

PHÂN TÍCH VIỆC DỰ PHÒNG LOÉT TIÊU HÓA DO STRESS BẰNG THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Cao Thị Thu Huyền¹, Nguyễn Thùy Dương², Nguyễn Thanh Hiền², Nguyễn Thị Tuyền¹, Nguyễn Hoàng Anh¹, Dương Trọng Hiền², Lưu Quang Thùy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu nhằm phân tích tính phù hợp của việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) trong dự phòng loét đường tiêu hóa do stress (SUP) trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có thời gian xuất viện trong tháng 3/2021. Trong số 135 bệnh nhân được đưa vào mẫu nghiên cứu, tỷ lệ chỉ định phù hợp tại thời điểm khởi đầu PPI là 29,6% và tỷ lệ chỉ định phù hợp khi đánh giá trong suốt quá trình điều trị là 77,0%. Tỷ lệ liều dùng PPI phù hợp là 99,1% và đường dùng hợp lý là 74,8%, trong khi thời gian dự phòng hợp lý chiếm 37,5%. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc xây dựng một hướng dẫn dự phòng loét tiêu hóa trên những đối tượng bệnh nhân nặng, bao gồm cả bệnh nhân ngoài khối Hồi sức, là rất cần thiết nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Dự phòng loét do stress (SUP), thuốc ức chế bơm proton (PPI)

SUMMARY

THE USE OF PROTON PUMP INHIBITORS FOR STRESS ULCER PROPHYLAXIS IN VIET DUC HOSPITAL

This retrospective study was conducted to evaluate the appropriate use of proton pump inhibitors (PPIs) for stress ulcer prophylaxis (SUP) in inpatients discharged from Viet Duc Hospital in March 2021. Of 135 patients included in the study, the proportion of rational prescription for SUP at the beginning of PPI use and throughout the whole treatment period were 29.6% and 77.0%, respectively. Appropriate PPI dosing was 99.1%, appropriate administration route was 74.8%, and appropriate time of use was 37.5% of patients. The study results show that a SUP guideline for clinically ill patients including non-ICU patients is essential to promote prescription quality and patient safety.

Keywords: Stress ulcer prophylaxis (SUP), proton pump inhibitors (PPIs)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tiêu hóa do stress là bệnh lý được ghi nhận tại các đơn vị Hồi sức tích cực (ICU) cũng như các khoa lâm sàng khác có điều trị bệnh nhân nặng [5]. Là bệnh viện ngoại khoa tuyến

cấp, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thường xuyên tiếp nhận bệnh nhân nặng từ tuyến dưới chuyển lên và có chỉ định phẫu thuật. Trên đối tượng bệnh nhân ngoại khoa, ngoài stress và phản ứng đau do phẫu thuật mang lại, bệnh nhân còn chịu ảnh hưởng bởi những yếu tố tác động đến niêm mạc đường tiêu hóa như thay đổi về dinh dưỡng do thời gian nhịn ăn chuẩn bị trước, trong và sau mổ, và các thuốc dùng kèm. Dự phòng loét tiêu hóa do stress (SUP) chỉ được coi là cần thiết đối với những người có nguy cơ cao, nếu không có thể dẫn đến tình trạng chỉ định quá mức [9]. Trong khi đó, các hướng dẫn, khuyến cáo về đối tượng cần chỉ định và phác đồ cho SUP thay đổi theo thời gian với nhóm thuốc ức chế bơm proton (PPI) dần chiếm vị trí ưu tiên bên cạnh thuốc kháng histamin H₂ [2], [3]. Việc sử dụng PPI không phù hợp có thể tiềm ẩn các nguy cơ gia tăng mắc viêm phổi hoặc nhiễm khuẩn *C. difficile* [2]. Nghiên cứu tại một bệnh viện ở Hoa Kỳ cho thấy 68,1% bệnh nhân đã được chỉ định dự phòng ngay cả khi không có yếu tố nguy cơ [6]. Tuy nhiên, vẫn chưa có đánh giá tổng thể cho việc chỉ định SUP trên bệnh nhân nặng nói chung, đặc biệt là bệnh nhân ngoài khối Hồi sức. Nhằm cung cấp các dữ liệu, thông tin cần thiết để định hướng can thiệp phù hợp, thúc đẩy sử dụng hợp lý phác đồ PPI trong thực hành lâm sàng, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Phân tích tính phù hợp của việc dự phòng loét tiêu hóa do stress bằng thuốc ức chế bơm proton (PPI) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh án điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có chỉ định PPI có thời gian ra viện từ ngày 01/03/2021 đến ngày 31/03/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Thời gian nằm viện < 3 ngày; (2) Bệnh nhân < 18 tuổi; (3) Chỉ định PPI để điều trị bệnh đường tiêu hóa (viêm loét dạ dày, tá tràng, thực quản, hội chứng Zollinger - Elison, hội chứng trào ngược thực quản, xuất huyết tiêu hóa), hoặc phổi hợp với kháng sinh trong điều trị *H.pylori*; (4) Chỉ định PPI trong dự

¹Trung tâm DI & ADR Quốc gia

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluoquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

phòng loét do NSAIDs (có ít nhất 1 yếu tố như: > 65 tuổi; tiền sử loét tiêu hóa trong vòng 1 năm trở lại; sử dụng NSAIDs liều cao hàng ngày (\geq 2400 mg ibuprofen, 150 mg diclofenac, 1800 mg indomethacin, 21mg piroxicam, 1000mg naproxen hoặc 1250 mg acid mefenamic); đang sử dụng aspirin (cả ở liều thấp), corticosteroid hoặc thuốc chống đông đường tiêm/uống) [7]; (5) Bệnh án không tiếp cận được, hoặc không có đầy đủ thông tin.

Thu thập dữ liệu nghiên cứu. Dựa trên phần mềm của bệnh viện, mã hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân nội trú có chỉ định PPI được sàng lọc theo các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Các chỉ tiêu mô tả bao gồm: Đặc điểm chung của bệnh nhân, các yếu tố nguy

cơ loét do stress, đặc điểm về sử dụng PPI (hoạt chất, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng).

Tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu

- Chỉ định: Chỉ định được coi là phù hợp khi bệnh nhân xuất hiện ít nhất một (hoặc một nhóm) yếu tố nguy cơ (YTNC) thỏa mãn tiêu chí đánh giá về chỉ định của nghiên cứu. Bộ tiêu chí được xây dựng căn cứ trên 02 hướng dẫn điều trị (HDĐT) về SUP của: (1) Tạp chí BMJ; (2) Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam và Hội Khoa học tiêu hóa Việt Nam [3], [12]. Theo đó, bệnh nhân được chỉ định SUP nếu có ít nhất 1 YTNC chính, hoặc ít nhất 2 YTNC phụ (Bảng 1). Tính phù hợp được đánh giá tại thời điểm khởi đầu sử dụng PPI và xét trong toàn quá trình điều trị ở bất kể thời điểm nào.

Bảng 1. Tiêu chí về chỉ định

	Nhóm YTNC	HDĐT
YTNC chính	Thông khí nhân tạo > 48 giờ	[12]
	Thở máy không kèm nuôi dưỡng đường tiêu hóa	[3]
	Bệnh nặng với APACHE II \geq 8 điểm, kém dung nạp với dinh dưỡng đường tiêu hóa (có đau bụng, chướng bụng, trào ngược dạ dày thực quản, nôn ói, tiêu chảy, dịch tồn dư > 200 ml)	[3]
	Bệnh gan mạn (tăng áp lực tĩnh mạch cửa; xơ gan được xác định qua sinh thiết, chụp cắt lớp, siêu âm; tiền sử giãn vỡ tĩnh mạch thực quản; bệnh não gan)	[12]
	Rối loạn đông máu (Tiểu cầu < 50.000 tế bào/mm ³ , INR >1,5, APTT B/C > 2)	[3], [12]
	Chấn thương sọ não (Glasgow \leq 8)	[3]
	Bỏng với BSA > 35%	[3]
\geq 2 YTNC phụ	Điều trị corticosteroid (tương đương \geq 250 mg hydrocortison/ngày)	[3]
	Bệnh gan mạn (tiền sử xơ gan, giãn tĩnh mạch thực quản, hội chứng não gan)	
	Đa chấn thương (ISS \geq 16)	
	Sepsis (SOFA \geq 2)	
	Suy thận cấp/mạn được điều trị lọc máu cấp cứu, lọc máu liên tục	
	Sốc (điều trị thuốc vận mạch, lactat máu \geq 4mmol/l, huyết áp trung bình < 70mmHg)	
	Sepsis (SOFA \geq 2)	[12]
	Thở máy kèm nuôi dưỡng tiêu hóa	
	Suy thận cấp	
	Sốc	
Thở máy kèm nuôi dưỡng đường tiêu hóa		

YTNC: Yếu tố nguy cơ; APACHE II: Acute physiology and Chronic Health Evaluation II - Đánh giá mức độ nặng và tiên lượng bệnh;
 APTT: Activated Partial Thromboplastin Time - Thời gian thromboplastin hoạt hóa một phần;
 BSA: Burn Surface Area -Diện tích bề mặt cơ thể;
 INR: International Normalized Ratio - Chỉ số bình thường hóa quốc tế;
 ISS: Injury Severity Score - Điểm đánh giá độ nặng chấn thương;
 SOFA: Sequential Organ Failure Assessment - Đánh giá hậu quả suy đa tạng.

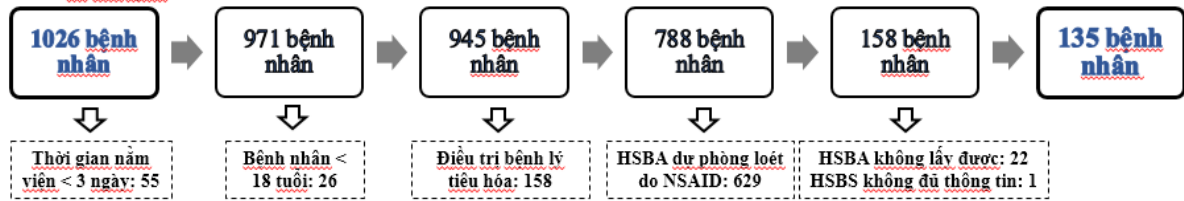
- Liều dùng và đường dùng: Đánh giá theo các lượt kê được chỉ định SUP phù hợp [3].

- Thời gian sử dụng: Đánh giá trên bệnh nhân có chỉ định phù hợp tại thời điểm khởi đầu PPI. Thời gian được coi là phù hợp nếu bệnh nhân được ngừng PPI khi: các YTNC được kiểm soát/ không còn hiện diện YTNC; dung nạp tốt với nuôi ăn đường tiêu hóa [3].

Xử lý số liệu. Dữ liệu được xử lý tổng kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Các biến số được mô tả dưới dạng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) hoặc tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh án ra viện tháng 3/2021 có chỉ định PPI



Hình 1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

Quá trình chọn mẫu nghiên cứu được trình bày trong Hình 1. Từ dữ liệu phần mềm lưu trữ tại bệnh viện, có 1206 bệnh án nội trú ra viện được sàng lọc. Sau khi loại các trường hợp không thỏa mãn tiêu chuẩn, lựa chọn được 135 bệnh nhân để đưa vào phân tích.

Bảng 2. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng (%) (n=135)
Độ tuổi (năm, trung vị [tứ phân vị])	58,0 (40,0-65,0)
Giới tính nam	86 (63,7)
Thời gian nằm viện (ngày, trung vị [tứ phân vị])	14,0 (8,0-24,0)
Chẩn đoán nhập viện	
Đa chấn thương	33(24,4)
Tổn thương sọ não (chấn thương sọ não, xuất huyết não...)	23(17,0)
Ung thư (gan, tụy, buồng trứng, đại tràng, bàng quang...)	16(11,9)
Bệnh tim mạch (hẹp hở hai lá, Osler tim, suy tim...)	15(11,1)
Chẩn đoán khác (viêm phúc mạc, sỏi mật, sỏi thận, tắc ruột sau mổ...)	48(35,6)

Khối lâm sàng	
Khối Hồi sức, hồi tỉnh	99(73,3)
Khối Tiêu hóa (Ung bướu, Phẫu thuật cấp cứu tiêu hóa, Phẫu thuật gan mật)	27(20,0)
Các khối khác (Thần kinh, Chấn thương, Thận, tiết niệu, Tim mạch)	9(6,7)
Tình trạng phẫu thuật	
Phẫu thuật thần kinh, cột sống	41(30,4)
Phẫu thuật tim mạch, lồng ngực	23 (17,0)
Phẫu thuật tiêu hóa	19 (14,1)
Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình	12 (8,9)
Phẫu thuật khác (cắt bàng quang, sỏi thận...)	4 (3,0)

Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu. Các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày ở Bảng 2. Trung vị tuổi là 58 tuổi, đa số là bệnh nhân nam (63,7%). Thời gian nằm viện có trung vị 14 ngày. Chẩn đoán nhập viện thường gặp nhất là đa chấn thương (24,4%). Khối khoa Hồi sức, hồi tỉnh có tỷ lệ chỉ định SUP cao nhất với 99 bệnh nhân (73,3%), tiếp sau là khối Tiêu hóa (20,0%) và khối các khoa còn lại (6,7%). Có 73,3% bệnh nhân được chỉ định ngoại khoa, trong đó, phẫu thuật thần kinh cột sống chiếm tỷ lệ nhiều nhất (30,4%).

Bảng 3. Đặc điểm về chỉ định dự phòng loét do stress

Đặc điểm	Tại thời điểm khởi đầu (%) (n=135)	Trong toàn quá trình điều trị (%) (n=135)
Có chỉ định phù hợp	40 (29,6)	104 (77,0)
Khối Hồi sức, hồi tỉnh	38 (28,1)	95 (70,4)
Khối Tiêu hóa	2 (1,5)	9 (6,6)
Các khối khác	0 (0)	0 (0)
≥ 1 YTNC chính	65 (48,1)	96 (71,1)
Thông khí nhân tạo > 48 giờ	36 (26,7)	64 (47,4)
Thở máy không nuôi dưỡng đường tiêu hóa	23 (17,0)	28 (20,7)
Bệnh nặng với APACHE II ≥ 8 điểm, kém dung nạp	7 (5,2)	10 (7,4)
Bệnh gan mạn	8 (5,9)	8 (5,9)
Rối loạn đông máu	3 (2,2)	15 (11,1)
Chấn thương sọ não (Glasgow ≤ 8)	34 (25,2)	34 (25,2)
≥ 2 YTNC phụ	26 (19,3)	27 (20,0)

Điều trị corticosteroid liều cao	20 (14,8)	25 (18,5)
Đa chấn thương (ISS ≥ 16)	20 (14,8)	20 (14,8)
Sepsis (SOFA ≥ 2)	5 (3,7)	5 (3,7)
Suy thận cấp hoặc mạn	6 (4,4)	7 (5,2)
Sốc	39 (28,9)	49 (36,3)
≥ 2 YTNC phụ	27 (20,0)	39 (28,9)
Sepsis (SOFA ≥ 2)	5 (3,7)	5 (3,7)
Thở máy kèm nuôi dưỡng tiêu hóa	51 (37,8)	69 (51,1)
Suy thận cấp	1 (0,7)	4 (3,0)
Sốc	39 (28,9)	49 (36,3)

Chỉ định loét tiêu hóa do stress. Kết quả đánh giá sự phù hợp về chỉ định tại thời điểm khởi đầu PPI và trong toàn bộ quá trình dự phòng được trình bày trong Bảng 3. Tại thời điểm khởi đầu, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định phù hợp là 29,6%. Khi rà soát tất cả các YTNC xuất hiện kể từ thời điểm khởi đầu và tại bất kì thời điểm nào trong toàn quá trình chỉ định PPI, tỷ lệ phù hợp về chỉ định là 77,0%. Khối Hồi sức, hồi tỉnh có tỷ lệ chỉ định phù hợp cao nhất (khởi đầu 28,1% và toàn quá trình điều trị 70,4%). Khối tiêu hóa có tỷ lệ chỉ định phù hợp tại thời điểm khởi đầu và toàn quá trình tương ứng là 1,5% và 6,6%, trong khi các khối khoa còn lại không có bệnh nhân được chỉ định phù hợp. Mỗi bệnh nhân có thể tồn tại đồng thời nhiều YTNC gây loét tiêu hóa do stress. Các YTNC chính thường gặp là thông khí nhân tạo > 48 giờ (47,4%) và chấn thương sọ não (25,2%), các YTNC phụ phổ biến nhất là thở máy kèm nuôi dưỡng đường tiêu hóa (51,1%) và sốc (36,3%).

Bảng 4. Đặc điểm về sử dụng PPI trong dự phòng loét do stress

Đặc điểm	Số lượng (%)
Thời gian dùng thuốc (ngày, trung vị [tứ phân vị])	7 (3 - 11)
Thời gian ngắn nhất - dài nhất (ngày)	1 - 47
Số lượt kê có chỉ định phù hợp (n=197)	107 (54,3)
Thay đổi về thuốc, liều dùng và đường dùng (n=135)	
Có thay đổi thuốc	22 (16,3)
Có chuyển đổi đường dùng	30 (22,2)
Đường tĩnh mạch sang uống	18 (13,3)
Đường tĩnh mạch sang đường sonde dạ dày	10 (7,4)
Đường uống sang đường tĩnh mạch	2 (1,5)
Đường sonde dạ dày sang uống	1 (0,7)
Loại thuốc và liều dùng (n=107)	

Thuốc (hoạt chất, hàm lượng)	
Esomeprazol 40 mg	87 (81,3)
Esomeprazol 80 mg	1 (0,9)
Pantoprazol 40 mg	19 (17,8)
Liều dùng phù hợp	106 (99,1)
Đường dùng (n=107)	
Đường tĩnh mạch	89 (83,2)
Đường uống	13 (12,1)
Đường dùng qua sonde	5 (4,7)
Đường dùng phù hợp	80 (74,8)
Thời gian sử dụng (n=40)	
Thời gian dự phòng phù hợp	15 (37,5)
Thời gian dự phòng chưa phù hợp	
Thời gian dự phòng quá dài	17 (42,5)
Thời gian dự phòng quá ngắn	8 (20,0)

Đặc điểm về sử dụng PPI. Các đặc điểm về sử dụng PPI bao gồm loại thuốc, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng được trình bày trong Bảng 4. Thời gian sử dụng PPI có trung vị là 7 ngày, dài nhất là trong 47 ngày. Trong quá trình dự phòng, có 22 (16,3%) bệnh nhân có thay đổi thuốc (83,7%) và 30 (22,2%) bệnh nhân thay đổi đường dùng.

Trong số các lượt kê có chỉ định phù hợp (107 lượt), esomeprazol 40 mg là lựa chọn phổ biến nhất (81,3%), tiếp theo là pantoprazol 40 mg (17,8%) và esomeprazol 80 mg (0,9%). Đa số lượt kê (99,1%) có liều dùng phù hợp, còn 1 (0,9%) lượt kê có liều cao hơn khuyến cáo. Đường tĩnh mạch là đường dùng phổ biến nhất (83,2%), trong đó, 80 (74,8%) lượt có đường dùng phù hợp đều là đường tĩnh mạch.

Về thời gian dự phòng xét trên 40 bệnh nhân có khởi đầu dự phòng phù hợp, 15 (37,5%) bệnh nhân có thời gian dự phòng hợp lý, tỷ lệ dùng dự phòng muộn và dùng dự phòng sớm tương ứng là 42,5% và 20,0%.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, PPI là phác đồ đầu tay trong chỉ định dự phòng loét tiêu hóa do stress tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mặc dù có thể mang lại hiệu quả bảo vệ trên các bệnh nhân nặng, việc kê đơn PPI

không cần thiết có thể dẫn đến nhiều nguy cơ cho bệnh nhân. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích tình hình sử dụng PPI cho dự phòng loét tiêu hóa do stress tại Bệnh viện, từ đó làm căn cứ để đưa ra định hướng can thiệp nhằm sử dụng hiệu quả và hợp lý các thuốc PPI.

Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu như tuổi (trung vị 58 tuổi), thời gian nằm viện (trung vị 14 ngày) với khoảng dao động lớn và tỷ lệ phẫu thuật cao (73,3%) đã phản ánh đặc trưng mô hình bệnh tật và đặc điểm của người bệnh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Việc chỉ định SUP tập trung nhiều nhất ở khối các khoa Hồi sức, hồi tỉnh (73,3%). Có một sự khác biệt rõ rệt về số lượng bệnh nhân và sự phân bố theo khoa điều trị ở nghiên cứu này so với nghiên cứu của Lê Diên Đức cũng được thực hiện tại Bệnh viện vào năm 2016 [4]. Sự chuyển dịch trên có liên quan tới những thay đổi chính sách Bảo hiểm y tế với việc ban hành Thông tư 30/2018/TT-BYT, theo đó, các thuốc PPI chỉ được thanh toán cho chỉ định dự phòng loét, xuất huyết tiêu hóa do stress ở bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực [1]. Việc thanh toán có điều kiện thuốc PPI phần nào đã tác động tới quyết định kê đơn của bác sĩ.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có YTNC chính là 48,1%, có ít nhất 2 YTNC theo hướng dẫn của BMJ và của Việt Nam lần lượt là 20,0% và 19,3%. Nhiều YTNC xuất hiện ngay từ khi bắt đầu chỉ định PPI bao gồm chấn thương sọ não, đa chấn thương và bệnh gan mạn. Trong khi đó, một số YTNC chính là thông khí nhân tạo > 48 giờ và rối loạn đông máu có xu hướng xuất hiện nhiều hơn trong quá trình điều trị. Điều này có thể được lý giải bởi Bệnh viện thường xuyên tiếp nhận bệnh nhân nặng từ tuyến dưới chuyển lên với những YTNC có thể xuất hiện ngay từ thời điểm nhập viện. Việc đánh giá bệnh nhân thường xuyên, đặc biệt ngay từ khi nhập viện, là rất cần thiết.

Với 40 bệnh nhân có chỉ định khởi đầu PPI phù hợp, tỷ lệ khởi đầu phù hợp là 29,6%, cao hơn khoảng 1,5 lần so với nghiên cứu của Lê Diên Đức (15,98%)[4]. Sự khác nhau về đối tượng bệnh nhân cũng như các HDĐT được sử dụng để làm căn cứ đánh giá có thể những nguyên nhân dẫn đến khác biệt này. Việc rà soát toàn bộ các YTNC ghi nhận ở trong toàn bộ quá trình điều trị của người bệnh cho thấy tỷ lệ phù hợp trong toàn quá trình cao hơn hẳn so với thời điểm khởi đầu (77,0% so với 29,6%). Sự chênh lệch này đến từ việc có những bệnh nhân được khởi đầu SUP muộn với một số YTNC đã xuất hiện trên bệnh nhân từ trước đó (chấn thương sọ

não, thở máy > 48 giờ, rối loạn đông máu...), mặt khác, một số trường hợp lại được khởi đầu SUP sớm khi các YTNC đáp ứng tiêu chí về chỉ định phù hợp chỉ xuất hiện trên bệnh nhân trong những thời điểm sau trong quá trình dự phòng.

Xét theo các khoa phòng lâm sàng, khối Hồi sức, Hồi tỉnh với số lượng bệnh nhân lớn nhất cũng là nơi có tỷ lệ dự phòng phù hợp cao nhất. Điều này phần nào được lý giải bởi đối tượng bệnh nhân hồi sức thường là các bệnh nhân nặng với nhiều đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đáp ứng những YTNC được khuyến cáo chỉ định SUP. Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân hồi sức chưa được chỉ định phù hợp có thể do trên thực tế, bác sĩ có xu hướng ưu tiên xử trí trước các vấn đề cấp bách gây đe dọa tính mạng (đa chấn thương, sốc, sepsis...). Ngược lại, tỷ lệ chỉ định phù hợp còn thấp ở khối Tiêu hóa, các khối điều trị khác cũng không có bệnh nhân được chỉ định phù hợp. Một trong những nguyên nhân có thể dẫn đến thực trạng trên là do chưa có một căn cứ chính thức (hướng dẫn điều trị) dành cho bệnh nhân nặng ngoài khối Hồi sức.

Về việc sử dụng PPI, esomeprazol và pantoprazol là hai hoạt chất được chỉ định bởi đây cũng là hai thuốc sẵn có tại Bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu. Phần lớn bệnh nhân có thời gian dùng PPI quá dài do bác sĩ chỉ định SUP cho đến khi bệnh nhân rời khoa Hồi sức, mặc dù YTNC đã được giải quyết. Trên thế giới, một số HDĐT cũng khuyến cáo thời điểm dừng SUP là khi bệnh nhân rời ICU [8]. Ngoài ra, tâm lý lo ngại bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa khi đang điều trị tại khoa Hồi sức cũng có thể làm gia tăng tỷ lệ và mức độ chỉ định phác đồ SUP theo nghiên cứu của Hussain [10]. Việc kéo dài thời gian dự phòng không cần thiết không những làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, gánh nặng cho quỹ Bảo hiểm y tế mà còn có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi liên quan đến phác đồ PPI.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Đầu tiên, việc sử dụng hai HDĐT khác nhau có thể khiến bộ tiêu chí đánh giá chỉ định SUP trở nên rộng hơn. Chúng tôi đã cố gắng khắc phục hạn chế trên thông qua thảo luận và thống nhất với các bác sĩ chuyên khoa để có thể đưa ra được một bộ tiêu chí hoàn chỉnh và bám sát với thực tế lâm sàng. Ngoài ra, việc phân tích sử dụng SUP trên bệnh nhân dựa trên hồi cứu bệnh án có thể gây ra khó khăn trong việc xác định các YTNC do thiếu thông tin về tình trạng bệnh nhân.

Kết quả về tỷ lệ kê đơn phù hợp đã giúp phát

hiện các vấn đề nổi bật trong kê đơn PPI với chỉ định dự phòng loét tiêu hóa do stress. Trong khi vấn đề dự phòng loét tiêu hóa do stress vẫn còn tranh cãi, việc phân tích về sử dụng PPI trong chỉ định SUP đã giúp phát hiện những tồn tại, từ đó định hướng các biện pháp can thiệp Dược lâm sàng giúp đảm bảo sử dụng thuốc PPI an toàn, hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Trong bối cảnh ngày càng có thêm những bằng chứng lâm sàng mới về dự phòng loét tiêu hóa do stress, cùng với sự thay đổi chính sách thanh toán thuốc của Bảo hiểm y tế, đã có nhiều thay đổi trong quan điểm chỉ định SUP và thực hành lâm sàng của bác sĩ. Nghiên cứu phân tích việc chỉ định SUP với nhóm thuốc PPI đã cung cấp thông tin làm căn cứ đề xuất các can thiệp, giúp nâng cao hiệu quả và nâng cao chất lượng sử dụng thuốc tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Thông tư 30/2018/TT-BYT**, Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia Bảo hiểm y tế. 2018.
2. **Cao Thị Thu Huyền, Nguyễn Thị Tuyền, Nguyễn Thu Minh, Đỗ Thị Hồng Gấm, Nguyễn Hoàng Anh, Phạm Thế Thạch, Lê Thị Diễm Tuyết, Đào Xuân Cơ, Nguyễn Gia Bình (2020)**, "Dự phòng

loét do stress ở bệnh nhân nặng: Tổng quan từ các hướng dẫn điều trị", Tạp chí Y học lâm sàng, 115, pp. 12-28.

3. **Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam & Hội khoa học và tiêu hóa Việt Nam (2020)**, Hướng dẫn dự phòng loét tiêu hóa do stress ở bệnh nhân nặng, NXB. Y học, pp.
4. **Lê Diễm Đức, Nguyễn Thanh Hiền, Trần Bình Giang, Nguyễn Mai Hoa, Nguyễn Hoàng Anh (2017)**, "Đánh giá việc sử dụng nhóm thuốc ức chế bơm proton trong dự phòng loét tiêu hóa do stress tại một số bệnh viện tuyến trung ương", Tạp chí Dược học, (4), pp. 5-9.
5. **Deborah Cook M.D. and Gordon Guyatt M.D. (2018)**, "Prophylaxis against Upper Gastrointestinal Bleeding in Hospitalized Patients", NEJM, 378, pp. 2506-2516.
6. **Farrell C. P., Mercogliano G Fau - Kuntz Catherine L., et al. (2010)**, "Overuse of stress ulcer prophylaxis in the critical care setting and beyond", (1557-8615 (Electronic)), pp.
7. **Lanza F.L., Chan F.K., and Quigley E.M. (2009)**, "Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications.", Am J Gastroenterol, 104(3), pp. 728-738.
8. **Syed Hussain, Mihaela Stefan, Paul Visintainer, Michael Rothberg (2010)**, "Why do physicians prescribe stress ulcer prophylaxis to general medicine patients?", (1541-8243 (Electronic)), pp.
9. **Tasaka C. L., Burg C., et al. (2014)**, "An interprofessional approach to reducing the overutilization of stress ulcer prophylaxis in adult medical and surgical intensive care units", Ann Pharmacother, 48(4), pp. 462-9.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỨNG THẤT MIÊN THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN BẰNG PHƯƠNG PHÁP DÁN HẠT VƯƠNG BẤT LƯU HÀNH TRÊN CÔNG THỨC HUYỆT NADA

Nguyễn Thị Thanh Tú*, Nguyễn Trường Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị chứng thất miên theo Y học cổ truyền bằng phương pháp dán hạt Vương bất lưu hành trên công thức huyết NADA. **Phương pháp:** Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, mô tả trước - sau điều trị. **Đối tượng:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán "Thất miên" theo y học cổ truyền, thuộc 3 thể tâm tỳ lưỡng hư, âm hư hỏa vượng và can uất hỏa hỏa. **Kết quả:** Bệnh nhân đã lập gia đình và sống cùng gia đình có tỉ lệ "Cải thiện rõ rệt" chiếm đa số (93,3%). Bệnh nhân có

tỉ lệ "Cải thiện ít" chiếm đa số ở bệnh nhân có bệnh kèm theo là tăng huyết áp (83/3%), và nhóm bệnh nhân có thói quen sử dụng thiết bị điện tử trước ngủ 1 tiếng (100%). **Kết luận:** Bệnh nhân có gia đình, sống với gia đình có xu hướng cải thiện giấc ngủ ở mức "Cải thiện rõ rệt" cao hơn nhóm bệnh nhân sống độc thân, cô đơn. Bệnh nhân mắc bệnh kèm theo như tăng huyết áp hay thói quen sử dụng thiết bị điện tử trước ngủ 1 tiếng có xu hướng cải thiện giấc ngủ ở mức "Cải thiện ít". Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ cải thiện giấc ngủ với tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống, các bệnh lý nền và thói quen sinh hoạt trước khi đi ngủ với $p > 0,05$.

Từ khóa: Thất miên, Mắt ngủ Vương bất lưu hành, NADA

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE RESULT OF SEMEN VACCARIAE (WANG – BU – LIU –

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022