

thận. Sử dụng liều cao có nguy cơ dẫn tới độc tính và tăng chi phí điều trị; ngược lại liều thấp dẫn tới hiệu quả điều trị không tối ưu và vi khuẩn đề kháng. Cần lưu ý trong điều trị VPMPTBV/ VPLQTM, hầu hết các kháng sinh được khuyến cáo ở mức liều cao hơn so với các nhiễm khuẩn thông thường, do đó cần lưu ý lựa chọn liều và hiệu chỉnh liều phù hợp để đạt hiệu quả điều trị tốt nhất.

Đáng chú ý, 2 kháng sinh nhóm aminoglycosid là tobramycin và amikacin với tỉ lệ bệnh nhân sử dụng không phù hợp cao. Điều này là do hiện tại các bác sĩ chỉ định liều thuốc chần ối để thuận tiện khi thực hiện trên lâm sàng (ống amikacin 500mg/2mL, tobramycin 80 mg/2mL). Tuy nhiên, cần chú ý rằng các kháng sinh này có khoảng điều trị hẹp do vậy không dùng chần ối mà cần tính liều theo cân nặng từng bệnh nhân.

Về hiệu quả điều trị. Sau 48 - 72 giờ, đa số bệnh nhân có đáp ứng điều trị là không tiến triển (89,3%), tỷ lệ bệnh nhân đỡ là 2 chiếm 1,7%. Hiệu quả điều trị đánh giá tại thời điểm 7 ngày ghi nhận có sự cải thiện đáng kể, tỷ lệ bệnh nhân đỡ tăng lên 32%. Sau cả đợt điều trị tỷ lệ bệnh nhân đỡ là 50,4%. Điều này càng nhấn mạnh vai trò của phác đồ kháng sinh ban đầu và sự thay đổi kịp thời phác đồ kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ hoặc khi diễn biến lâm sàng không cải thiện/nặng lên là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra những đặc điểm nổi bật về đặc điểm vi sinh và đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPTBV/VPLQTM. Cụ thể, tỷ

lệ được chỉ định xét nghiệm vi sinh trước khi dùng kháng sinh thấp (29,8%). Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm đa kháng cao, đặc biệt là A.baumannii, P.aeruginosa. Tỷ lệ phác đồ kinh nghiệm phù hợp là 43,0%, trong đó lý do không phù hợp chính là thiếu kháng sinh phổ trên trực khuẩn mũ xanh. Tới 82,6% bệnh nhân phải thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị. Tỷ lệ phù hợp liều dùng 26,4%; trong đó ghi nhận cả vấn đề liều thấp hơn và cao hơn khuyến cáo. Tỷ lệ phù hợp cách dùng đạt 100%. Hiệu quả điều trị tại thời điểm 7 ngày có sự cải thiện đáng kể so với thời điểm 48-72 giờ, sau cả đợt điều trị tỉ lệ bệnh nhân đỡ là 50,4%. Các kết quả sẽ là các căn cứ để bệnh viện tiếp tục có các chiến lược nhằm cải thiện hiệu quả điều trị VPMPTBV/VPLQTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Hô hấp - Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam (2017)**, "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy".
2. **IDSA/ATS (2005)**, "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", Am J Respir Crit Care Med, 171(4), pp. 388-416.
3. **Kalil A. C., Metersky M. L., et al. (2016)**, "Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the IIDS and the ATS", Clin Infect Dis, 63(5), pp. e61-e111.
4. **Torres A., Niederman M. S., et al. (2017)**, "International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP)", Eur Respir J, 50(3).

XÁC ĐỊNH CÁC RÀO CẢN ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC KÊ ĐƠN THEO HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ MẮC HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Hồ Thị Ngọc¹, Nguyễn Thế Anh²,
Lê Văn Anh², Phạm Thị Thúy Vân¹, Đồng Thị Xuân Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các rào cản trong việc tuân thủ các khuyến cáo của các HDĐT đối với kê đơn điều trị nội trú bệnh nhân HCMVC tại Bệnh viện Hữu Nghị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng là các bác sĩ tại các Khoa tham gia vào điều trị HCMVC tại Bệnh viện Hữu nghị, sử dụng phương pháp định tính, hình thức phỏng vấn sâu thông qua bộ câu hỏi bán cấu trúc. **Kết quả:** Tổng cộng 11 bác sĩ tham gia phỏng vấn (54,5% bác sĩ trên 10 năm kinh nghiệm, 63,6% bác sĩ nam). Hai nhóm rào cản được xác định: rào cản nội tại liên quan bác sĩ điều trị (bao gồm kiến thức, kinh nghiệm, thói quen kê đơn, đồng thuận với hướng dẫn); rào cản bên ngoài (bao gồm hướng dẫn điều trị, cung ứng thuốc, thanh toán bảo hiểm, bệnh nhân). Những rào cản này liên quan đến kê đơn chưa tối ưu các nhóm thuốc kháng kết tập tiểu

¹Đại học Dược Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Xuân Phương

Email: phuongetx@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 27/12/2021

Ngày duyệt bài: 10/2/2022

cầu, thuốc chống đông, thuốc chẹn beta giao cảm và statin. **Kết luận:** Nghiên cứu đã xác định được các rào cản quan trọng dẫn đến kê đơn chưa tối ưu các nhóm thuốc theo HDĐT trong quản lý nội trú HCMVC tại bệnh viện Hữu Nghị. Đây là các căn cứ quan trọng để có các giải pháp thực tiễn giúp nâng cao chất lượng sử dụng thuốc tại bệnh viện.

Từ khóa: Hội chứng mạch vành cấp; rào cản kê đơn; phân tích định tính; tuân thủ Hướng dẫn.

SUMMARY

BARRIERS IN GUIDELINE-ADHERENCE FOR ACUTE CORONARY SYNDROME IN INPATIENTS IN HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: To explore barriers in the guideline-adherence for ACS patients. **Subjects and methods:** A qualitative study with depth interview using semi-structured questionnaires was conducted in a group of physicians who participated in treatment of ACS patients in Huu Nghi Hospital. **Results:** Totally 11 physicians participated in the study (54,5% with over 10 years of experience, 63,6% were male). We identified two groups of barriers: internal barriers related to physicians (knowledge, clinical experience, prescribing habit, lack of agreement with guidelines); external barriers (guideline, hospital systems, cost, patients). These factors were associated with incompliance with guideline of antiplatelet agents, anticoagulants, beta-blockers, and statins. **Conclusion:** This study identified several important barriers in adherence-guideline for management of ACS inpatients in Huu Nghi Hospital. These are important bases for practical solutions to improve the quality of drug use in Huu Nghi hospital.

Keywords: Acute coronary syndrome, barrier, qualitative study, guideline adherence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) là một trong những bệnh lý mạch vành gây tử vong hàng đầu trên thế giới và tại Việt Nam [8], [9]. Hiện nay đã có nhiều hướng dẫn điều trị dựa trên bằng chứng khuyến cáo việc kê đơn các thuốc kháng kết tập tiểu cầu (KKTTC), chống đông, chẹn beta giao cảm, statin một cách phù hợp trong giai đoạn điều trị nội trú mang lại nhiều lợi ích lâm sàng trong điều trị HCMVC [1], [3], [7]. Kê đơn tuân thủ theo khuyến cáo của các Hướng dẫn điều trị (HDĐT) đã chứng minh hiệu quả giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng do HCMVC [10].

Hoạt động dược lâm sàng tại bệnh viện Hữu Nghị đã ghi nhận kê đơn chưa được tối ưu các nhóm thuốc chẹn beta giao cảm, KKTTC, chống đông, statin trong điều trị HCMVC. Nghiên cứu về thực trạng kê đơn thuốc ở bệnh nhân HCMVC ở Bệnh viện Hữu Nghị năm 2020 đã cho thấy sự khác biệt giữa thực hành kê đơn so với khuyến cáo của hướng dẫn điều trị về các khía cạnh như

chỉ định, lựa chọn, liều dùng [2]. Cụ thể, tỷ lệ phù hợp về lựa chọn chẹn beta giao cảm là 64,7%; tỷ lệ phù hợp về liều dùng của KKTTC, chống đông, statin thấp lần lượt là 18,7%, 51,8%, 3,7%. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ kê đơn ưu tiên ticagrelor trong phác đồ KKTTC kép thấp và thực trạng sử dụng thuốc chống đông tiềm ẩn như thường quy sau can thiệp mạch vành [2]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định các rào cản trong tuân thủ kê đơn theo khuyến cáo của HDĐT trong quản lý bệnh nhân điều trị nội trú HCMVC tại bệnh viện Hữu Nghị. Kết quả của nghiên cứu sẽ giúp định hướng được các giải pháp thực tiễn để nâng cao tuân thủ kê đơn cũng như hiệu quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bác sĩ tại 5 khoa phòng trực tiếp tham gia chẩn đoán và điều trị các bệnh nhân HCMVC trong giai đoạn nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị, bao gồm: Khoa Tim mạch can thiệp, Khoa Nội tim mạch, Khoa cấp cứu, Khoa nội tổng hợp A, Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu, và Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành theo phương pháp định tính, hình thức phỏng vấn sâu thông qua bộ câu hỏi bán cấu trúc.

Quy trình thực hiện nghiên cứu:

Bước 1: Xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn dựa trên kết quả phân tích hồi cứu đặc điểm kê đơn các nhóm kháng kết tập tiểu cầu (KKTTC), chống đông, ức chế men chuyển/chẹn thụ thể AT1 (ÚCMC/CTTA), chẹn beta giao cảm và statin theo khuyến cáo của Hướng dẫn điều trị trong quản lý nội trú 187 bệnh nhân được chẩn đoán HCMVC điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị trong thời gian từ 01/01/2019 đến 30/09/2020. Các chủ đề phỏng vấn chính trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Các chủ đề phỏng vấn chính

1. Khả năng tiếp cận và quan điểm chung về áp dụng hướng dẫn điều trị trong thực hành kê đơn	
	- Khả năng tiếp cận, cập nhật các hướng dẫn điều trị
	- Mức độ tin tưởng, khả năng áp dụng của các khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị
2. Quan điểm cụ thể về một số vấn đề kê đơn chưa theo khuyến cáo của HDĐT	
Thuốc chống đông	Liều lượng thuốc chống đông enoxaparin thường thấp hơn khuyến cáo Sử dụng chống đông thường quy sau khi kết thúc can thiệp PCI dù không có khuyến cáo

Thuốc kháng kết tập tiểu cầu	Ticagrelor thường ít được lựa chọn trong phác đồ DAPT trái ngược với khuyến cáo đây là hoạt chất ưu tiên. Các thuốc trong phác đồ DAPT, đặc biệt aspirin và clopidogrel, thường ít được kê liều nạp đầy đủ như khuyến cáo
Thuốc chẹn beta giao cảm	Các thuốc chẹn beta giao cảm ít được kê đơn trên bệnh nhân HCMVC, bao gồm cả bệnh nhân HCMVC kèm suy tim, EF ≤40%
Statin	Hầu hết bệnh nhân chưa được chỉ định liều statin mạnh
3. Một số gợi ý, đề xuất giúp cải thiện chất lượng kê đơn trên bệnh nhân HCMVC	

Bước 2: Rà soát và chỉnh sửa bộ câu hỏi sau khi soạn thảo bởi 2 dược sĩ lâm sàng không thuộc nhóm nghiên cứu trước khi nhóm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn.

Bước 3: Gửi bộ câu hỏi bán cấu trúc cho bác sĩ điều trị trước thời điểm phỏng vấn

Bước 4: Tiến hành phỏng vấn sâu: các chủ đề phỏng vấn được gửi đến bác sĩ điều trị trước thời điểm phỏng vấn. Phỏng vấn diễn ra trong khoảng thời gian 30 phút, tại khoa phòng của có bác sĩ. Nội dung cuộc phỏng vấn được ghi âm và giữ bảo mật để phục vụ cho xử lý số liệu, điều này đã được sự đồng ý từ phía bác sĩ.

Bước 5: Gỡ băng và xử lý dữ liệu

Tập tin ghi âm được gỡ băng, nhập liệu, sau đó mã hóa và xử lý bằng phần mềm Nvivo 12.0. Các nội dung được mã hóa dựa trên các nhóm rào cản liên quan đến kê đơn khác biệt hướng dẫn điều trị đã được tổng kết trong nghiên cứu xác định rào cản tuân thủ kê đơn theo HDĐT của Cabana, M. D. và cộng sự [4].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm người bác sĩ tham gia nghiên cứu. Tổng số 11 bác sĩ đã tham gia phỏng vấn, bao gồm: 4 bác sĩ làm việc tại Khoa Tim mạch Can thiệp, 3 bác sĩ tại khoa Nội tim mạch, 1 bác sĩ tại mỗi khoa Nội A, Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Khám chữa bệnh theo yêu cầu. Hơn một nửa bác sĩ có từ 10 năm kinh nghiệm làm việc trở lên. Thời gian tiến hành phỏng vấn trung bình là 25 phút.

3.2. Khả năng tiếp cận và quan điểm chung về thực hành kê đơn theo Hướng dẫn điều trị. Đối với Hội chứng vành cấp, các bác sĩ đều thống nhất Hướng dẫn điều trị thường tham khảo là hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế, ESC và ACC/AHA. Đa số cho biết không có khó khăn trong tiếp cận các Hướng dẫn điều trị. Ngoài

ra, một số cho biết họ có thể cập nhật thêm kiến thức thông qua các buổi sinh hoạt chuyên khoa cùng các chuyên gia trong ngành.

"Thật ra đều đọc và và tham khảo các hướng dẫn hết, cập nhật theo hai kênh là sinh hoạt khoa học tại khoa hoặc toàn bệnh viện, có thể như báo cáo chuyên ngành hoặc các chuyên gia mời đến bệnh viện báo cáo ..." **BS-HSTC3**

Ngoài tham khảo các Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế, VNHA, AHA hoặc ESC, một bác sĩ tại Khoa cấp cứu đề cập tại khoa đã có lược đồ quản lý hội chứng mạch vành cấp hỗ trợ cho các bác sĩ tại Khoa cấp cứu trong thực hành điều trị.

Bên cạnh đó, các bác sĩ cũng chung quan điểm tin tưởng hướng dẫn điều trị và thực hành kê đơn nhìn chung vẫn theo đúng hướng dẫn.

"... Thực hành theo hướng dẫn là quan trọng ..." **BS-TMCT7**

"... tại bệnh viện mình hiện giờ việc điều trị rất là ổn rồi..." **BS-TMCT3**

Như vậy có thể thấy các yếu tố thuộc về khả năng tiếp cận và quan điểm chung về thực hành dựa theo Hướng dẫn điều trị không phải là các rào cản đáng kể của việc tuân thủ các khuyến cáo kê đơn trên bệnh nhân HCMVC.

3.3. Rào cản trong việc áp dụng khuyến cáo kê đơn của các Hướng dẫn điều trị

Tuy nhiên, khi phỏng vấn sâu về những vấn đề kê đơn chưa tối ưu được liệt kê, các nhóm rào cản ảnh hưởng đến việc tuân thủ hướng dẫn kê đơn của các bác sĩ tại bệnh viện đã được bộc lộ. Hai nhóm yếu tố được khái quát hoá, bao gồm các yếu tố nội tại thuộc về bác sĩ (sự đồng thuận với hướng dẫn, nhận thức và kiến thức chuyên môn, kinh nghiệm điều trị, thói quen kê đơn), và các yếu tố ngoại cảnh tác động đến quyết định kê đơn (hướng dẫn điều trị, cung ứng thuốc, thanh toán bảo hiểm, bệnh nhân). Cụ thể các kết quả phỏng vấn theo hai nhóm rào cản được thể hiện lần lượt ở Bảng 2 và Bảng 3.

Bảng 2. Rào cản nội tại liên quan bác sĩ điều trị

Kinh nghiệm điều trị - Nhận thức/kiến thức chuyên môn
Kinh nghiệm điều trị liên quan đến những ADR trên nhóm bệnh nhân đặc thù (tuổi cao, nhiều bệnh mắc kèm) dẫn đến chưa lựa chọn ưu tiên ticagrelor hơn clopidogrel trong phác đồ KKTTC cũng như chưa kê đơn statin mạnh thường quy. "...và câu chuyện chống huyết khối... thông thường bệnh nhân ở đây tuổi cao, rối loạn đông cầm máu, nhiều yếu tố nguy cơ nên chọn thuốc kháng kết tập tiểu cầu vừa phải thôi" BS-HSTC3 "bạn anh chưa mạnh dạn kê đơn statin mạnh

lắm, mặc dù cũng được cung cấp kiến thức về liều statin rồi, một phần do thói quen, một phần do tuổi, bệnh mắc kèm của bệnh nhân...Liều dùng statin đúng là vấn đề thật ...” **BS-TMCT5**

Điều này cũng giải thích cho tỷ lệ thấp kê đơn thuốc chẹn beta trong quản lý nội trú

“tất nhiên các khuyến cáo chỉ ra lợi ích của chẹn beta rất nhiều, bọn anh cũng có rất nhiều buổi trao đổi về thuốc chẹn beta, nhưng chưa đưa đến được kết luận cuối cùng. Hơn nữa, khi đầu vào chưa tiên lượng được rủi ro cho bệnh nhân thì chưa cho chẹn beta vội...” **BS-CC2**

Thêm vào đó, một số ý kiến cho thấy thiếu kiến thức điều trị liên quan đến liều nạp KKTTC trên nhóm điều trị bảo tồn; chưa cập nhật đầy đủ thông tin về lợi ích của ticagrelor so với clopidogrel; chưa nắm bắt thông tin về tình trạng cung ứng của ticagrelor tại bệnh viện cũng trở thành một rào cản trong việc chưa kê đơn ưu tiên ticagrelor hơn clopidogrel

“... thật ra trên bệnh nhân điều trị bảo tồn anh không sử dụng liều nạp, dùng liều nạp gây tăng các nguy cơ khác, đối với bệnh nhân nếu khám ban đầu tại Khoa cấp cứu không có chỉ định can thiệp PCI thì đa phần sẽ chuyển về các khoa, liều nạp sau đấy bọn anh không còn quá nặng nề ...” **BS-CC2**

“... cũng có một thời gian dùng Brilinta [ticagrelor] rồi, nhưng sau đó bệnh viện khuyến cáo dùng nhiều aspirin và clopidogrel hơn ... bởi vì mặt tiếp cận ticagrelor của mình khá là thấp nên vẫn ưu tiên dùng aspirin và clopidogrel trước” **BS-KCBTYC1**

Mặc khác, có thể chưa tiếp cận được toàn bộ hướng dẫn điều trị, đặc biệt đối với khuyến cáo cần dùng thuốc chống đông ngay sau khi chẩn đoán và trước khi can thiệp, dẫn đến thực trạng tỷ lệ lớn bệnh nhân chưa được dùng chống đông trước can thiệp.

“... thật ra thì không có hướng dẫn nào nói cái này cả, chủ yếu là anh điều trị theo kinh nghiệm thôi...” **BS-NA6**

Đồng thuận với Hướng dẫn điều trị

Một số bác sĩ có chia sẻ khuyến cáo của HDĐT chưa thực sự mang nhiều tin tưởng trong kê đơn dẫn đến rào cản kê đơn các nhóm thuốc KKTTC, chống đông và statin do sự khác nhau về quần thể bệnh nhân liên quan.

“...cái thứ nhất là tất cả các nghiên cứu ở trên thế giới thì đa phần là nghiên cứu ở trên người Châu Âu, thứ hai là các nghiên cứu đa phần là 80 trở xuống ...trong khi viện Hữu Nghị thì chủ yếu bệnh nhân từ 80 trở lên...” **BS-NA6**

Đa phần bác sĩ lo ngại những nguy cơ gặp phải ở

bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh lý mắc kèm nhiều hơn là lợi ích khi tuân thủ. Yếu tố này dẫn các rào cản như tỷ lệ sử dụng liều nạp thuốc KKTTC thấp, tỷ lệ thấp kê đơn statin mạnh, nhiều bệnh nhân có liều dùng thuốc chống đông chưa tối ưu.

“... kể cả những bệnh nhân mình đã kiểm soát tương đối rồi thì những bệnh nhân đa phần là cao tuổi, chức năng gan thận giảm và rất nhiều bệnh nhân anh điều trị có nhiều tác dụng phụ ví dụ như là tăng men gan ...” **BS-NA6**

“... bệnh nhân tuổi cao hơn, nguy cơ chảy máu cao hơn nên chắc là liều nạp kháng kết tập tiểu cầu so với các khuyến cáo nó thấp hơn một chút bởi vì ngại nguy cơ chảy máu...” **BS-TMCT5**

Thói quen kê đơn

Hầu hết các bác sĩ có quan điểm điều trị theo thói quen rất khó thay đổi và trở thành rào cản của nhiều vấn đề trong kê đơn như thiếu liều nạp KKTTC, lựa chọn KKTTC kép chưa đúng ưu tiên, thiếu liều chống đông, sử dụng thường quy chống đông sau can thiệp, thiếu liều statin mạnh.

“thật ra thì anh nghĩ thiếu liều nạp cũng do thói quen là nhiều lắm, cũng chưa hẳn là do e ngại chảy máu hay nguy cơ đâu” **BS-TMCT5**

“ticagrelor thì trong tủ trực cũng có đấy, còn việc kê đơn clopidogrel ưu tiên chắc do thói quen, tại dùng quen clopidogrel rồi...” **BS-NM4**

“chủ yếu do thói quen thôi, điều trị hội chứng mạch vành cấp nên chỉ dùng chống đông tiêm từ 3-5 ngày thôi” **BS-TMCT5**

“thật ra kê đơn được statin trong tờ điều trị đã là mừng lắm rồi...cần một thời gian nữa mới tạo thêm thói quen dùng liều mạnh statin ...” **BS-CC2**

Bảng 3. Rào cản từ phía bên ngoài

Cung ứng thuốc

Hơn một nửa số bác sĩ cho ý kiến rằng việc cung ứng thuốc vẫn được thực hiện đầy đủ, duy trì tốt và không gặp khó khăn gì từ hệ thống bệnh viện tới quá trình điều trị và kê đơn

“thật ra thì không khó khăn gì nhiều, bọn mình thì ở viện thật ra có sẵn các thuốc, một số thuốc không có thầu thì các bạn ấy sẵn sàng gửi thuốc ở đây, bọn mình có thể cho bệnh nhân mua ngoài để dùng ...” **BS-TMCT7**

Tuy nhiên, mặc dù chỉ được nêu lên bởi một số ít bác sĩ, thực trạng cung ứng thuốc cũng là 1 trong các rào cản khiến cho một số thực hành kê đơn chưa tối ưu. Một số bác sĩ đề cập cung ứng thuốc chưa đầy đủ có liên quan đến việc chưa ưu tiên lựa chọn ticagrelor hơn clopidogrel hoặc việc cung ứng các dạng hàm lượng của enoxaparin chưa đầy đủ dẫn tới một tỷ lệ bệnh nhân nhất

<p>định được dùng liều chống đông chưa phù hợp. "cái lựa chọn nó còn phải phụ thuộc vào cung ứng dược nữa ... đây là cái thẳng thắn chia sẻ..."BS-HSTC3</p>
<p>Chi trả bảo hiểm y tế</p> <p>Mức độ chi trả không hoàn toàn của bảo hiểm y tế đối với ticagrelor cũng là một nguyên nhân khiến cho thuốc này bị hạn chế kê đơn, mặc dù thuốc này được khuyến cáo ưu tiên lựa chọn trong HCMVC</p> <p>"... có một số hướng dẫn anh đọc thì thấy nên sử dụng ticagrelor vướng một số cái như bảo hiểm chi trả chẳng hạn, như một số bệnh nhân vào viện cấp cứu mình gặp khó khăn khi giải thích cho bệnh nhân ..." BS-NA6</p> <p>Tuy nhiên cũng có bác sĩ cho ý kiến rằng tài chính không phải là vấn đề quá lớn dẫn đến khó khăn trong lựa chọn ticagrelor</p> <p>"... thật ra thì đối với mức độ đây nó cũng không chênh lệch nhiều, ... bọn mình không cần nhắc nhiều, bệnh nhân phù hợp thì dùng thôi, không quan tâm quá nhiều về kinh tế thôi...đa phần bệnh nhân có sự quan tâm của con cái nhiều nên cũng không phải lo lắng quá" BS-TMCT7</p>
<p>Hướng dẫn điều trị</p> <p>Thiếu các thông tin phân tầng nguy cơ huyết khối và nguy cơ chảy máu trong hướng dẫn điều trị đối với thời gian kê đơn chống đông sau can thiệp cũng là một nguyên nhân khiến cho việc kê đơn bị kéo dài</p> <p>"...mình không thấy có thang điểm để hướng dẫn dùng chống đông sau can thiệp hay thời gian dùng sau can thiệp ..." BS-TMCT7</p>
<p>Bệnh nhân</p> <p>Một số bác sĩ cũng cho rằng rào cản từ thiếu đồng thuận chi trả từ bệnh nhân hoặc cần thời gian để nhận được đồng thuận của bệnh nhân dẫn đến thiếu hụt kê đơn ticagrelor</p> <p>"cái sự không thuận tiện ... phải giải thích cho bệnh nhân là dùng thuốc này phải chi trả thể nhưng bệnh nhân không thích được chi trả, trong bảo hiểm tôi có như này tôi dùng như thế ..." BS-NTM9</p> <p>Bên cạnh đó, một bác sĩ cũng chia sẻ rằng sử dụng chống đông sau can thiệp giúp bệnh nhân có tâm lý yên tâm hơn sau khi trải qua quá trình can thiệp, điều này có thể là 1 phần nguyên nhân khiến cho việc sử dụng chống đông sau can thiệp trở nên thường quy.</p> <p>"...đôi khi cũng là một vấn đề tâm lý bệnh nhân nữa, sau khi can thiệp mà chỉ dùng một vài thuốc thì sau đây chưa chắc bệnh nhân đã cảm thấy hài lòng" BS-TMCT5</p>

3.4. Đề xuất giải pháp từ góc nhìn của bác sĩ điều trị

Bảng 4. Đề xuất các giải pháp từ góc nhìn của bác sĩ điều trị

<p>Xây dựng quy trình chuẩn hóa dành cho bệnh viện và từng khoa phòng</p> <p>"...nên có một quy chuẩn hóa vì đặc thù riêng của từng bệnh viện" BS-TMCT 5</p>
<p>Đội ngũ hỗ trợ và kết hợp nhuần nhuyễn giữa các khoa</p> <p>"với kinh nghiệm nhận định của bản thân, HCMVC không phải là mới, các khía cạnh hôm nay đưa ra cũng khá kinh điển, nắm được thì cũng nắm được. Đẩy mạnh về dược lâm sàng, khoa Hồi sức rất nhiều hạng mục, quá rộng nên cần được hỗ trợ. Cần phải có nghiên cứu trên các quần thể, cá thể riêng biệt ..." BS-HSTC</p>
<p>Đào tạo về chuyên môn liên tục, đào tạo lại</p> <p>"... tuy nhiên cần tập huấn và đào tạo, và đào tạo lại" BS-HSTC</p>
<p>Thêm nhiều bằng chứng đáng tin cậy</p> <p>"chắc là cũng phải có những nghiên cứu, khuyến cáo trên nhóm quần thể này (bệnh nhân cao tuổi) ..." BS-HSTC3</p>

IV. BÀN LUẬN

Một cách khái quát, việc ra quyết định kê đơn của bác sĩ cho một người bệnh cụ thể bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố, không chỉ là các yếu tố thuộc về riêng người kê đơn, mà còn có sự tác động bởi các yếu tố khách quan. Vì vậy, mặc dù kê đơn theo hướng dẫn điều trị tuy là một thực hành được khuyến khích bởi các bằng chứng về hiệu quả và an toàn, việc triển khai thực hành này trên thực tế lâm sàng vẫn tồn tại những rào cản.

Chủ yếu điều trị theo thói quen là một rào cản hầu hết các bác sĩ nhắc tới. Điều trị theo thói quen có thể do bác sĩ không vượt qua được rào cản theo quán tính thực hành điều trị trước đó đặc biệt với đặc thù diễn biến bệnh nhanh cấp tính như HCMVC. Điều này dường như đi ngược với xu hướng thực hành y khoa dựa trên bằng chứng, khi các thông tin y khoa cập nhật liên tục dẫn đến đòi hỏi việc bác sĩ phải luôn có phản xạ đặt lại câu hỏi với những kinh nghiệm kê đơn của mình. Bên cạnh đó, những lo ngại trên bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh lý mắc kèm cũng trở thành nguyên nhân chính yếu dẫn đến thiếu đồng thuận với các khuyến cáo của HDĐT. Nhìn chung, các rào cản nội tại thuộc về bản thân bác sĩ điều trị là nguyên nhân chính dẫn đến hầu hết các sự khác biệt trong kê đơn như không kê đơn liều nạp trong phác đồ KKTTC, ưu tiên sử dụng clopidogrel hơn ticagrelor trong phác đồ KKTTC

kép, liều thấp chống đông và sử dụng chống đông cả sau can thiệp dù khuyến cáo không chỉ dẫn dùng thường quy, không kê đơn liều mạnh statin. Kết quả phỏng vấn định tính của Freier, Christian và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ sử dụng statin thấp ở bệnh nhân cao tuổi do bác sĩ lo ngại nguy cơ tăng men gan hoặc đau cơ, viêm cơ ở bệnh nhân hơn là lợi ích bệnh nhân đạt được[5]. Tuy nhiên các bằng chứng theo hướng dẫn điều trị chưa cho thấy khác biệt rõ rệt đối với điều trị nội khoa ở bệnh nhân cao tuổi (trên 75 tuổi) [1], [3], [7]. Do đó, để đảm bảo kê đơn tối ưu trên người cao tuổi, cần đánh giá hết nguy cơ có thể gặp phải trước khi dùng thuốc, đồng thời theo dõi đáp ứng lâm sàng cũng như sử dụng các biện pháp hỗ trợ hạn chế tác dụng phụ có thể xảy ra. Sử dụng ức chế bơm proton khi dùng KKTTC kép hoặc theo dõi chỉ số men gan trong điều trị statin cũng là một biện pháp củng cố tin tưởng kê đơn các nhóm thuốc này.

Hầu hết các bác sĩ đều đồng thuận với HDĐT, chỉ một số ít bác sĩ chưa thực sự tin tưởng vì cho rằng các HDĐT chưa được cá thể hóa bệnh nhân đặc biệt là người cao tuổi. Các rào cản như hệ thống cung ứng hay chi phí điều trị không ảnh hưởng nhiều tới kết quả kê đơn thực tế khác biệt với khuyến cáo, chỉ có vai trò không đáng kể trong việc thiếu lựa chọn tối ưu KKTTC. Kết quả này ngược lại với kết quả của Julian T. Hertz và cộng sự, có thể do đặc thù về nền kinh tế dẫn đến thiếu trang bị và thuốc chủ chốt cũng như gia tăng gánh nặng chi trả ở bệnh nhân: "thật khó khăn khi phát hiện bệnh nhân HCMVC, bởi vì bạn biết bệnh nhân nên cần thuốc gì, nhưng không may là những thuốc đó lại không sẵn có ở bệnh viện"[6]. Nhóm nghiên cứu không có ghi nhận được rào cản liên quan đến vấn đề tuân thủ từ bệnh nhân do quá trình nghiên cứu thực hiện về điều trị nội trú, bệnh nhân phải thực hiện thuốc dưới sự hỗ trợ của điều dưỡng, y tá. Tuy nhiên, chúng tôi cũng ghi nhận thông tin rào cản đến sự thiếu đồng thuận của bệnh nhân dẫn đến không tối ưu trong lựa chọn thuốc KKTTC.

Từ những vấn đề tồn tại và các rào cản ghi nhận được, đồng thời dưới gợi ý từ góc nhìn của bác sĩ điều trị HCMVC, chúng tôi đã đưa ra một số giải pháp hỗ trợ. Cụ thể, cần thiết xây dựng một quy trình chuẩn cho bệnh viện và riêng từng khoa phòng, nâng cao chất lượng chuyên môn thông qua đào tạo và thêm nhiều bằng chứng đáng tin cậy. Bệnh HCMVC lại là bệnh cấp tính, đòi hỏi phải nhanh chóng không những trong chẩn đoán mà còn trong kê đơn thuốc đặc biệt trong 24 giờ đầu. Do đó, xây dựng quy trình

riêng cho từng khoa sẽ giúp các bác sĩ dễ dàng tiếp cận với khuyến cáo điều trị hơn và tránh nhầm lẫn cũng như thiếu sót trong quá trình kê đơn. Bên cạnh đó, với việc điều trị không chỉ mỗi một bệnh mà bác sĩ đồng thời phải cập nhật nhiều hướng dẫn cho nhiều bệnh lý khác nhau. Nếu không được đào tạo liên tục bác sĩ điều trị sẽ thiếu cập nhật kiến thức, quay về điều trị theo thói quen. Đào tạo chuyên môn giúp nâng cao hiểu biết cũng như tiếp cận hướng dẫn điều trị dễ dàng hơn cho bác sĩ. Với đặc thù bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị, cần tìm kiếm y văn và nghiên cứu trên đối tượng này, đặc biệt ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Có hai nhóm rào cản lớn ảnh hưởng đến việc kê đơn trong quản lý bệnh nhân HCMVC tại bệnh viện Hữu Nghị: rào cản liên quan nội tại bác sĩ kê đơn và các rào cản từ bên ngoài. Thói quen điều trị và đặc thù bệnh nhân cao tuổi là 2 yếu tố tác động chính tới thực trạng kê đơn còn khác biệt so với các khuyến cáo của Hướng dẫn điều trị. Kết quả này là căn cứ quan trọng để bệnh viện triển khai các hoạt động giúp nâng cao chất lượng sử dụng thuốc như tăng cường đào tạo tập huấn, cập nhật kiến thức chuyên môn, xây dựng Hướng dẫn điều trị phù hợp với đặc thù bệnh nhân tại bệnh viện, tăng cường các hoạt động được lâm sàng trên nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp, tế Bộ Y, Editor. 2019, Bộ Y Tế.
- Hồ Thị Ngọc**, Phân tích thực trạng kê đơn thuốc trong quản lý nội trú bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại bệnh viện Hữu Nghị. 2021.
- Amsterdam E. A., Wenger N. K., et al. (2014)**, "2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", *Circulation*, 130(25), pp. e344-426.
- Cabana M. D., Rand C. S., et al. (1999)**, "Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement", *Jama*, 282(15), pp. 1458-65.
- Freier Christian, Heintze Christoph, et al. (2020)**, "Prescribing and medical non-adherence after myocardial infarction: qualitative interviews with general practitioners in Germany", *BMC family practice*, 21(1), pp. 81-81.
- Hertz Julian T., Kweka Godfrey L., et al. (2020)**, "Provider-perceived barriers to diagnosis and treatment of acute coronary syndrome in Tanzania: a qualitative study", *International health*, 12(2), pp. 148-154.
- Ibanez B., James S., et al. (2018)**, "2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with

ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", *Eur Heart J*, 39(2), pp. 119-177.

8. Wang Haidong, Naghavi Mohsen, et al.

(2016), "Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, 388(10053), pp. 1459-1544.

THỰC TRẠNG NHIỄM CHÌ TRONG SỮA VÀ SẢN PHẨM TỪ SỮA TẠI ĐẮK LẮK NĂM 2020

Trần Thị Nhị Hà¹, Nguyễn Văn Chuyên², Lê Tuấn Anh¹, Nguyễn Thị Thu Trang¹, Hoàng Thị Trường¹, Tống Đức Minh¹, Đinh Thị Diệu Hằng¹, Vũ Đình Chính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mức độ nhiễm Chì trong một số loại sữa, sản phẩm từ sữa tại Đắk Lắk, năm 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Chọn 150 sản phẩm sữa, bánh sữa và phomai được tiêu thụ phổ biến nhất tại khu vực nghiên cứu, trong đó 10 sản phẩm sữa bột, 40 sản phẩm sữa lỏng, 70 sản phẩm sữa chua, 10 sản phẩm phomai và 20 sản phẩm bánh sữa được thu thập từ các trại, cơ sở sản xuất, kinh doanh sữa. Đánh giá mức độ ô nhiễm Chì. **Kết quả:** Trong 150 mẫu nghiên cứu thì có tới 55 mẫu nhiễm (chiếm 36,7%) với hàm lượng Chì trung bình là $6,17 \pm 1,03$ µg/L; trong đó, hàm lượng Chì trung bình của phomai lớn nhất (22,91 µg/kg), sau đó đến bánh sữa (9,11 µg/L), sữa bột (6,98 µg/L), sữa chua (4,72 µg/L) và thấp nhất là sữa lỏng có nồng độ Chì chỉ bằng một phần mười so với phomai là 2,84 µg/L. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy có 18 mẫu (chiếm 12%) vượt quá tiêu chuẩn cho phép theo QCVN 8-2:2011/BYT (20 µg/L). **Kết luận:** Việc tiêu thụ các sản phẩm này trong thời gian dài có thể ảnh hưởng đến sức khỏe người tiêu dùng.

Từ khóa: Chì, sữa, sản phẩm từ sữa.

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF LEAD IN MILK AND DAIRY PRODUCTS IN DAK LAK IN 2020

Objective: The present investigation was carried out to determine concentration of lead in milk and dairy products in Dak Lak in 2020. **Materials and methods:** A total of 150 samples of popular commercial milk and dairy products in the study area (based on data reported by the City Food Safety Bureau). In which, 10 powdered milk, 40 raw milk, 70 yogurt, 10 cheese and 20 milk cake samples were

collected from farms, individual farmers and dairy shops in Dak Lak. It were analysed for determination their lead. **Results:** Lead was detectable in 55/150 samples (36,7%). The mean concentrations of Pb in cheese, milk cake, powdered milk, yogurt and raw milk samples were 22,91 µg/kg, 9,11 µg/L, 6,98 µg/L, 4,72 µg/L and 2,84 µg/L, respectively. On the other side, this study also reported 18/150 samples (12%) over the permissible levels of 20 µg/L established by QCVN 8-2:2011/BYT. **Conclusion:** It seems that consumption this milk and dairy products for a long time can cause the health risks associated with their lead contamination.

Keyword: Lead, milk, dairy products.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sữa và các sản phẩm từ sữa là một trong những thành phần cơ bản trong chế độ ăn uống của con người, do sự đa dạng của protein, lipid, carbohydrate, vitamin và chất khoáng mà chúng mang lại [1]. Hàm lượng khoáng chất của sữa và các sản phẩm từ sữa có thể được phân loại thành các nguyên tố cơ bản (sắt, đồng và kẽm), có ở liều lượng thấp, cần thiết cho sự phát triển của con người. Đối với các nguyên tố không cần thiết hoặc độc hại (như chì, cadmium và những nguyên tố khác), sự hiện diện của chúng, ngay cả ở nồng độ thấp, có thể dẫn đến các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng ở người [3].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy hiện tượng nhiễm Chì trong sữa và các sản phẩm từ sữa ở mức độ khác nhau. Trong nghiên cứu của Arafa M. S. Meshref tại Egypt chì xuất hiện trong tất cả các mẫu nghiên cứu sữa, pho mát kareish, bơ và mẫu bánh gạo với giá trị trung bình lần lượt là 214 ± 21 , 430 ± 29 , 490 ± 21 và $199,9 \pm 29$ µg/L [4]. Nghiên cứu của Aniello Anastasio Rosa Caggiano tại nam Italy cho thấy ô nhiễm chì trong các mẫu sữa và mẫu phomai, lần lượt là 180 µg/L và 390 µg/kg [5]. Đắk Lắk là một tỉnh lớn, có nhiều cơ sở kinh doanh sữa với mức độ tiêu thụ lớn, cho phép đánh giá thực trạng ô

¹Sở Y tế Hà Nội

²Học viện Quân y

³Trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chuyên

Email: nguyenvanchuyenk40@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 26/12/2021

Ngày duyệt bài: 7/2/2022