

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH ERAS TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Thủy¹, Nguyễn Văn Hương^{1,2}, Phạm Văn Duyệt^{2,3}, Đinh Văn Chiến¹, Đặng Đình Khoa¹, Nguyễn Huy Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng chương trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện HNDK Nghệ An từ tháng 02/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $67,9 \pm 9,5$ tuổi (46-89), 62,7% là nam giới và 37,3% là nữ giới. Chỉ số BMI trung bình $18,98 \pm 2,05$ (15.5 - 25.5) kg/m², phân loại ASA II chiếm 56,6% và ASA III chiếm 28,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình $157 \pm 39,78$ (90-240) phút. Tỷ lệ tuân thủ chung các can thiệp của quy trình ERAS là 69,9%. Trong đó mỗi can thiệp có tỷ lệ tuân thủ khác nhau. Điểm VAS trung bình của 4 ngày đều < 4 điểm. Nhóm bệnh nhân thực hiện nhiều can thiệp của chương trình ERAS có thời gian trung tiện ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 16,9%, trong đó chủ yếu là viêm phổi. Thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân có biến chứng dài hơn nhóm không có biến chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Ứng dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật ung thư dạ dày là phương pháp an toàn, góp phần giảm biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật, ung thư dạ dày, ERAS.

SUMMARY

RESULTS OF APPLICATION OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROTOCOL IN LAPAROSCOPIC GASTRIC CANCER SURGERY AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of application of enhance recovery after surgery (ERAS) protocols in laparoscopic surgery for gastric cancer treatment at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study of 83 patients diagnosed with gastric cancer and treated with laparoscopic surgery at Nghe An General Friendship Hospital from February 2021 to July 2022.

¹Bệnh viện HNDK Nghệ An

²Đại học Y Dược Hải Phòng

³Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thủy

Email: nguyenvanthuy2510@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

Results: The mean age of patients were 67.9 ± 9.5 years (46-89), 62.7% were male and 37.3% were female. The average Body mass index (BMI) was 18.98 ± 2.05 (15.5 - 25.5) kg/m². 56.6% patients were classified as ASA II and 28.9% patients were classified as ASA III. The average surgical time was 157 ± 39.78 (90-240) minutes. The overall compliance rate for the interventions was 69.9%. In which, each intervention had a different compliance rate. The average VAS scores of 4 days were all < 4 points. The more ERAS interventions performed, the shorter the recovery time for intestinal motility and the hospital stay. The rate of postoperative complications was 16.9%, of which pneumonia was the main cause. The hospital stay in the group of patients with complications was longer than the group without complications ($p < 0.05$). **Conclusions:** The application of Enhanced recovery after gastric cancer surgery was a safe method, contributing to reducing complications and improving treatment efficiency.

Keywords: Enhanced recovery after surgery, gastric cancer, ERAS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính, thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đứng đầu trong các bệnh ung thư đường tiêu hóa và đây là nguyên nhân đứng hàng thứ ba gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng ung thư dạ dày vẫn có tiên lượng xấu [1]. Chăm sóc phẫu thuật đã được cải thiện trong 20 năm qua với sự phát triển của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, kỹ thuật gây mê và giảm đau mới và các yếu tố khác làm giảm căng thẳng sau phẫu thuật. Hiện tại có nhiều phương pháp can thiệp khác nhau được áp dụng trong giai đoạn chu phẫu của ung thư dạ dày để thúc đẩy hồi phục của bệnh nhân.

Quy trình phục hồi nâng cao sau phẫu thuật (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery) là lộ trình chăm sóc chu phẫu đa phương thức được thiết kế để đạt được sự phục hồi sớm sau phẫu thuật bằng cách duy trì chức năng cơ quan trước phẫu thuật và giảm phản ứng căng thẳng sau phẫu thuật. Các yếu tố chính của phác đồ ERAS bao gồm tư vấn trước phẫu thuật, tối ưu hóa chế độ dinh dưỡng, phác đồ giảm đau và gây mê được tiêu chuẩn hóa và vận động sớm [2].

Nguyên tắc ERAS có thể được sử dụng trong

tất cả các phẫu thuật chương trình và cấp cứu. Mục tiêu của ERAS là đem lại sự chăm sóc toàn diện bệnh nhân trong giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật nhằm giảm thời gian nằm viện, giảm tỉ lệ biến chứng, nâng cao chất lượng điều trị và giảm chi phí cho bệnh nhân[3].

Hiện tại có nhiều nghiên cứu về ERAS trong phẫu thuật ung thư nói chung nhưng chưa có báo cáo nào đánh giá riêng ứng dụng đa phương thức trong điều trị ung thư dạ dày, xuất phát từ lợi ích trong điều trị ung thư dạ dày chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả ứng dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 83 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi và tuân thủ quy trình ERAS trong giai đoạn từ tháng 02/2021 đến tháng 07/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày và được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch theo hướng dẫn của hiệp hội phòng chống ung thư thế giới.

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô dạ dày.

- Được áp dụng quy trình ERAS trong quá trình điều trị phẫu thuật.

- Hồ sơ nghiên cứu có đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không phải ung thư biểu mô dạ dày

- Ung thư di căn từ nơi khác đến

- Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kết hợp điều trị bệnh các cơ quan khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0, tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan. Lựa chọn khoảng tin cậy 95% (p<0,05).

Bảng 1: Nội dung can thiệp ERAS theo guideline 2014 của hội ERAS và những can thiệp có thể thực hiện được trong nghiên cứu

Thời gian	TT	Các thành phần ERAS	Các tiêu chí can thiệp ERAS cụ thể có thể làm được trong nghiên cứu
Trước phẫu thuật	1	Tư vấn trước phẫu thuật	Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà về chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật - gây mê, nguy cơ tai biến, biến chứng, kế hoạch chăm sóc trước, trong và sau phẫu thuật
	2	Cung cấp dịch và Carbohydrat	Truyền/ uống nước đường ngày hôm trước phẫu thuật
	3	Không nhịn ăn quá lâu	Cho bệnh nhân ăn thức ăn đặc đến 6 giờ, uống nước trong đến 2 giờ trước phẫu thuật (Không thực hiện được)
	4	Can thiệp dinh dưỡng	Can thiệp dinh dưỡng phù hợp tình trạng dinh dưỡng và tình trạng bệnh lý.
	5	Không/ chọn lọc chuẩn bị ruột	Không thực tháo đại tràng, không uống thuốc xổ Fortrans
Trong phẫu thuật	6	Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu	Phẫu thuật nội soi, ít xâm lấn
	7	Cân bằng nước và điện giải	Truyền < 2000ml dịch
Sau phẫu thuật	8	Không đặt sonde dạ dày thường quy/ Rút sonde sớm	Rút sonde dạ dày trước khi thoát mê
	9	Rút sonde bàng quang sớm	Rút sonde bàng quang trong 24 giờ sau mổ
	10	Giảm đau đa mô thức	Kết hợp giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng với giảm đau cơ bản (paracetamol), không dùng opioid tiêm
	11	Dinh dưỡng qua đường miệng sớm	Bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa trong 24-48 giờ đầu sau phẫu thuật
	12	Vận động sớm	Khuyến khích bệnh nhân ngồi dậy trong 12 giờ đầu, đi lại trong 2 ngày đầu sau mổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 83 bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày và ứng dụng chương trình ERAS trong điều trị từ tháng 02/2021 đến tháng 07/2022 chúng tôi có một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình (tuổi)	67,9 ± 9,5 (46-89)
Giới tính	Nam:62,7%; Nữ: 37,3%
BMI (kg/m²)	18,98±2,05(15,5–25,5)
Phân loại ASA	ASA I 12 (14,5%)

	ASA II	47 (56,6%)
	ASA III	24 (28,9%)
Đau bụng		83 (100%)
Gầy sút cân		79 (95,2%)
Nôn, buồn nôn		42 (50,6%)
Albumin máu (g/l)		33,02±5,17(15,6-41)
Hemoglobin máu (g/l)		110,96±24,82(60-172)

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, tuổi trung bình là 67,9 ± 9,5, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,68/, BMI trung bình 18,98 ± 2,05, ASA của bệnh nhân trước mổ chủ yếu là ASA II (56,6%), tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng và gầy sút cân chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 100% và 95,5%), Albumin trung bình là 33,02 ± 5,17 g/l, hemoglobin trung bình là 110,96 ± 24,82 g/l.

3.3. Kết quả áp dụng chương trình ERAS ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện HNĐK Nghệ An

Bảng 3. Điểm VAS trung bình trong 4 ngày đầu

Ngày thứ 1	3,4 ± 0,56
Ngày thứ 2	2,13 ± 0,34
Ngày thứ 3	1,75 ± 0,6
Ngày thứ 4	3,57 ± 0,72

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời gian trung tiện và các yếu tố của quy trình ERAS

	Không chuẩn bị đại tràng	Rút sonde dạ dày sớm	Dinh dưỡng đường miệng sớm	Vận động sớm
Không thực hiện (giờ)	47,8 ± 9,01	50,48 ± 8,43	51,07 ± 8,37	51,97 ± 8,37
Có thực hiện (giờ)	52,94 ± 7,26	49,60 ± 8,08	49,76 ± 8,54	47,86 ± 9,14
p	0,04	0,21	0,23	0,01

Nhận xét: Thời gian trung tiện trung bình là 38,93 ± 7,99 giờ, nhanh nhất là 30 giờ. Nhóm bệnh nhân tuân thủ thành phần ERAS có thời gian trung tiện ngắn hơn nhóm còn lại.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện và các yếu tố của quy trình ERAS

	Giảm đau đa mô thức	Dinh dưỡng đường miệng sớm	Vận động sớm
Không thực hiện (ngày)	6,72±1,5	6,22±1,42	7,11±2,0
Có thực hiện (ngày)	6,65±1,4	5,59±1,45	6,55±1,19
p	0,3	0,03	0,04

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 6,67 ± 1,42 ngày, sớm nhất là 5 ngày, muộn nhất là 13 ngày. Nhóm bệnh nhân tuân thủ thành phần ERAS có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm còn lại.

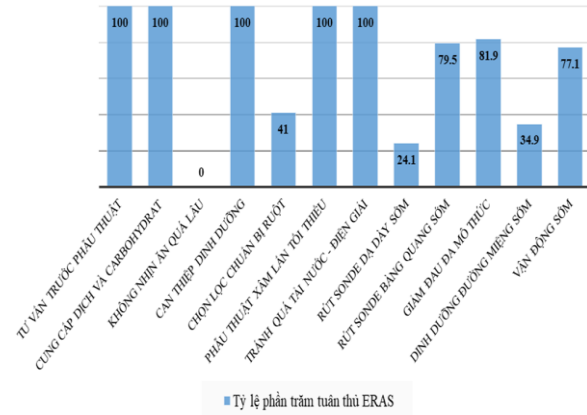
Bảng 6. Biến chứng sau phẫu thuật

Tai biến, biến chứng	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	6	7,23
Áp xe tồn dư	3	3,61
Viêm phổi	7	8,43
Tử vong	0	0

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân (16,9%) có biến chứng sau phẫu thuật,

Nhận xét: Điểm VAS trung bình trong 4 ngày đầu đều < 4 điểm

3.2. Mức độ tuân thủ chương trình ERAS



Biểu đồ 1: Mức độ tuân thủ quy trình ERAS

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ chung là 69,9%, các can thiệp trong phẫu thuật có tỷ lệ tuân thủ cao nhất (100%), sau đó đến trước phẫu thuật (68,2%) và thấp nhất là sau phẫu thuật (59,5%). Có 01 can thiệp không thực hiện được là không nhìn ăn quá lâu (nhìn ăn 6 tiếng trước mổ đối với thức ăn đặc, 2 tiếng đối với nước trong)

thuật, trong đó chủ yếu là viêm phổi (8,43%), tiếp đến là nhiễm trùng vết mổ (7,23%) và áp xe tồn dư (3,61%). Chúng tôi không gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ, rò miệng nổi hay rò mồm tá tràng.

IV. BÀN LUẬN

ERAS là một phương pháp chăm sóc phẫu thuật đa phương thức được thiết kế dựa trên các bằng chứng, nhằm chuẩn hóa quy trình chăm sóc y tế, cải thiện sức khỏe và giảm chi phí chăm sóc sức khỏe[2]. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân phẫu thuật cắt dạ dày, nạo vét hạch điều trị ung

thư dạ dày. Đây là loại phẫu thuật có kỹ thuật khó, thời gian nằm viện kéo dài, chi phí điều trị cao và tỷ lệ nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật cao. Việc áp dụng một chiến lược chăm sóc toàn diện là rất cần thiết khi số lượng bệnh nhân ngày càng đông. Các yếu tố này khi sử dụng riêng biệt thì có thể đem lại lợi ích không đáng kể nhưng khi được phối hợp cùng nhau chúng có thể làm giảm stress sau phẫu thuật, do đó giảm thời gian có nhu động ruột sau phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật, đau vết mổ, thời gian phục hồi và xuất viện[4]. Tỷ lệ tuân thủ chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,9%, các can thiệp trong phẫu thuật có tỷ lệ tuân thủ cao nhất (100%), sau đó đến trước phẫu thuật (68,2%) và thấp nhất là sau phẫu thuật (59,5%). Có 01 can thiệp không thực hiện được là không nhìn ăn quá lâu (nhìn ăn 6 tiếng trước mổ đối với thức ăn đặc, 2 tiếng đối với nước trong). Tuy nhiên so với trước đây, bệnh nhân thường phải nhìn ăn từ chiều hôm trước thì trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nhìn ăn, uống đã giảm đáng kể.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS cả bốn ngày đều nhỏ hơn 4 (mức độ đau vẫn trong giới hạn đau chấp nhận được). Điểm VAS trung bình của bệnh nhân trong 4 ngày đầu là $2,71 \pm 0,40$. Tất cả bệnh nhân đều tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn với đường mổ nhỏ, tác động tối thiểu, kết hợp giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật (trong đó có giảm đau ngoài màng cứng).

Thời gian trung tiện trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $50,27 \pm 8,31$ giờ, nhanh nhất là 35 giờ. Những bệnh nhân tuân thủ các thành phần của quy trình ERAS (không chuẩn bị đại tràng, vận động sớm, rút sonde dạ dày sớm, nuôi ăn đường miệng sớm) có thời gian trung tiện sớm hơn so với những bệnh nhân còn lại (Bảng 4). Theo Bucher P, chuẩn bị ruột trước phẫu thuật ảnh hưởng tiêu cực đến sự phục hồi nhu động ruột sau phẫu thuật [5]. Các yếu tố rút sonde dạ dày sớm, nuôi ăn đường miệng sớm và vận động sớm đều được chứng minh làm rút ngắn thời gian trung tiện của bệnh nhân [3][6].

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $6,67 \pm 1,42$ ngày, sớm nhất là 5 ngày, muộn nhất là 13 ngày. Những bệnh nhân tuân thủ các thành phần của quy trình ERAS (vận động sớm, nuôi ăn đường miệng sớm, giảm đau đa mô thức), có thời gian trung tiện sớm hơn so với những bệnh nhân còn lại (Bảng 4). Theo nghiên cứu của Guozheng Liu thời gian nằm viện trung bình là $6,3 \pm 1,5$ ngày ở nhóm can thiệp ERAS,

tăng lên $10,5 \pm 2,1$ ngày ở nhóm không can thiệp[7]. Như vậy so với nhóm can thiệp trong các nghiên cứu của nước ngoài thì thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài hơn do chương trình ERAS chưa thực hiện đầy đủ các yếu tố, điều kiện y tế còn hạn chế, thiếu sự phối hợp của các chuyên khoa. Ngoài ra, thời gian nằm viện có thể bị kéo dài hơn một đến 2 ngày là do trùng vào 2 ngày nghỉ cuối tuần cũng như tâm lý của bệnh nhân và người nhà muốn ở lại viện cho yên tâm hơn.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,9% (14 bệnh nhân). Trong nghiên cứu không có trường hợp nào tử vong trong và sau phẫu thuật. Biến chứng đáng sợ nhất sau phẫu thuật đường tiêu hóa là rò, đục miệng nổi. Bảng 6 cho thấy không có biến chứng nào về miệng nổi xảy ra trong nhóm nghiên cứu. Biến chứng chủ yếu trong nghiên cứu là viêm phổi (8,43%), tiếp đến là nhiễm trùng vết mổ (7,23%) và áp xe tồn dư (3,61%). Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của So Hyun Kang (13,6% ở nhóm can thiệp và 17,6% ở nhóm không can thiệp)[8], do chương trình ERAS trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thực hiện đầy đủ các yếu tố, thiếu sự phối hợp của các chuyên khoa.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có hạn chế là không có nhóm đối chứng, do đó không thể so sánh nhóm bệnh nhân tuân thủ đầy đủ quy trình ERAS với bệnh nhân được chăm sóc truyền thống. Thời gian nghiên cứu trùng với thời điểm đại dịch Covid-19 nên số lượng bệnh nhân chưa nhiều.

V. KẾT LUẬN

Việc ứng dụng chương trình ERAS vào phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An bước đầu cho kết quả tốt, đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân: giảm đau, rút ngắn thời gian nằm viện...

Tăng cường áp dụng quy trình ERAS đầy đủ, đồng bộ vào phẫu thuật ung thư dạ dày nói riêng cũng như phẫu thuật nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Nam, Nguyễn Cường Thịnh**, "Nhân xét qua 225 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày," Tạp Chí Học Thực Hành, pp. 15-17, 2012.
2. **M. Melnyk, R. G. Casey, P. Black, and A. J. Koupparis**, "Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice?," Can. Urol. Assoc. J. J. Assoc. Urol. Can., vol. 5, no. 5, pp. 342-348, Oct. 2011, doi: 10.5489/cuaj.11002.
3. **K. K. Varadhan, D. N. Lobo, and O. Ljungqvist**, "Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care," Crit. Care

- Clin., vol. 26, no. 3, pp. 527-547, x, Jul. 2010, doi: 10.1016/j.ccc.2010.04.003.
4. **Ngô Sỹ Quý**, "Bước đầu đánh giá hiệu quả của chiến lược ERAS trong phẫu thuật đại trực tràng," Luận Văn Thạc Sĩ Học - Trường Đại Học Hà Nội, 2019.
 5. **P. Bucher, P. Gervaz, C. Soravia, B. Mermillod, M. Erne, and P. Morel**, "Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation versus no preparation before elective left-sided colorectal surgery," Br. J. Surg., vol. 92, no. 4, pp. 409-414, Apr. 2005, doi: 10.1002/bjs.4900.
 6. **Z. Yang, Q. Zheng, and Z. Wang**, "Meta-analysis of the need for nasogastric or nasojejunal decompression after gastrectomy for gastric cancer," Br. J. Surg., vol. 95, no. 7, pp. 809-816, Jul. 2008, doi: 10.1002/bjs.6198.
 7. **G. Liu, F. Jian, X. Wang, and L. Chen**, "Fast-track surgery protocol in elderly patients undergoing laparoscopic radical gastrectomy for gastric cancer: a randomized controlled trial," OncoTargets Ther., vol. 9, pp. 3345-3351, Jun. 2016, doi: 10.2147/OTT.S107443.
 8. **So Hyun Kang and Yoon Taek Lee**, "Multimodal Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program is the Optimal Perioperative Care in Patients Undergoing Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy for Gastric Cancer: A Prospective, Randomized, Clinical Trial," Ann Surg Oncol, vol. 25, pp. 3231-3238.

NGHIÊN CỨU TƯƠNG TÁC THUỐC CÓ Ý NGHĨA LÂM SÀNG TRONG ĐƠN THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2022

Phạm Thanh Tòng*, Nguyễn Thị Ngọc Vân*, Nguyễn Thị Bích Trâm*,
Trần Thị Tuyết Phụng*, Nguyễn Thị Đặng*, Đỗ Trung Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mức độ tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng trong đơn thuốc, tìm hiểu một số yếu tố liên quan dẫn đến sử dụng thuốc gây tương tác có ý nghĩa lâm sàng trong đơn thuốc bảo hiểm y tế điều trị ngoại trú điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích dựa trên 1700 đơn thuốc điều trị bảo hiểm y tế ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ ngày 01/07/2022 đến ngày 31/12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng là 32,1%. Tỷ lệ tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng ở đơn 2-4 thuốc là 16,7%, đơn 5-7 thuốc là 52,1% và đơn từ 8 thuốc trở lên là 89,2%. Mỗi liên quan giữa tương tác thuốc với số thuốc trong đơn và tuổi bệnh nhân, số bệnh mắc kèm, số lượng thuốc có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng xảy ra trong đơn thuốc bảo hiểm y tế ngoại trú càng tăng khi tuổi bệnh nhân càng cao, số bệnh mắc kèm và số lượng thuốc sử dụng càng nhiều ($p < 0,001$).

Từ khóa: Tương tác thuốc, ý nghĩa lâm sàng, đơn thuốc ngoại trú.

SUMMARY

CLINICALLY SIGNIFICANT DRUG INTERACTIONS IN MEDICINE INSURANCE POLICY FOR OUTCOME TREATMENT AT

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Vân

Email: nguyenthingocvanct@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2022

Objectives: Determine the rate and extent of clinically significant drug interactions in prescriptions, find out some factors that lead to the use of drugs that cause clinically significant interactions in medical insurance prescriptions for outpatient treatment at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hosoiatal. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis based on 1700 outpatient medical insurance prescriptions at the Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 01/07/2022 to 31/12/2022. **Results:** The rate of prescriptions with clinically significant drug interactions was 32.1%. The rate of clinically significant drug interactions with prescriptions of 2-4 drugs is 16.7%, prescriptions of 5-7 drugs are 52.1%, and prescriptions of 8 drugs or more are 89.2%. There is a relationship between clinically significant drug interactions with the patient's age, the number of comorbidities, the number of drugs in the prescription ($p < 0.001$). **Conclusions:** The rate of clinically significant drug interactions occurring in outpatient health insurance prescriptions increases with increasing patient age, number of comorbidities and number of medications used. ($p < 0.001$).

Keywords: Drug interactions, clinical implications, outpatient prescriptions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị bệnh. Việc kê đơn nhiều loại thuốc có thể gây ra các tương tác ảnh hưởng đến quá trình điều trị và sức khỏe bệnh nhân [8]. Trong bối cảnh đó, tần suất tương tác tăng lên theo tuổi, số lượng thuốc và bệnh đi kèm làm gia tăng