

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021)**, FDA Alert: Possible False RPR Reactivity with Syphilis Test. 18 Feb 2023]; Available from: <https://www.cdc.gov/std/dstdp/dcl/FDA-alert-12-20-2021.pdf>.
2. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2022)**, Syphilis Statistics. [Accessed: 21 Feb 2023]; Available from: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stats.htm>.
3. **Drago, F., et al. (2015)**, Screening, treatment, and follow-up of syphilis patients: Issues, concerns and efforts to improve current paradigms. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. **36**(1): p. 112-4.
4. **Peeling, R.W., et al. (2017)**, Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. **3**: p. 17073.
5. **Satyaputra, F., et al. (2021)**, The Laboratory Diagnosis of Syphilis. *J Clin Microbiol*. **59**(10): p. e0010021.
6. **Wiwanitkit, V. (2009)**, A cost-utility analysis of Treponema pallidum haemagglutination (TPHA) testing for syphilis screening of blood donors: is the TPHA test useful for syphilis screening in a blood centre? *Blood Transfus*. **7**(1): p. 65-6.
7. **Wong, T., et al. (2004)**, Gender Differences in Bacterial STIs in Canada. *BMC Womens Health*. **4 Suppl 1**(Suppl 1): p. S26.
8. **World Health Organization (WHO) (2022)**, Sexually transmitted infections (STIs). [Accessed: 2023 16 Feb]; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).

PHÂN TÍCH CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC TRONG KÊ ĐƠN THUỐC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẠI MỘT BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA UNG BƯỚU

Bạch Văn Dương¹, Nguyễn Thị Mai Lan¹, Nguyễn Thị Hồng Hạnh²,
Hoàng Thị Lê Hảo¹, Trần Thị Thu Trang², Nguyễn Thị Liên Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tần suất, các loại các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems, DRPs) trong kê đơn thuốc điều trị ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán 1 trong 5 loại ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam, và được điều trị nội trú tại một bệnh viện chuyên khoa ung bướu có ngày ra viện từ 01/6/2022 đến ngày 15/6/2022. DRPs được xác định bằng cách rà soát các chu kỳ điều trị thuốc ung thư với các phác đồ chuẩn trong y văn, sau đó được phân loại theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Quyết định 3547/QĐ-BYT ngày 22/7/2021. **Kết quả:** Tổng số 2236 DRPs được phát hiện trên 791 chu kỳ trong số 1027 chu kỳ điều trị (77,0%). DRPs về liều dùng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (31,7%). Các DRPs về lựa chọn thuốc chiếm 30,4%, trong đó phần lớn là lựa chọn đường dùng/dạng bào chế không phù hợp (20,1%). Nhóm DRPs về độ dài đợt điều trị và thông tin đơn thuốc không đầy đủ chiếm tỷ lệ tương tự nhau (tương ứng 19,2% và 18,7%). DRPs liên quan đến phác đồ FOLFOX và Oxaliplatin - Capecitabin/UFT chiếm tỷ lệ cao nhất (tương ứng 17,1% và 15,2%); phần lớn DRPs liên quan đến nhóm thuốc hóa trị liệu (91,4%). **Kết luận:** DRPs xảy ra khá phổ biến trong các chu kỳ điều trị ung thư. Các nghiên cứu 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 trên

bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị ung thư.

Từ khóa: Các vấn đề liên quan đến thuốc, kê đơn, thuốc điều trị ung thư.

SUMMARY

ANALYSIS OF DRUG-RELATED PROBLEMS IN PRESCRIBING ANTI-CANCER DRUGS AT A SPECIALIZED ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To determine the frequency and types of drug-related problems (DRPs) related to prescribing of anti-cancer drugs. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted among inpatients who were diagnosed with 1 of the 5 most common cancers in Vietnam at a specialized oncology hospital and were discharged between June 1st 2022 and June 15th 2022. Clinical pharmacist reviewed the cycles of anti-cancer drug to identify DRPs with standard protocols in the literature, then classified them according to the Ministry of Health guidance at Decision 3547/QĐ-BYT. **Results:** A total of 2236 DRPs were detected in 791 cycles out of 1027 treatment cycles (77.0%). The most prevalent DRPs were dosing problems (31.7%). Drug selection accounted for 30.4%, most of which were inappropriate route/dosing forms (20.1%). The DRPs related to treatment duration and incomplete prescription information accounted for similar proportions (19.2% and 18.7% respectively). DRPs related to FOLFOX and Oxaliplatin - Capecitabin/UFT protocol accounted for the highest proportions (17.1% and 15.2% respectively); the majority of DRPs were related to chemotherapy drugs (91.4%). **Conclusion:** DRPs involving anti-cancer drug prescribing and selection were considerably common. Further studies are needed to determine the extent of the clinical impact of DRPs, and appropriate interventions should be carried out to minimize DRPs in patients using cancer drugs.

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Trường đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Liên Hương

Email: huongntl@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

Keywords: Drug-related problems, prescriptions, cancer drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc điều trị ung thư phần lớn là các thuốc có khoảng điều trị hẹp và độc tính cao, là nhóm thuốc có nguy cơ cao gặp các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems, DRPs), có thể làm giảm hiệu quả và an toàn trong điều trị, giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. Phát hiện DRPs để từ đó đề xuất can thiệp nhằm tối ưu sử dụng thuốc là nhiệm vụ quan trọng của dược sỹ lâm sàng. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng thuốc, xác định các DRP trong sử dụng thuốc tại các khoa Ung bướu. Tuy nhiên, đa số nghiên cứu chỉ mô tả thực trạng dùng thuốc hoặc phân tích, đánh giá ADR/ADE.

Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích xác định tần suất, các loại DRP trong kê đơn thuốc điều trị ung thư. Từ đó, đưa ra một số kiến nghị và đề xuất mang tính hệ thống nhằm nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc cũng như hoạt động dược lâm sàng tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại một bệnh viện chuyên khoa ung bướu được chẩn đoán 1 trong 5 loại ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam theo dữ liệu của Globocan 2020 bao gồm: ung thư gan, ung thư phổi, ung thư vú, ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng; được chỉ định ít nhất một trong các loại thuốc điều trị ung thư và sử dụng ít nhất 1 chu kỳ; và có ngày ra viện từ 01/6/2022 đến ngày 15/6/2022.

Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân mắc từ 2 bệnh ung thư trở lên; có điều trị tia xạ đồng thời hoặc không tiếp cận được tại phòng lưu trữ bệnh án.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng dữ liệu lưu trữ trong hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh án của các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành:

- **Thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án bao gồm:**

+ Đặc điểm bệnh nhân ở chu kỳ đầu tiên được chọn vào nghiên cứu: tuổi, giới tính, loại ung thư.

+ Đặc điểm thuốc điều trị ung thư (phác đồ, liều dùng, cách dùng), các xét nghiệm cận lâm sàng (hóa sinh, huyết học) của bệnh nhân tại

mỗi chu kỳ.

- **Phân loại DRPs:** DRPs trong nghiên cứu được phân loại dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Quyết định 3547/QĐ-BYT ngày 22/7/2021 [1] và Hệ thống phân loại của Mạng lưới Chăm sóc Dược Châu Âu V9.1 (2020) [7]. Theo đó, DRPs liên quan đến kê đơn thuốc điều trị ung thư gồm có lựa chọn thuốc, liều dùng, độ dài đợt điều trị, thông tin đơn thuốc không đầy đủ (Bảng 1). Các DRPs được xác định bằng cách đối chiếu thuốc điều trị ung thư ở mỗi chu kỳ điều trị với các phác đồ chuẩn trong các tài liệu theo thứ tự ưu tiên: "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ung bướu của Bộ Y tế, Hướng dẫn thực hành dược lâm sàng cho dược sỹ trong một số bệnh không lây nhiễm năm 2019, Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018, Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, hướng dẫn điều trị cập nhật nhất của Mạng lưới ung thư Quốc gia Mỹ (NCCN), Hiệp hội Nội khoa Ung thư Châu Âu (ESMO), Eviq.org.au của Viện Ung thư New South Wale". Các mã DRPs về lựa chọn thuốc (T1), liều dùng (T2.1, T2.2, T2.3, T2.4, T2.5, T2.99), thông tin đơn thuốc/y lệnh thuốc không đầy đủ (P2) được phát hiện trên từng đơn thuốc có kê đơn thuốc điều trị ung thư. Riêng các mã DRPs về liều dùng (T2.6), độ dài đợt điều trị (T5), thông tin đơn thuốc/y lệnh thuốc không đầy đủ (P1, P3) được phát hiện theo chu kỳ điều trị.

Bảng 1. Phân loại DRPs liên quan đến kê đơn được sử dụng trong nghiên cứu

Phân loại DRPs	Mã DRPs
Lựa chọn thuốc (T1)	
Trùng lặp thuốc	T1.1
Tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng	T1.2
Đường dùng/Dạng bào chế không phù hợp	T1.4
Thuốc chống chỉ định	T1.5
Không có chỉ định rõ ràng hoặc không cần thiết	T1.6
Các vấn đề khác về lựa chọn thuốc chưa được phân loại	T1.99
Liều dùng (T2)	
Liều cao	T2.1
Liều thấp	T2.2
Tần suất dùng quá nhiều	T2.3
Tần suất dùng không đủ	T2.4
Thời điểm dùng thuốc không phù hợp	T2.5
Chỉ dẫn về liều không chính xác hoặc không rõ ràng	T2.6
Những vấn đề liên quan đến chế độ liều chưa được phân loại ở trên	T2.99
Độ dài đợt điều trị (T5)	

Quá ngắn	T5.1
Quá dài	T5.2
Vấn đề khác về độ dài đợt điều trị	T5.99
Thông tin đơn thuốc/y lệnh thuốc không đầy đủ (P)	
Thiếu thông tin chiều cao, cân nặng để tính BSA	P1
Thiếu thông tin về liều dùng, cách dùng	P2
Thiếu chẩn đoán và/hoặc tên phác đồ điều trị	P3

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2016 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện ngày 15 tháng 11 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Trong khoảng thời gian nghiên cứu, 83 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn với tuổi trung bình là $58,9 \pm 10,4$; tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới (54,2% so với 45,8%). Tỷ lệ bệnh nhân ung thư phổi và ung thư vú chiếm cao nhất (32,5% và 27,7%). 83 bệnh nhân trải qua 1027 chu kỳ điều trị bằng thuốc ung thư. Chu kỳ được kê phác đồ 1 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (53,7%), tiếp theo là phác đồ 2 thuốc (36,5%); thấp nhất là phác đồ 3 thuốc hoặc 4 thuốc. Phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ hóa trị liệu (64,3%).

Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm bệnh nhân ở chu kỳ đầu tiên (N=83)		
Giới tính		
Nam	38	45,8
Nữ	45	54,2
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ SD, min-max	58,9 $\pm$ 10,4, 30 - 78	
Loại ung thư mắc phải (mã ICD)		
Ung thư phổi (C34)	27	32,5
Ung thư vú (C52)	23	27,7
Ung thư đại trực tràng (C18, C20)	16	19,3
Ung thư dạ dày (C16)	14	16,9
Ung thư gan (C22)	3	3,6
Số phác đồ thuốc ung thư đã điều trị cho bệnh nhân, trung vị (IQR)		
1 phác đồ	38	45,8
2 phác đồ	22	26,5
3 phác đồ	16	19,3
≥ 4 phác đồ	7	8,4

Đặc điểm phác đồ thuốc điều trị ung thư (N=1027)		
Số chu kỳ điều trị/ 1 bệnh nhân, trung vị (IQR)	10 (5 - 15)	
Số thuốc ung thư được kê đơn trong 1 chu kỳ, trung vị (IQR)	1 (1-2)	
Số thuốc trong một chu kỳ		
1 thuốc	552	53,7
2 thuốc	375	36,5
3 thuốc hoặc 4 thuốc	100	9,8
Loại phác đồ điều trị được sử dụng (N=1027)		
Điều trị hóa trị liệu	660	64,3
Hóa trị triệu chứng	398	38,8
Hóa trị bổ trợ	242	23,6
Hóa trị tân bổ trợ	20	1,9
Điều trị nội tiết	180	17,5
Điều trị đích	113	11,0
Điều trị miễn dịch	2	0,2
Điều trị kết hợp*	72	7,0

(*: đích + hóa trị bổ trợ; đích + hóa trị triệu chứng; đích + nội tiết)

Đặc điểm DRPs trong quá trình kê đơn: Tổng số 2236 DRPs được phát hiện trên 791 chu kỳ trong số 1027 chu kỳ điều trị (77,0%). Trung vị số DRPs trên một chu kỳ là 2 DRPs, dao động từ 0 đến 15 DRPs. Chiếm tỷ lệ nhiều nhất là các chu kỳ có từ 1 đến 3 DRPs (58,5%). DRPs chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nhóm DRPs về liều dùng (31,7%), chủ yếu là liều thấp (25,6%). Sau đó là nhóm DRPs về lựa chọn thuốc (30,4%), phần lớn là lựa chọn đường dùng/dạng bào chế không phù hợp (20,1%). Nhóm DRPs về độ dài đợt điều trị và thông tin đơn thuốc không đầy đủ chiếm tỷ lệ tương tự nhau (tương ứng 19,2% và 18,7%). Đặc điểm DRPs phát hiện được trong chu kỳ điều trị được trình bày tại Bảng 3.

Bảng 3. Các DRPs liên quan đến kê đơn phát hiện được trong các chu kỳ điều trị

Các loại DRP (N=2236)	Số lượng DRPs (n)	Tỷ lệ (%)
Lựa chọn thuốc (T1)		
Tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng (T1.2)	87	3,9
Đường dùng/Dạng bào chế không phù hợp (T1.4)	449	20,1
Thuốc chống chỉ định (T1.5)	108	4,8
Không ưu tiên (T1.99)	35	1,6
Liều dùng (T2)	710	31,7
Liều cao (T2.1)	53	2,4
Liều thấp (T2.2)	573	25,6
Thời điểm dùng thuốc không phù hợp (T2.5)	52	2,3
Chỉ dân về liều không chính	32	1,4

xác hoặc không rõ ràng (T2.6)		
Độ dài đợt điều trị (T5)	432	19,2
Quá ngắn (T5.1)	31	1,4
Quá dài (T5.2)	25	1,1
Khác biệt khoảng cách giữa các chu kỳ điều trị so chu kỳ chuẩn (T5.99)	376	16,8
Thông tin đơn thuốc không đầy đủ (P)	415	18,7
Thiếu thông tin về cách dùng, dung môi (P2)	415	18,7

Tỷ lệ các DRPs theo các phác đồ điều trị và nhóm thuốc ung thư được trình bày trong Bảng 4. Theo phác đồ điều trị, DRPs liên quan đến phác đồ FOLFOX và Oxaliplatin - tiền 5-FU chiếm tỷ lệ cao nhất (tương ứng 17,1% và 15,2%). Tiếp theo là phác đồ UFT/Capecitabin (11,1%), Pacitaxel - Carboplatin (10,5%) và Gemcitabin (5,4%). Các phác đồ còn lại chủ yếu có tỷ lệ gặp DRPs < 2,0%. Theo nhóm thuốc, phần lớn DRPs liên quan chủ yếu đến nhóm thuốc hóa trị liệu (91,4%). Nhóm thuốc điều trị đích và điều trị nội tiết ít gặp DRPs (tương ứng 5,1% và 3,5%).

Bảng 4. Phân bố DRPs theo phác đồ điều trị và nhóm thuốc ung thư (N=2236)

	Số lượng DRPs (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ điều trị		
FOLFOX	383	17,1
Oxaliplatin-Capecitabin/UFT/TS1	339	15,2
UFT/Capecitabin	249	11,1
Pacitaxel - Carboplatin	234	10,5
Gemcitabin	121	5,4
Taxan (Docetaxel/Pacitaxel)	70	3,1
Pemetrexed	61	2,7
Bevacizumab - FOLFIRI	59	2,6
Pemetrexed - Carboplatin	58	2,6
FOLFIRI	53	2,4
Gemcitabin - Carboplatin	51	2,3
Anastrozol - Goserelin	49	2,2
Các phác đồ khác*	509	22,8
Nhóm thuốc ung thư		
Hóa trị liệu	2043	91,4
Thuốc điều trị đích	115	5,1
Thuốc điều trị nội tiết	78	3,5

(*23 phác đồ chiếm DRP tỷ lệ dưới 2%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành nhằm phân tích các vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn thuốc điều trị ung thư tại một bệnh viện chuyên khoa ung bướu. Mẫu nghiên cứu có độ tuổi mắc ung thư trung bình lớn hơn 50 tuổi ($58,9 \pm 10,4$ tuổi), dao động từ 30 đến 78 tuổi. Phần lớn bệnh

nhân được điều trị bằng phác đồ hóa trị liệu (chiếm 64,3%), trong đó chủ yếu hóa trị triệu chứng (38,8%) và hóa trị hỗ trợ (23,6%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, DRPs được phát hiện trên 77,0% chu kỳ điều trị với số lượng DRPs có trung vị là 2 DRP trên 1 chu kỳ. Tỷ lệ này thấp hơn 1 số nghiên cứu khác trên thế giới, dao động từ 78,6%-93,8% chu kỳ và số lượng DRPs trung bình từ 2,1- 3,0 DRPs/chu kỳ [4], [5]. Các nghiên cứu này có tỷ lệ phát hiện và số lượng DRPs cao bởi vì ghi nhận DRPs cả trong giai đoạn theo dõi bệnh nhân với phản ứng bất lợi và thiếu xét nghiệm cận lâm sàng.

DRPs lựa chọn thuốc (T1): Vấn đề lựa chọn thuốc có tần suất gặp nhiều nhất là lựa chọn đường dùng/dạng bào chế không phù hợp (20,1%), bao gồm sai đường dùng; thể tích dung môi pha loãng và tốc độ tiêm truyền không phù hợp hướng dẫn. Về vấn đề sai đường dùng, tất cả các trường hợp ghi nhận đều liên quan đến chỉ định 5-Fluorouracil (5-FU) liều tải 400mg/m² hoặc 600mg/m² đường truyền tĩnh mạch với thời gian truyền từ 12-28 phút. Điều này có thể do các bác sỹ e ngại độc tính khi đưa một lượng thuốc lớn 5-FU trong thời gian ngắn. Theo khuyến cáo, do 5-FU có tốc độ thải trừ lớn nên thời gian bán thải ngắn (10-15 phút); vì vậy cần sử dụng 5 theo đường tiêm bolus 3-5 phút trước khi truyền dài có lợi ích trong việc tăng nồng độ 5-FU trong máu và tăng tiếp xúc lâu dài với thuốc, đảm bảo hiệu quả điều trị [8]. Sử dụng 5-FU tiêm truyền tĩnh mạch trong thời gian 10 - 30 phút không cho thấy sự gia tăng độc tính trên lâm sàng so với tiêm bolus, tuy nhiên chế độ thời gian này đều có thể làm giảm hiệu quả điều trị [6]. Bên cạnh đó, vấn đề chỉ định thể tích dung môi pha loãng không phù hợp có thể làm sai lệch tốc độ truyền, dẫn đến tốc độ đưa thuốc vào cơ thể sẽ bị sai lệch, ảnh hưởng tới thời gian đạt đỉnh của thuốc. Tốc độ tiêm truyền không phù hợp có thể gây ra một số ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị cũng như an toàn trên bệnh nhân.

Vấn đề tiếp theo liên quan đến các DRPs lựa chọn thuốc là DRPs chống chỉ định thuốc dựa trên kết quả xét nghiệm chức năng thận, bạch cầu trung tính (BCTT) hoặc tiểu cầu (TC), gặp trên một số hóa trị liệu như 5-fluorouracil, capecitabin, carboplatin, oxaliplatin, pemetrexed, doxorubicin và irinotecan, chiếm 4,8% tổng DRPs kê đơn. Ví dụ như chỉ định capecitabin trên bệnh nhân suy thận nặng có mức lọc cầu thận < 30ml/phút hoặc xét nghiệm công thức máu chu kỳ đầu BCTT < 1,5 g/l hoặc TC < 100 g/l. Nguyên nhân chính dẫn

đến DRPs này có thể do bệnh nhân ở giai đoạn muộn/tiến triển cần điều trị ngay, không thể trì hoãn cho đến khi kết quả xét nghiệm máu và/hoặc chức năng thận về bình thường.

DRPs liên quan đến tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng chiếm tỷ lệ nhỏ (3,9%), thường gặp là cặp tương tác capecitabin - pantoprazol. Pantoprazol làm tăng PH dạ dày, ảnh hưởng đến độ hòa tan của thuốc capecitabin; làm giảm sinh khả dụng của các thuốc này.

Vấn đề liên quan đến lựa chọn thuốc là thuốc không phải lựa chọn ưu tiên chiếm tỷ lệ nhỏ 1,6% tổng DRPs kê đơn. Kết quả này được ghi nhận với UFT. Đây là tiền chất 5-FU (tương tự như capecitabin, TS-1), nhưng không phải là lựa chọn ưu tiên phối hợp trong phác đồ bộ đôi với irinotecan hoặc oxaliplatin theo các hướng dẫn điều trị.

DRPs liều dùng (T2): DRPs liều dùng thuốc chiếm 31,7% tổng DRPs trong kê đơn; trong đó, liều thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (25,6%). Tỷ lệ này khá cao hơn so với các nghiên cứu khác trên đối tượng bệnh nhân ung bướu như nghiên cứu của Nguyễn Lê Trang (18,7%) [3]. Việc sử dụng liều thấp hơn liều chuẩn, thuốc không đạt được nồng độ điều trị sẽ dẫn đến thất bại điều trị. Một tỷ lệ nhỏ có DRPs liều cao (2,4%), chủ yếu liên quan đến liều dùng hóa trị liệu trên bệnh nhân suy thận không được hiệu chỉnh liều hoặc hiệu chỉnh liều chưa chính xác theo độ thanh thải creatinin. Liều cao có thể gây độc tính cho bệnh nhân, và trì hoãn điều trị.

Thời điểm dùng thuốc không phù hợp chiếm tỷ lệ nhỏ (2,3%), thấp hơn 6 lần so với nghiên cứu của Nguyễn Lê Trang (13,7%) [3]. Trong nghiên cứu, chủ yếu gặp với các thuốc ung thư có khuyến cáo thời điểm dùng thuốc phụ thuộc vào bữa ăn (afatinib, capecitabin, exemestan). Nguyên nhân chính dẫn đến DRPs này là do hạn chế trong việc cập nhật thông tin thuốc cũng như tâm lý chung của bác sĩ là mong muốn đơn giản việc uống thuốc của bệnh nhân. Tuy nhiên có nhiều thuốc hiệu quả/an toàn phụ thuộc vào bữa ăn; vì vậy các bác sĩ, dược sĩ cần phải thường xuyên cập nhật kiến thức mới về dược động học/dược lực học, cách dùng của các thuốc.

DRPs Độ dài đợt điều trị (T5): Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 432 DRPs về độ dài đợt điều trị (19,2%), trong đó chủ yếu khác biệt khoảng cách giữa các chu kỳ điều trị so chu kỳ chuẩn (87,0%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Phương năm 2022 [2]. Kéo dài thời gian giữa các chu kỳ làm giảm cường độ liều của thuốc, có thể dẫn

đến giảm hiệu quả điều trị, ngược lại nếu rút ngắn khoảng cách giữa các chu kỳ có thể làm tăng hiệu quả diệt khối u, tăng hiệu quả điều trị nhưng lại tiềm ẩn nhiều mối nguy cơ ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân.

DRPs về thông tin đơn thuốc không đầy đủ (P): DRPs thông tin đơn thuốc không đầy đủ chiếm 18,7%, bao gồm thiếu thông tin về loại và thể tích dung môi hoàn nguyên với các biệt dược dạng bột pha tiêm truyền không kèm theo dung môi hoàn nguyên (12,1%), thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn (4,3%) và vị trí tiêm dưới da với các thuốc có khuyến cáo vị trí tiêm đặc biệt (2,3%). Tỷ lệ DRPs này trong nghiên cứu khá thấp bởi vì bệnh viện nơi tiến hành nghiên cứu đã tích hợp các thông tin về loại dung môi pha loãng và thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn trên hệ thống kê đơn điện tử trên phần mềm quản lý bệnh viện. Điều này giúp hạn chế được DRPs thiếu thông tin trong đơn thuốc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận DRPs xảy ra khá phổ biến trong các chu kỳ điều trị ung thư, chiếm 77,0% chu kỳ điều trị với số lượng DRPs trên 1 chu kỳ có trung vị là 2; đặc biệt là DRPs về liều dùng (31,7%) và lựa chọn thuốc (30,4%). Các nghiên cứu tiếp theo cần xác định mức độ ảnh hưởng của DRPs trên lâm sàng và đề xuất triển khai các can thiệp phù hợp để giảm thiểu DRPs trên bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định 3547/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 22/7/2021 về việc ban hành mẫu Phiếu phân tích sử dụng thuốc.
2. **Hoàng Thị Phương** (2022), Phân tích một số vấn đề liên quan đến thuốc ung thư tại khoa Phụ Ung thư - Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn thạc sĩ Dược học, trường đại học Dược Hà Nội.
3. **Nguyễn Lê Trang** (2017), Phân tích các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc tại khoa Ung bướu bệnh viện Vinmec Times City thông qua hoạt động dược lâm sàng, Luận văn thạc sĩ Dược học, trường Đại học Dược Hà Nội.
4. **Cehajic I., Bergan S., et al.** (2015), "Pharmacist assessment of drug-related problems on an oncology ward", European journal of hospital pharmacy, pp. 1-4.
5. **Degu A., Njogu P., et al.** (2017), "Assessment of drug therapy problems among patients with cervical cancer at Kenyatta National Hospital, Kenya", Gynecologic Oncology Research and Practice.
6. **Glimelius B., Jakobsen A., et al.** (1998), "Bolus injection (2-4 min) versus short-term (10-20 min) infusion of 5-fluorouracil in patients with advanced colorectal cancer: a prospective randomised trial. Nordic Gastrointestinal Tumour Adjuvant Therapy Group", Eur J Cancer, 34(5), pp. 674-8.

7. **Pharmaceutical Care Network Europe Foundation** (2020), "PCNE classification for drug related problems V9.1".
8. **Tamura Takao., Kuwahara Akiko., et al.** (2011), "Effects of bolus injection of 5-

fluorouracil on steady-state plasma concentrations of 5-fluorouracil in Japanese patients with advanced colorectal cancer", International journal of medical sciences, 8(5), pp. 406.

CHI PHÍ TRỰC TIẾP CHO 5 BỆNH CAO NHẤT CÓ BẢO HIỂM Y TẾ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2020-2021

Nguyễn Thị Minh Hải^{1,2}, Hoàng Hải Nam^{1,2}, Phạm Huy Tuấn Kiệt²,
Nguyễn Trọng Tài², Lê Hương Giang²

TÓM TẮT

Mở đầu: Việt Nam đang trải qua thời kỳ chuyển đổi dịch tễ học, chịu gánh nặng bệnh tật kép từ cả bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm. Cơ cấu bệnh tật cũng thay đổi theo cơ cấu bệnh tật của mỗi địa phương, mỗi quốc gia phản ánh tình trạng sức khỏe của cộng đồng đó. Trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều những nghiên cứu nhằm đưa ra bức tranh rõ nhất về những bệnh phổ biến theo các khu vực, giúp cho các nhà hoạch định y tế đưa ra được những giải pháp sớm, có kế hoạch kịp thời và chuẩn bị tốt hơn cho việc điều trị nhằm cải thiện sức khỏe cho người dân. **Mục tiêu:** Mô tả những chi phí trực tiếp của 5 bệnh mắc cao nhất của bệnh nhân đến điều trị nội trú có thẻ Bảo hiểm y tế (BHYT) ở Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020 và 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu thu thập hồi cứu hồ sơ bệnh án được lưu trữ trên máy tính của bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ 1/1/2020 tới 31/12/2021 thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và loại trừ. Nghiên cứu được thực hiện mô tả tỷ lệ phân bố 5 bệnh phổ biến nhất theo mã ICD-10 đến khám và điều trị tại bệnh viện. **Kết quả:** Chi phí cho cả 5 bệnh thấy trung bình cho tổng chi phí cho điều trị là 2.953.651 đồng (2020) và 3.843.562 đồng (2021). Cơ cấu chi phí trong cả 2 năm thì chi phí cho thuốc đều là cao nhất 680.831 đồng (2020) và 874.565 đồng (2021), ngoài ra chi phí cơ cấu có sự tăng là Chi phí cho xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tương ứng trong nghiên cứu là 339.616 đồng và 265.101 đồng của năm 2020 với 650.793 đồng và 469.673 đồng của năm 2021. **Kết luận:** Thành phần 5 bệnh phổ biến nhất trong 2 năm 2020 và 2021 có sự thay đổi theo năm và Chi phí trực tiếp cho điều trị của các bệnh này cũng có sự thay đổi. Chi phí trực tiếp cho các cấu phần điều trị trong cả 2 năm đều chủ yếu cao ở tiền thuốc và cho xét nghiệm.

Từ khóa: Cơ cấu bệnh tật, Chi phí trực tiếp.

SUMMARY

DIRECT COSTS FOR THE TOP 5 HIGHEST

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hải
Email: nguyenthiminhhai.2001@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

INDICATIONS WITH HEALTH INSURANCE TREATMENT AT SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2020 AND 2021

Background: Vietnam is going through an epidemiological transition, bearing a dual burden of disease from both infectious and non-communicable diseases. The disease structure also changes according to the disease structure of each locality, each country reflects the health status of that community. In the world and in Vietnam, there have been many studies to give the clearest picture of common diseases by regions, helping health planners come up with early solutions, have timely plans. and better prepare for treatment to improve people's health. **Objectives:** To describe the direct costs of the 5 most common diseases of inpatients with health insurance cards at Son Tay General Hospital in 2020 and 2021. **Method:** Cross-sectional description based on retrospectively collected data of medical records stored on computers of Son Tay General Hospital from January 1, 2020 to December 31, 2021 satisfying the inclusion and exclusion criteria. The study was conducted to describe the distribution rate of the 5 most common diseases according to ICD-10 code to the hospital for examination and treatment. **Results:** The average cost for all 5 diseases is 2,953,651 VND (2020) and 3,843,562 VND (2021). The cost structure in both years, the cost for drugs is the highest at VND 680,831 (2020) and VND 874,565 (2021), in addition, the structural cost has an increase in the cost of laboratory tests and diagnostic imaging. The corresponding effects in the study are VND 339,616 and VND 265,101 in 2020 with VND 650,793 and VND 469,673 in 2021. **Conclusions:** The composition of the 5 most common diseases in 2020 and 2021 has a year-on-year change and Direct costs For the treatment of these diseases there is also variation. Direct costs for the treatment components in both years were mainly high in drug and laboratory costs.

Keywords: Disease structure, Direct costs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo niên giám thống kê y tế năm 2012, tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh lây nhiễm điều trị tại bệnh viện giảm nhanh từ 59,20% ở năm 1986 xuống 27,25% vào năm 2012, trong khi đó tỷ lệ này có nguyên nhân bởi các bệnh không lây nhiễm trong cùng khoảng thời gian lại tăng từ