



Bài Nghiên cứu

Tác động lâm sàng, kinh tế và tổ chức/vận hành của các can thiệp dược tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Trần Thị Khánh Ly^{1,2}, Nguyễn Thị Trường An³, Phạm Kiều Tiên², Vũ Thu Thảo⁴, Trương Minh Thanh⁴, Võ Nguyễn Mỹ Ngân⁴, Phạm Kim Ngân⁴ và Võ Thị Hà^{2,4*}

¹ Bệnh viện Nhân dân 115, 527 Sư Vạn Hạnh, Hòa Hưng, Hồ Chí Minh, Việt Nam

² Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, 02 Dương Quang Trung, Hòa Hưng, Hồ Chí Minh, Việt Nam

³ Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 217 Hồng Bàng, Chợ Lớn, Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴ Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, 468 Nguyễn Trãi, An Đông, Hồ Chí Minh, Việt Nam.

* Tác giả liên hệ: Võ Thị Hà, email: havothipharma@gmail.com

THÔNG TIN CHUNG

Ngày gửi bài: 28/10/2025

Ngày nhận bản sửa: 01/01/2026

Ngày chấp nhận đăng: 10/01/2026

Từ khoá

Can thiệp dược

Dược sĩ lâm sàng

DRP

CLEOVN

Bệnh viện

TÓM TẮT

Xác định mức độ ý nghĩa lâm sàng, kinh tế, tổ chức/vận hành của các can thiệp dược (Pharmacist Intervention - PI) do dược sĩ lâm sàng thực hiện tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu tất cả các vấn đề thuốc (Drug Related Problem - DRP) và PI đã được ghi nhận đầy đủ thông tin vào năm 2024. Phân loại DRP và PI theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Mức độ ý nghĩa của PI được đánh giá bằng công cụ CLEOVN, gồm ba khía cạnh: lâm sàng, kinh tế, và tổ chức/vận hành, được đánh giá đồng thuận bởi 3 dược sĩ lâm sàng. Kết quả: Tổng cộng 802 PI được đánh giá. Loại DRP thường gặp nhất liên quan đến liều dùng (35,8%) và lựa chọn thuốc (29,4%), chủ yếu liên quan nhóm kháng sinh (97,8%). Các PI phổ biến gồm thay đổi điều trị (67,1%) và cung cấp thông tin (16,6%). Tỷ lệ chấp thuận PI của bác sĩ là rất cao (99,6%). Về lâm sàng, 79,2% PI có ý nghĩa từ mức “trung bình” trở lên (“trung bình” 39,7%; “quan trọng” 36,5%; “sống còn” 3,0%). Về kinh tế, 46,1% PI làm “tăng chi phí”. Về tổ chức/vận hành, 33,2% PI mang lại tác động “thuận lợi”. Nghiên cứu cho thấy đa số các PI nhận được sự đồng thuận cao từ bác sĩ và được đồng thuận đánh giá bởi dược sĩ là có khả năng mang lại ý nghĩa tích cực về mặt lâm sàng. Tuy nhiên, tác động đối với khía cạnh kinh tế và tổ chức/vận hành mang tính đa chiều, phản ánh thực tế rằng việc tối ưu hóa hiệu quả điều trị có thể đi kèm với thay đổi chi phí trực tiếp và quy trình chăm sóc người bệnh

* Tác giả liên hệ: Võ Thị Hà, email: havothipharma@gmail.com

<http://doi.org/10.59882/1859-364X/371>

A B S T R A C T

To evaluate the clinical, economic, and organizational/operational significance of pharmacist interventions (PIs) conducted by clinical pharmacists at Nguyen Tri Phuong Hospital. A cross-sectional descriptive study was conducted using retrospective data on all drug-related problems (DRPs) and PIs fully documented in 2024. DRPs and PIs were classified according to the Ministry of Health's guideline. The significance of PIs was assessed using the CLEOVN tool, covering three domains: clinical, economic, and organizational/operational, with consensus ratings from three clinical pharmacists. A total of 802 PIs were evaluated. The most common types of drug-related problems (DRPs) were related to dosing (35.8%) and drug selection (29.4%), primarily involving antibiotics (97.8%). The most frequent PIs included treatment modification (67,1%) and provision of information (16.6%). The acceptance rate of PIs by physicians was very high (99.6%). Clinically, 79.2% of PIs were rated as having at least a "moderate" impact ("moderate": 39.7%; "significant": 36.5%; "vital": 3.0%). Economically, 46.1% of PIs were associated with an "increase in treatment costs". In terms of organizational/operational impact, 33.2% of PIs were assessed as having a "favorable impact". Study showed that majority of PIs had high physician acceptance and were evaluated in consensus by pharmacists as positive clinical implications. However, the economic and organizational/operational impacts were mixed, reflecting the fact that optimizing treatment effectiveness may be accompanied by change of direct costs and patient care processes.

Đặt vấn đề

Trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe hiện đại, vai trò của người dược sĩ ngày càng được khẳng định, không chỉ dừng lại ở việc cung ứng thuốc mà còn góp phần trong việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả cho người bệnh. Tham gia hội chẩn sử dụng thuốc là một trong những hoạt động nổi bật của dược sĩ lâm sàng (DSLS). Với vai trò là chuyên gia về thuốc, DSLS có nhiệm vụ xác định và giải quyết những vấn đề liên quan đến thuốc (Drug Related Problem - DRP) thông qua các can thiệp dược (Pharmacist Intervention - PI) [1-3]. Kết quả mong đợi của PI hướng đến cải thiện hiệu quả điều trị, ngăn ngừa các DRP hoặc làm giảm các phản ứng có hại của thuốc và tiết kiệm chi phí điều trị [4].

Việc đánh giá ý nghĩa của các PI là một yếu tố quan trọng để chứng minh giá trị tích cực của DSLS trong tối ưu hóa sử dụng thuốc cho người bệnh tại bệnh viện, đồng thời thúc đẩy cải tiến chất lượng liên tục và phát triển trong lĩnh vực dược lâm sàng.

Nhằm chuẩn hóa việc đánh giá này, Bộ Y Tế Việt Nam đã ban hành bộ mã phân loại DRP và PI theo Quyết định 3547/QĐ-BYT ngày 22/7/2021 [5]. Phân loại DRP và PI theo hướng dẫn của Bộ Y tế gồm 9 loại DRP và 7 loại PI của DSLS. Năm 2023, công cụ CLEOVN đã được dịch và thẩm định từ phiên bản gốc tiếng Pháp để áp dụng trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam [6]. Mức độ ý nghĩa của PI được đánh giá bằng công cụ CLEOVN, gồm ba khía cạnh: lâm sàng (mức độ từ "Có hại" đến "Sống còn"), kinh tế ("tăng", "giảm" hoặc "không ảnh hưởng" chi phí) và tổ chức/vận hành ("không thuận lợi", "không ảnh hưởng", "thuận lợi" cho quy trình chăm sóc người bệnh).

Tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, hoạt động dược lâm sàng được thúc đẩy phát triển nhờ sự hợp tác viện - trường giữa giảng viên của trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch và DSLS tại bệnh viện từ đầu năm 2019. Trong quá trình thực hành, DSLS thường xuyên phối hợp cùng bác sĩ tối ưu sử dụng thuốc cho người bệnh

qua hoạt động hội chẩn sử dụng thuốc. Tuy nhiên, tại Bệnh viện chưa có nghiên cứu chuyên sâu về đánh giá ý nghĩa của các PI đã thực hiện. Vì thế, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: “*Xác định mức độ ý nghĩa lâm sàng, kinh tế, tổ chức/vận hành của các PI do dược sĩ lâm sàng thực hiện tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương*”.

Nguyên liệu và Phương pháp nghiên cứu

Nguyên liệu

Chọn tất cả các DRP và PI do DSLS thực hiện và được lưu đầy đủ thông tin tại Khoa Dược sau khi hội chẩn theo yêu cầu của bác sĩ điều trị được gửi thông qua bệnh án điện tử năm 2024 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: DRP và PI có đầy đủ thông tin gồm Ngày can thiệp; Thông tin người bệnh (Họ tên, Giới, Tuổi, Mã bệnh án); Mô tả DRP và PI; Ý kiến phản hồi của bác sĩ kê đơn.

Tiêu chuẩn loại trừ: DRP mô tả không rõ ràng. PI không dẫn đến thay đổi liên quan trị liệu thuốc.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, dữ liệu thu thập hồi cứu.

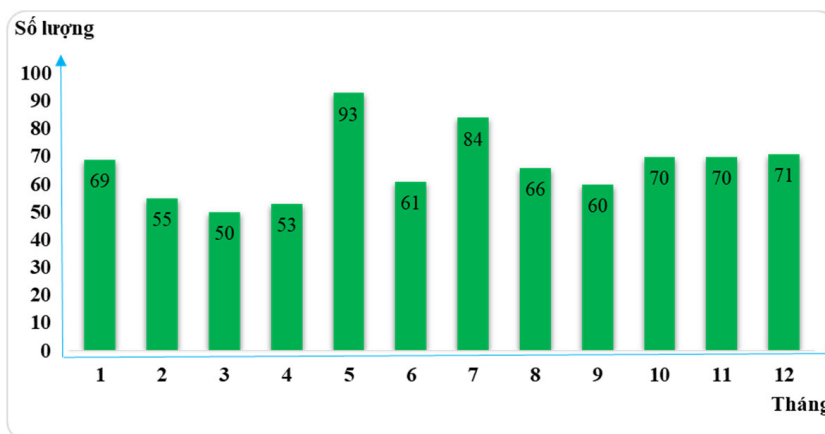
Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu toàn bộ

các DRP và PI đã được ghi nhận đầy đủ thông tin vào năm 2024.

Nội dung nghiên cứu:

Dữ liệu các DRP và PI được ghi chép và lưu trữ hàng ngày bởi 4 dược sĩ dược lâm sàng tại bệnh viện bao gồm: ngày can thiệp; thông tin người bệnh (họ tên, giới, tuổi, mã bệnh án); mô tả DRP và PI; phân loại DRP và PI theo hướng dẫn của Bộ Y tế [5]; Ý kiến phản hồi của bác sĩ kê đơn; Ý nghĩa của can thiệp dược bằng công cụ CLEOVN [6]. Sau đó, dữ liệu này sẽ được xoá bỏ phần mã hoá phân loại DRP, PI và ý nghĩa của PI để gửi cho một dược sĩ lâm sàng phụ trách và một dược sĩ lâm sàng khác bệnh viện mã hoá độc lập. Nếu có ít nhất 2 dược sĩ cho kết quả giống nhau về mã hoá thì kết quả chung đó được xem là kết quả đồng thuận. Chỉ các kết quả khác biệt ở cả 3 dược sĩ sẽ được giải quyết thông qua phiên họp trực tuyến qua ứng dụng Zoom. Các thành viên sẽ trao đổi trực tiếp, chia sẻ dữ liệu và tranh luận dựa trên bằng chứng y văn và ý kiến cá nhân cho đến khi đạt được sự đồng thuận hoàn toàn giữa ba thành viên trước khi đưa vào phân tích số liệu.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý trên Microsoft Office Excel 2013. Số liệu



Hình 1. Phân bố DRP theo thời gian

được trình bày dưới dạng tần số và phần trăm, hoặc trung bình \pm SD.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (Quyết định số 1326/ TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 14/03/2025).

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Kết quả nghiên cứu

Năm 2024 có 802 DRP được dược sĩ lâm sàng can thiệp thỏa tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Mô tả các DRP trong kê đơn và các PI đã được thực hiện bởi DSLS

Phân bố DRP theo thời gian

Trung bình có $67 \pm 12,5$ DRP mỗi tháng, trong đó tháng 5 ghi nhận số DRP nhiều nhất (93 DRP, chiếm 11,6%).

Phân bố DRP theo khoa điều trị

Các DRP được phân bố ở 19 khoa lâm sàng, thể hiện cụ thể theo Bảng 1. DRP phân bố phổ biến nhất ở 3 khoa gồm: Chấn thương chỉnh hình (23,3%), Ngoại thần kinh (19,7%) và Hồi sức tích cực - Chống độc (ICU) (16,2%).

Phân bố DRP theo đặc điểm người bệnh

Các DRP xảy ra phổ biến ở người bệnh cao tuổi ≥ 60 (chiếm 55,6%). DRP xảy ra ở bệnh nhi chỉ chiếm 1,5%. Các DRP xảy ra ở nữ chiếm 54,6%.

Phân bố DRP theo loại thuốc liên quan

Thuốc kháng sinh là nhóm thuốc phổ biến nhất (97,8%) ghi nhận DRP, trong đó vancomycin, colistin và meropenem lần lượt chiếm tỷ lệ cao nhất, tương ứng là 51,9%, 9,0% và 8,9%. Các thuốc khác liên quan DRP gồm thuốc kháng nấm, thuốc trị tăng huyết áp, thuốc cản quang, thuốc điều hoà điện giải, thuốc giảm đau, thuốc trị dị ứng, thuốc trị giun - sán.

Đặc điểm vấn đề thuốc

Bảng 1. Bảng Phân bố DRP

STT	Khoa điều trị	Số lượng DRP (n = 802)	Tỉ lệ (%)
1.	Chấn thương chỉnh hình	187	23,3
2.	Ngoại thần kinh	158	19,7
3.	Hồi sức tích cực – Chống độc	130	16,2
4.	Nội thần kinh	72	9,0
5.	Nội tim mạch	54	6,7
6.	Hô hấp	37	4,6
7.	Cơ xương khớp	34	4,2
8.	Nội tổng hợp	33	4,1
9.	Lão khoa	26	3,2
10.	Nội tiêu hóa	15	1,9
11.	Ngoại tiêu hóa	11	1,4
12.	Gây mê hồi sức	10	1,2
13.	Khoa khác (Ngoại thận - tiết niệu, Ngoại tổng hợp, Nội tiết, Nội thận - Lọc máu, Tai mũi họng, Sản, Tim mạch can thiệp)	35	4,4

Bảng 2. Số lượng và tỷ lệ loại DRP

Loại vấn đề liên quan đến thuốc	Tần suất (n = 802)	Tỷ lệ (%)
T1 Lựa chọn thuốc	236	29,4
T1.2 Tương tác thuốc	1	0,1
T1.3 Sai thuốc	1	0,1
T1.7 Quá nhiều thuốc cho cùng chỉ định	58	7,2
T1.99 Vấn đề khác về lựa chọn thuốc	176	21,9
Phối hợp thuốc chưa đủ	62	7,7
Lựa chọn thuốc chưa phù hợp tình trạng bệnh	114	14,2
T2 Liều dùng	287	35,8
T2.1 Liều dùng quá cao	105	13,1
T2.2 Liều dùng quá thấp	48	6,0
T2.4 Tần suất dùng không đủ	1	0,1
T2.99 Vấn đề khác về liều (Hỗ trợ tính liều)	133	16,6
T4 Điều trị chưa đủ	8	1,0
T4.1 Có bệnh lý chưa được điều trị đủ	2	0,2
T4.2 Cần biện pháp dự phòng/Chưa dự phòng đủ	1	0,1
T4.99 Vấn đề khác về bệnh lý chưa được điều trị đủ	5	0,6
T5 Độ dài đợt điều trị	6	0,7
T5.99 Vấn đề khác về độ dài đợt điều trị	6	0,7
T6 Cần được theo dõi	154	19,2
T6.1 Biểu hiện lâm sàng	22	2,7
T6.2 Các chỉ số cận lâm sàng	129	16,1
T6.99 Vấn đề khác cần theo dõi	3	0,4
T7 Độc tính và tác dụng có hại của thuốc	108	13,5
T7.1 Người bệnh gặp tác dụng có hại của thuốc	108	13,5
T99 Vấn đề không được phân loại khác	3	0,4
Tổng	802	100,0%

Số lượng và tỷ lệ các loại DRP được trình bày qua Bảng 2.

Các DRP phổ biến nhất liên quan đến “liều dùng” (35,8%), trong đó “liều quá cao” (13,1%) và “liều quá thấp” (6,0%). Các DRP

phổ biến thứ hai là “lựa chọn thuốc” (29,4%) gồm “lựa chọn thuốc chưa phù hợp với tình trạng bệnh” (14,2%), “phối hợp thuốc chưa đủ” (7,7%) và “quá nhiều thuốc cho cùng chỉ định” (7,2%). Các DRP phổ biến kế tiếp là

Bảng 3. Số lượng và tỉ lệ loại PI

Can thiệp của người làm công tác dược lâm sàng	Tần suất (n=802)	Tỉ lệ (%)
C1 Thay đổi điều trị	538	67,1
C1.1 Ngừng thuốc	118	14,7
C1.2 Thêm thuốc	110	13,7
C1.3 Tăng/giảm liều thuốc	153	19,1
C1.4 Thay đổi thuốc có hoạt chất khác	147	18,3
C1.6 Thay đổi dạng bào chế	8	1,1
C1.7 Thay đổi tần suất điều trị	1	0,1
C1.8 Thay đổi độ dài đợt điều trị	1	0,1
C2 Cần tham khảo thêm	4	0,4
C2.1 Hội chẩn can thiệp / chuyên khoa	2	0,2
C2.2 Ý kiến khác trong bệnh viện	2	0,2
C3 Cung cấp thông tin	133	16,6
C3.3 Hỗ trợ tính liều khuyến cáo/Hướng dẫn sử dụng thuốc	133	16,6
C4 Theo dõi thêm	117	14,6
C4.1 Giám sát lâm sàng	38	4,7
C4.2 Các chỉ số cận lâm sàng	79	9,9
C99 Can thiệp khác	10	1,3
Tổng	802	100,0

“cần được theo dõi” (19,2%) và “người bệnh gặp tác dụng có hại của thuốc” (13,5%).

Đặc điểm can thiệp dược

Số lượng và tỉ lệ loại PI được tổng hợp qua Bảng 3.

Các PI tương ứng được DSLS thực hiện nhiều nhất là “thay đổi điều trị” (67,1%), bao gồm “tăng/giảm liều thuốc” (19,1%), “thay đổi thuốc có hoạt chất khác” (18,3%), “ngừng thuốc” (14,7%) hoặc “thêm thuốc” (13,7%). PI phổ biến thứ 2 là “cung cấp thông tin” (16,6%). Có 99,6% bác sĩ kê đơn đồng ý với các can thiệp của dược sĩ.

Đánh giá mức tác động của các PI theo phân loại CLEOVN tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Mức độ tác động của các can thiệp dược được thể hiện qua Bảng 4.

Về mặt lâm sàng, 79,2% các PI có mức tác động từ “trung bình” đến “sống còn”, trong đó mức “trung bình” (39,7%), mức “quan trọng” (36,5%), mức “sống còn” (3,0%). Về mặt kinh tế, 46,1% PI làm “tăng chi phí” liên quan thuốc điều trị. Về mặt tổ chức/vận hành, 33,2% có ảnh hưởng “thuận lợi”.

Bàn luận

Mô tả các DRP trong kê đơn và các PI đã được thực hiện bởi DSLS

Nghiên cứu chủ yếu ghi nhận DRP và PI liên quan đến kháng sinh, phản ánh đặc trưng hội chẩn dược lâm sàng nội trú tiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương vẫn tập trung

Bảng 4. Mức độ tác động của các can thiệp theo thang CLEO_{VN}

Biến số	Tần suất (n= 802)	Tỉ lệ (%)
CL - Tác động lâm sàng		
-1C (Có hại)	2	0,2
0C (Không ảnh hưởng)	7	0,9
1C (Mức độ nhẹ)	158	19,7
2C (Mức độ trung bình)	318	39,7
3C (Mức độ quan trọng)	293	36,5
4C (Mức độ sống còn)	24	3,0
E - Tác động kinh tế		
-1E (Tăng chi phí)	370	46,1
0E (Không thay đổi)	133	16,6
1E (Giảm chi phí)	299	37,3
O - Tác động tổ chức/vận hành		
-1O (Không thuận lợi)	266	33,2
0O (Không ảnh hưởng)	270	33,6
1O (Thuận lợi)	266	33,2

chủ yếu ở mảng quản lý kháng sinh. Các hoạt động phân tích dược và phát hiện DRP hồi cứu ở nội trú và ngoại trú có triển khai ở các nhóm thuốc khác như chống đông, thuốc statin, thuốc trị đái tháo đường, thuốc trị tăng huyết áp, thuốc kháng nấm nhưng không được ghi nhận vào cơ sở dữ liệu can thiệp dược nội trú tiến cứu ở nghiên cứu này.

Các DRP chủ yếu tập trung ở ba khoa đã triển khai hoạt động dược lâm sàng thường quy, cho thấy hiệu quả rõ ràng của DSLS trong việc phát hiện và điều chỉnh các vấn đề liên quan kháng sinh. Tuy nhiên, vẫn còn hạn chế là chưa thể hiện toàn diện hoạt động DSLS đối với các nhóm thuốc khác hoặc tại những khoa chưa triển khai thường quy. Do đó, việc mở rộng phạm vi các nhóm thuốc can thiệp, bao gồm tim mạch, thần kinh, kháng viêm - giảm đau, đồng thời tăng cường hoạt động can thiệp dược ở các khoa

lâm sàng chưa triển khai thường quy là cần thiết để tối ưu hóa sử dụng thuốc trong bối cảnh bệnh viện Nguyễn Tri Phương – một bệnh viện đa khoa, tuyến kỹ thuật chuyên môn sâu của Thành phố Hồ Chí Minh.

Mặc dù vancomycin, colistin và meropenem chủ yếu được sử dụng tại ICU, số lượng PI ghi nhận lại cao hơn tại các khoa ngoại chấn thương chỉnh hình và ngoại thần kinh so với ICU. Điều này có thể được lý giải bởi các lý do sau: vai trò và tiếng nói của DSLS đã thể hiện rõ nét ở 2 khoa ngoại so với ICU; số lượng giường bệnh nội trú ở 2 khoa ngoại nhiều hơn số giường bệnh ở ICU (70 giường ở mỗi khoa ngoại so với 20 giường ở ICU); trong năm 2024, dược sĩ phụ trách khoa ICU nghỉ thai sản và đi học sau đại học trong 6 tháng đã khiến cho việc triển khai hoạt động dược lâm sàng thường quy tại ICU bị gián đoạn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy loại DRP phổ biến nhất là “liều dùng” (35,8%). Kết quả này khá tương đồng so với nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy vấn đề liều dùng thường là DRP phổ biến nhất. Nghiên cứu của Reinau và cộng sự tại Thụy Sĩ năm 2019 cũng chỉ ra liều lượng không phù hợp là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến PI [7]. Tương tự, nghiên cứu tại Thái Lan của Lekpittaya và cộng sự năm 2023 xác định liều quá thấp và quá cao chiếm một tỉ lệ lớn trong các DRP được phát hiện [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Hoàng Thị Phương và cộng sự năm 2023 trên người bệnh ung thư phụ khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương cũng ghi nhận vấn đề về liều dùng chiếm đến 87,7% [9].

Vai trò của dược lâm sàng trong cá thể hóa liều lượng, đặc biệt với các nhóm thuốc có khoảng điều trị hẹp hoặc cần hiệu chỉnh liều theo chức năng thận và người bệnh nặng đã được khẳng định. Thực tế, nhóm thuốc được can thiệp nhiều nhất là kháng sinh (97,8%), trong đó vancomycin, colistin và meropenem chiếm đa số. Đây là những kháng sinh quan trọng trong điều trị nhiễm khuẩn nặng và việc tính toán liều chính xác là yếu tố then chốt để đảm bảo hiệu quả và giảm thiểu độc tính. Do đó, can thiệp phổ biến nhất của DSLS là "Hỗ trợ tính liều khuyến cáo/Hướng dẫn sử dụng thuốc" (16,6%) và "Tăng/Giảm liều thuốc" (19,1%) phản ánh chính xác nhu cầu lâm sàng tại bệnh viện.

Điều đặc biệt là “lựa chọn thuốc” (29,4%) cũng chiếm tỷ lệ khá cao. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của dược sĩ trong việc hội chẩn cùng bác sĩ để thay đổi lựa chọn thuốc, đặc biệt là thuốc kháng sinh tại bệnh viện. Thực tế, bác sĩ thường xuyên yêu cầu hội chẩn và trong nhiều trường hợp dược sĩ chủ động đề xuất “thêm thuốc” (13,7%),

“ngừng thuốc” (14,7%) hoặc “thay đổi thuốc có hoạt chất khác” (18,3%), đặc biệt là tại 2 khoa ngoại nơi có DSLS phụ trách. Điều này cho thấy vai trò của dược sĩ không chỉ dừng lại ở việc tối ưu hóa liều lượng mà còn tham gia tích cực vào việc đề xuất lựa chọn thuốc tối ưu - một lĩnh vực xưa nay được định kiến là “vùng bất khả xâm phạm” của bác sĩ.

Nghiên cứu ghi nhận một tỉ lệ chấp thuận can thiệp của bác sĩ rất cao, lên đến 99,6%. Con số này vượt trội so với nghiên cứu của Zaal và cộng sự tại Hà Lan năm 2020 (71,2%) và tương đương với nghiên cứu của Lekpittaya và cộng sự tại Thái Lan năm 2023 (99,1%) [8, 10]. Tỉ lệ chấp thuận gần như tuyệt đối này là một minh chứng mạnh mẽ cho sự tin tưởng và công nhận của các bác sĩ đối với năng lực chuyên môn của đội ngũ DSLS tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Điều này phản ánh chất lượng của các khuyến nghị mà DSLS đưa ra, vốn dựa trên thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử, phỏng vấn người bệnh, trao đổi với bác sĩ và dựa trên bằng chứng tra cứu y văn và được cá thể hóa cho từng người bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ chấp thuận rất cao này cũng có thể một phần do thiên kiến ghi nhận của DSLS, cụ thể DSLS sẽ ưu tiên lưu tại khoa dược các PI được sự chấp thuận của bác sĩ. Đây cũng là một hạn chế của đề tài khi dữ liệu được thu thập từ ghi chép của DSLS.

Đánh giá mức tác động của các PI theo phân loại CLEOVN tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Về tác động lâm sàng, đây là khía cạnh quan trọng nhất, phản ánh trực tiếp giá trị của PI đối với an toàn và hiệu quả điều trị trên người bệnh. Kết quả cho thấy các PI được dược sĩ đồng thuận đánh giá mang lại tác động lâm sàng tích cực ở mức độ cao. Tổng cộng, có đến 79,2% các can thiệp được đánh giá có tác động từ mức độ “trung bình”

(39,7%), “quan trọng” (36,5%) đến mức độ “sống còn” (3,0%). Điều này có nghĩa là phần lớn các PI được đánh giá là có khả năng giúp ngăn ngừa các tác hại cần can thiệp điều trị, tránh được các tổn thương không hồi phục, khuyết tật vĩnh viễn hoặc thậm chí là cứu sống người bệnh. Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu quốc tế sử dụng cùng công cụ CLEO. Ví dụ, nghiên cứu của Zecchini và cộng sự năm 2020 ghi nhận 29,6% PI có tác động lâm sàng từ “trung bình” trở lên, và nghiên cứu của Novais và cộng sự năm 2024 là 29,2% [11, 12]. Sự vượt trội trong kết quả của nghiên cứu này có thể được giải thích bởi sự tập trung của DSLS vào các nhóm người bệnh nặng và loại thuốc được can thiệp nhiều nhất là kháng sinh ưu tiên quản lý.

Phân tích mối liên hệ giữa loại can thiệp và tác động lâm sàng cho thấy can thiệp "thêm thuốc" và "thay đổi thuốc có hoạt chất khác" có xu hướng mang lại tác động ở mức độ quan trọng và sống còn cao nhất. Điều này khá hợp lý vì việc thêm một thuốc cần thiết để điều trị một bệnh lý chưa được quan tâm hoặc thay thế một thuốc không hiệu quả/gây hại bằng một thuốc phù hợp hơn sẽ trực tiếp cải thiện tiên lượng của người bệnh.

Về tác động kinh tế, kết quả phân tích cho thấy 46,1% PI làm “tăng chi phí”, 37,3% làm “giảm chi phí” và 16,6% “không thay đổi” chi phí liên quan thuốc. Cần lưu ý rằng, trong phạm vi nghiên cứu này, tác động kinh tế được ước tính dựa trên sự thay đổi tổng chi phí thuốc (đơn giá niêm yết nhân với số lượng), không phân tách nguồn chi trả (Bảo hiểm Y tế hay người bệnh tự chi trả). Cách tiếp cận này giúp đánh giá khách quan tổng giá trị nguồn lực thuốc được sử dụng hoặc tiết kiệm được từ can thiệp, độc lập với mức hưởng bảo hiểm y tế của từng người bệnh. Việc tăng chi phí này chủ yếu

xuất phát từ các can thiệp như “Thêm thuốc” cần thiết, "Thay đổi thuốc có hoạt chất khác" sang một thuốc mới đắt tiền hơn hoặc “Tăng liều” để đạt đích điều trị. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Zecchini và cộng sự với chỉ 16,0% PI làm “tăng chi phí”. Ngược lại, 37,3% các PI giúp “giảm chi phí” trực tiếp nhờ loại bỏ thuốc không cần thiết, chủ yếu qua các can thiệp “ngừng thuốc”, cho thấy vai trò của DSLS trong việc tối ưu hóa trị liệu, loại bỏ các thuốc không cần thiết góp phần giảm chi phí điều trị. Tuy nhiên, đây chỉ mới là phân loại định tính tác động của PI lên chi phí liên quan thuốc và chưa định lượng cũng như phân tích các chi phí khác liên quan.

Về tác động tổ chức/vận hành, tỷ lệ tác động không thuận lợi của nghiên cứu (33,2%) cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Phương và cộng sự trong năm 2023 (13,9%). Thang đo CLEOVN định nghĩa tác động này dựa trên quan điểm của nhân viên y tế về việc liệu can thiệp có làm thay đổi chất lượng quy trình chăm sóc hay không (ví dụ: tiết kiệm thời gian, cải thiện việc phối hợp). Một PI có lợi cho người bệnh không nhất thiết sẽ thuận lợi cho quy trình làm việc. Trong nghiên cứu, các PI được đánh giá “không thuận lợi” chủ yếu thuộc các nhóm can thiệp đòi hỏi "thêm thuốc" hoặc "thay đổi thuốc" hoặc tăng cường theo dõi, từ đó làm tăng khối lượng công việc tạm thời cho bác sĩ và điều dưỡng. Ngược lại, các can thiệp "ngừng thuốc" lại được đánh giá là thuận lợi vì loại PI này giúp đơn giản hóa y lệnh và quy trình chăm sóc. Tỷ lệ các PI tác động không thuận lợi cao là gợi ý nhu cầu tối ưu hoá tổ chức nhằm giảm tác động vận hành không mong muốn của can thiệp được lâm sàng (như cải thiện quy trình phối hợp hoặc ứng dụng công nghệ thông tin).

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần cân

nhắc như dữ liệu DRP và PI được sử dụng là dữ liệu được ghi chép bởi DSLS. Do đó, có thể xảy ra nguy cơ thiên lệch trong việc ghi chép dữ liệu bởi DSLS. Đánh giá tác động kinh tế chỉ dựa trên chi phí thuốc tại thời điểm can thiệp, chưa bao gồm cơ chế chi trả hay chi phí gián tiếp, chi phí triển khai. Và tác động tổ chức/vận hành được ghi nhận theo cảm nhận nhân viên y tế nên chịu ảnh hưởng bởi đặc thù quy trình công việc và ý kiến chủ quan của nhân viên y tế. Do đó, cần tiến hành các nghiên cứu kinh tế chuyên sâu từ dữ liệu của nghiên cứu này trong đó cân nhắc cả chi phí triển khai PI (cost of implementation), chi phí trực tiếp tiết kiệm được (cost saving) và chi phí tránh được (cost-avoidance) cũng như thành lập các hội đồng đa chuyên ngành gồm cả bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng trong đánh giá PI.

Kết luận

Nghiên cứu cho thấy các PI nhận được sự đồng thuận cao từ bác sĩ và được dược sĩ đồng thuận đánh giá là có khả năng mang lại ý nghĩa tích cực về mặt lâm sàng. Tuy nhiên, tác động đối với khía cạnh kinh tế và tổ chức/vận hành mang tính đa chiều, phản ánh thực tế rằng việc tối ưu hóa hiệu quả điều trị có thể đi kèm với thay đổi chi phí trực tiếp và quy trình chăm sóc người bệnh.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn PGS.TS.DS. Võ Quang Trung, PGS.TS.DS. Nguyễn Đăng Thoại và TS.DS. Võ Văn Bảy vì những góp ý chuyên môn cho đề tài.

Xung đột lợi ích

Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lagnaoui R, Moore N, Fach J. Adverse drug reactions in a department of systemic diseases-oriented internal medicine: prevalence, incidence, direct costs and avoidability. *Eur J Clin Pharmacol*. 2000;56(2):181-6. doi: 10.1007/s002280050738.
2. Hallas J. Drug related hospital admissions in subspecialties of internal medicine. *Danish medical bulletin*. 1996;43(2):141-55. PMID: 8741207.
3. Gurwitz JH, Field TS, Avorn J. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *AJM Open*. 2000;109(2):87-94. doi: 10.1016/s0002-9343(00)00451-4.
4. Dooley MJ, Allen KM, Doecke CJ. A prospective multicentre study of pharmacist initiated changes to drug therapy and patient management in acute care government funded hospitals. *BJCP*. 2004;57(4):513-21. doi: 10.1046/j.1365-2125.2003.02029.x.
5. Bộ Y tế. Quyết định số 3547/QĐ-BYT: Ban hành mẫu phiếu phân tích sử dụng thuốc. 2021.
6. Nguyen AT-T, Nguyen KH-P, Le HB. Translation and validation of the CLEO tool in Vietnamese to assess the significance of pharmacist interventions. *IJCP*. 2025;47(1):119-27. doi: 10.1007/s11096-024-01813-y.
7. Reinau D, Furrer C, Stämpfli D. Evaluation of drug-related problems and subsequent clinical pharmacists' interventions at a Swiss university hospital. *J Clin Pharm Ther*. 2019;44(6):924-31. doi: 10.1111/jcpt.13017.
8. Lekpittaya N, Kocharoen S, Angkanavisul J. Drug-related problems identified by clinical pharmacists in an academic medical centre in Thailand. *J Pharm Policy Pract*. 2024;17(1):2288603. doi: 10.1080/20523211.2023.2288603.
9. Phương HT, Thảo NT, Hà VT. Mức ý nghĩa của can thiệp dược lâm sàng trên một số vấn đề liên quan đến thuốc trong kê đơn thuốc điều trị ung thư tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2023;33(4 Phụ bản):105-12.
10. Zaal RJ, den Haak EW, Andrinopoulou ER. Physicians' acceptance of pharmacists' interventions in daily hospital practice. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(1):141-9. doi: 10.1007/s11096-020-00970-0.
11. Novais T, Reallon E, Martin J. Clinical impact of an individualised clinical pharmacy programme into the memory care pathway of older people: an observational study. *Int J Clin Pharm*. 2024;46(4):889-98. doi: 10.1007/s11096-024-01723-z.
12. Zecchini C, Vo T-H, Chanoine S. Clinical, economic and organizational impact of pharmacist interventions on injectable antineoplastic prescriptions: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):113. doi: 10.1186/s12913-020-4963-7.