

Xây dựng bộ chỉ số chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú tại Việt Nam dựa trên tổng quan hệ thống và đồng thuận chuyên gia

Development of quality indicators for outpatient asthma management in Vietnam based on a systematic review and expert consensus

Cao Thị Bích Thảo, Phạm Thị Thúy Vân,
Phạm Trang Nhung và Nguyễn Tứ Sơn*

Đại học Dược Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Xây dựng bộ chỉ số chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú dựa trên bằng chứng và phù hợp với thực hành tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu gồm bốn bước: 1) Tổng quan hệ thống các nghiên cứu giai đoạn 2010 - 2025 để xác định các chỉ số tiềm năng; 2) Đối sánh với các khuyến cáo của Bộ Y tế và GINA nhằm xây dựng bộ chỉ số dự thảo; 3) Đánh giá tính phù hợp và tính cần thiết của từng chỉ số với sự tham gia của 9 chuyên gia đa ngành (6 bác sĩ hô hấp và 03 dược sĩ lâm sàng); và 4) Hoàn thiện bộ chỉ số. **Kết quả:** Tổng quan hệ thống lựa chọn 16 nghiên cứu, trích xuất 164 chỉ số tiềm năng. Sau quá trình sàng lọc và đối sánh với các hướng dẫn điều trị, 26 chỉ số được đưa vào bộ chỉ số dự thảo. Trong số 26 chỉ số dự thảo, 25 chỉ số đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn qua đánh giá chuyên gia; 1 chỉ số được giữ lại sau khi nhóm nghiên cứu xem xét bổ sung trên cơ sở tính cần thiết và sự phù hợp với hướng dẫn điều trị. Bộ chỉ số cuối cùng gồm 26 chỉ số, gồm 5 lĩnh vực: Đánh giá và phân loại (3 chỉ số), biện pháp dùng thuốc (13), biện pháp không dùng thuốc (3), quản lý đợt cấp (1) và theo dõi bệnh nhân (6). **Kết luận:** Bộ 26 chỉ số được xây dựng trên cơ sở bằng chứng và đồng thuận chuyên gia, là công cụ tiềm năng để đánh giá, giám sát và cải thiện chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú tại Việt Nam.

Từ khóa: Hen phế quản, chỉ số chất lượng, quản lý ngoại trú, tổng quan hệ thống, RAND/UCLA.

Summary

Objective: To develop a set of quality indicators for outpatient asthma management based on the best available evidence and tailored to clinical practice in Vietnam. **Subject and method:** The study was conducted in four steps: (1) A systematic review of studies published between 2010 and 2025 to identify potential quality indicators; (2) Comparison of the identified indicators with the Vietnamese Ministry of Health guidelines and GINA recommendations to develop a draft indicator set; (3) Assessment of the appropriateness and necessity of each indicator by a multidisciplinary expert panel consisting of nine members (six respiratory physicians and three clinical pharmacists); and (4) finalization of the indicator set. **Result:** The systematic review identified 16 eligible studies, from which 164 potential quality indicators were extracted. Following screening and comparison with current clinical practice guidelines, 26 indicators were selected for the draft indicator set. Of the 26 draft

Ngày nhận bài: 9/9/2026, ngày chấp nhận đăng: 10/10/2026

* Tác giả liên hệ: sonnt@hup.edu.vn - Đại học Dược Hà Nội

indicators, 25 met the selection criteria based on expert assessment, while one indicator was retained following further review by the research team, considering its necessity and alignment with clinical practice guidelines. The final set comprised 26 indicators across five domains: Assessment and classification (3 indicators), pharmacological management (13), non-pharmacological management (3), exacerbation management (1), and patient follow-up (6). *Conclusion:* A set of 26 evidence-based quality indicators for outpatient asthma management was successfully developed through expert consensus. This indicator set provides a practical tool for assessing, monitoring, and improving the quality of outpatient asthma care in Vietnam.

Keywords: Asthma; quality indicators; outpatient care; systematic review; RAND/UCLA Appropriateness Method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh lý hô hấp mạn tính không đồng nhất, đòi hỏi một chiến lược quản lý toàn diện và lâu dài¹. Mục tiêu điều trị HPQ không chỉ kiểm soát tốt các triệu chứng hiện tại mà còn giảm thiểu các nguy cơ trong tương lai, đặc biệt là nguy cơ xuất hiện đợt cấp². Trên thế giới, nhiều quốc gia như Canada, Tây Ban Nha, và Đan Mạch đã xây dựng và áp dụng các bộ chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc HPQ nhằm chuẩn hóa thực hành lâm sàng, lượng hóa mức độ tuân thủ hướng dẫn điều trị và phát hiện các khoảng trống trong quản lý³⁻⁵.

Tại Việt Nam, công tác quản lý HPQ đang ngày càng được chú trọng. Năm 2023, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4032/QĐ-BYT về việc thí điểm “Tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”⁶. Đây là một bước tiến quan trọng, thiết lập 3 chỉ số cốt lõi để đánh giá ở cấp bệnh viện. Tuy nhiên, các tiêu chí này vẫn mang tính cơ bản và chưa phải là một bộ công cụ chuyên biệt, chi tiết để đánh giá toàn diện quá trình sử dụng thuốc trên bệnh nhân điều trị ngoại trú - một trong những khâu quyết định sự thành bại của điều trị mạn tính.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xây dựng và đánh giá bước đầu giá trị nội dung của bộ chỉ số chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú tại Việt Nam thông qua tổng quan hệ thống và đánh giá của hội đồng chuyên gia đa ngành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Bước 1: Tổng quan hệ thống và trích xuất chỉ số.

Các nghiên cứu được tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu PubMed, Google Scholar và các nguồn tài liệu thủ công trong giai đoạn 2010 - 2025, với thời điểm tìm kiếm cuối cùng là ngày 30/11/2025. Chiến lược tìm kiếm trên PubMed sử dụng các từ khóa và từ đồng nghĩa của hen phế quản (*asthma*) với nhóm từ khóa về chỉ số chất lượng và sử dụng thuốc (*quality indicators, drug use indicators, prescribing indicators, drug utilization* và các từ đồng nghĩa), sử dụng toán tử Boolean AND/OR. Google Scholar và tìm kiếm thủ công được sử dụng để bổ sung các tài liệu liên quan chưa được nhận diện qua PubMed.

Các nghiên cứu bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt được lựa chọn nếu báo cáo ít nhất một chỉ số chất lượng hoặc chỉ số sử dụng thuốc cho bệnh nhân hen điều trị ngoại trú; các bài tổng quan, protocol, bình luận và nghiên cứu trên bệnh nhân nội trú được loại trừ. Các tài liệu được quản lý bằng EndNote 21, loại bỏ trùng lặp và sàng lọc qua hai giai đoạn: 1) Đánh giá tiêu đề và tóm tắt, 2) Đánh giá toàn văn theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Các nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn được trích xuất thông tin về đặc điểm nghiên cứu và các chỉ số chất lượng. Các chỉ số sau đó được tổng hợp, loại bỏ trùng lặp và phân loại theo các nhóm nội dung. Việc sàng lọc và trích xuất các nghiên cứu được thực hiện ban đầu bởi 1 nghiên cứu viên, sau đó kết quả được đem ra thảo luận với hai nghiên cứu viên khác để thống nhất.

Bước 2: Xây dựng bộ chỉ số dự thảo.

Các chỉ số thu được từ tổng quan hệ thống được đối chiếu với các khuyến cáo trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản của Bộ Y tế (Quyết định 1851/QĐ-BYT 2020¹, GINA 2025² và Tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản và COPD (Quyết định 4032/QĐ-BYT)⁶. Dựa trên mức độ phù hợp với các hướng dẫn điều trị và khả năng áp dụng trong quản lý hen phế quản ngoại trú tại Việt Nam, các chỉ số được lựa chọn, loại bỏ hoặc bổ sung để xây dựng bộ chỉ số dự thảo. Mỗi chỉ số được chuẩn hóa về tên gọi, định nghĩa, cách tính (tỷ số, mẫu số), căn cứ xây dựng và nguồn dữ liệu thu thập. Các chỉ số sau đó được phân loại thành năm nhóm nội dung gồm: (1) Đánh giá và phân loại bệnh; (2) Biện pháp dùng thuốc; (3) Biện pháp không dùng thuốc; (4) Quản lý đợt cấp; và 5) Theo dõi bệnh nhân.

Bước 3: Xin ý kiến chuyên gia đa ngành.

Nghiên cứu sử dụng quy trình đánh giá và lựa chọn chỉ số dựa trên phương pháp RAND/UCLA và có hiệu chỉnh. Hội đồng chuyên gia đa ngành gồm 9 thành viên, bao gồm 6 bác sĩ chuyên khoa hô hấp/nội chung và 3 dược sĩ lâm sàng đang công tác tại 5 bệnh viện lớn tại Hà Nội (Bách Mai, Đa khoa Đức Giang, Đa khoa Xanh Pôn, Phổi Hà Nội, Phổi Trung Ương) và Trường Đại học Dược Hà Nội, có ít nhất 5 năm kinh nghiệm trong quản lý, điều trị HPQ, được lâm sàng hoặc quản lý chất lượng. Việc đánh giá sử dụng thang điểm Likert-9 để chấm điểm *tính phù hợp* và *tính cần thiết* của từng chỉ số.

Một chỉ số được phân loại là phù hợp và cần thiết khi có điểm trung vị từ 7 - 9 đối với cả hai tiêu chí và *không có bất đồng*. Bất đồng được xác định khi có ít nhất 3 chuyên gia chấm điểm từ 1 - 3 và đồng thời ít nhất 3 chuyên gia chấm điểm từ 7 - 9 đối với cùng một tiêu chí. Các chỉ số có điểm trung vị từ 1 - 3 đối với cả hai tiêu chí và *không có bất đồng* được phân loại là không phù hợp và không cần thiết. Những chỉ số có ít nhất một tiêu chí đạt điểm trung vị từ 4-6 hoặc chưa đạt đồng thuận được nhóm nghiên cứu xem xét trên cơ sở các khuyến cáo thực hành lâm sàng hiện hành, thay vì tổ chức vòng chấm điểm lại của hội đồng chuyên gia như quy trình của RAND/UCLA truyền thống.

Bước 4: Tổng hợp, chỉnh sửa và hoàn thiện.

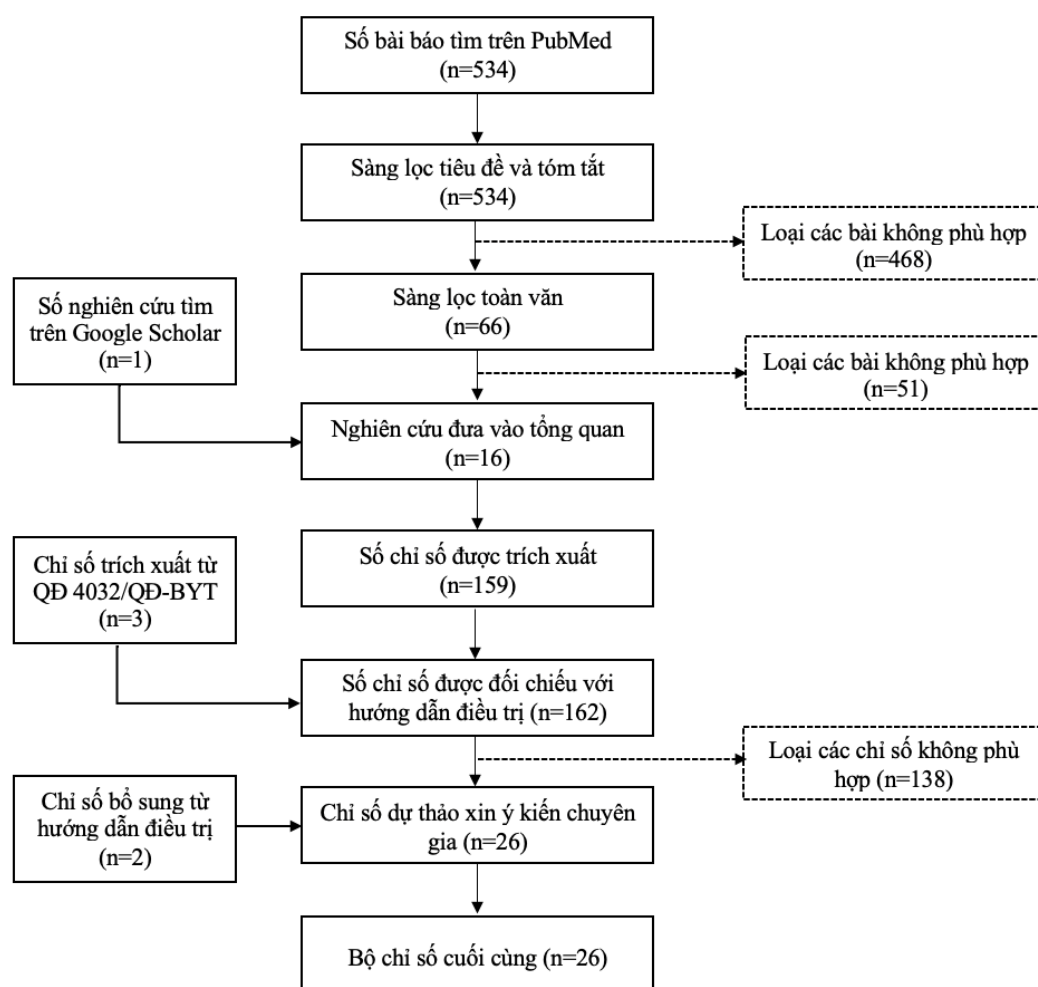
Nhóm nghiên cứu tổng hợp các chỉ số đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn qua đánh giá chuyên gia và các chỉ số được giữ lại sau bước xem xét bổ sung; đồng thời chỉnh sửa tên gọi và định nghĩa chỉ số trên cơ sở ý kiến chuyên gia và các hướng dẫn điều trị hiện hành để hoàn thiện bộ chỉ số cuối cùng.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không thu thập dữ liệu cá nhân của người bệnh và không can thiệp vào quá trình khám chữa bệnh. Các chuyên gia tham gia đánh giá bộ chỉ số trên tinh thần tự nguyện và được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung nghiên cứu trước khi tham gia. Ý kiến của chuyên gia được mã hóa và phân tích dưới dạng tổng hợp nhằm bảo đảm tính bảo mật và ẩn danh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tìm kiếm hệ thống, sàng lọc các nghiên cứu và xây dựng bộ chỉ số

Từ 534 bài báo tìm được trên PubMed và 1 nghiên cứu từ Google Scholar, sau quá trình sàng lọc đã lựa chọn được 16 nghiên cứu đưa vào tổng quan hệ thống. Từ các nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu trích xuất được 159 chỉ số; kết hợp với 3 chỉ số từ Quyết định 4032/QĐ-BYT thu được 162 chỉ số để đối chiếu. Sau khi loại bỏ 138 chỉ số không phù hợp và bổ sung 2 chỉ số xây dựng từ hướng dẫn điều trị, 26 chỉ số dự thảo được đưa ra xin ý kiến chuyên gia và đều được thống nhất đưa vào bộ chỉ số cuối cùng.



Hình 1. Quy trình tìm kiếm, sàng lọc nghiên cứu và xây dựng bộ chỉ số chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú

Bảng 1. Đặc điểm các nghiên cứu trong tổng quan hệ thống

Tác giả (năm)	Quốc gia	Phương pháp xây dựng chỉ số	Số chỉ số	Các nhóm chỉ số chính
To (2010) ³	Canada	Tổng quan tài liệu, sau đó đánh giá bằng phương pháp RAND/UCLA/ UCLA cải biên	18	Đánh giá kiểm soát, sử dụng thuốc, quản lý đợt cấp, biện pháp không dùng thuốc, theo dõi tái khám.
Ruiz-Canela-Cáceres (2015) ⁴	Tây Ban Nha	Phương pháp RAND/UCLA/Delphi sửa đổi, kết hợp đánh giá chuyên gia	46	Đánh giá và phân loại, sử dụng thuốc, quản lý đợt cấp, biện pháp không dùng thuốc, theo dõi, kế hoạch hành động.
Quirce (2017) ⁷	Tây Ban Nha	Đồng thuận chuyên gia đa ngành	20	Chẩn đoán, đánh giá/phân loại, điều trị dùng thuốc, điều trị không dùng thuốc, theo dõi, tuân thủ điều trị.

Tác giả (năm)	Quốc gia	Phương pháp xây dựng chỉ số	Số chỉ số	Các nhóm chỉ số chính
Backer (2016) ⁵	Đan Mạch	Xây dựng cơ sở dữ liệu chất lượng lâm sàng quốc gia	10	Theo dõi, đánh giá chức năng hô hấp, sử dụng thuốc, quản lý đợt cấp, tình trạng hút thuốc.
Hansen (2016) ⁸	Đan Mạch	Lựa chọn chỉ số bởi ban điều hành chuyên gia dựa trên bằng chứng y văn	9	Theo dõi, sử dụng thuốc, test dị ứng, tình trạng hút thuốc, nhập viện cấp cứu.
Steppuhn (2016) ⁹	Đức	Không xây dựng bộ chỉ số mới; áp dụng tiêu chí đánh giá thực hành quản lý hen phế quản	7	Sử dụng thuốc, kỹ thuật hít, kế hoạch quản lý hen phế quản, đánh giá hút thuốc, cai thuốc lá, tái khám.
Sullivan (2019) ¹⁰	Hoa Kỳ	Không xây dựng bộ chỉ số mới; sử dụng các chỉ tiêu về kiểm soát	5	Quản lý đợt cấp, sử dụng thuốc kiểm soát, thuốc cắt cơn, corticosteroid toàn thân.
Slejko (2014) ¹¹	Hoa Kỳ	Không xây dựng bộ chỉ số mới; áp dụng chỉ báo kiểm soát hen phế quản kém	7	Đánh giá kiểm soát hen phế quản, sử dụng thuốc kiểm soát, thuốc cắt cơn, đợt cấp.
Zeiger (2017) ¹²	Hoa Kỳ	Không xây dựng bộ chỉ số mới; sử dụng chỉ số từ tiêu chuẩn lâm sàng và dữ liệu thực hành	4	Sử dụng thuốc kiểm soát, corticosteroid đường toàn thân, tuân thủ/đủ thuốc, đợt cấp.
Gonzales-Javier (2025) ¹³	Philippines	Không xây dựng bộ chỉ số mới; đánh giá thực hành kê đơn theo khuyến cáo	9	Sử dụng SABA, ICS, ICS/LABA, kháng sinh, kê đơn theo nhóm tuổi.
Khakban (2013) ¹⁴	Canada	Không xây dựng mới; sử dụng chỉ số cân bằng thuốc kiểm soát/thuốc cắt cơn	2	Tỷ lệ thuốc kiểm soát/tổng thuốc, sử dụng SABA không phù hợp.
Sadatsafavi (2017) ¹⁵	Canada	Không xây dựng mới; sử dụng chỉ số dựa trên bằng chứng và hướng dẫn điều trị	3	SABA không phù hợp, SABA quá mức, tỷ lệ ICS/tổng thuốc.
Cicutto (2014) ¹⁶	Hoa Kỳ	Không xây dựng bộ chỉ số mới; sử dụng tiêu chí thực hành theo hướng dẫn	6	Đánh giá kiểm soát, điều trị theo bậc, kỹ thuật hít, kế hoạch hành động, tái khám, chức năng hô hấp.
To (2015) ¹⁷	Canada	Không xây dựng mới; áp dụng chỉ số chất lượng chăm sóc hen phế quản	6	Sử dụng thuốc, quản lý đợt cấp, theo dõi, kết quả quy trình và kết quả sức khỏe.
Arnlin (2010) ¹⁸	Thụy Điển	Không xây dựng mới; đánh giá mức độ phù hợp với hướng dẫn	3	Khởi trị LABA/ICS, LABA không kèm ICS, kê đơn SABA.
Hull (2016) ¹⁹	Vương quốc Anh	Không xây dựng mới; sử dụng chỉ số kê đơn và kết cục nhập viện	4	SABA quá mức, thuốc kiểm soát, LABA không kèm ICS; Quản lý quy trình chăm sóc

Có 16 nghiên cứu được đưa vào tổng quan hệ thống, được công bố trong giai đoạn 2010–2025, chủ yếu đến từ Canada (4 nghiên cứu), Hoa Kỳ (5 nghiên cứu), Tây Ban Nha (2 nghiên cứu) và Đan Mạch (2 nghiên cứu). Trong đó, 5 nghiên cứu tập trung phát triển bộ chỉ số chất lượng bằng các phương pháp đồng thuận chuyên gia (RAND/UCLA, Delphi hoặc đồng thuận đa ngành), trong khi 11 nghiên cứu áp dụng các bộ chỉ số hoặc tiêu chí có sẵn để đánh giá chất lượng quản lý hen phế quản. Số lượng chỉ số được xây dựng hoặc sử dụng dao động từ 2 đến 46 chỉ số. Các nhóm chỉ số tập trung chủ yếu vào đánh giá và phân loại hen, sử dụng thuốc, quản lý đợt cấp, các biện pháp không dùng thuốc và theo dõi tái khám.

Bảng 2. Kết quả sàng lọc các chỉ số tiềm năng theo nhóm nội dung

Nhóm nội dung	Trích xuất từ tổng quan	Loại sau khi đối chiếu	Đưa vào bộ dự thảo
Chẩn đoán	10	10	0
Đánh giá và phân loại	24	21	3
Biện pháp dùng thuốc	65	52	13
Biện pháp không dùng thuốc	9	6	3
Quản lý đợt cấp	19	18	1
Theo dõi bệnh nhân	35	29	6
Nguồn lực y tế	2	2	0
Tổng	164	138	26

Sau quá trình sàng lọc, 26 trong tổng số 164 chỉ số tiềm năng được lựa chọn đưa vào bộ chỉ số dự thảo. Trong đó, nhóm *biện pháp dùng thuốc* chiếm tỷ lệ lớn nhất với 13/26 chỉ số (50,0%), tiếp theo là *theo dõi bệnh nhân* với 6 chỉ số (23,1%), *đánh giá và phân loại* với 3 chỉ số (11,5%), *biện pháp không dùng thuốc* với 3 chỉ số (11,5%) và *quản lý đợt cấp* với 1 chỉ số (3,8%). Các chỉ số thuộc nhóm chẩn đoán và nguồn lực không được đưa vào bộ chỉ số dự thảo do không phù hợp với phạm vi đánh giá chất lượng quản lý điều trị hen phế quản ngoại trú dựa trên dữ liệu cá thể.

3.2. Kết quả đánh giá của hội đồng chuyên gia đối với bộ chỉ số dự thảo

Bảng 3. Kết quả đánh giá của hội đồng chuyên gia đa ngành đối với các chỉ số dự thảo

TT	Nội dung chỉ số	Phù hợp, trung vị	Cần thiết, trung vị	Bất đồng	Giữ lại
Phần 1. Đánh giá và phân loại					
1	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được đánh giá tình trạng dị ứng hoặc có chẩn đoán bệnh dị ứng đường hô hấp trên	6	9	Không	Xem xét
2	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản có theo dõi lưu lượng đỉnh PEF	8	9	Không	Có
3	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được phân bậc điều trị trong 12 tháng qua	8	9	Không	Có

TT	Nội dung chỉ số	Phù hợp, trung vị	Cần thiết, trung vị	Bất đồng	Giữ lại
Phần 2. Biện pháp dùng thuốc					
4	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được kê đơn SABA nhiều, với ngưỡng ≥ 3 bình/năm	8	9	Không	Có
5	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản có sử dụng corticosteroid toàn thân trong 12 tháng qua	8	9	Không	Có
6	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản có nguy cơ cao nhưng chưa được điều trị bằng thuốc kiểm soát	8	9	Không	Có
7	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản sử dụng LABA hoặc LAMA đơn độc, không kèm ICS	8	9	Không	Có
8	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản đồng mắc viêm mũi dị ứng được điều trị phối hợp thuốc xịt mũi hoặc kháng histamin	7	8	Không	Có
9	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản nặng không kiểm soát được điều trị bổ sung LAMA hoặc thuốc sinh học phù hợp kiểu hình	8	8	Không	Có
10	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản sử dụng SABA đơn trị liệu	7	8	Không	Có
11	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản mức độ nhẹ, bậc 1–2, được chỉ định ICS-formoterol khi cần thiết	8	9	Không	Có
12	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản mức độ trung bình, bậc 3–4, được điều trị duy trì bằng ICS/LABA hàng ngày	8	9	Không	Có
13	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được điều trị bằng thuốc kiểm soát trong 12 tháng qua	9	9	Không	Có
14	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được kiểm tra kỹ thuật sử dụng thuốc dạng hít định kỳ trong vòng 6 tháng gần đây	9	9	Không	Có
15	Tỷ lệ bệnh nhân có kỹ thuật hít đúng dựa trên bằng kiểm dụng cụ hít tương ứng	9	9	Không	Có

TT	Nội dung chỉ số	Phù hợp, trung vị	Cần thiết, trung vị	Bất đồng	Giữ lại
16	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được đánh giá mức độ tuân thủ điều trị trong 12 tháng qua	8	9	Không	Có
Phần 3. Biện pháp không dùng thuốc					
17	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được tiêm phòng cúm trong vòng 12 tháng qua	8	9	Không	Có
18	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được đánh giá tình trạng hút thuốc/phơi nhiễm khói thuốc trong vòng 12 tháng qua	9	9	Không	Có
19	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản đang hút thuốc được nhận tư vấn cai thuốc trong 12 tháng qua	9	9	Không	Có
Phần 4. Quản lý đợt cấp					
20	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản có ít nhất một đợt cấp phải cấp cứu tại cơ sở y tế trong 12 tháng qua	9	9	Không	Có
Phần 5. Theo dõi bệnh nhân					
21	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản tái khám theo hẹn ít nhất một lần trong 12 tháng qua	9	9	Không	Có
22	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được thực hiện thăm dò chức năng hô hấp FEV ₁ và FVC trong vòng 12 tháng qua	9	9	Không	Có
23	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được giáo dục sức khỏe và cung cấp bản kế hoạch hành động hen phế quản	9	9	Không	Có
24	Tỷ lệ các lần tái khám hen phế quản có đánh giá mức độ kiểm soát hen phế quản	9	9	Không	Có
25	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được tăng bậc điều trị khi kiểm soát không tốt	9	9	Không	Có
26	Tỷ lệ bệnh nhân hen phế quản được giảm bậc điều trị khi kiểm soát tốt	9	9	Không	Có

Hội đồng gồm 9 chuyên gia đã đánh giá 26 chỉ số dự thảo về tính phù hợp và tính cần thiết. Kết quả cho thấy tất cả 26 chỉ số đều đạt được sự đồng thuận, không ghi nhận bất đồng giữa các chuyên gia và được giữ lại trong bộ chỉ số cuối cùng. Điểm trung vị về tính phù hợp dao động từ 6 đến 9, trong khi điểm trung vị về tính cần thiết dao động từ 8 đến 9. Trong số 26 chỉ số, 13 chỉ số đạt điểm trung vị 9 cho cả tính phù hợp và tính cần thiết, chủ yếu thuộc các nhóm biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc, quản lý đợt cấp và theo dõi bệnh nhân, phản ánh sự đồng thuận rất cao của hội đồng chuyên gia đối với các nội dung này. Chỉ số số 1 đánh giá tình trạng dị ứng hoặc bệnh dị ứng đường hô hấp trên có điểm trung vị về tính phù hợp là 6, chưa đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn ban đầu, tuy nhiên điểm trung vị về tính cần thiết là 9. Chỉ số này được nhóm nghiên cứu tiếp tục xem xét và thảo luận. Trên cơ sở tính cần thiết và sự phù hợp của nội dung chỉ số với nhu cầu đánh giá chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú theo các hướng dẫn hiện hành, nhóm nghiên cứu thống nhất giữ lại chỉ số trong bộ chỉ số cuối cùng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được bộ chỉ số chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú thông qua quy trình gồm tổng quan hệ thống, đối chiếu với hướng dẫn điều trị và đánh giá đồng thuận của hội đồng chuyên gia. Cách tiếp cận này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế, giúp kết hợp bằng chứng khoa học với tính phù hợp trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu áp dụng phương pháp RAND/UCLA có hiệu chỉnh, trong đó 9 chuyên gia đánh giá tính phù hợp và tính cần thiết của các chỉ số qua một vòng chấm điểm; các chỉ số chưa đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn ban đầu được nhóm nghiên cứu xem xét dựa trên khuyến cáo điều trị hiện hành thay vì tổ chức vòng đánh giá lại. Đây là điểm khác biệt so với quy trình RAND/UCLA truyền thống, tuy nhiên do chỉ có 1 chỉ số chưa đạt yêu cầu về tính phù hợp, nên việc hiệu chỉnh này không ảnh hưởng đáng kể đến mức độ đồng thuận đối với cả bộ chỉ số. Việc kết hợp bằng chứng quốc tế với

hướng dẫn của Bộ Y tế và GINA giúp xây dựng bộ chỉ số phù hợp với bối cảnh Việt Nam, bao quát các khía cạnh từ đánh giá bệnh, điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc đến quản lý đợt cấp và theo dõi người bệnh.

Tổng quan hệ thống đã xác định được 16 nghiên cứu liên quan, trong đó chỉ có 5 nghiên cứu tập trung xây dựng bộ chỉ số mới, còn lại chủ yếu sử dụng các chỉ số có sẵn để đánh giá chất lượng chăm sóc. Điều này phản ánh rằng việc phát triển bộ chỉ số là một lĩnh vực tương đối chuyên biệt và đòi hỏi quy trình phương pháp luận chặt chẽ. Việc nghiên cứu kế thừa các bộ chỉ số đã được công bố ở nhiều quốc gia nhưng đồng thời rà soát lại theo hướng dẫn điều trị và bối cảnh Việt Nam giúp hạn chế việc sao chép nguyên mẫu các bộ chỉ số quốc tế - tiềm ẩn nhiều điểm không phù hợp với thực hành tại Việt Nam, nâng cao tính ứng dụng của bộ chỉ số trong điều kiện thực hành trong nước.

Trong 26 chỉ số cuối cùng, nhóm chỉ số về biện pháp dùng thuốc chiếm một nửa tổng số chỉ số (13/26), tiếp theo là nhóm theo dõi bệnh nhân (6/26). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của To (2010)³, Ruiz-Canela-Cáceres (2015)⁴ và Quirce (2017)⁷ khi phần lớn các chỉ số chất lượng đều tập trung vào việc tối ưu hóa điều trị bằng thuốc, theo dõi kiểm soát hen và phòng ngừa đợt cấp. Điều này phản ánh sự thay đổi trong quan điểm quản lý hen phế quản những năm gần đây. Nếu trước đây các chỉ số chất lượng chủ yếu tập trung vào chẩn đoán hoặc chức năng hô hấp thì các khuyến cáo GINA hiện nay nhấn mạnh việc sử dụng thuốc kiểm soát chứa corticosteroid dạng hít, hạn chế lạm dụng SABA, đánh giá kỹ thuật hít, tuân thủ điều trị và điều chỉnh bậc điều trị dựa trên mức độ kiểm soát hen. Vì vậy, việc nhóm chỉ số điều trị dùng thuốc chiếm ưu thế trong bộ chỉ số là hoàn toàn phù hợp với bằng chứng hiện nay.

Ngược lại, các chỉ số thuộc nhóm chẩn đoán và nguồn lực y tế đều bị loại bỏ trong quá trình sàng lọc. Đây không phải vì các nội dung này không quan trọng mà do nghiên cứu hướng tới xây dựng bộ chỉ số đánh giá chất lượng quản lý điều trị ngoại trú trên từng người bệnh. Các chỉ số chẩn đoán thường chỉ

được đánh giá một lần khi xác lập bệnh, trong khi các chỉ số về nguồn lực (nhân lực, trang thiết bị, tổ chức) phản ánh chất lượng ở cấp cơ sở y tế hơn là chất lượng chăm sóc ở cấp người bệnh. Việc loại bỏ hai nhóm chỉ số này giúp bộ chỉ số tập trung hơn vào các quá trình chăm sóc có thể cải thiện thông qua thực hành lâm sàng.

Một trong những kết quả nổi bật của nghiên cứu là tất cả 26 chỉ số đều đạt đồng thuận và được giữ lại sau đánh giá của hội đồng chuyên gia. Hầu hết các chỉ số có điểm trung vị về tính phù hợp và tính cần thiết từ 8,5 - 9 điểm, cho thấy các chuyên gia đánh giá rất cao giá trị của các chỉ số đối với thực hành quản lý hen ngoại trú. Sự đồng thuận cao có thể được giải thích bởi ba yếu tố. Thứ nhất, các chỉ số đều được lựa chọn từ các nghiên cứu đã được công bố và các hướng dẫn điều trị có chất lượng cao nên đã có nền tảng bằng chứng vững chắc. Thứ hai, trước khi xin ý kiến chuyên gia, nhóm nghiên cứu đã loại bỏ phần lớn các chỉ số trùng lặp hoặc không phù hợp với phạm vi nghiên cứu, do đó danh mục đưa vào đánh giá đã tương đối tinh gọn. Thứ ba, hội đồng chuyên gia bao gồm các bác sĩ hô hấp và dược sĩ lâm sàng có nhiều kinh nghiệm trong điều trị hen, tạo điều kiện đánh giá chỉ số từ cả góc độ chuyên môn và khả năng triển khai trong thực hành.

Đáng chú ý, chỉ số đánh giá tình trạng dị ứng hoặc bệnh dị ứng đường hô hấp trên có điểm phù hợp thấp hơn các chỉ số khác, mặc dù vẫn được đánh giá cần thiết và được giữ lại. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt giữa các cơ sở điều trị về khả năng khai thác bệnh sử dị ứng hoặc mức độ sẵn có của các xét nghiệm dị ứng trong thực hành thường quy. Tuy nhiên, vì bệnh dị ứng đường hô hấp trên có mối liên quan chặt chẽ với kiểm soát hen và được khuyến cáo đánh giá trong GINA 2025² nên các chuyên gia vẫn đánh giá các chỉ số này là phù hợp và cần thiết.

Bộ chỉ số của nghiên cứu được xây dựng để có thể áp dụng trong bối cảnh quản lý hen ngoại trú tại Việt Nam. Các chỉ số được định nghĩa rõ ràng, có khả năng tính toán cao dựa trên các thông tin có thể thu thập từ hồ sơ bệnh án và dữ liệu quản lý người bệnh, tạo tiền đề cho việc tích hợp vào hệ thống

đánh giá chất lượng bệnh viện hoặc hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử trong tương lai. Mặc dù vậy, nghiên cứu mới dừng lại ở việc đánh giá giá trị nội dung (content validity) thông qua tổng quan hệ thống và đồng thuận chuyên gia. Để khẳng định giá trị ứng dụng của bộ chỉ số, cần tiếp tục đánh giá tính khả thi (feasibility), độ tin cậy (reliability) và khả năng phân biệt chất lượng chăm sóc giữa các cơ sở (discriminative validity) khi áp dụng trên dữ liệu thực tế. Do nghiên cứu hiện tập trung vào xây dựng và lựa chọn bộ chỉ số dựa trên bằng chứng và ý kiến chuyên gia, việc chuẩn hóa đặc tả từng chỉ số, bao gồm định nghĩa, tử số, mẫu số, nguồn dữ liệu và chu kỳ đánh giá, cũng như đánh giá tính khả thi và độ tin cậy trong thực hành, cần tiếp tục được thực hiện trước khi áp dụng trên thực tế. Đây cũng là những bước tiếp theo được khuyến nghị trong quy trình phát triển bộ chỉ số chất lượng và sẽ là cơ sở để bộ chỉ số được sử dụng trong giám sát chất lượng chăm sóc hen phế quản tại các cơ sở y tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng bộ 26 chỉ số chất lượng quản lý hen phế quản ngoại trú dựa trên bằng chứng và đồng thuận chuyên gia. Bộ chỉ số bao quát các lĩnh vực cốt lõi của quản lý hen và có tiềm năng ứng dụng trong đánh giá, giám sát và cải thiện chất lượng chăm sóc tại các cơ sở khám chữa bệnh ở Việt Nam. Các nghiên cứu tiếp theo cần đánh giá tính khả thi và giá trị đo lường của bộ chỉ số khi triển khai trên dữ liệu thực tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020) *Quyết định số 1851/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi"*.
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025. <https://ginasthma.org>
3. To T, Guttman A, Loughheed MD et al (2010) *Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: A modified RAND Appropriateness Method*. International Journal for Quality in Health Care 22(6): 476-485.

4. Ruiz-Canela-Cáceres J, Aquino-Llinares N, Sánchez-Díaz J, García-Gestoso M, de Jaime-Revuelta M, Praena-Crespo M (2015) *Indicators for childhood asthma in Spain, using the Rand method*. Allergologia et immunopathologia 43(2): 147-156.
5. Backer V, Lykkegaard J, Bodtger U, Agertoft L, Korshoej L, Braüner EV (2016) *The Danish National Database for Asthma*. Clin Epidemiol 8: 601-606. doi:10.2147/clep.S99494
6. Bộ Y tế (2023) *Quyết định số 4032/QĐ-BYT ngày 01/11/2023 về việc ban hành thí điểm “Tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”*.
7. Quirce S, Delgado J, Entrenas LM et al (2017) *Quality indicators of asthma care derived from the Spanish guidelines for asthma management (GEMA 4.0): A multidisciplinary team report*. Journal of investigational allergology & clinical immunology 27(1): 69-73.
8. Hansen S, Hoffmann-Petersen B, Sverrild A et al *The Danish National Database for Asthma: establishing clinical quality indicators*. European Clinical Respiratory Journal 3(1): 33903.
9. Steppuhn H, Langen U, Mueters S et al (2016) *Asthma management practices in adults-findings from the German Health Update (GEDA) 2010 and the German National Health Interview and Examination Survey (DEGS1) 2008-2011*. J Asthma 53(1): 50-61. doi:10.3109/02770903.2015.1059853
10. Sullivan PW, Ghushchyan V, Kavati A, Navaratnam P, Friedman HS, Ortiz B (2019) *Trends in Asthma Control, Treatment, Health Care Utilization, and Expenditures Among Children in the United States by Place of Residence: 2003-2014*. J Allergy Clin Immunol Pract 7(6): 1835-1842.e2. doi:10.1016/j.jaip.2019.01.055
11. Slejko JF, Ghushchyan VH, Sucher B et al (2014) *Asthma control in the United States, 2008-2010: indicators of poor asthma control*. J Allergy Clin Immunol. 133(6): 1579-1587. doi:10.1016/j.jaci.2013.10.028
12. Zeiger RS, Schatz M, Li Q, Chen W, Khatry DB, Tran TN (2017) *Burden of Chronic Oral Corticosteroid Use by Adults with Persistent Asthma*. J Allergy Clin Immunol Pract 5(4): 1050-1060. doi:10.1016/j.jaip.2016.12.023
13. Gonzales-Javier GTK, Dans LF, Tanega-Aliling K, et al (2025) *Clinical Profile and Prescribing Patterns of Therapy in Children with Bronchial Asthma in a Rural Site in the Philippines: A Retrospective Cohort Study*. Acta Med Philipp 59(1): 84-90. doi:10.47895/amp.vi0.8536
14. Khakban A, FitzGerald JM, Tavakoli H, Lynd L, Ehteshami-Afshar S, Sadatsafavi M (2019) *Extent, trends, and determinants of controller/reliever balance in mild asthma: A 14-year population-based study*. Respir Res 20(1): 44. doi:10.1186/s12931-019-1007-0
15. Sadatsafavi M, Tavakoli H, Lynd L, FitzGerald JM (2017) *Has asthma medication use caught up with the evidence?: A 12-year population-based study of trends*. Chest 151(3): 612-618.
16. Cicutto L, Dingae MB, Langmack EL (2014) *Improving asthma care in rural primary care practices: A performance improvement project*. J Contin Educ Health Prof. Fall 34(4): 205-214. doi:10.1002/chp.21254
17. To T, Guan J, Zhu J et al (2015) *Quality of asthma care under different primary care models in Canada: A population-based study*. BMC Family Practice 16(1): 19.
18. Arnlinde MH, Wettermark B, Nokela M, Hjemdahl P, Rehnberg C, Jonsson EW (2010) *Regional variation and adherence to guidelines for drug treatment of asthma*. Eur J Clin Pharmacol 66(2): 187-198. doi:10.1007/s00228-009-0731-7
19. Hull SA, McKibben S, Homer K, Taylor SJ, Pike K, Griffiths C (2016) *Asthma prescribing, ethnicity and risk of hospital admission: An analysis of 35,864 linked primary and secondary care records in East London*. NPJ Prim Care Respir Med 26:16049. doi:10.1038/npjpcrm.2016.49