

là 23% và 15% và tỷ lệ rò diện cắt lần lượt là 9% và 7%, qua đó cho thấy sự an toàn của phẫu thuật nội soi [4]. Các nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi đường ngực cắt túi thừa thực quản có ưu điểm như giảm thiểu chảy máu và giảm đau, phục hồi nhanh sau phẫu thuật và giảm các biến chứng liên quan đến hô hấp.

Khi thực hiện cắt túi thừa, điều quan trọng là phải giảm nguy cơ rò diện cắt, tái phát và hẹp thực quản sau phẫu thuật. Dựa trên kinh nghiệm của mình, chúng tôi cho rằng cần phẫu tích bóc tách rõ và cắt sát phần cổ túi thừa là quan trọng để ngăn ngừa tái phát và hẹp thực quản sau mổ. Trong trường hợp này, để tách túi thừa ra một cách an toàn, chúng tôi kết hợp với nội soi ống mềm trong mổ để xác định ranh giới cổ túi thừa với phần thực quản lành, sau đó tiến hành cắt sát cổ túi thừa bằng Stapler Endo GIA 60mm, khâu tăng cường diện cắt bằng chỉ Vicryl 3/0 để giảm nguy cơ rò. Vai trò của nội soi ống mềm trong quá trình cắt bỏ túi thừa cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Palanivelu C và cộng sự [5]

Tỷ lệ túi thừa thực quản phát triển thành ung thư đã được báo cáo từ 0,3 - 3% [6], và sự kích thích mãn tính của niêm mạc túi thừa thực quản được coi là nguyên nhân sinh ung thư. Trên thực tế, ung thư túi thừa rất hiếm và cơ chế khởi phát vẫn chưa được biết rõ. Trong phẫu thuật điều trị túi thừa thực quản, cần đánh giá kỹ khả năng ung thư của túi thừa dựa vào hình ảnh nội soi và giải phẫu bệnh. Trong trường hợp của chúng tôi, hình ảnh nội soi trước và trong mổ thấy tình trạng viêm ở niêm mạc túi thừa, giải phẫu bệnh sau mổ không có tế bào ác tính. Báo cáo của Fu K. và cộng sự cho thấy nếu giải phẫu bệnh niêm mạc túi thừa có tế bào ung thư, cần xét chỉ định

phẫu thuật lại để cắt thực quản [7].

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường ngực là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị túi thừa thực quản 1/3 giữa. Việc kết hợp nội soi ống mềm trong mổ xác định cổ túi thừa rất hữu ích để giảm nguy cơ biến chứng rò thực quản và tái phát sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas ML, Anthony AA, Fosh BG, Finch JG, Maddern GJ.** Oesophageal diverticula. Br J Surg. 2001;88:629–42.
2. **Caronia FP, Fiorelli A, Santini M, Lo Monte AI.** Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery resection of a giant midesophageal diverticulum. Ann Thorac Surg. 2017;103:e365–7.
3. **Castrucci G, Porziella V, Granone PL, Picciocchi A.** Tailored surgery for esophageal body diverticula. Eur J Cardiothorac Surg. 1998;14:380–7.
4. **Macke RA, Luketich JD, Pennathur A, Bianco V, Awais O, Gooding WE, Christie NA, Schuchert MJ, Nason KS, Levy RM.** Thoracic esophageal diverticula: a 15-year experience of minimally invasive surgical management. Ann Thorac Surg. 2015;100:1795–803.
5. **Palanivelu C, Rangarajan M, Maheshkumar GS, Senthilkumar R.** Minimally invasive surgery combined with perioperative endoscopy for symptomatic middle and lower esophageal diverticula. A single institute's experience. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2008;18:133–8.
6. **Bebacci JC, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Daly RC, Pairolo PC.** Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. Ann Thorac Surg. 1993;55:1109–13.
7. **Fu K, Jin P, He Y, Suzuki M, Sheng J.** A superficial esophageal cancer in an epiphrenic diverticulum treated by endoscopic submucosal dissection. BMC Gastroenterol. 2017;17:94.

KHẢO SÁT CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI MỘT BỆNH VIỆN ĐA KHOA THUỘC THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Lê Thanh Tâm¹, Nguyễn Hương Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems, DRPs) thường gặp ở bệnh

nhân (BN) ngoại trú, có thể làm giảm hiệu quả và an toàn trong điều trị. Do đó, việc xác định DRPs trong kê đơn và các yếu tố liên quan là cần thiết để tối ưu hóa việc điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tần suất, các loại DRPs trong kê đơn cho BN ngoại trú và các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên các đơn thuốc của BN điều trị ngoại trú tại một bệnh viện đa khoa hạng 1 ở thành phố Thủ Đức, từ 1/11/2021 đến tháng 15/11/2021. DRPs được xác định bằng cách so sánh

*Đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

đơn thuốc được kê với các nguồn tài liệu tham khảo: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Dược thư quốc gia Việt Nam 2018, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế, Uptodate và eMC. Sau đó, DRPs được phân loại theo Hệ thống chăm sóc dược Châu Âu (Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE) phiên bản 9.1. Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs được xác định bằng mô hình hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Có 5773 đơn thuốc được khảo sát (tuổi trung vị của BN là 60 (50 – 67), nữ chiếm 54%). Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP là 66,9%. Các loại DRPs ghi nhận được liên quan đến lựa chọn thuốc (6,7%), liều dùng (29,8%), tần suất dùng thuốc (24,0%) và thời điểm dùng thuốc (26,8%). BN có ≥ 3 bệnh kèm, sử dụng ≥ 5 loại thuốc có nguy cơ gặp phải DRP cao hơn so với BN có ít bệnh kèm hơn hay sử dụng thuốc ít hơn (OR lần lượt là OR =1,358, CI:1,201 – 1,536, $p < 0,001$; OR =3,814, CI:3,133 – 4,641, $p < 0,001$). Đơn thuốc ở phòng khám nội tiết ít xảy ra DRP hơn (OR =0,736, CI:0,628 – 0,862, $p < 0,001$) và đơn thuốc của phòng khám nội tổng hợp có nguy cơ gặp phải DRP cao hơn phòng khám nội tim mạch (OR =2,068, CI:1,782 – 2,400, $p < 0,001$). Đơn thuốc của bác sĩ nam liên quan đến việc tăng nguy cơ xảy ra DRP so với đơn thuốc của bác sĩ nữ (OR =1,330, CI:1,178 – 1,503, $p < 0,001$). Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới tính của BN và học vị bác sĩ đến sự xuất hiện DRPs. **Kết luận:** Khoảng hai phần ba đơn thuốc của BN ngoại trú có ít nhất 1 DRP. Cần có can thiệp phù hợp, đặc biệt trên các đơn thuốc của BN có nhiều bệnh kèm hay sử dụng nhiều thuốc, để giảm thiểu DRPs trong kê đơn.

Từ khóa: Các vấn đề liên quan đến thuốc, kê đơn, bệnh nhân ngoại trú.

SUMMARY

DRUG-RELATED PROBLEMS IN OUTPATIENTS' PRESCRIPTIONS AT A GENERAL HOSPITAL IN THU DUC CITY

Background: Drug-related problems (DRPs) are common in outpatients, which can reduce the effectiveness and safety of treatment. Therefore, identification of DRPs in outpatients' prescriptions and DRP related factors is necessary to optimize the treatment. **Objectives:** To determine the frequency, types of DRPs in outpatients' prescriptions and factors related to the occurrence of DRPs. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on the outpatients' prescriptions at a provincial general hospital in Thu Duc city, from November 1st, 2021, to November 15th, 2021. DRPs were determined by comparing prescriptions to following references: Summary of product characteristics, Vietnamese National Drug Formulary 2018, Diagnostic and Treatment Guidelines of the Ministry of Health, Uptodate, and eMC. DRPs are categorized using Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1. Factors associated with the occurrence of DRPs were determined using multivariate logistic regression model. **Results:** There were 5773 prescriptions included in the study (the median age of the patients was 60 (50 - 67), 54% female). The rate of prescriptions with at least 1 DRP was 66.9%. DRPs

were inappropriate medication selection (6.7%), inappropriate dosage (29.8%), dosage frequency (24.0%) and inappropriate timing of administration (26.8%). Patients with ≥ 3 comorbidities, indicated ≥ 5 medications had a higher risk of DRP than those with fewer comorbidities or using fewer drugs (OR = 1.358, CI:1.201– 1.536, $p < 0.001$; OR =3.814, CI:3.133 – 4.641, $p < 0.001$, respectively). Prescriptions of endocrinology clinic were less likely to occur DRP (OR=0.736, CI:0.628 – 0.862, $p < 0.001$), and prescriptions of general internal clinic were at a higher risk of DRP than those of cardiology clinic (OR=2.068, CI:1.782 – 2.400, $p < 0.001$). Male physician's prescriptions related to an increased risk of DRP compared to female physician's prescriptions (OR =1.330, CI:1.178 – 1.503, $p < 0.001$). We have not found the association between patient's age or gender, physician's degree and the occurrence of DRP. **Conclusions:** About two-thirds of outpatients' prescriptions had at least 1 DRP. Appropriate interventions, especially on prescriptions of patients with multiple diseases or with polypharmacy, are needed to improve DRPs.

Keywords: Drug-related problems, prescriptions, outpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo hệ thống chăm sóc dược Châu Âu (Pharmaceutical Care Network Europe, PNCE), các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems, DRPs) 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]. Nhiều nghiên cứu (NC) trên thế giới đã chứng minh sự xuất hiện của các DRP có thể dẫn đến việc giảm hiệu quả điều trị, tăng tỷ lệ bệnh tật, tỷ lệ nhập viện và chi phí chăm sóc sức khỏe [5]. Do đó, việc xác định các DRP trong kê đơn và các yếu tố liên quan là cần thiết để tối ưu hóa hiệu quả điều trị và góp phần giúp sử dụng thuốc an toàn, hợp lý cho người bệnh.

Tại Việt Nam, NC tại một vài bệnh viện tuyến tỉnh cho thấy đơn thuốc có ít nhất một DRP chiếm tỷ lệ khá cao, khoảng từ 60 - 90 % [1], [2]. Tuy nhiên, các NC khảo sát việc xuất hiện DRPs và các yếu tố liên quan trong kê đơn thuốc cho BN ngoại trú tại Việt Nam nói chung và tại bệnh viện NC nói riêng vẫn còn hạn chế. Do đó, NC được thực hiện nhằm xác định tần suất, các loại DRPs trong kê đơn cho BN ngoại trú và các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc của các BN có bảo hiểm y tế (BHYT) đến khám tại phòng khám ngoại trú của bệnh viện NC.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đơn thuốc của BN ≥ 18 tuổi, tại các phòng khám nội (nội tim mạch,

nội tiết, nội tổng hợp) và có từ 2 thuốc trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc hoàn toàn chỉ có đông dược.

Thiết kế nghiên cứu: NC cắt ngang mô tả.

Bối cảnh nghiên cứu: NC được tiến hành tại một bệnh viện đa khoa hạng 1 thuộc thành phố Thủ Đức, với quy mô khoảng 1000 giường bệnh nội trú và 4000 lượt BN khám ngoại trú mỗi ngày. Trong đó, các phòng khám nội có khoảng 500 – 600 lượt BN đến khám mỗi ngày. Các bác sĩ (BS) cố định tại khoa khám bệnh và các BS thuộc khoa lâm sàng sẽ được phân công khám hàng ngày. Theo sự phân công như vậy, có 53 BS tham gia khám tại phòng khám và mỗi BS sẽ có ít nhất một buổi khám trong 2 tuần.

Cỡ mẫu: Dựa vào bối cảnh NC, để khảo sát được đơn thuốc của tất cả BS, chúng tôi thu thập tất cả các đơn thuốc trong 2 tuần (từ 1/11/2021 đến 15/11/2021) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ để tiến hành khảo sát.

Phương pháp tiến hành

Bước 1: Thu thập các thông tin trong đơn thuốc từ phần mềm kê đơn điện tử của bệnh viện bao gồm:

- Đặc điểm BN: tên BN, tuổi, giới tính, phòng khám, loại bệnh chính (theo mã ICD - 10: International Classification of Diseases version 10, hệ thống phân loại bệnh quốc tế phiên bản 10), số lượng bệnh mắc kèm.

- Đặc điểm các thuốc trong đơn: tổng số thuốc có trong đơn, tên biệt dược, tên hoạt chất, hàm lượng, liều dùng, cách dùng, thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn, thời điểm dùng thuốc trong ngày.

- Thông tin BS: giới tính và học vị của BS kê đơn.

Bước 2: Tiến hành xác định DRPs trong đơn thuốc theo hướng dẫn của PCNE phiên bản V9.1 [7]. Theo đó, DRPs trong kê đơn thuốc ngoại trú có thể liên quan đến lựa chọn thuốc, liều dùng, tần suất dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc và tương tác thuốc (Bảng 1). Các DRP được xác định khi không phù hợp với tất cả 5 nguồn tài liệu tham khảo (TLTK). Các nguồn TLTK được sử dụng để xác định DRPs theo thứ tự ưu tiên bao gồm: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Dược thư quốc gia Việt Nam 2018 (DTQGVN 2018), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y Tế, Uptodate (www.uptodate.com) và eMC (www.medicines.org.uk).

Bảng 1. Các loại DRPs trong nghiên cứu

STT	Loại DRP – Định nghĩa
1	DRPs lựa chọn thuốc - Lựa chọn thuốc không phù hợp với chẩn đoán: thuốc được kê đơn không

	phù hợp với chỉ định của thuốc. - Lựa chọn thuốc không phù hợp với BN: thuốc được kê đơn có chống chỉ định với tuổi hoặc tình trạng sinh lý/bệnh lý của BN.
2	DRPs liều dùng - Liều cao/liều thấp: thuốc được kê đơn với liều dùng 1 lần và/hoặc tổng liều dùng trong 24 giờ cao hơn/thấp hơn so với liều khuyến cáo.
3	DRPs tần suất dùng thuốc trong ngày/24h - Tần suất dùng thuốc cao/thấp: thuốc được kê đơn với tần suất cao hơn/thấp hơn so với khuyến cáo.
4	DRPs thời điểm dùng thuốc - Thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn/trong ngày: thuốc được kê đơn thiếu thời điểm hoặc sai thời điểm so với hướng dẫn.
5	DRPs tương tác thuốc Các cặp tương tác trong đơn thuốc ở mức độ chống chỉ định hoặc tránh phối hợp: được xác định bằng cách sử dụng các trang web tra cứu tương tác thuốc online của Bộ Y tế, Lexicomp và Drugs.com

Xử lý số liệu. Chúng tôi sử dụng Microsoft Excel 365 và SPSS 26.0 để phân tích dữ liệu. Các biến định tính được mô tả theo tần suất và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng có phân phối chuẩn được biểu thị bằng trung bình \pm SD (Standard Deviation – độ lệch chuẩn), các biến định lượng có phân phối không chuẩn được biểu thị bằng trung vị (khoảng tứ phân vị). Hồi quy logistic đa biến được dùng để xác định sự liên quan của các yếu tố khảo sát: nhóm tuổi, giới tính BN, số lượng bệnh mắc kèm, số lượng thuốc trong đơn, số lượng đơn thuốc mỗi phòng khám, giới tính và học vị BS với việc xuất hiện DRPs. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện NC số 18/HĐĐĐ, ngày 17 tháng 10 năm 2021. Tất cả thông tin của BN đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu (từ ngày 1/11/2021 đến ngày 15/11/2021), chúng tôi đã thu thập được tổng cộng 5773 đơn thuốc thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Các kết quả NC được trình bày lần lượt dưới đây.

Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân và đơn thuốc (n = 5773)

Đặc điểm	Số đơn thuốc	Tỷ lệ (%)
Trung vị tuổi BN (khoảng tứ phân vị)	60 (50 – 67)	
Nhóm tuổi		
< 65 tuổi	3856	66,8
≥ 65 tuổi	1917	33,2
Giới tính		
Nữ	3116	54,0
Nam	2657	46,0
Bệnh chính		
Bệnh hệ tuần hoàn		
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	3159	57,7
Bệnh hệ tiêu hóa	1080	18,7
Bệnh hệ thần kinh	540	9,4
Bệnh hệ hô hấp	374	6,5
Bệnh mắt, tai và xương chõm	162	2,8
Bệnh hệ cơ, xương khớp và mô liên kết	148	2,6
Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	89	1,5
Các nhóm bệnh khác*	80	1,4
	141	2,4
Bệnh mắc kèm		
< 3 bệnh kèm	2192	38,0
≥ 3 bệnh kèm	3581	62,0

Số lượng thuốc trong đơn		
< 5 thuốc	4745	82,2
≥ 5 thuốc	1028	17,8
Số lượng đơn thuốc mỗi phòng khám		
Nội tim mạch	2930	50,8
Nội tiết	1064	18,4
Nội tổng hợp	1779	30,8
Giới tính BS:		
Nữ	3600	62,4
Nam	2173	37,6
Học vị BS:		
Đại học	3457	59,9
Sau đại học	2316	40,1

*Các nhóm bệnh khác bao gồm bệnh da và tổ chức dưới da (18 đơn thuốc); bệnh hệ sinh dục tiết niệu (21 đơn thuốc); các triệu chứng bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác (57 đơn thuốc); các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế (45 đơn thuốc).

Nhận xét: Tuổi trung vị của BN trong NC là 60 (50 – 67) tuổi, BN nữ chiếm 54% và có 17,8% BN được chỉ định từ 5 loại thuốc trở lên.

Tỷ lệ và loại DRPs. Tổng cộng 7202 DRPs đã được phát hiện trên 5773 đơn thuốc của BN ngoại trú. Đặc điểm của DRPs trong NC được trình bày tại Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm của DRPs (n = 5773)

Đặc điểm DRPs	Số đơn thuốc	Tỷ lệ (%)
DRPs chung		
Số đơn thuốc có ít nhất 1 DRP	3860	66,9
Số đơn thuốc có 1 DRP	1869	32,4
Số đơn thuốc có ≥ 2 DRPs	1991	34,5
Số DRPs trung bình trong mỗi đơn thuốc ± SD	1,25 ± 1,252	
Các loại DRPs		
Lựa chọn thuốc*		
- Lựa chọn thuốc không phù hợp với chẩn đoán	389	6,7
- Lựa chọn thuốc không phù hợp với BN	324	5,6
	143	2,5
Liều dùng*		
- Liều cao	1722	29,8
- Liều thấp	180	3,1
	2028	35,1
Tần suất dùng thuốc trong ngày/24h*		
- Tần suất dùng thuốc cao	1387	24,0
- Tần suất dùng thuốc thấp	1018	17,6
	594	10,3
Thời điểm dùng thuốc*		
- Thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn	1547	26,8
- Thời điểm dùng thuốc trong ngày	1653	28,6
	233	4,0
Tương tác thuốc	0	0

*Mỗi thuốc trong đơn có thể gặp một hay nhiều DRPs. Do đó tỷ lệ % của loại DRPs tổng có thể thấp hơn tổng tỷ lệ % của các loại DRPs thành phần.

Nhận xét: Có 3860 BN có đơn thuốc gặp ít nhất một DRP (66,9%), DRP liều dùng chiếm tỷ lệ cao nhất (29,8%).

Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRP. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định sự liên quan của các yếu tố khảo sát: nhóm tuổi BN, giới tính BN, số lượng bệnh mắc kèm, số

lượng thuốc trong đơn, số lượng đơn thuốc mỗi phòng khám, giới tính và học vị BS với việc xuất hiện DRP. Kết quả được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Kết quả hồi quy logistic xác định sự xuất hiện DRP

Các yếu tố liên quan DRPs		OR	95% CI	p
Đặc điểm BN	Nhóm tuổi: < 65 tuổi	1		
	≥ 65 tuổi	1,018	0,896 – 1,157	0,781
	Giới tính: Nữ	1		
	Nam	1,057	0,942 – 1,186	0,345
	Bệnh mắc kèm: < 3 bệnh kèm	1		
	≥ 3 bệnh kèm	1,358	1,201 – 1,536	< 0,001
Đặc điểm dùng thuốc	Số lượng thuốc trong đơn: < 5 thuốc	1		
	≥ 5 thuốc	3,814	3,133 – 4,641	< 0,001
	Số lượng đơn thuốc mỗi phòng khám			
	Nội tim mạch	1		
	Nội tiết	0,736	0,628 – 0,862	< 0,001
	Nội tổng hợp	2,068	1,782 – 2,400	< 0,001
Đặc điểm BS kê đơn	Giới tính BS: Nữ	1		
	Nam	1,330	1,178 – 1,503	< 0,001
	Học vị BS: Đại học	1		
	Sau đại học	0,921	0,811 – 1,046	0,205

Nhận xét: Bệnh mắc kèm, số lượng thuốc trong đơn, số lượng đơn thuốc mỗi phòng khám và giới tính BS là các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Trong NC của chúng tôi, tuổi trung vị của BN là 60 (50 – 67) tuổi, với 2/3 dân số nghiên cứu < 65 tuổi, điều này cho thấy dân số bệnh nhân ngày càng trẻ hóa. Tỷ lệ BN nữ (54%) cao hơn BN nam (46%) nhưng mức độ chênh lệch không nhiều, cho thấy có sự phân bố bệnh khá đồng đều ở cả 2 giới. Các đặc điểm về tuổi và giới của BN trong NC của chúng tôi tương đồng với các NC khác trên thế giới [5]. Phần lớn BN trong NC đến khám tại phòng khám nội tim mạch, những BN này lại thường bị các bệnh mạn tính khác. Có lẽ vì thế mà BN có ≥ 3 bệnh kèm chiếm tỷ lệ cao trong dân số NC.

Tỷ lệ và loại DRPs. Tỷ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP trong NC chúng tôi chiếm 66,9%, tương đồng với kết quả NC của Trương Trần Anh Thư và NC của Abdela OA, lần lượt là 61,1% và 63,4% [2], [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn kết quả của NC trước đó đã được báo cáo là 88,8% [1]. Sự khác biệt về kết quả NC có thể là do đặc điểm của đối tượng NC, tài liệu tham khảo dùng để xác định DRPs và việc thực hành kê đơn của bác sĩ ở nơi tiến hành NC.

DRP phổ biến nhất là liều dùng không phù hợp, chiếm 29,8%. Kết quả này tương đồng với những NC trước đây, với tỷ lệ DRP liều dùng là 27,61%[4] và 24,8% [3]. Liều quá thấp có thể làm giảm hiệu quả điều trị do không đạt được nồng độ trị liệu, liều quá cao cũng là một vấn đề nghiêm trọng trong chăm sóc sức khỏe vì có thể gây ra tác động bất lợi cho BN. Ví dụ trong NC

của chúng tôi, celecoxib được chỉ định cho BN thoái hóa khớp với liều 200mg x 2 lần/ngày, trong khi đó DTQGVN 2018 khuyến cáo sử dụng 200mg/ngày và liều cao hơn không làm tăng hiệu quả điều trị mà còn có thể gây hại cho BN do các tác dụng không mong muốn của thuốc.

Tiếp theo, DRP phổ biến thứ hai là thời điểm dùng thuốc không phù hợp, chiếm 26,8%. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả của NC trước đó (49,9%), được thực hiện tại Cần Thơ [1]. Chúng tôi nhận thấy nhóm thuốc thường xuyên xảy ra DRP này là nhóm ức chế bơm proton (Proton Pump Inhibitors - PPIs). NC của chúng tôi ghi nhận 425/789 đơn thuốc có hoạt chất lansoprazol và 720/1180 đơn thuốc có hoạt chất aspirin được kê đơn thiếu thời điểm dùng thuốc. Các PPI cần môi trường acid để hoạt hóa nên thường được khuyến cáo uống trước ăn khoảng 30 phút, tuy nhiên nếu sử dụng chung với thức ăn, thức ăn sẽ làm tăng pH dạ dày dẫn đến giảm hấp thu PPIs. Bên cạnh đó, aspirin uống lúc bụng đói sẽ gặp phải các tác dụng phụ như buồn nôn, ợ nóng, đau dạ dày, loét dạ dày – ruột, do đó aspirin thường được khuyến cáo sử dụng sau ăn để giảm kích ứng đường tiêu hóa. Việc kê đơn thiếu thời điểm dùng thuốc cũng có thể gây ảnh hưởng không tốt đến hiệu quả điều trị và sức khỏe của BN.

Tần suất sử dụng thuốc không phù hợp được xác định 24,0% đơn thuốc, là DRP phổ biến thứ ba. Tỷ lệ này trong NC của chúng tôi tương tự với kết quả NC của Trương Trần Anh Thư 24,2%

[2] nhưng thấp hơn kết quả NC của Nguyễn Ánh Nhật 47,7% [1]. Trong NC của chúng tôi, nhóm thuốc tác động trên tim mạch thường mắc phải DRP này. Cụ thể là có 70/145 đơn thuốc được chỉ định furosemid 40mg cho BN tăng huyết áp với tần suất 1 lần/ngày, trong khi DTQGVN 2018 khuyến cáo sử dụng 20 – 40mg/ngày, 2 lần/ngày, việc sử dụng tần suất thấp hơn khuyến cáo có thể làm giảm hiệu quả do giảm liều điều trị. Trường hợp ngược lại, perindopril + indapamid 4mg/1,25mg được nhà sản xuất khuyến cáo sử dụng 1 viên/ngày, tuy nhiên kết quả khảo sát cho thấy BN được kê đơn sử dụng với tần suất 2 lần/ngày. Theo đó, tần suất sử dụng cao hơn khuyến cáo có thể làm vượt quá liều điều trị và dẫn đến tăng phản ứng có hại cho BN, đồng thời làm tăng chi phí điều trị.

Hiệu quả điều trị của thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như liều lượng, cách dùng và lựa chọn thuốc. Trong NC này, tỷ lệ về lựa chọn thuốc không phù hợp chiếm 6,7% thấp nhất trong các loại DRPs và thấp hơn NC khác [4]. Điều này có thể do các yếu tố về tuổi, bệnh đồng mắc làm cho các BS cân nhắc hơn trong việc lựa chọn thuốc. Bên cạnh đó, nhằm tránh xuất toán BHYT, bệnh viện thường xuyên sinh hoạt chuyên môn và tập huấn về việc chỉ định thuốc hợp lý (theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc và phác đồ điều trị của BHYT). Hai nguồn tài liệu này cũng được chúng tôi sử dụng để tham chiếu và xác định DRPs, có lẽ vì thế mà tỷ lệ DRPs lựa chọn thuốc của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của một số NC khác.

NC của chúng tôi không ghi nhận tương tác ở mức độ chống chỉ định (CCĐ)/tránh phối hợp. Điều này có thể nhờ vào việc trang bị/tích hợp các cảnh báo tương tác thuốc chống chỉ định trong phần mềm kê đơn thuốc tại bệnh viện NC. Nhờ vào các cảnh báo này các BS có thể cân nhắc việc lựa chọn thuốc để tránh được các tương tác CCĐ/tránh phối hợp trong kê đơn.

Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến của chúng tôi cho thấy các BN có ≥ 3 bệnh kèm có nguy cơ gặp phải DRP cao hơn những BN có từ 2 bệnh kèm trở xuống (OR =1,358, CI:1,201 – 1,536, $p < 0,001$). Điều này tương đồng với kết quả NC của Gresshma M., tác giả đã ghi nhận BN có từ 3 bệnh kèm trở lên thì nguy cơ xảy ra DRPs cao hơn so với BN có < 3 bệnh kèm [8]. Trong NC của chúng tôi, BN với số lượng thuốc được kê đơn ≥ 5 thuốc có có nguy cơ gặp phải DRPs cao hơn BN dùng thuốc ít hơn (OR =3,814, CI:3,133 – 4,641, $p < 0,001$). Số

lượng thuốc trong đơn càng nhiều thì khả năng xảy ra DRP càng cao, vì mỗi loại thuốc có thể xảy ra một hoặc nhiều loại DRP khác nhau, điều này đã được chứng minh ở nhiều NC trước đây.

Trong NC của chúng tôi, những BN đến khám tại phòng khám nội tiết ít gặp phải DRP hơn so với BN khám tại phòng khám nội tim mạch (OR =0,736, CI:0,628 – 0,862, $p < 0,001$). Những BN có đơn thuốc tại phòng khám nội tổng hợp gặp phải DRP nhiều hơn so với phòng khám tim mạch (OR =2,068, CI:1,782 – 2,400, $p < 0,001$). Kết quả chúng tôi cho thấy đơn thuốc được chỉ định bởi BS nam có liên quan đến sự xuất hiện DRP nhiều hơn đơn thuốc của BS nữ (OR =1,330, CI:1,178 – 1,503, $p < 0,001$), điều này có thể do BS nữ cẩn trọng hơn trong việc điều trị cho BN. Kết quả NC của Henderson JT cũng cho thấy BS nữ tuân thủ chặt chẽ các hướng dẫn điều trị hơn [6].

NC của chúng tôi bước đầu đã xác định được DRPs xảy ra trong đơn thuốc ngoại trú tại bệnh viện NC, cũng như các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn chưa đánh giá được mức độ ảnh hưởng của các DRP này trên lâm sàng, đây có thể là gợi ý cho hướng NC trong tương lai. NC tiếp theo cũng có thể tiến hành những biện pháp can thiệp thích hợp và đánh giá hiệu quả can thiệp trên việc giảm thiểu và ngăn ngừa DRPs. Từ đó, có thể đưa ra những giải pháp tối ưu việc để đảm bảo việc sử dụng thuốc hiệu quả, an toàn, hợp lý.

V. KẾT LUẬN

DRPs xảy ra khá phổ biến ở BN ngoại trú, đặc biệt là DRPs về liều lượng, tần suất và thời điểm dùng thuốc. Số lượng bệnh kèm, số lượng thuốc sử dụng, loại phòng khám và giới tính BS là các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRPs. Các NC tiếp theo cần xác định mức độ ảnh hưởng của DRPs trên lâm sàng và có thể tiến hành các can thiệp phù hợp để giảm thiểu DRPs trong kê đơn ngoại trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ánh Nhật, Lê Trần Thanh Vy, Nguyễn Thăng, Nguyễn Hương Thảo. Các vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn cho bệnh nhân ngoại trú tại một bệnh viện ở Cần Thơ năm 2019. Tạp Chí Y học Tp Hồ Chí Minh; 2019. 23(6):350-4.
2. Trương Trần Anh Thư, Nguyễn Hương Thảo, Nguyễn Thăng. Đánh giá các vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn cho bệnh nhân bệnh mạch vành tại Cần Thơ. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh; 2020. 24(2):142-6.
3. Abdela OA, Bhagavathula AS, Getachew H, Kelifa Y. Risk factors for developing drug-related problems in patients with cardiovascular diseases attending Gondar University Hospital, Ethiopia.

- Journal of pharmacy & bioallied sciences; 2016. 8(4):289-95.
4. **Abunahlah N, Elawaisi A, Velibeyoglu FM, Sancar M.** Drug related problems identified by clinical pharmacist at the Internal Medicine Ward in Turkey. *International journal of clinical pharmacy*; 2018. 40(2):360-7.
 5. **Al-Azzam SI, Alzoubi KH, AbuRuz S, Alefan Q.** Drug-related problems in a sample of outpatients with chronic diseases: a cross-sectional study from Jordan. *Therapeutics and clinical risk management*; 2016. 12:233-9.
 6. **Henderson JT, Weisman CS.** Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care.*; 2001. 39(12):1281-92.
 7. **Pharmaceutical Care Network Europe.** Classification for Drug-Related Problems V9.1. 2020 < https://www.pcne.org/upload/files/413_PCNE_classification_V9-1_final.pdf >, accessed on 16/02/2022.
 8. **Greeshma M., Lincy S., Maheswari E. et al.** Identification of drug related problems by clinical pharmacist in prescriptions with polypharmacy: A Prospective Interventional Study. *Journal of Young Pharmacists*; 2018. 10(4): 460 – 465.

THỰC TRẠNG NỘI SOI NGƯỢC DÒNG TÁN SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2020 - 2021

Nguyễn Hữu Thanh¹, Hoàng Long²

TÓM TẮT

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản 1/3 trên tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020 – 2021. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang ở 52 người bệnh sỏi niệu quản 1/3 trên tại khoa phẫu thuật tiết niệu, bệnh viện Việt Đức. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số sỏi niệu quản 1/3 trên đa số gặp ở nam giới (67,3%), có độ tuổi $46,9 \pm 13,3$ tuổi. Kích thước sỏi trung bình khoảng $10,81 \pm 3,85$ mm. Thời gian tán sỏi trung bình $33,5 \pm 11,2$ phút, thời gian mổ ngắn nhất là 17 phút, thời gian mổ dài nhất là 60 phút. Hầu hết người bệnh tán sỏi đạt kết quả tốt (92,3%) và không có biến chứng trong và sau mổ (90,4%). Kết luận: nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản 1/3 là một trong những lựa chọn điều trị có tính hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: sỏi niệu quản 1/3 trên, nội soi ngược dòng tán sỏi.

SUMMARY

SITUATION OF ENDOSCOPIC RETROGRADE LITHOTRIPSY OF THE UPPER THIRD OF THE URETER IN VIETDUC HOSPITAL IN THE PERIOD 2020 – 2021

The study aimed to describe the situation of endoscopic retrograde lithotripsy of the upper third of the ureter in Viet Duc Hospital in the period of 2020 - 2021. This is a cross-sectional descriptive study which enrolled 52 patients with urolithiasis at upper third in the department of urological surgery, Viet Duc hospital. Results: The majority of ureteral stones in the upper third were found in men (67.3%), aged 46.9

± 13.3 years. The average gravel size was 10.81 ± 3.85 mm. The average time of lithotripsy was 33.5 ± 11.2 minutes, the shortest operation time was 17 minutes, the longest surgery time was 60 minutes. Most of the patients with lithotripsy achieved good results (92.3%), and there were no complications during and after surgery (90.4%). Conclusions: endoscopic retrograde lithotripsy of upper third of the ureter is one of the most effective and safe treatment options.

Keywords: upper third ureteral stone, endoscopic retrograde lithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý hay gặp trong các bệnh tiết niệu, tỉ lệ mắc gặp phải dao động tùy từng khu vực, khu vực châu Á, tỉ lệ sỏi tiết niệu chiếm 1% – 19,1% dân số.¹ Ở Việt Nam, một số bệnh viện lớn như bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, bệnh viện Bình Dân... thì bệnh lý sỏi tiết niệu chiếm 40 – 60% tổng số bệnh nhân điều trị tại viện. Sỏi niệu quản chiếm 28 – 40%, trong đó sỏi niệu quản 1/3 trên và giữa chiếm từ 25 – 30% sỏi niệu quản. Phần lớn đến 80% sỏi niệu quản rơi từ trên đài bể thận xuống.² Do niệu quản nhỏ, sỏi thường tắc lại tại những vị trí hẹp nên gây ra tình trạng tắc nghẽn, gây viêm xơ tại vị trí sỏi, nặng hơn có thể gây ra các biến chứng nặng nề như tình trạng thận ứ nước, ứ mủ, tổn thương thận cấp nếu không can thiệp sớm có thể gây mất chức năng thận. Điều trị sỏi tiết niệu có lịch sử phát triển từ thời Hippocrates, phẫu thuật lấy sỏi phát triển mạnh. Từ những thập niên 80 trở lại đây, nhờ sự phát triển của khoa học và kỹ thuật, phẫu thuật đã dần thu hẹp chỉ định và nhường chỗ cho các kỹ thuật hiện đại, ít xâm lấn mang lại hiệu quả cao. Sỏi niệu quản 1/3 trên có nhiều phương pháp can thiệp, tuy nhiên mỗi một phương pháp đều

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Thanh

Email: Drthanh0111@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 23.8.2022