

Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc qua đơn thuốc kê cho bệnh nhân khám bệnh ngoại trú của một bệnh viện hạng một tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2021

A survey of drug-related problems in outpatients' prescriptions at first-level Hospital in Ho Chi Minh city in 2021

Phạm Thị Lệ Cẩm*,
Nguyễn Thị Sáu**,
Nguyễn Hương Thảo***

*Bệnh viện Thống Nhất,
**Bệnh viện Trung Vương,
***Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems, DRPs) trong đơn thuốc kê cho bệnh nhân ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên đơn thuốc của bệnh nhân ngoại trú trong khoảng thời gian từ ngày 01/4/2021 đến ngày 29/04/2021. DRPs được phân loại theo hệ thống phân loại của Mạng lưới chăm sóc dược châu Âu (PCNE) phiên bản 9.1 và mức độ ảnh hưởng lâm sàng tiềm tàng của DRPs được đánh giá bởi hai chuyên gia theo hướng dẫn của Hội đồng Điều phối Quốc gia về Báo cáo và Phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc (NCC - MERP). Các yếu tố liên quan đến DRPs được xác định bằng mô hình hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Chúng tôi khảo sát được 1280 đơn thuốc. Tuổi trung vị của BN là 63 (54-70). Hơn một nửa BN là nữ (57,9%). Tổng số DRPs được xác định là 1594, khoảng 70% bệnh nhân có ít nhất 1 DRP. DRPs phổ biến nhất là thời điểm dùng thuốc (61,3%), tiếp theo là tần suất dùng thuốc (12,8%). Các loại DRPs còn lại có tỉ lệ thấp. Tỷ lệ % DRPs gây hại cho bệnh nhân được đánh giá bởi chuyên gia 1 và chuyên gia 2 lần lượt là 7,1% và 5,5%, với mức độ đồng thuận khá (Cohen's kappa = 0,61, $p < 0,05$). Đơn thuốc của bệnh nhân nam, ≥ 5 thuốc, có thuốc nhóm A, nhóm M, nhóm N có nhiều nguy cơ xảy ra DRPs. Các bệnh nhân mắc bệnh lý cơ, xương, khớp và mô liên kết, đơn thuốc được kê bởi bác sĩ nam ít có nguy cơ gặp phải DRPs ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ đơn thuốc có DRP khá cao. Việc cung cấp thông tin cho bác sĩ về các loại DRPs phổ biến, đặc biệt là các DRPs gây hại tiềm tàng có thể giúp giảm thiểu DRPs.

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

Summary

Objective: This study aimed to determine drug-related problems (DRPs) in outpatients' prescriptions. **Subject and method:** A descriptive cross-sectional study was carried out to collect prescriptions of outpatients from 1st to 29th, April 2021. DRPs were determined using the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) classification, version 9.1. The potentially clinical relevance of DRPs was assessed by two experts using the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC-MERP) classification. DRPs-related factors were identified using multivariate logistic regression model. **Result:** A total of 1280 prescriptions was included. The median age of patients was 63 (54-70). More than

Ngày nhận bài: 03/7/2023, ngày chấp nhận đăng: 19/9/2023

Người phản hồi: Nguyễn Hương Thảo, Email: thao.nh@ump.edu.vn - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

half of the patients were female (57.9%). The total number of DRPs identified was 1594, about 70% of patients had at least 1 DRP. The most common DRPs was inappropriate timing of administration (61.3%), and dosage frequency (12.8%). Other DRPs had low proportions. The two experts considered 7.1% and 5.5% of DRPs was potentially harmful with the level of consensus was substantial (Cohen's kappa = 0.61). Prescriptions of male patients, with ≥ 5 drugs, having class A drugs, class M drugs and class N drugs were more likely to occur DRPs. Patients with diseases musculoskeletal system and connective tissue and having prescriptions indicated by a male physician were less likely to experience DRPs ($p < 0.05$). **Conclusion:** The proportion of prescriptions with DRP was quite high. Providing information to physicians about common DPRs, especially, potentially harmful DRPs may help reduce DRPs.

Keywords: Drug-related problems, outpatient prescriptions.

1. Đặt vấn đề

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa, điều trị bệnh và nâng cao sức khỏe của bệnh nhân (BN). Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc không phù hợp có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, thậm chí gây ra biến cố bất lợi cho BN. Từ đó, thuật ngữ “vấn đề liên quan đến thuốc” (Drug-related problem, DRP) ra đời. DRP được định nghĩa là một biến cố hoặc tình huống liên quan đến điều trị bằng thuốc mà thực sự hoặc có khả năng ảnh hưởng đến kết quả điều trị mong muốn [1].

Tại Việt Nam, DRPs trong kê đơn ngoại trú cũng đã được quan tâm và khảo sát trong thời gian gần đây. Nghiên cứu (NC) của Trương Trần Anh Thư (2019) trên đơn thuốc BN có bệnh mạch vành ghi nhận 61,1% BN có ít nhất 1 DRP [2] hay NC của Nguyễn Ánh Nhứt (2019) trên đơn thuốc BN người lớn xác định được 90% đơn thuốc có ít nhất 1 DRP [3]. Tuy nhiên, các NC trên chỉ dừng lại ở việc xác định DRPs trong kê đơn, mà chưa đánh giá mức độ ảnh hưởng của DRPs trên lâm sàng. Mặc dù, đây được xem là tiêu chí quan trọng để đưa ra quyết định can thiệp phù hợp và kịp thời [7].

Tại bệnh viện NC, hoạt động Dược lâm sàng được triển khai vào năm 2020. Theo đó, việc duyệt đơn ngoại trú của Dược sĩ lâm sàng (DSLSS) là một hoạt động thường quy. Cụ thể, các đơn thuốc của BN ngoại trú được kê bởi bác sĩ sẽ được chuyển đến bàn duyệt đơn (do DSLSS phụ trách). Nếu nhận thấy có sự không hợp lý, dược sĩ sẽ trao đổi với bác sĩ và điều chỉnh đơn thuốc; các đơn thuốc hợp lý sẽ được duyệt và chuyển sang bộ phận cấp phát thuốc cho BN. Để nâng cao hơn tính hợp lý - an toàn trong sử

dụng thuốc cho BN, việc nhìn nhận, đánh giá và rút kinh nghiệm hoạt động duyệt đơn ngoại trú là rất cần thiết. Từ những cơ sở đó, chúng tôi tiến hành NC này với mục tiêu: *Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc qua đơn thuốc kê cho bệnh nhân khám bệnh ngoại trú.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đơn thuốc ngoại trú của các BN đến khám tại các phòng khám ngoại trú từ ngày 01/04/2021 đến ngày 29/04/2021.

Tiêu chí lựa chọn: Các đơn thuốc ngoại trú của BN người lớn (≥ 18 tuổi).

Tiêu chí loại trừ:

Đơn thuốc có ít hơn 2 thuốc.

Đơn thuốc bệnh ngoài da, bệnh về mắt.

Đơn thuốc chỉ có thuốc đông dược.

Địa điểm nghiên cứu: 1 bệnh viện hạng 1 thuộc Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh.

2.1. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách lấy mẫu: Theo NC của Nguyễn Ánh Nhứt (2019), tỉ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP là 90% [3]. Giả sử tỉ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP trong NC của chúng tôi cũng tương tự như trên. Chọn $p=0,9$ và sai số mong muốn là $d = 0,02$. Thay các số liệu trên vào công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỉ lệ:

$$N \geq \left(\frac{1,96}{d} \right)^2 \cdot p \cdot (1 - p)$$

Chúng tôi tính được $N \geq 865$. Như vậy, NC cần ít nhất 865 đơn thuốc của BN ngoại trú.

Cách lấy mẫu: Lấy mẫu ngẫu nhiên thuận tiện cho đến khi đủ cỡ mẫu. Chúng tôi tiến hành thu thập các đơn thuốc sau khi đã phát xong cho BN và được lưu trữ tại khu vực cấp phát thuốc bảo hiểm y tế của bệnh viện. Sau đó, các đơn thuốc thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ được đưa vào NC.

Các thông tin được thu thập từ đơn thuốc của BN ngoại trú bao gồm:

Đặc điểm BN: Tên BN, tuổi, giới tính, bệnh lý chính (theo mã ICD - 10: International Classification of Diseases version 10 - hệ thống phân loại bệnh quốc tế phiên bản 10), bệnh 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 trong ngày, thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn.

Xác định và phân loại DRPs:

Chúng tôi xác định DRPs của từng thuốc trong đơn bằng cách so sánh thông tin từng thuốc trong đơn với các nguồn tài liệu tham khảo bên dưới. Nếu có sự không phù hợp giữa thuốc được kê với thông tin/khuyến cáo ở tất cả các tài liệu tra cứu sẽ được ghi nhận là có DRP. Trong trường hợp có sự khác nhau về thông tin giữa các nguồn tài liệu, sự phù hợp với ít nhất một tài liệu tra cứu sẽ được xem xét là không có DRP.

DRPs được xác định dựa trên các tài liệu tham khảo: (1) Tờ hướng dẫn sử dụng, (2) Phác đồ điều trị ngoại trú của bệnh viện, (3) Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018, (4) EMC, (5) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế, (6) Uptodate. Drugs.com và Lexicomp được dùng để xác định DRPs tương tác thuốc.

DRPs được phân loại theo hệ thống PCNE phiên bản 9.1, bao gồm các loại DRPs sau:

DRPs lựa chọn thuốc:

DRPs lựa chọn thuốc không phù hợp với chẩn đoán: Thuốc được kê đơn không phù hợp với chỉ định của thuốc hay không nhằm mục đích điều trị các triệu chứng của bệnh được chẩn đoán.

DRPs 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.

DRPs liều dùng: Thuốc được kê đơn với tổng liều dùng trong 24 giờ cao hơn hoặc thấp hơn so với khoảng liều khuyến cáo.

DRPs tần suất dùng thuốc: Thuốc được kê đơn với tần suất cao hơn hoặc thấp hơn so với tần suất khuyến cáo.

DRPs thời điểm dùng thuốc:

DRPs thời điểm dùng thuốc trong ngày: Thuốc được khuyến cáo dùng vào những thời điểm nhất định trong ngày (sáng, trưa, chiều, tối) nhưng đơn thuốc thiếu hoặc sai hướng dẫn.

DRPs thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn: Thuốc được khuyến cáo dùng trước bữa ăn, trong bữa ăn hoặc sau bữa ăn nhưng đơn thuốc thiếu hoặc sai hướng dẫn.

DRPs cách dùng thuốc: Hướng dẫn dùng thuốc trong đơn thiếu hoặc khác so với khuyến cáo. Ví dụ: Kê đơn 1/2 viên cho một thuốc yêu cầu không được bẻ.

DRPs tương tác thuốc: Tra cứu tương tác thuốc trong mỗi đơn thuốc, ghi nhận các cặp tương tác thuốc - thuốc ở mức độ chống chỉ định hoặc tránh phối hợp.

Sự ảnh hưởng lâm sàng tiềm tàng của DRPs: Được đánh giá bởi 2 Dược sĩ lâm sàng theo thang NCC-MERP (thang đo gồm 9 mức tăng dần tương ứng A - I) [4]. Sau đó, các đánh giá của chuyên gia sẽ được chia thành 2 mức độ: Không gây hại (A - D) và gây hại (E - I).

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến phân loại được biểu diễn bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến liên tục được biểu diễn bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy thuộc vào kiểu phân phối.

Sự đồng thuận của 2 chuyên gia về tính chất gây hại tiềm tàng của DRPs được đánh giá bằng phép kiểm đồng thuận theo tác giả Cohen J (1960) và biểu diễn bằng hệ số Cohen's kappa (K).

Các yếu tố liên quan đến DRPs được xác định bằng mô hình hồi quy logistic đa biến (phương pháp đưa biến Enter). Trong đó, biến độc lập bao gồm: nhóm tuổi BN, giới tính BN, chẩn đoán, số lượng bệnh kèm, số lượng thuốc trong đơn, nhóm thuốc theo mã ATC, giới tính bác sĩ, học vị bác sĩ; biến phụ thuộc là có/không DRP.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đơn thuốc, BN ngoại trú và bác sĩ kê đơn

Trong thời gian từ 01/04/2021 đến 29/04/2021, chúng tôi đã chọn được 1280 đơn thuốc đưa vào NC. Đặc điểm đơn thuốc được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm đơn thuốc, BN ngoại trú và bác sĩ kê đơn

Đặc điểm		Số đơn thuốc	Tỉ lệ %
Trung vị tuổi BN (khoảng tứ phân vị)		63 (54-70)	
Nhóm tuổi BN	< 65 tuổi	732	57,2
	≥ 65 tuổi	548	42,8
Giới tính	Nữ	741	57,9
	Nam	539	42,1
Bệnh lý chính	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	291	22,7
	Bệnh hệ tuần hoàn	514	40,2
	Bệnh hệ tiêu hóa	107	8,4
	Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết	102	8,0
	Các nhóm khác	266	20,8
Trung vị số bệnh kèm (khoảng tứ phân vị)		3 (1-4)	
Số bệnh kèm	0 bệnh kèm	160	12,5
	1 bệnh kèm	212	16,6
	2 bệnh kèm	210	16,4
	3 bệnh kèm	209	16,3
	> 3 bệnh kèm	489	38,2
Số thuốc trong đơn	< 5	723	56,5
	≥ 5	557	43,5
Nhóm thuốc theo phân loại ATC	A (thuốc hệ tiêu hóa và chuyển hóa)	629	49,1
	B (thuốc hệ máu và cơ quan tạo máu)	414	32,3
	C (thuốc hệ tim mạch)	887	69,3
	J (thuốc kháng khuẩn toàn thân)	119	9,3
	M (thuốc hệ cơ - xương)	261	20,4
	N (thuốc hệ thần kinh)	391	30,5
	Khác	284	22,2
Giới tính bác sĩ	Nữ	520	40,6
	Nam	760	59,4
Học vị bác sĩ	Đại học	294	23,0
	Sau đại học	986	77,0

BN ≥ 65 tuổi chiếm tỉ lệ 42,8%. Tỉ lệ BN nữ cao hơn BN nam. Nhóm BN có bệnh hệ tuần hoàn chiếm tỉ lệ cao nhất (40,2%), đa số các BN có bệnh kèm (87,7%). Hơn 40% BN được kê từ 5 thuốc trở lên. Các nhóm thuốc được chỉ định phổ biến nhất là C, A và B.

3.2. Đặc điểm DRPs trong đơn thuốc

Sau khi phân tích 1280 đơn thuốc bằng cách so sánh với các tài liệu tham khảo, chúng tôi đã xác định được 1594 DRPs.

Bảng 2. Đặc điểm DRPs trong đơn thuốc

Đặc điểm DRPs	Số đơn thuốc (n = 1280)	Tỉ lệ %
DRPs chung		
Số đơn thuốc có ít nhất 1 DRP	892	69,7
1 DRP	436	34,1
≥ 2 DRPs	456	35,6
Trung vị số DRPs trong mỗi đơn thuốc (khoảng tứ phân vị)	1 (0-2)	
Các loại DRPs		
Lựa chọn thuốc*	91	7,1
Lựa chọn thuốc không phù hợp với chẩn đoán	80	6,3
Lựa chọn thuốc không phù hợp với BN	12	0,9
Lựa chọn liều*	110	8,6
Liều cao	4	0,3
Liều thấp	107	8,4
Tần suất dùng thuốc*	164	12,8
Tần suất dùng thuốc cao	144	11,3
Tần suất dùng thuốc thấp	24	1,9
Thời điểm dùng thuốc*	784	61,3
Thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn	769	60,1
Thời điểm dùng thuốc trong ngày	55	4,3
Cách dùng thuốc	28	2,2
Tương tác thuốc chống chỉ định	28	2,2

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

Trong đó, DRPs lựa chọn thuốc không phù hợp với chẩn đoán thường gặp với NSAIDs (aceclofenac, meloxicam) và thuốc giãn cơ (eperison, tolperison). Bezafibrat, levosulpirid, sucralfat thường được kê liều thấp. Các thuốc điều trị tăng huyết áp như amlodipine, felodipin, bisoprolol, lisinopril, irbesartan thường xảy ra DRPs tần suất dùng cao. Ngược lại, DRPs tần suất thấp hay gặp phải với ivabradin. DRPs thời điểm dùng thuốc trong ngày thường gặp với thuốc ức chế bơm proton, NSAIDs và metformin. Clopidogrel + esomeprazol/omeprazole là cặp tương tác phổ biến nhất.

3.3. Sự ảnh hưởng lâm sàng tiềm tàng của DRPs

Trong 1594 DRPs đã được xác định, tỉ lệ % DRPs được đánh giá là gây hại cho BN bởi chuyên gia 1 và chuyên gia 2 lần lượt là 7,1% và 5,5%. Sự đồng thuận của 2 chuyên gia về tính chất gây hại tiềm tàng của DRPs ở mức khá với K = 0,61 (0,43-0,79), p<0,001.

Bảng 3. Một số DRPs được 2 chuyên gia đánh giá là gây hại cho BN

STT	Hoạt chất	Loại DRPs
1	NSAIDs (aceclofenac, meloxicam)	Lựa chọn thuốc không phù hợp với chẩn đoán
2	Gliclazid	Lựa chọn thuốc không phù hợp với BN
3	Rosuvastatin	
4	Amlodipin	Liều cao
5	Thiamazol	Liều thấp
6	Natrivalproat	Cách dùng thuốc
7	Clopidogrel + PPI (esomeprazol, omeprazol)	Tương tác thuốc

Theo đánh giá của 2 chuyên gia, các DRPs về lựa chọn thuốc, liều dùng, cách dùng và tương tác thuốc thường là các DRPs gây hại cho BN. Ví dụ, gliclazid được chỉ định cho BN đái tháo đường type 1, etoricoxib được chỉ định cho BN có bệnh tim thiếu máu cục bộ, kê đơn natri valproat dạng viên nén bao tan trong ruột với liều 0,5 nửa viên... Trong khi đó, các DRPs về thời điểm dùng thuốc được đánh giá là ít có khả năng gây hại hơn.

3.4 Các yếu tố liên quan đến DRPs

Phân tích hồi quy logistic đa biến (phương pháp đưa biến Enter) được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến DRPs.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến DRPs

Yếu tố liên quan		OR	95% CI (OR)	p
Giới tính BN	Nữ	1	1,007-1,757	0,045
	Nam	1,330		
Bệnh lý	Bệnh nội tiết	1	0,659-1,464	0,930
	Bệnh hệ tuần hoàn	0,982		
	Bệnh hệ tiêu hóa	0,762		
	Bệnh hệ cơ, xương, khớp	0,334		
	Các nhóm khác	0,878		
Số thuốc trong đơn	< 5	1	1,137-2,428	0,009
	≥ 5	1,662		
Nhóm A	Không	1	2,489-4,991	< 0,001
	Có	3,525		
Nhóm M	Không	1	6,991-26,360	< 0,001
	Có	13,575		
Nhóm N	Không	1	1,811-3,807	< 0,001
	Có	2,626		
Giới tính bác sĩ	Nữ	1	0,533-0,958	0,025
	Nam	0,714		

Kết quả hồi quy logistic cho thấy giới tính BN, bệnh lý của BN, số thuốc trong đơn, thuốc nhóm A, M, N và giới tính bác sĩ là các yếu tố liên quan đến DRPs.

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ DRPs

NC ghi nhận khoảng 70% đơn thuốc có ít nhất 1 DRP. Kết quả này thấp hơn so với kết quả NC của Nguyễn Ánh Nhứt (90%) [3]. Sự khác biệt này có thể

được giải thích bởi 2 lý do. Lý do đầu tiên là sự khác biệt về mô hình bệnh tật giữa các cơ sở. Lý do thứ hai là mức độ triển khai hoạt động Dược lâm sàng khác nhau ở hai cơ sở NC. Cụ thể, tại bệnh viện chúng tôi thực hiện NC, công tác duyệt đơn và can thiệp của dược lâm sàng là hoạt động thường quy. Trong khi đó, vào thời điểm NC, tại bệnh viện nơi thực hiện NC của Nguyễn Ánh Nhứt chỉ mới bắt đầu triển khai hoạt động dược lâm sàng.

4.2. DRPs lựa chọn thuốc

Chúng tôi ghi nhận được 7,1% đơn thuốc có DRPs lựa chọn thuốc. Kết quả này thấp hơn so với NC của Nguyễn Ánh Nhứt (2019), tỉ lệ DRPs lựa chọn thuốc là 53,5% [3]. Điều này có thể được lý giải bởi sự khác nhau về hoạt động Dược lâm sàng giữa hai cơ sở NC. Cụ thể, tại bệnh viện chúng tôi thực hiện NC, công tác duyệt đơn và can thiệp của dược lâm sàng diễn ra thường quy. Trong khi đó, tại thời điểm NC, bệnh viện nơi thực hiện NC của Nguyễn Ánh Nhứt chỉ mới bắt đầu tổ chức hoạt động dược lâm sàng.

4.3. DRPs liều dùng

Trong NC của chúng tôi, DRPs liều dùng chiếm tỉ lệ thấp (8,6%). Kết quả này thấp hơn NC của Lê Trần Thanh Vy (2021) (35,6%) [5]. Sự chênh lệch này có thể được lý giải là do đối tượng NC của Lê Trần Thanh Vy là BN nhi. Liều ở BN nhi được tính toán phức tạp dựa theo tuổi, cân nặng hoặc diện tích bề mặt cơ thể. Do đó, sai sót về liều dùng xảy ra phổ biến hơn ở BN nhi so với người lớn.

4.4. DRPs tần suất dùng thuốc

DRPs tần suất dùng thuốc chiếm tỉ lệ 12,8%. Kết quả này thấp hơn so với tỉ lệ 47,75% trong NC của Nguyễn Ánh Nhứt (2019). Nguyễn Ánh Nhứt cho rằng: DRPs tần suất dùng thuốc có thể liên quan đến thói quen kê đơn của bác sĩ (thường mặc định thuốc được dùng 2 lần/ngày) [3]. Tuy nhiên nhiều thuốc không tuân theo tần suất này.

4.5. DRPs thời điểm dùng thuốc

Trong NC của chúng tôi, DRPs thời điểm dùng thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất (61,3%), tương đồng với kết quả NC của Lê Trần Thanh Vy (2021) trên BN nhi [5]. NC của Nguyễn Ánh Nhứt (2019) ghi nhận DRPs

thời điểm dùng thuốc khoảng 50% [3]. Từ các kết quả NC trên, có thể thấy rằng DRPs thời điểm dùng thuốc xảy ra phổ biến trong thực hành kê đơn tại Việt Nam.

4.6. DRPs cách dùng thuốc

NC của chúng tôi ghi nhận 2,2% đơn thuốc có DRPs cách dùng. Loại DRPs này xảy ra ở các thuốc được khuyến cáo không nhai, không bẻ, không nghiền.

4.7. DRPs tương tác thuốc

Chúng tôi ghi nhận DRPs tương tác thuốc chiếm tỉ lệ thấp (2,2%). Kết quả này thấp hơn kết quả NC của Trương Trần Anh Thư (2019) (19,3%) [2]. Cặp tương tác xảy ra phổ biến nhất trong NC của chúng tôi là clopidogrel và esomeprazol/omeprazol, tương tự kết quả của NC trên.

4.8. Sự ảnh hưởng lâm sàng tiềm tàng của DRPs

Tỉ lệ % DRPs gây hại cho BN được đánh giá bởi chuyên gia 1 và chuyên gia 2 lần lượt là 7,1% và 5,5%. Kết quả NC của chúng tôi thấp hơn các NC trước đó như NC của Can Qu (2018) [6], NC của Ali MAS (2018) [7] với tỉ lệ DRPs gây hại lần lượt là 19,9% và 28,3%. Sự khác biệt này có thể được lý giải là do trong hầu hết các NC, DRPs lựa chọn thuốc, DRPs liều dùng thường được đánh giá là gây hại cho BN. Trong NC của chúng tôi, tỉ lệ 2 loại DRPs này thấp, nhờ hiệu quả của hoạt động duyệt đơn và can thiệp của Dược lâm sàng.

4.9. Yếu tố liên quan đến DRPs

Từ kết quả hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận giới tính BN, bệnh lý của BN, số thuốc trong đơn, thuốc nhóm A, M, N và giới tính bác sĩ là các yếu tố liên quan đến DRPs.

Bệnh nhân: BN nam có nguy cơ gặp phải DRPs nhiều hơn so với BN nữ (OR = 1,330, p=0,045). NC của Al-Taani GM (2017) trên BN ngoại trú mắc bệnh đái tháo đường [8] cũng cho kết quả tương tự (OR = 1,595, p=0,007). BN có bệnh lý hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết ít có nguy cơ xảy ra DRPs hơn BN có bệnh lý nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (OR = 0,334, p=0,016).

Thuốc: Đơn thuốc được kê từ 5 loại thuốc trở lên có nguy cơ xuất hiện DRPs cao hơn đơn thuốc được

kê ít hơn 5 loại thuốc ($OR = 1,662, p=0,009$). Sự liên quan này đã được ghi nhận ở nhiều NC trước đây. Đơn thuốc có thuốc nhóm A, thuốc nhóm M, thuốc nhóm N có nguy cơ xảy ra DRPs cao hơn, tương đồng với kết quả NC của Raimbault-Chupin M. (2013): Nhóm thuốc A, M, N là 3 trong 4 nhóm thuốc xảy ra DRPs phổ biến nhất [9].

Bác sĩ: Đơn thuốc được kê bởi bác sĩ nam xuất hiện DRPs ít hơn so với đơn thuốc được kê bởi bác sĩ nữ ($OR = 0,714, p=0,025$). Mỗi liên quan này chưa được ghi nhận ở các NC trước đây.

NC của chúng tôi bước đầu đã xác định được tần suất, tỉ lệ các loại DRPs cũng như sự ảnh hưởng lâm sàng tiềm tàng của các DRPs và các yếu tố liên quan đến DRPs tại bệnh viện NC. Tuy nhiên, NC được thực hiện trên đơn thuốc ngoại trú, chúng tôi không tiếp cận được với các chỉ số cận lâm sàng của BN như độ thanh thải creatinin để xét DRPs liều dùng chặt chẽ hơn. NC có thể mở rộng trên BN nội trú và có sự đánh giá ảnh hưởng lâm sàng tiềm tàng trên nhiều khía cạnh như hiệu quả, an toàn và chi phí điều trị.

5. Kết luận

Tỉ lệ đơn thuốc có ít nhất 1 DRP khá cao (70%), phổ biến nhất là DRPs thời điểm dùng thuốc (61,3%). Trong đó, một tỉ lệ nhỏ DRP được xem là gây hại tiềm tàng cho BN dựa trên đánh giá của 2 chuyên gia. Đơn thuốc của BN nam, ≥ 5 thuốc, có thuốc nhóm A, nhóm M, nhóm N có nhiều nguy cơ xảy ra DRPs hơn. Các BN mắc bệnh lý cơ, xương, khớp - mô liên kết và đơn thuốc được kê bởi bác sĩ nam ít có nguy cơ gặp phải DRPs.

Bộ phận Dược lâm sàng có thể cung cấp thông tin cho bác sĩ về các loại DRPs xảy ra phổ biến và DRPs gây hại tiềm tàng cho BN để bác sĩ dễ dàng tham khảo, từ đó góp phần giảm thiểu xảy ra DRPs trong thực hành lâm sàng.

Tài liệu tham khảo

1. Pharmaceutical Care Network Europe (2020), https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_

classification_V9-1_final.pdf, ngày truy cập 29/06/2021.

2. Truong TT, Phan NK, Vo QV et al (2019) *Drug-related problems in prescribing for coronary artery diseases in Vietnam: cross-sectional study*. Tropical Medicine & International Health 24(11): 1335-1340.
3. Nguyễn Ánh Nhật (2019) *Các vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn cho bệnh nhân ngoại trú tại một bệnh viện ở Cần Thơ năm 2019*. Chuyên đề: Hội nghị khoa học Kỹ thuật bệnh viện Nhân dân Gia Định 6(23), tr. 350-354.
4. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, <https://www.nccmerp.org/about/medication-errors>, ngày truy cập 29/06/2021.
5. Nguyen TH, Le VT, Quach DN et al (2021) *Drug-related problems in prescribing for pediatric outpatients in vietnam, healthcare*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute: 327.
6. Qu C, Meng L, Wang N et al (2019) *Identify and categorize drug-related problems in hospitalized surgical patients in China*. International journal of clinical pharmacy 41(1): 13-17.
7. Ali MAS, Khedr EMH, Ahmed FAH et al (2018) *Clinical pharmacist interventions in managing drug-related problems in hospitalized patients with neurological diseases*. International journal of clinical pharmacy 40(5): 1257-1264.
8. Al-Taani GM, Al-Azzam SI, Alzoubi KH et al (2017) *Prediction of drug-related problems in diabetic outpatients in a number of hospitals, using a modeling approach*. Drug, healthcare and patient safety 9: 65.
9. Raimbault-Chupin M, Spiesser-Robelet L, Guir V et al (2013) *Drug related problems and pharmacist interventions in a geriatric unit employing electronic prescribing*. International journal of clinical pharmacy 35(5): 847-853.