: tuổi càng cao, số lượng bệnh mạn tính mắc kèm càng lớn, dẫn đến việc phải chỉ định thêm nhiều loại thuốc điều trị. NCT thường

đa bệnh và sử dụng nhiều đơn thuốc từ các chuyên khoa khác nhau. Số thuốc trung bình trong mỗi đơn thuốc của NCT Việt Nam dao động từ 4 đến 6 thuốc và số lượng thuốc nhiều nhất có thể lên tới 13 đến 16 thuốc dùng đồng thời [6].

Tỷ lệ đa thuốc từ 44,1–79,0% ở bệnh nhân NCT ngoại trú Việt Nam. Tỷ lệ này tăng mạnh theo độ tuổi, nhóm 60-69 tuổi có tỷ lệ đa thuốc là 23,4%, tăng lên 47,2% ở nhóm 70-79 tuổi và đạt mức cao nhất 76,3% ở nhóm trên 80 tuổi [7].

Bảng 2. Tỷ lệ đa thuốc theo nhóm tuổi ở bệnh nhân ngoại trú NCT Việt Nam

Nhóm tuổi	Tỷ lệ đa thuốc (%)	Số tài liệu	Nguồn
≥ 60 tuổi	44,1% – 79,0%	3	[1]; [2]; [4];
60 – 69 tuổi	23,4%	1	[4]
70 – 79 tuổi	47,2%	1	[4]
≥ 80 tuổi	76,3%	1	[4]

V. ẢNH HƯỞNG CỦA ĐA THUỐC LÊN SỨC KHỎE VÀ KINH TẾ XÃ HỘI

Đa thuốc đang trở nên phổ biến ở NCT, gây ra những thách thức đáng kể đối với hệ thống y tế và an sinh xã hội trong bối cảnh già hóa dân số. Nguy cơ tương tác và phản ứng có hại (ADRs): Khi số lượng thuốc tăng lên, nguy cơ tương tác thuốc-thuốc và thuốc-bệnh tăng theo cấp số nhân. Nguy cơ gặp phản ứng có hại (thường do tương tác thuốc) ở NCT được ước tính là 6% khi dùng 2 thuốc, tăng vọt lên 50% khi dùng đồng thời 5 thuốc và đạt 100% khi dùng từ 8 thuốc trở lên. Con số này gia tăng mạnh mẽ khi bệnh nhân sử dụng từ 5 loại thuốc trở lên [7]. Tương tác thuốc bất lợi làm giảm hiệu quả điều trị và tăng độc tính của thuốc, dẫn đến các phản ứng có hại (ADRs) nghiêm trọng.

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy đa thuốc liên quan chặt chẽ đến sự suy giảm trí nhớ, mê sảng và mất khả năng tự lập trong sinh hoạt hàng ngày. Thuốc NCT sử dụng càng

nhieu, tỷ lệ nhập viện càng tăng, từ 10,3% ở bệnh nhân dùng 4-6 loại thuốc tăng vọt lên 24,8% ở những người dùng từ 10 loại thuốc trở lên và NCT sử dụng trên 5 loại thuốc có nguy cơ nhập viện tăng gấp 4 lần so với những người dùng ít thuốc hơn [8].

Trong nước, nghiên cứu tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long (năm 2024) ghi nhận tới 79,8% đơn thuốc ngoại trú của NCT có tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng, trong đó tương tác nghiêm trọng chiếm 27,2% [5]. Đa thuốc gây tương tác thuốc-bệnh: phối hợp nhiều loại thuốc để kiểm soát các triệu chứng của nhiều bệnh nền là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tương tác bất lợi. Ví dụ, sử dụng NSAIDs để điều trị xương khớp có thể gây giữ nước, làm tăng huyết áp và khiến tình trạng suy tim trở nên tồi tệ hơn. NCT dễ gặp tác dụng phụ của thuốc, vốn thường bị nhầm lẫn với một bệnh lý mới, dẫn đến việc kê thêm thuốc để điều trị chính tác dụng phụ đó (vòng xoắn kê đơn), làm trầm trọng thêm gánh nặng đa thuốc.

Bảng 3. Hậu quả lâm sàng của đa thuốc ở người cao tuổi đa bệnh

Biến số / Chỉ số lâm sàng	Giá trị	Nguồn
Gánh nặng nhập viện và thời gian điều trị		
Tỷ lệ nhập viện do thuốc	19,4% – 20,9%	[3]
Ngưỡng đa thuốc kéo dài thời gian nằm viện	≥ 12 thuốc	[3]
Biến cố té ngã và chấn thương		
Nguy cơ té ngã tổng thể ở nhóm đa thuốc	OR = 3,17	[3]
Tỷ số chênh (OR) gây té ngã theo nhóm thuốc:		[3]
- Benzodiazepine	4,98	
- Thuốc hạ huyết áp	1,86	
- Thuốc lợi tiểu	1,83	
- Thuốc điều trị đái tháo đường	1,69	
Biến cố xuất huyết và mê sảng		
Tỷ lệ nhập viện do xuất huyết	8,0% – 30,8%	[4], [6]
Tỷ lệ mê sảng khi nhập viện cấp cứu	7,3% – 12,9%	[4], [6]

Phác đồ phức tạp, đa thuốc khiến 50% NCT không sử dụng thuốc đúng theo chỉ dẫn, kém tuân thủ, dẫn đến thất bại điều trị và lãng phí nguồn lực. Trung bình, một người từ 65 tuổi có 3 bệnh đồng mắc sử dụng 50% lượng thuốc và chi phí y tế cho người cao tuổi gấp 7-10 lần người trẻ [6]. Đa thuốc dẫn đến tăng tỷ lệ tái nhập viện và kéo dài thời gian nằm viện, gây áp lực tài chính lên cả gia đình và xã hội.

Các biện pháp ngăn ngừa và xây dựng mô hình quản lý đa thuốc

Đánh giá lão khoa toàn diện (CGA) là một quy trình đánh giá đa chiều và đa chuyên khoa nhằm xác định các năng lực về y tế, tâm lý và chức năng của người cao tuổi. Mục tiêu chính của CGA là xây dựng một kế hoạch chăm sóc và điều trị tích hợp, lấy người bệnh làm trung tâm. Quy trình này bao gồm 5 trụ cột cốt lõi: (1) điều quan trọng nhất đối với bệnh nhân, (2) quản lý đa bệnh lý, (3) quản lý thuốc, (4) sức khỏe tâm thần và (5) khả năng vận động. Việc thực hiện CGA giúp cá nhân hóa điều trị, ưu tiên duy trì sự độc lập và nâng cao chất lượng cuộc sống thay vì chỉ tập trung vào kéo dài tuổi thọ đơn thuần [7].

Mục tiêu ưu tiên chính dựa trên nguyện vọng của người bệnh và chất lượng cuộc sống thay vì chỉ dựa vào các chỉ số sinh hóa đơn thuần để cá thể hóa điều trị. Các thử nghiệm lâm sàng thường loại trừ NCT đa bệnh lý và các hướng dẫn lâm sàng thường được xây dựng cho từng bệnh riêng lẻ, do đó, nếu chỉ áp dụng máy móc các hướng dẫn này cho NCT sẽ dẫn đến tình trạng đa thuốc, tăng gánh nặng điều trị và các biến cố bất lợi. Đối với NCT, các mục tiêu như duy trì sự độc lập, khả năng tự chăm sóc và giảm triệu chứng thường quan trọng hơn so với việc kéo dài sự sống đơn thuần.

Quản lý thuốc chủ động và ngừng thuốc: hệ thống toàn bộ các thuốc, thực phẩm chức năng người bệnh đang sử dụng nhằm đánh giá lại đơn thuốc, giảm liều hoặc dừng các thuốc không còn phù hợp, không mang lại lợi ích rõ rệt hoặc có nguy cơ gây hại cao hơn lợi ích cho NCT. Việc kê đơn không phải là một thời điểm duy nhất mà là một quá trình liên tục cần rà soát và điều chỉnh theo sự thay đổi sức khỏe của NCT. Cần nhắc giữa kỳ vọng sống, tình trạng suy yếu và “thời gian đạt lợi ích” của thuốc. Ví dụ: ngừng các thuốc dự phòng dài hạn (như statin) nếu NCT có kỳ vọng sống ngắn hơn thời gian thuốc phát huy tác dụng. Ngừng thuốc chủ động không phải là từ bỏ điều trị, mà là một phần của tối ưu hóa điều trị nhằm bảo vệ NCT khỏi những rủi ro không đáng có, duy trì sự độc lập và cải thiện sức khỏe toàn diện. Để quản lý thuốc và ngừng thuốc chủ động, cần thực hiện các bước như rà soát và hòa giải thuốc. Lập danh mục đầy đủ các thuốc bệnh nhân đang dùng (bao gồm thuốc kê đơn, thuốc không kê đơn, thực phẩm chức năng, thảo dược). Xác định lý do cụ thể và sự cần thiết của từng loại thuốc. Nhận diện thuốc không phù hợp tiềm ẩn (PIMs), việc sử dụng các công cụ sàng lọc chuẩn hóa như tiêu chuẩn Beers hoặc STOPP/START đã được xác thực qua nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa việc tuân thủ tiêu chí với việc giảm các biến cố bất lợi, tỉ lệ nhập viện và cải thiện chất lượng sống. Các bộ công cụ này đã được phát triển lâu đời, cập nhật liên tục và sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới, có khả năng chuyển đổi và áp dụng hiệu quả tại các nước châu Á. Việc xây dựng các tiêu chí sàng lọc thuốc dựa trên bằng chứng quốc tế nhưng phù hợp với thực tiễn quốc gia giúp tháo bỏ

được những rào cản gây ra bởi sự khác biệt về danh mục thuốc thiết yếu và thực hành kê đơn tại Việt Nam.

Trong thực hành lâm sàng, cần đặc biệt chú ý các nhóm thuốc nguy cơ cao ở NCT như: benzodiazepine, thuốc hạ áp gây hạ huyết áp tư thế, thuốc lợi tiểu gây rối loạn điện giải. Ưu tiên ngừng các thuốc: không có chỉ định rõ ràng, thuốc gây ra phản ứng có hại (ADRs), hoặc thuốc được kê thêm để điều trị tác dụng phụ của thuốc khác. Thảo luận kế hoạch với người bệnh và người chăm sóc để xây dựng sự tin tưởng và đảm bảo sự đồng thuận. Theo dõi sau khi ngừng thuốc, phát hiện các triệu chứng cai thuốc (ví dụ: lo âu, mất ngủ khi dùng benzodiazepine) hoặc sự tái phát của bệnh nền. Đánh giá sự cải thiện về chức năng và chất lượng cuộc sống sau khi giảm bớt gánh nặng thuốc.

Dựa trên nhu cầu cấp thiết từ thực trạng già hóa dân số nhanh chóng tại Việt Nam và những rủi ro nghiêm trọng từ tình trạng đa bệnh đa thuốc, cần có mô hình quản lý hiệu quả hơn với triết lý cốt lõi là chuyển dịch mục tiêu, thay vì chỉ tập trung vào các chỉ số cứng nhắc, kê toa theo các hướng dẫn đơn bệnh lý, cần có mô hình tối ưu trong quản lý đa thuốc dựa trên nguyện vọng ưu tiên và duy trì chất lượng cuộc sống, sự độc lập cho NCT và nguồn lực y tế. Tiếp cận 5 trụ cột của đánh giá lão khoa toàn diện (CGA), phối hợp giữa bác sĩ lão khoa/nội khoa tổng quát, bác sĩ chuyên khoa và dược sĩ lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa đơn thuốc, giảm thiểu biến cố bất lợi và cải thiện chất lượng sống.

Bước 1: Sàng lọc, nhận diện NCT nguy cơ cao (từ 75 tuổi trở lên, mắc ≥ 3 bệnh mạn tính hoặc đang dùng ≥ 5 loại thuốc).

Bước 2: Đánh giá CGA (bác sĩ lão khoa/nội khoa tổng quát), đánh giá đa chiều về chức năng, nhận thức và đặc biệt là nguyện vọng của bệnh nhân để xác định mục tiêu điều trị ưu tiên.

Bước 3: Vai trò của đội ngũ đa chuyên khoa (MDT), bác sĩ lão khoa (bác sĩ nội khoa tổng quát) điều phối quy trình và đưa ra các quyết định lâm sàng tổng thể. Dược sĩ lâm sàng chịu trách nhiệm rà soát thuốc, tính phù hợp của đơn thuốc. Bác sĩ chuyên khoa hỗ trợ chuyên môn cho các bệnh lý cụ thể trong bối cảnh đa bệnh lý chung của người bệnh. Đội ngũ đa chuyên khoa thảo luận để áp dụng các tiêu chuẩn Beers hoặc STOPP/START và thực hiện ngừng thuốc chủ động đối với các thuốc không còn phù hợp.

Bước 4: Thống nhất và thảo luận, thực hiện “cuộc hội thoại tam giác” giữa bác sĩ - dược sĩ - bệnh nhân để đơn giản hóa phác đồ và hướng dẫn cách dùng thuốc an toàn.

Bước 5: Theo dõi, lên lịch tái khám định kỳ để đánh giá các dấu hiệu bất lợi mới phát sinh và hiệu quả của phác đồ mới.

Đa bệnh đa thuốc là vấn đề y tế cấp thiết tại Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số. Quản lý NCT đa bệnh đa thuốc cần có một cách tiếp cận hiệu quả hơn, lấy người bệnh làm trung tâm, vượt qua các hướng dẫn điều trị đơn lẻ để tập trung vào mục tiêu nâng cao chất lượng cuộc sống. Các mô hình tiếp cận cần chuyển dịch từ “trị bệnh” sang “chăm sóc toàn diện”, áp dụng các công cụ quản lý thuốc chủ động là yếu tố thiết yếu để đảm bảo an toàn điều trị. Mặc dù vấn đề đa bệnh đa thuốc ở người cao tuổi (NCT) Việt Nam đã bắt đầu được quan tâm, nhưng y văn hiện nay vẫn còn nhiều “khoảng trống” quan trọng. Phần lớn là

các nghiên cứu mô tả cắt ngang, tập trung vào bệnh nhân nội trú hoặc NCT tại các bệnh viện lớn (tuyến trung ương/tỉnh), có rất ít nghiên cứu thực tế tại tuyến chăm sóc ban đầu hoặc phòng khám bác sĩ gia đình để đánh giá bức tranh toàn diện về quản lý bệnh mạn tính trong cộng đồng. Do vậy, các nghiên cứu tương lai nên tập trung vào đánh giá thực trạng đa bệnh đa thuốc ở NCT quy mô quốc gia và cần đánh giá các kết cục lâm sàng quan trọng như tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tái nhập viện và đặc biệt là chất lượng cuộc sống. Thực hiện các nghiên cứu thẩm định và điều chỉnh các bộ tiêu chí quốc tế (như Beers hay STOPP/START) tối ưu cho danh mục thuốc và thực hành kê đơn tại Việt Nam. Bên cạnh đó, cần có các nghiên cứu về kinh tế y tế để thuyết phục các nhà quản lý đầu tư nguồn lực và nghiên cứu các chiến lược nhằm duy trì hiệu quả lâu dài của các chương trình đào tạo và can thiệp quản lý thuốc cho nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anh Nguyễn Quỳnh, Thanh Nguyễn Xuân, Thắng Phạm, Lực Trần Viết. Tình trạng đa bệnh lý mạn tính của người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;529(1):257-260.
2. Duy Nguyễn Thành, Đạt Võ Phát, Trinh Nguyễn Thị Tú, et al. Tình hình tương tác thuốc trong điều trị ngoại trú ở người cao tuổi tại một bệnh viện ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long năm 2024. *Tạp Chí Khoa Học Trường Đại Học Quốc Tế Hong Kong*. 2025;36:75-82.
3. Dương Lê Xuân, Thành Đậu Xuân, Hòa Đỗ Thanh. Nghiên cứu mối liên quan giữa sử dụng nhiều thuốc và ngã ở người bệnh từ 65 tuổi trở lên. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2023;18(idbv):139-145.
4. Giang Phạm Thị Hoài, Hương Nguyễn Thị Thu, Lực Trần Viết, Thắng Phạm. Thực trạng sử dụng nhiều thuốc ở người bệnh cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;532(1):239-242.
5. Hằng Nguyễn Thị Thúy, Hên Phan Hữu, Chữ Dương Xuân, Tường Trần Quốc. Nghiên cứu tình hình kê đơn thuốc ở bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại phòng khám nội Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531(1):369-374.
6. Tân Nguyễn Văn, Viên Bằng Ái, Phương Đặng Trần Trúc. Tỷ lệ sử dụng thuốc không thích hợp ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện và những yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2023;64(3):1-7.
7. Aggarwal P, Woolford SJ, Patel HP. Multi-Morbidity and Polypharmacy in Older People: Challenges and Opportunities for Clinical Practice. *Geriatrics (Basel)*. 2020;5(4):85.
8. Dong PTX, et al. Implementation and Evaluation of Clinical Pharmacy Services on Improving Quality of Prescribing in Geriatric Inpatients in Vietnam: An Example in a Low-Resources Setting. *Clin Interv Aging*. 2022;17:1127-1138.