

2. **Maduka O, Tella A, Tobin A, Akpan M.** Caregiver Experiences with the Introduction of Pentavalent Vaccines in Two Centers in Port Harcourt, South-South Nigeria. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2014; 6(11): 1086-1095.
3. **Cường LQ.** Chăm sóc sức khỏe và thị trường y tế. Viện chiến lược và chính sách Y tế; 2004.
4. **Danh mục vacxin tiêm chủng mở rộng cho trẻ em năm 2017.** 17/8/2017. <http://tiemchung.gov.vn/2017/03/14/danh-muc-vac-xin-tiem-chung-mo-rong-cho-tre-em-2017/>
5. **Bộ Y tế.** Quyết định số 6859/QĐ-BYT In: *tế BY, editor*. 2016.
6. **UNICEF Bkhvđt.** Báo cáo khảo sát Sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã. 2014.
7. **UNICEF, tư Bkhvđ.** Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế cho bà mẹ và trẻ em tại một số xã thuộc địa bàn khó khăn tỉnh Gia Lai. 2016.
8. **Hoàng HH, Tuấn ĐV, Hùng NM.** Khảo sát sự hài lòng của bà mẹ có con dưới 1 tuổi về dịch vụ tiêm chủng mở rộng tại các trạm y tế xã, thị trấn huyện Phú Vang, năm 2016. 2016.
9. **Đức BvQT.** Khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh ngoại trú và thân nhân tại Bệnh viện quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh tháng 5 năm 2017. 2017.
10. **Hoa TTT.** Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Trung tâm Da liễu tỉnh Thái Bình. 2011.
11. **Vỹ NX.** Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Phú Yên. 2011.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÔNG TÁC QUẢN LÝ DƯỢC TRONG VIỆC GIẢM SAI SÓT VÀ GIẢM XUẤT TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ KHI KÊ ĐƠN CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT GIAI ĐOẠN 2018-2020

**PHẠM THỊ THU HIỀN^{1,2}, LÊ ĐÌNH THANH¹,
BÙI THỊ HƯƠNG QUỲNH¹, LÊ VĂN LÂM¹,
NGUYỄN THỊ HẢI YẾN², PHẠM ĐÌNH LUYẾN²**
¹*Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh*
²*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của các can thiệp trong việc giảm sai sót và giảm xuất toán BHYT khi kê đơn cho người bệnh ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang lấy mẫu hệ thống tất cả đơn thuốc trong 3 tháng (tháng 6-8) của từng năm 2018, 2019, 2020 tại Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh. **Thông tin thu thập về thông tin về người bệnh, thông tin về thuốc và thông tin về bác sĩ điều trị.** Sai sót trong kê đơn được xác định căn cứ theo tờ hướng dẫn sử dụng, Dược thư quốc gia 2015, Thông tư số 30/2018/TT-BYT, Thông tư số 05/2015/TT-BYT.

Kết quả: Giai đoạn khi chưa can thiệp, bệnh viện có 18 loại sai sót liên quan đến kê đơn thuốc, trong đó thiếu chỉ định là sai sót phổ biến nhất (20,30%). Số tiền xuất toán trung bình đơn trong giai đoạn 1 là 25.269 (24.660-25.877) nghìn VND và giảm còn 4.776 (4.476-5.003) nghìn VND, tương ứng với giảm 81,1% (80,7-81,9) sau can thiệp. **Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh (tuổi và giới tính), số lượng bệnh và một số loại bệnh được chẩn đoán, số thuốc được kê, đặc điểm của bác sĩ (thâm niên và chuyên khoa) là những yếu tố có liên quan đến sai sót trong kê đơn.**

Kết luận: Một số các giải pháp can thiệp trong công tác quản lý dược liên quan đến hoạt động kê đơn thuốc ngoại trú của bác sĩ tại Bệnh viện Thống Nhất bước đầu đã cho thấy hiệu quả. Bệnh viện cần mở rộng thêm quy mô đánh giá sang đơn thuốc nội trú để kiểm soát được toàn diện sai sót trong sử dụng thuốc.

Từ khóa: Kê đơn, ngoại trú, sai sót, quản lý dược.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu Hiền
Email: thuhien.ol.2013@gmail.com
Ngày nhận: 11/3/2021
Ngày phản biện: 05/4/2021
Ngày duyệt bài: 16/4/2021

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS IN REDUCING ERRORS AND REDUCING HEALTH INSURANCE REIMBURSEMENT IN OUTPATIENTS' PRESCRIPTIONS AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of interventions in reducing errors and reducing health insurance reimbursement in outpatients' prescriptions. Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study, systematically sampling all prescriptions for 3 months (June-August) of each year 2018, 2019, and 2020 at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City. Information on patient, drug information and doctor was collected. Errors in the prescription were accessed according to the medication instructions, National Pharmacopoeia 2015, Circular No. 30/2018/TT-BYT, Circular No. 05/2015/TT-BYT. Results: In the period without intervention, the hospital had 18 types of errors related to drug prescriptions, of which lack of indication was the most common error (20.30%). The average single payout amount in the first period was 25.269 (24.660 - 25.877) thousand VND and decreased to 4.776 (4.476 - 5.003) thousand VND, corresponding to a decrease of 81.1% (80.7-81.9) after intervention. Patient demographic (age and sex), number of diseases and some diagnosed diseases, number of drugs prescribed, physician's characteristics (seniority and specialty) were relevant factors related to medication errors. Conclusion: A number of interventions in pharmaceutical management related to outpatient prescribing activities of doctors at Thong Nhat Hospital have been initially shown to be effective. It needs to expand the scale of assessment into inpatient prescriptions to fully control errors in drug use.

Keywords: Prescriptions, outpatients, errors, pharmaceutical management.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai sót trong sử dụng thuốc (Medication Error-ME) là một trong những vấn đề cần đặc biệt quan tâm hiện nay. ME có thể dẫn tới những hậu quả từ nhẹ tới nặng, có thể nhận diện rõ ràng hoặc gây hệ quả âm thầm, và thậm chí gây tử vong trên người bệnh [1]. Theo một nghiên cứu năm 2013, ít nhất 210.000 người Hoa Kỳ tử vong mỗi năm do hậu quả trực tiếp của ME [2]. Điều này đã đưa sai sót liên quan đến thuốc trở thành nguyên nhân gây tử vong thứ ba tại Hoa Kỳ, chỉ xếp sau bệnh tim mạch và ung thư [3]. Tại châu Âu, ME xảy ra trên 8-12% trường hợp nhập viện, 23% người dân tuyên bố từng trực tiếp bị ảnh

hưởng bởi ME [4]. Về góc độ quản lý, gánh nặng kinh tế phát sinh do ME ở một số quốc gia có thể lên đến 6 - 29 tỷ USD mỗi năm [5]. Việc tập trung các hoạt động quản lý nhằm kiểm soát ME vừa có lợi về mặt lâm sàng và kinh tế.

Việt Nam và các quốc gia đang phát triển, khả năng một người bệnh gặp biến cố bất lợi trong bệnh viện cao hơn so với các nước phát triển [5]. Đối với cơ sở y tế khám chữa bệnh cho những người bệnh có bảo hiểm y tế (BHYT), việc kê đơn thuốc được cơ quan bảo hiểm giám định, làm cơ sở để quyết toán đồng thời thực hiện việc xuất toán với các trường hợp kê đơn không hợp lý. Tuy nhiên, công tác duyệt các đơn xuất toán được thực hiện hàng quý, điều này gây ảnh hưởng đến việc chậm quyết toán cho bệnh viện dẫn gián đoạn việc cung ứng thuốc đảm bảo cho công tác điều trị được liên tục.

Việt Nam hoàn thiện các quy trình chuyên môn liên quan đến việc kiểm soát chặt chẽ các sai sót sẽ đảm bảo tránh xuất toán cũng như vượt trần, vượt quỹ là việc làm vô cùng cần thiết ở mỗi cơ sở khám chữa bệnh nói chung và bệnh viện Thống Nhất nói riêng. Nhận thấy được những vấn đề trên, năm 2017 Khoa Dược Bệnh viện Thống Nhất đã thực hiện một số can thiệp nhằm giảm xuất toán BHYT như hệ thống hóa các hướng dẫn cho nhân viên y tế (bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng) về việc sử dụng thuốc; thúc đẩy và phát triển mạng lưới dược sĩ lâm sàng; đào tạo, cập nhật các quy định liên quan đến thanh toán thuốc của BHYT; số hóa dữ liệu về thuốc, mã bệnh tật (ICD-10) và phát triển ứng dụng công nghệ thông tin trong kê đơn thuốc. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là để đánh giá hiệu quả của các can thiệp trong việc giảm sai sót và giảm xuất toán BHYT khi kê đơn cho người bệnh ngoại trú.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang lấy mẫu hệ thống tất cả đơn thuốc trong quý của từng năm 2018, 2019, 2020, cụ thể giai đoạn 1 (6 - 8/2018), giai đoạn 2 (6 - 8/2019), giai đoạn 3 (6 - 8/2020). Đơn thuốc phải thỏa mãn các tiêu chí: (1) đơn thuốc ngoại trú của người bệnh có sử dụng BHYT; (2) có ít nhất 3 loại thuốc được các bác sĩ kê bằng phần mềm Hsoft; (3) có đầy đủ thông tin của người bệnh, thuốc điều trị, bác sĩ điều trị; (4) các thuốc trong đơn phải nằm trong danh mục thuốc kê đơn ngoại trú; (5) đơn thuốc phải được lĩnh trong vòng 5 vòng kể từ ngày kê đơn.

Nghiên cứu thu thập các thông tin bao gồm: (i) thông tin về người bệnh: mã số người bệnh,

tên, tuổi, giới tính, chẩn đoán; (ii) thông tin về thuốc: hoạt chất, dạng bào chế, liều dùng, đường dùng, chỉ định, thời gian dùng thuốc; (iii) thông tin về bác sĩ điều trị: tên bác sĩ, khoa phòng khám.

2. Xử lý và phân tích dữ liệu

Nghiên cứu tiến hành xác định các sai sót có thể gây ảnh hưởng đến quá trình dùng thuốc của người bệnh hoặc sai sót kê đơn gây xuất toán bảo hiểm (sau đây gọi chung là sai sót kê đơn) bao gồm: (1) Lựa chọn thuốc không đúng về: chỉ định, liều thuốc (tương ứng với chỉ định được kê), dạng bào chế/đường dùng thuốc, tần suất/thời điểm sử dụng, tổng thời gian dùng thuốc, chống chỉ định với tình trạng lâm sàng của người bệnh, khuyến cáo cách sử dụng thuốc cho người bệnh không phù hợp; (2) Tương tác thuốc: thuốc trong đơn có xảy ra tương tác chống chỉ định cho người bệnh; (3) Kê thuốc không hợp lý: căn cứ theo cảnh báo trong Thông tư số 30/2018/TT-BYT, Thông tư số 05/2015/TT-BYT ở danh mục thuốc có điều kiện khi kê đơn, gây xuất toán. Các nhóm sai sót về việc lựa chọn thuốc không đúng được nghiên cứu xác định dựa vào tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc được sử dụng tại bệnh viện hoặc Dược thư Quốc gia 2015. Nghiên cứu căn cứ vào danh mục tương tác chống chỉ định đã được hội đồng thuốc và điều trị Bệnh viện Thống Nhất thông qua tháng 7/2018 và phần mềm Lexicomp (online) để xác định sai sót về Tương tác thuốc. Trong nghiên cứu này, đơn thuốc coi là có sai sót khi có ít nhất một trong các sai sót kể trên.

3. Phân tích thống kê

Nghiên cứu trình bày giá trị trung bình (độ lệch chuẩn) đối với các biến liên tục có dạng phân phối bình thường và giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) đối với các biến liên tục không có dạng phân phối bình thường. Biến

phân loại được trình bày dạng tần số (tỷ lệ %). Phép kiểm Chi bình phương được sử dụng để so sánh sự khác biệt thống kê của sai sót giữa 3 giai đoạn. Hồi quy logistic đa biến, với phương pháp stepwise, để sự liên quan giữa đặc điểm người bệnh, đặc điểm của bác sĩ và đặc điểm của đơn thuốc đến tình trạng sai sót kê đơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được ghi nhận khi giá trị $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin thu thập từ đơn thuốc, thông tin người bệnh, thông tin bác sĩ đều được mã hóa để đảm bảo tính bảo mật, ẩn danh và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất số 07/2021/BVTN - HDYĐ ngày 12/3/2021.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn nghiên cứu, nghiên cứu ghi nhận số lượt khám chữa bệnh ngoại trú BHYT dao động 16,672 - 18,404 lượt/tháng. Người cao tuổi (độ tuổi từ 60 trở lên) chiếm tỷ lệ cao trên tổng lượt bệnh ngoại trú (57,9 - 74,6%). Phân bố về giới tính của người bệnh tương đối đồng đều và ổn định qua các giai đoạn. Phần lớn đơn thuốc có từ 1 đến 5 thuốc (56,5 - 62,8%) và bình quân trên mỗi đơn thuốc có 5 thuốc, không thay đổi qua các giai đoạn. Chi phí thuốc trên đơn trung bình tăng 8,8% (từ 393,533 lên 429,410 VND). Tuy nhiên, nếu điều chỉnh theo lạm phí thì giá trị chi phí thuốc trên đơn trung bình chỉ tăng 4,0% (từ 412,824 VND lên 429,410 VND). Đặc điểm của bác sĩ được nghiên cứu thống kê theo lượt khám, đội ngũ bác sĩ của bệnh viện đang có xu hướng trẻ hoá, thể hiện qua giá trị trung vị của thâm niên giảm dần qua các năm. Trong đó, nhóm có trình độ chuyên khoa II và Tiến sĩ xu hướng giảm dần (giảm 33,4%).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

		Giai đoạn 1 (n = 54,032)	Giai đoạn 2 (n = 50,015)	Giai đoạn 3 (n = 55,212)
Đặc điểm của người bệnh				
Tuổi	Trung vị (Q1-Q3)	69,0 (60-78)	63 (52-74)	69,0 (60-77)
Nhóm tuổi, n(%)	≤ 60	14,697 (27,2%)	21,074 (42,1%)	14,035 (25,4%)
	> 60	39,335 (72,8%)	28,941 (57,9%)	41,177 (74,6%)
Giới tính	Nam	29,943 (55,4)	26,409 (52,8)	30,714 (55,6)
	Nữ	24,089 (44,6)	23,606 (47,2)	24,498 (44,4)
Số bệnh chẩn đoán	Trung vị (Q1-Q3)	3 (2-4)	4 (3-5)	4 (3-5)
Số thuốc được kê	Trung vị (Q1-Q3)	5 (3-7)	5 (3-6)	5 (3-7)
	≤ 5 Thuốc	32,244 (59,7%)	31,429 (62,8%)	31,170 (56,5%)
	>5 Thuốc	21,788 (40,3%)	18,586 (37,2%)	24,042 (43,5%)
Chi phí thuốc trên đơn (VND)	Trung vị (Q1-Q3)	394,553 (206,472 - 613,178)	380,457 (203,840 - 573,520)	429,410 (257,295 - 669,926)

Đặc điểm của bác sĩ				
Thâm niên bác sĩ	Trung vị (Q1-Q3)	14 (7-27)	12 (6-25)	11 (6-24)
Chuyên khoa	Nội	38,451 (71,2)	35,560 (71,1)	37,544 (68,0)
	Ngoại	7421 (13,7)	6469 (12,9)	9787(17,7)
	Chuyên khoa lẻ	8160 (15,1)	7986 (16)	7881 (14,3)
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	19,452 (36,2)	17,871 (35,7)	21,311 (38,6)
	CKI – ThS	17,548 (32,5)	18,622 (37,2)	22,604 (40,9)
	CKII – TS	16,942 (31,4)	13,522 (27,0)	11,297 (20,5)

Bảng 2 thể hiện đặc điểm bệnh được chẩn đoán chi phí sử dụng các nhóm thuốc trong giai đoạn nghiên cứu. Nhìn chung, chi phí sử dụng thuốc không thay đổi nhiều và tương đồng với mô hình bệnh tật, ngoại trừ nhóm thuốc đông y (tăng 173,4%) và nhóm thuốc tác động trên thần kinh trung ương (tăng 85,4%). Chi phí sử dụng nhóm thuốc tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (35,99 - 40,87%), tiếp theo là nhóm thuốc hocmon và rối loạn chuyển hóa (10,01 - 15,30%) và đứng thứ ba là nhóm tác dụng trên đường tiêu hóa (7,36 - 10,39%). Điều này tương ứng với mô hình bệnh của bệnh viện, trong đó hai nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao trong điều trị ngoại trú là nhóm tim mạch (58,7 - 67,2%) và nhóm rối loạn chuyển hóa (51,27 - 58,60%). Hai nhóm bệnh này có xu hướng tăng qua giai đoạn. Bên cạnh đó, nhóm bệnh về cơ xương khớp, hô hấp và mắt, tai-mũi-họng có xu hướng giảm. Nhóm bệnh đứng thứ 3 và 4 là nhóm cơ xương khớp (24,10 - 36,00%) và nhóm tiêu hóa (30,20 - 38,00%), cả hai nhóm này đều sử dụng nhóm thuốc tác dụng trên đường tiêu hóa do đó chi phí sử dụng nhóm thuốc này cao hơn nhóm giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid, điều trị gut và cơ xương khớp.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh được chẩn đoán và chi phí sử dụng của các nhóm thuốc

	Giai đoạn 1 (n = 54,032)	Giai đoạn (n = 50,015)	Giai đoạn 3 (n = 55,212)
Nhóm bệnh			
Tim mạch	33,125 (61,30)	29,372 (58,70)	37,085 (67,20)
Rối loạn chuyển hóa	31,594 (51,27)	27,182 (54,30)	32,364 (58,60)
Cơ xương khớp	18,094 (33,50)	17,898 (36,00)	13,318 (24,10)
Tiêu hóa	16,313 (30,20)	20,417 (40,80)	20,964 (38,00)
Nhiễm khuẩn	9,105 (16,90)	9,628 (19,30)	9,276 (16,80)
Mắt, tai-mũi-họng	11,256 (20,80)	8,121 (16,20)	9,110 (16,50)
Hô hấp	8,277 (15,30)	7,708 (15,40)	5,739 (10,40)
Thần kinh trung ương	6,762 (13,99)	5,245 (10,50)	10,811 (19,60)
Tiết niệu	4,886 (9,00)	7,974 (15,90)	4,812 (8,70)
Khác	14,928 (27,63)	24,875 (49,74)	20,888 (37,83)
Nhóm thuốc			
Tim mạch	9,552,011,757 (40,87)	7,791,507,753 (36,91)	9,742,745,014 (35,99)
Hocmon và rối loạn chuyển hóa	3,214,240,067 (13,75)	2,112,261,109 (10,01)	4,142,713,721 (15,30)
Tác dụng trên đường tiêu hóa	1,719,497,552 (7,36)	2,192,918,391 (10,39)	2,316,725,557 (8,56)
Giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; điều trị gut và cơ xương khớp	1,402,261,697 (6,00)	1,209,313,772 (5,73)	1,820,777,795 (6,73)
Điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn	1,273,962,866 (5,45)	1,373,026,592 (6,50)	1,219,290,502 (4,50)
Đông y	664,675,880 (2,84)	888,018,287 (4,21)	1,817,310,978 (6,71)
Tác động trên thần kinh trung ương	829,658,543 (3,55)	705,874,653 (3,34)	1,538,304,219 (5,68)
Điều trị bệnh đường tiết niệu	1,603,346,908 (6,86)	1,059,680,361 (5,02)	1,435,363,913 (5,30)
Điều trị bệnh mắt, tai-mũi-họng	1,181,337,382 (5,05)	734,543,120 (3,48)	1,116,245,077 (4,12)
Khoáng chất và vitamin	522,566,578 (2,24)	656,106,194 (3,11)	539,607,040 (1,99)
Tác dụng trên đường hô hấp	223,904,670 (0,96)	461,248,045 (2,19)	510,151,110 (1,89)
Khác	1,183,461,993 (5,07)	1,923,680,430 (9,11)	869,511,746 (3,23)

Trong giai đoạn đầu tiên của can thiệp, nghiên cứu ghi nhận 18 loại sai sót, trong đó có 12 loại sai sót liên quan đến thuốc được kê trong đơn. Các loại sai sót này gây xuất toán bảo hiểm trung bình mỗi đơn là 25,269 (24,660 - 25,877) nghìn VND. Qua quá trình can thiệp, số lượng các sai sót [ghi nhận theo giai đoạn 1] giảm có ý nghĩa thống kê. Trong đó, nghiên cứu không ghi nhận được trường hợp sai sót nào liên quan đến chống chỉ định và tương tác thuốc. Số tiền xuất toán trung bình mỗi đơn có xu hướng giảm dần, từ 25,269 (24,660 - 25,877) nghìn VND (giai đoạn 1) xuống còn 15,140 (14,625 - 15,656) nghìn VND (giai đoạn 2) và 4,776 (4,476 - 5,003) nghìn VND (giai đoạn 3).

Bảng 3. Sai sót trong đơn thuốc giữa các giai đoạn nghiên cứu

Loại sai sót	Giai đoạn 1 (n = 54032), n (%)	Giai đoạn 2 (n = 50015), n (%)	Giai đoạn 3 (n = 55212), n (%)	p
Đơn có ít nhất một sai sót	16,748 (31,00)	8,752 (17,50)	3,126 (5,70)	<0,001
Thiếu chỉ định	10,975 (20,30)	6,832 (13,70)	2,181 (4,00)	<0,001
Sai cách dùng	1,042 (1,90)	367 (0,70)	390 (0,70)	<0,001
Sai liều dùng	2,672 (4,90)	490 (1,00)	205 (0,40)	<0,001
Sai chống chỉ định	155 (0,30)	418 (0,70)	-	<0,001
Sai ngày điều trị	1,351 (2,50)	193 (0,40)	185 (0,30)	<0,001
Tương tác thuốc	90 (0,20)	30 (0,10)	-	<0,001
Sai thuốc tác dụng trên đường tiêu hóa	9,794 (18,13)	4,995 (9,50)	928 (1,68)	<0,001
Sai thuốc tim mạch	3,098 (5,73)	1,772 (3,20)	675 (1,22)	<0,001
Sai thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	1,799 (3,33)	106 (0,20)	62 (0,11)	<0,001
Sai thuốc khoáng chất và vitamin	1,465 (2,71)	459 (0,90)	415 (0,75)	<0,001
Thuốc đông y	1,248 (2,31)	820 (1,50)	189 (0,34)	<0,001
Sai thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; thuốc điều trị gút và bệnh cơ xương khớp	1,054 (1,95)	497 (1,00)	303 (0,55)	<0,001
Sai thuốc tác dụng trên đường hô hấp	694 (1,28)	112 (0,20)	182 (0,33)	<0,001
Sai thuốc tác động trên thần kinh trung ương	897 (1,66)	377 (0,75)	647 (1,17)	<0,001
Sai thuốc hormon và các thuốc tác động vào hệ nội tiết	641 (1,19)	250 (0,40)	412 (0,75)	<0,001
Sai thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn	403 (0,75)	150 (0,30)	147 (0,27)	<0,001
Sai thuốc điều trị bệnh đường tiết niệu	152 (0,28)	7 (0,01)	8 (0,01)	<0,001
Sai thuốc khác	1,097 (2,06)	538 (1,10)	214 (0,39)	<0,001
Ước tính số tiền xuất toán trên đơn (nghìn VND), Trung vị (khoảng tứ phân vị)	25,269 (24,660-25,877)	15,140 (14,625-5,656)	4,776 (4,476 - 5,003)	<0,001

Trong giai đoạn đưa dữ liệu lần thứ 1, nghiên cứu ghi nhận biến số về Bệnh đa liểu và Bệnh khác liên quan không có ý nghĩa thống kê đến sai sót trong kê đơn. Nghiên cứu tiến hành loại hai biến này và phân tích hồi quy lần 2, kết quả được trình bày ở bảng 4. Trong đó, các yếu tố liên quan đến việc gia tăng sai sót trong kê đơn gồm số thuốc được kê trong đơn, bác sĩ ở chuyên khoa ngoại, đơn thuốc có bệnh cơ xương khớp, tiêu hóa, hô hấp và thần kinh trung ương.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến sai sót kê đơn

Yếu tố khảo sát (Biến độc lập)	p	OR	Khoảng tin cậy 95%	
			Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Giai đoạn khảo sát				
Giai đoạn 1				
Giai đoạn 2	< 0,001	0,416	0,402	0,431
Giai đoạn 3	<0,001	0,114	0,109	0,119
Tuổi người bệnh	<0,001	0,988	0,987	0,989
Giới tính người bệnh (Nam)	<0,001	0,875	0,849	0,900
Số bệnh được chẩn đoán	<0,001	0,928	0,911	0,946
Số thuốc được kê	<0,001	1,382	1,371	1,394
Thâm niên bác sĩ	0,003	0,996	0,994	0,999
Chuyên khoa				
Nội	-	-	-	-
Ngoại	<0,001	1,376	1,316	1,438
Chuyên khoa lẻ	<0,001	0,621	0,589	0,654

Liên quan đến loại bệnh lý				
Bệnh tim mạch	<0,001	0,453	0,432	0,474
Bệnh rối loạn chuyển hóa	<0,001	0,890	0,854	0,928
Bệnh cơ xương khớp	<0,001	1,114	1,076	1,153
Bệnh tiêu hóa	<0,001	1,536	1,486	1,588
Bệnh nhiễm khuẩn	<0,001	0,615	0,587	0,644
Bệnh về mắt, tai-mũi-họng	<0,001	0,867	0,821	0,894
Bệnh về hô hấp	<0,001	1,249	1,191	1,310
Bệnh về thần kinh trung ương	<0,001	1,149	1,101	1,198
Bệnh tiết niệu	<0,001	0,659	0,625	0,694

BÀN LUẬN

Bệnh viện Thống Nhất mỗi tháng tiếp nhận từ 16,672 đến 18,404 lượt khám chữa bệnh ngoại trú sử dụng BHYT. Trong đó, người bệnh cao tuổi là nhóm người bệnh đặc thù (bệnh mạn tính và đa bệnh lý), chiếm tỷ lệ cao và sử dụng nhiều loại thuốc. Do đó, ME gây hường không chỉ đến an toàn của người bệnh mà còn đến kinh tế của bệnh viện. Đồng thời, ME còn là nguyên nhân gây làm chậm việc quyết toán của BHYT do gây xuất toán, ảnh hưởng đến chu trình cung ứng thuốc của toàn bệnh viện.

Nghiên cứu ghi nhận giai đoạn khi chưa can thiệp, bệnh viện có 18 loại sai sót liên quan đến kê đơn thuốc, trong đó thiếu chỉ định là sai sót phổ biến nhất (20,30%). M. A. Alanazi và cộng sự (cs) đưa ra nhận định rằng trong các loại ME sai sót kê đơn là loại thường gặp nhất, sai sót kê đơn chiếm tỷ lệ từ 29 - 56% tổng số ME và xảy ra ở 7% đơn thuốc [6]. Ngoài ra, Kohn LT và cs cũng ghi nhận rằng sai sót trong dùng thuốc có thể xảy ra trong tất cả các hoạt động: kê đơn, cấp phát, sử dụng thuốc và không tuân thủ điều trị của người bệnh [1]. Nhìn chung, qua giai đoạn gần 3 năm thực hiện các giải pháp, tất cả các sai sót [đã được ghi nhận] giảm có ý nghĩa thống kê. Trong đó, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp sai sót liên quan đến chống chỉ định và tương tác thuốc.

Nghiên cứu ước tính số tiền xuất toán trung bình đơn trong giai đoạn 1 là 25,269 (24,660 - 25,877) nghìn VND, tương ứng với 1,365,334,608 (1,332,429,120 - 1,398,186,064) nghìn VND. Qua quá trình thực hiện giải pháp, số tiền xuất toán trung bình đơn trong giai đoạn 3 là 4,776 (4,476-5,003) nghìn VND, tương ứng với 263,692,512 (247,128,912 - 276,225,636) nghìn VND. So với giai đoạn 1, số tiền xuất toán trung bình đơn trong giai đoạn giảm có ý nghĩa có ý nghĩa thống kê 81,1% (80,7 - 81,9).

Điểm khác biệt về quy trình kê đơn giai đoạn 3 là phần cảnh báo khi bác sĩ kê đơn bằng phần mềm I3. Đây là phần mềm hỗ trợ công tác duyệt đơn ngoại trú, giải quyết đa số các vấn đề

liên quan đến sai sót khi kê đơn (căn cứ từ các dữ liệu về sai sót trước đó). Trong đó có tích hợp bảng dữ liệu về ICD và chỉ định của từng thuốc. Bác sĩ khám và kê đơn trực tiếp trên phần mềm Hsoft cho người bệnh, ngay sau khi kết thúc thao tác kê đơn thì toàn bộ đơn vừa kê sẽ được xử lý ngay lập tức bằng phần mềm I3. Bác sĩ tiếp nhận thông tin của I3 để điều chỉnh đơn (nếu có sai sót) trước khi in. Dược sĩ lâm sàng duyệt lại đơn thuốc cuối cùng để phát hiện lỗi sai còn chưa được phát hiện bởi phần mềm I3.

Về các yếu tố liên quan đến sai sót trong kê đơn, nghiên cứu ghi nhận đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh (tuổi và giới tính), số lượng bệnh và một số loại bệnh được chẩn đoán, số thuốc được kê, đặc điểm của bác sĩ (thâm niên và chuyên khoa). Một số nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận sự liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa ME với thâm niên công tác, đặc điểm nhân khẩu học (trừ giới tính) của nhân viên y tế [7 - 9]. Ngoài ra, một số nghiên cứu cho rằng nguyên nhân của ME là do khối lượng công việc, thâm niên công tác (nhân viên mới) và sự sao nhãng của cá nhân [10 - 12].

Hiện nay, dữ liệu về ME ở nước ta còn hạn chế, một phần do chưa có hệ thống báo cáo tự nguyện dành riêng cho ME. Trong khi đó, điều kiện tiên quyết để giảm thiểu ME là xác định được sai sót, qua đó phân tích hoàn cảnh và nguyên nhân hệ thống dẫn đến sai sót. Phương pháp nghiên cứu quan sát trực tiếp như đã thực hiện trong một số nghiên cứu trước đây lại khó triển khai rộng rãi trong thực tế. Do đó, nghiên cứu đề xuất cơ quan quản lý cần xây dựng hệ thống báo cáo tự nguyện dành riêng cho ME để cho các bệnh viện nói riêng và cơ quan quản lý nói chung có cái nhìn tổng quát hơn về ME. Từ đó, có thể đưa ra các hành động phù hợp để kiểm soát. Đồng thời, các bệnh viện, đặc biệt là khoa dược cần số hóa phác đồ điều trị và thuốc nhằm mục tiêu đảm bảo sự tương thích giữa thuốc được kê và mã bệnh được chẩn đoán.

Nghiên cứu có một số hạn chế là chưa phân tích được toàn bộ đơn thuốc ngoại trú của bệnh

viện, một phần nguyên nhân do việc xác định, đánh giá các sai sót còn mang tính thủ công. Nghiên cứu chưa đánh giá được hiệu quả về giảm thiểu sai sót và giảm xuất toán cho người bệnh nội trú.

KẾT LUẬN

Sai sót trong sử dụng thuốc không chỉ ảnh hưởng đến an toàn của người bệnh mà còn ảnh hưởng đến kinh tế và chuỗi cung ứng thuốc của bệnh viện. Một số các giải pháp can thiệp trong công tác quản lý dược liên quan đến hoạt động kê đơn thuốc ngoại trú của bác sĩ tại Bệnh viện Thống Nhất bước đầu đã cho thấy hiệu quả. Bệnh viện cần mở rộng thêm quy mô đánh giá sang đơn thuốc nội trú để kiểm soát được toàn diện sai sót trong sử dụng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. S. Donaldson, J. M. Corrigan, and L. T. Kohn, "To err is human: building a safer health system," 2000.
2. J. T. James, "A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care," *J. Patient Saf.*, vol. 9, no. 3, pp. 122 - 128, 2013.
3. K. KD, X. JQ, and A. E, "Mortality in the United States, 2019."
4. World Health Organization, "The importance of pharmacovigilance, 2002."
5. World Health Organization, "Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres, 2014."

6. M. A. Alanazi, M. P. Tully, and P. J. Lewis, "A systematic review of the prevalence and incidence of prescribing errors with high-risk medicines in hospitals," *J. Clin. Pharm. Ther.*, vol. 41, no. 3, pp. 239 - 245, 2016.

7. M. SHoHani and H. Tavan, "Factors affecting medication errors from the perspective of nursing staff," *J Clin Diagn Res*, vol. 12, no. 3, 2018.

8. T. A. Anacleto, E. Perini, M. B. Rosa, and C. C. César, "Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy," *Clinics*, vol. 60, no. 4, pp. 325 - 332, 2005.

9. M. Seidi and R. Zardosht, "Survey of nurses' viewpoints on causes of medicinal errors and barriers to reporting in pediatric units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences," *J. Fasa Univ. Med. Sci.*, vol. 2, no. 3, pp. 142 - 147, 2012.

10. L. L. Leape et al., "Systems analysis of adverse drug events," *Jama*, vol. 274, no. 1, pp. 35 - 43, 1995.

11. D. Conklin, "Medication errors by nurses: contributing factors," *AARN Newsl.*, vol. 46, pp. 8 - 9, 1990.

12. M. Al-Shara, "Factors contributing to medication errors in Jordan: A nursing perspective," *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.*, vol. 16, no. 2, p. 158, 2011.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN TẠI KHOA NGOẠI QUÁN SỨ BỆNH VIỆN K

PHẠM TRUNG THÔNG, KIM VĂN VỤ,
HOÀNG ANH, NGUYỄN TIẾN TRUNG
Khoa Ngoại Quán Sứ - Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả ban đầu trong phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận tại khoa Ngoại Quán Sứ Bệnh viện K.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu lại các bệnh nhân u tuyến thượng thận được phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại Quán Sứ, Bệnh viện K từ tháng 03/2017 đến tháng 02/2018, tiến cứu từ

tháng 03/2017 đến tháng 11/2018.

Kết quả: Có 21 bệnh nhân thuộc diện nghiên cứu với tỷ lệ mổ nội soi thành công 100%, trong đó 14 trường hợp (66,7%) có kết quả giải phẫu bệnh là u vô thượng thận, 2 trường hợp (14,3%) u tuỷ thượng thận, 2 u lympho không Hodgkin và 2 u xơ thần kinh, chiếm 9,5% mỗi loại. Kích thước u trung bình đo được trên phim cắt lớp vi tính là 37mm. Thời gian mổ trung bình là 87,8 phút, thời gian nằm viện sau mổ là 3,24 ngày và không xảy ra biến chứng sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận là một phẫu thuật an toàn, đem lại hiệu quả cao và đạt được nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Cần cần nhắc tới kích thước của u, bệnh

Chịu trách nhiệm: Phạm Trung Thông

Email: bsthongdhytb@gmail.com

Ngày nhận: 07/3/2021

Ngày phản biện: 09/4/2021

Ngày duyệt bài: 23/4/2021