

nhảy cóc đã được chứng minh là thường xuyên diễn ra.

## V. KẾT LUẬN

Di căn hạch nhảy cóc (skip N2) là một kiểu hình di căn phổ biến, chiếm tỷ lệ 7.3% trong số các bệnh nhân UTPKTTBN giai đoạn I-IIIa và chiếm 42.8% trong số bệnh nhân di căn hạch N2 được phẫu thuật nội soi tại trung tâm chúng tôi. Nghiên cứu cho thấy mối quan liên giữa kích thước khối u >3cm thường có tỷ lệ di căn hạch nhảy cóc cao hơn nhóm còn lại, các yếu tố liên quan khác như thể giải phẫu bệnh, xâm lấn lá tạng và u ở vị trí thùy trên có tỷ lệ cao hơn nhóm còn lại nhưng chưa có ý nghĩa về mặt thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al.** The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *J Thorac Oncol.* 2016;11(1): 39-51. doi:10.1016/j.jtho. 2015.09.009
3. **Long-term outcomes of surgery in resectable single-station N2 non-small cell lung cancer patients.** Accessed July 13, 2025. <https://tgkdc.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=3860>
4. **Wang X, Guo H, Hu Q, Ying Y, Chen B.** The Impact of Skip vs. Non-Skip N2 Lymph Node Metastasis on the Prognosis of Non-Small-Cell Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Surg.* 2021;8:749156. doi:10.3389/fsurg.2021.749156
5. **Riquet M, Hidden G, Debessse B.** Direct lymphatic drainage of lung segments to the mediastinal nodes. An anatomic study on 260 adults. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1989;97(4): 623-632.
6. **Schlachtenberger G, Schallenberg S, Doerr F, et al.** Non-Small Cell Lung Cancer Patients with Skip-N2 Metastases Have Similar Survival to N1 Patients—A Multicenter Analysis. *J Pers Med.* 2025;15(3):113. doi:10.3390/jpm15030113
7. **Lê HS, Trần TK, Mai VV.** Mối liên quan giữa di căn hạch và đặc điểm khối u ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch. *jmpm.* 2023;48(2):50-58. doi:10.56535/jmpm.v48i2.226
8. **Wang S, Xie S, Han Y, Gao M, Su X, Liu Q.** Role of skip N2 lymph node metastasis for patients with the stage III-N2 lung adenocarcinoma: a propensity score matching analysis. *BMC Pulmonary Medicine.* 2023;23(1): 147. doi:10.1186/s12890-023-02437-0

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI MỘT BỆNH VIỆN HẠNG 1, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Hồ Mai Ca<sup>1</sup>, Phan Thanh Hằng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Sáu<sup>2</sup>, Nguyễn Hương Thảo<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn (Chronic kidney disease – CKD) thường mắc nhiều bệnh kèm và dùng nhiều loại thuốc. Vì thế, việc khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên BN CKD là cần thiết để cải thiện hiệu quả và an toàn trong điều trị. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm BN, các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug – related problem – DRP) và yếu tố liên quan (YTLQ) đến sự xuất hiện DRP. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu (NC) cắt ngang mô tả được thực hiện trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN CKD điều trị nội trú tại khoa Thận – Thận nhân tạo của một bệnh viện hạng 1, Thành phố Hồ Chí Minh, từ

01/09/2024 – 31/12/2024. DRP được xác định và phân loại theo Hướng dẫn của Mạng lưới Chăm sóc Dược Châu Âu, phiên bản 9.1, với các tài liệu: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Hướng dẫn điều trị hiện hành của Bộ Y Tế, Hướng dẫn KDIGO năm 2024, Dược Thư Quốc Gia Việt Nam 2022, Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide và Lexidrug. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các YTLQ đến sự xuất hiện DRP, với  $p < 0,05$ . **Kết quả:** Có 112 HSBA được khảo sát (Tuổi trung bình:  $55,27 \pm 14,89$ , nam giới: 57,1%). Các nhóm thuốc được chỉ định phổ biến gồm: Thuốc trên hệ tim mạch (100,0%), thuốc trên máu và cơ quan tạo máu (81,3%), thuốc trên đường tiêu hoá và chuyển hoá (67,0%). Có 41,1% BN dùng >8 thuốc/ngày và 50,9% BN điều trị  $\geq 10$  ngày. Tỷ lệ HSBA có ít nhất 1 DRP là 83,9%. Các DRP chủ yếu liên quan đến thời điểm dùng thuốc (31,6%), liều dùng (31,0%) và lựa chọn thuốc (13,9%). Việc dùng >8 thuốc/ngày ( $OR=10,408$ ; 95% CI: 1,093 – 99,147;  $p=0,042$ ) hoặc sử dụng thuốc kháng khuẩn toàn thân ( $OR=8,649$ ; 95% CI: 1,704 – 43,916;  $p=0,009$ ) liên quan đến tăng nguy cơ xảy ra DRP. **Kết luận:** Tỷ lệ DRP trên BN

<sup>1</sup>Trường Dược, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung Ương, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

CKD khá cao. Cần thực hiện thêm NC đánh giá sự ảnh hưởng của DRP trên lâm sàng và tiến hành can thiệp để giảm thiểu/phòng ngừa sự xuất hiện DRP, đặc biệt trên BN CKD sử dụng nhiều thuốc hoặc dùng thuốc kháng khuẩn toàn thân.

**Từ khóa:** Bệnh thận mạn, bệnh nhân nội trú, chạy thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF MEDICATION USE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT A PROVINCIAL HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

**Background:** Patients with chronic kidney disease (CKD) usually have multiple comorbidities and require polypharmacy. Therefore, assessment of medication use in CKD patients is crucial to improve treatment effectiveness and safety. **Objectives:** To investigate characteristics of patients, of drug – related problems (DRPs), and factors associated with DRP occurrence. **Materials and methods:** A cross – sectional study was conducted on medical records of hospitalized patients with CKD treated at the Department of Nephrology – Hemodialysis in a provincial hospital, Ho Chi Minh City, between 1<sup>st</sup> September 2024 and 31<sup>st</sup> December 2024. DRPs were identified and classified according to the Pharmaceutical Care Network Europe classification system, version 9.1, with following references: Summary of Product Characteristics, current treatment guidelines of the Vietnamese Ministry of Health, KDIGO guideline 2024, Vietnamese National Drug Formulary 2022, Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide, and Lexidrug. A logistic regression model was used to identify factors associated with the occurrence of DRP, with  $p < 0.05$ . **Results:** A total of 112 medical records of inpatients with CKD were included (mean age  $55.27 \pm 14.89$  years, male 57.1%). The most commonly prescribed medication groups included cardiovascular agents (100.0%), blood and blood – forming organ agents (81.3%), gastrointestinal and metabolic agents (67.0%). Of the total, 41.1% of patients were indicated  $> 8$  medications/day and 50.9% of patients stayed in the hospital for  $\geq 10$  days. The rate of medical records with at least 1 DRP was 83.9%. The majority of DRPs were related to timing of drug administration (31.6%), dosage (31.0%), drug selection (13.9%). Using  $> 8$  medications/day ( $OR = 10.408$ ; 95% CI: 1.093 – 99.147;  $p = 0.042$ ) and anti – infectives for systemic use ( $OR = 8.649$ ; 95% CI: 1.704 – 43.916;  $p = 0.009$ ) were associated with increased likelihood of DRP occurrence. **Conclusions:** The prevalence of DRP in hospitalized patients with CKD was relatively high. Further research is needed to evaluate the clinical relevance of DRP, and appropriate interventions should be implemented to minimize or prevent DRP occurrence in hospitalized patients with CKD, particularly those receiving polypharmacy or anti – infective for systemic use.

**Keywords:** Chronic kidney disease, hospitalized patients, hemodialysis, peritoneal dialysis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (Chronic kidney disease – CKD) là tình trạng tổn thương thận hoặc giảm mức lọc cầu thận dưới 60 mL/phút/1,73 m<sup>2</sup> kéo dài từ 3 tháng trở lên [6]. Bệnh ảnh hưởng hơn 10% dân số thế giới và là nguyên nhân gây tử vong thứ 5 trên toàn cầu [7]. Bệnh nhân (BN) CKD có nhiều bệnh kèm và sử dụng nhiều thuốc. Tình trạng này dẫn đến sự thay đổi về dược động học – dược lực học của một số thuốc [3]. Do đó, BN CKD thường gặp các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug – related problem – DRP) [2], [3]. DRP là một sự cố hoặc tình huống xảy ra trong quá trình điều trị bằng thuốc, thực sự hoặc có khả năng can thiệp vào kết quả sức khỏe mong muốn [4]. Một nghiên cứu (NC), năm 2021, ghi nhận tỷ lệ DRP trên BN CKD dao động từ 12% – 87% [3]. Tại Việt Nam, một NC gần đây cho thấy 76,4% BN CKD nội trú gặp ít nhất 1 DRP [2]. Nhằm có thêm dữ liệu về sử dụng thuốc trên BN CKD và xây dựng các biện pháp can thiệp phù hợp, chúng tôi tiến hành NC “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân bệnh thận mạn điều trị nội trú tại một bệnh viện hạng 1, Thành phố Hồ Chí Minh”, với mục tiêu: *Xác định đặc điểm BN, DRP và yếu tố liên quan (YTLQ) đến sự xuất hiện DRP trên BN CKD nội trú.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN CKD (cả BN chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc) điều trị nội trú (01/09/2024 – 31/12/2024) tại khoa Thận – Thận nhân tạo của bệnh viện NC.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN  $\geq 18$  tuổi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN điều trị  $< 3$  ngày hoặc nhập viện từ lần thứ 2 trở đi trong thời gian NC.

Cỡ mẫu: Tất cả HSBA thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế NC:** Cắt ngang mô tả.

### Phương pháp tiến hành:

Bước 1: Thu thập thông tin từ HSBA

Đặc điểm BN: Tuổi, giới tính, loại bệnh chính, loại và số lượng bệnh kèm, giai đoạn CKD, các biện pháp điều trị thay thế thận.

Đặc điểm điều trị: Thuốc sử dụng và thời gian điều trị.

Bước 2: Xác định và phân loại DRP

Chúng tôi xác định DRP theo Hướng dẫn của Mạng lưới chăm sóc Dược Châu Âu, phiên bản 9.1 [4]. DRP được xác định khi thuốc sử dụng không phù hợp với tất cả các tài liệu sau: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Hướng dẫn điều trị hiện hành của Bộ Y Tế, Hướng dẫn KDIGO năm

2024 [6], Dược Thư Quốc Gia Việt Nam 2022 [1], Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide và Lexidrug. Bao gồm:

DRP lựa chọn thuốc: Chỉ định thuốc không phù hợp với chẩn đoán/tình trạng BN (Ví dụ: Thuốc chống chỉ định với mức độ suy thận của BN).

DRP liều dùng: Liều dùng thuốc 1 lần và/hoặc tổng liều 24 giờ cao hơn/thấp hơn khuyến cáo.

DRP tần suất dùng thuốc: Tần suất dùng thuốc trong ngày ít hơn/nhiều hơn khuyến cáo.

DRP đường dùng/dạng bào chế: Thuốc có đường dùng/dạng bào chế không phù hợp.

DRP thời điểm dùng thuốc: Thiếu hướng dẫn hoặc thời điểm sử dụng thuốc không phù hợp.

DRP tương tác thuốc: Các thuốc có tương tác mức độ nghiêm trọng/chống chỉ định theo công cụ tra cứu "Drug Interaction Checker" ([https://www.drugs.com/drug\\_interactions.html](https://www.drugs.com/drug_interactions.html)) hoặc danh mục Tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Quyết định số 5948/QĐ – BYT, ngày 30/12/2021).

**Tiêu chí đánh giá:** Tỷ lệ % HSBA có ít nhất 1 DRP, số DRP trên mỗi HSBA và tỷ lệ % từng loại DRP.

Các yếu tố khảo sát được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan với sự xuất hiện DRP gồm: Tuổi, giới tính, số lượng bệnh kèm, số thuốc sử dụng/ngày, sử dụng thuốc kháng khuẩn toàn thân (nhóm J), dùng thuốc trên đường tiêu hoá và chuyển hoá (nhóm A).

Bước 3: Xử lý và trình bày số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS (Phiên bản 26.0), với các phép thống kê mô tả. Biến định tính được trình bày bằng tần số và/hoặc tỷ lệ %. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình+độ lệch chuẩn (Nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị (Khoảng tứ phân vị) (Nếu phân phối không chuẩn). Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố khảo sát và sự xuất hiện DRP, với  $p < 0,05$ .

**Đạo đức trong nghiên cứu.** NC đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong NC Y sinh học của bệnh viện NC, theo Giấy chứng nhận số 1808/BVTV – HĐĐĐ, ngày 25/12/2024.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm bệnh nhân.** NC ghi nhận được 112 HSBA. Đặc điểm của các BN được trình bày tại Bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân (n=112)**

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB±ĐLC)	55,27±14,89	

<65	76	67,9
≥65	36	32,1
<b>Giới tính</b>		
Nam	64	57,1
Nữ	48	42,9
<b>Giai đoạn bệnh thận mạn</b>		
3	5	4,5
4	4	3,5
5	103	92,0
<b>Biện pháp điều trị thay thế thận</b>		
Chạy thận nhân tạo	79	70,5
Thăm phân phúc mạc	4	3,6
<b>Bệnh chính (Mã ICD – 10)</b>		
Hệ sinh dục – tiết niệu	63	56,3
Hệ hô hấp	26	23,2
Khác	23	20,5
<b>Số lượng bệnh kèm (TV(TPV))</b>		
≥5 bệnh	54	48,2
<5 bệnh	58	51,8
<b>Loại bệnh kèm*</b>		
Tăng huyết áp	108	96,4
Thiếu máu	93	83,0
Đái tháo đường	51	45,5
Xơ vữa động mạch	38	33,9
Suy tim	33	29,5
Rối loạn lipid máu	32	28,6
Trào ngược dạ dày thực quản	30	26,8
Khác	61	54,5

TB±ĐLC: Trung bình± Độ lệch chuẩn; TV(TPV): Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

ICD – 10 (International Classification of Diseases – 10): Phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10

\*Một BN có thể mắc ≥1 bệnh kèm nên tổng tỷ lệ % >100%.

Tuổi trung bình của BN trong NC là 55,2 ± 14,9. Đa phần BN <65 tuổi (67,9%) và chủ yếu là nam giới (57,1%). Phần lớn BN cần chạy thận nhân tạo (70,5%). Bệnh trên hệ sinh dục – tiết niệu là phổ biến nhất (56,3%). Gần một nửa BN có ≥5 bệnh kèm (48,2%), chủ yếu là tăng huyết áp (96,4%) và thiếu máu (83,0%).

**Đặc điểm điều trị.** Đặc điểm điều trị của 112 BN được trình bày tại Bảng 2.

**Bảng 2. Đặc điểm điều trị (n=112)**

Đặc điểm điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Số thuốc sử dụng/ngày (TV(TPV))</b>		
>8 thuốc	46	41,1
≤8 thuốc	66	58,9
<b>Phân loại nhóm thuốc theo ATC*</b>		
Nhóm A (Thuốc trên đường tiêu hoá và chuyển hoá)	75	67,0
Nhóm B (Thuốc trên máu và cơ)	91	81,3

quan tạo máu)		
Nhóm C (Thuốc trên hệ tim mạch)	112	100,0
Nhóm H (Các chế phẩm hormon toàn thân ngoại trừ hormon sinh dục và insulin)	5	4,5
Nhóm J (Thuốc kháng khuẩn toàn thân)	59	52,7
Nhóm N (Thuốc trên hệ thần kinh)	50	44,6
Nhóm R (Thuốc trên hệ hô hấp)	32	28,6
Khác	15	13,4
<b>Thời gian điều trị (TV(TPV))</b>	10 (7 – 17)	
<10 ngày	55	49,1
≥10 ngày	57	50,9

TV(TPV): Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

\*Một bệnh nhân có thể dùng ≥ 1 nhóm thuốc nên tổng tỷ lệ % >100%.

Hơn 40% BN sử dụng >8 thuốc/ngày. Các thuốc nhóm C (100,0%), nhóm B (81,3%), nhóm A (67,0%) được sử dụng phổ biến.

**Đặc điểm DRP.** Tổng cộng có 374 DRP trong 112 HSBA với các đặc điểm được thể hiện tại Bảng 3.

**Bảng 3. Đặc điểm DRP**

Đặc điểm DRP	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>DRP chung (n=112)</b>		
HSBA có ít nhất 1 DRP	94	83,9
HSBA có 1 DRP	14	12,5
HSBA có ≥2 DRP	80	71,4
<b>Số DRP trên mỗi HSBA (TV(TPV))</b>	3 (1 – 5)	
<b>Loại DRP (n=374)</b>		
<b>DRP lựa chọn thuốc</b>		
Lựa chọn thuốc không phù hợp chẩn đoán	52	13,9
Lựa chọn thuốc không phù hợp tình trạng bệnh nhân	31	8,3
Lựa chọn thuốc không phù hợp tình trạng bệnh nhân	21	5,6
<b>DRP liều dùng</b>		
Liều thấp	116	31,0
Liều cao	28	7,5
Liều cao	88	23,5
<b>DRP tần suất dùng thuốc</b>		
Tần suất trong ngày thấp	8	2,1
Tần suất trong ngày cao	4	1,1
Tần suất trong ngày cao	4	1,1
<b>DRP đường dùng/dạng bào chế</b>		
<b>DRP thời điểm dùng thuốc</b>		
Thời điểm dùng thuốc trong ngày	47	12,6
Thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn	71	19,0
<b>DRP tương tác thuốc</b>		
	33	8,8

TV(TPV): Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Hơn 80% HSBA có ≥1 DRP, phổ biến là ≥2 DRP (71,4%). DRP chủ yếu liên quan đến thời điểm dùng thuốc (31,6%), liều dùng (31,0%) và lựa chọn thuốc (13,9%).

**Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRP**

Kết quả hồi quy logistic đa biến được trình bày tại Bảng 4.

**Bảng 4. Kết quả hồi quy logistic đa biến**

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	p	
<b>Nhóm tuổi</b>	<65	1	0,166 – 2,302	0,473
	≥65	0,618		
<b>Giới tính</b>	Nam	1	0,252 – 2,659	0,739
	Nữ	0,819		
<b>Số lượng bệnh kèm</b>	<5	1	0,231 – 3,008	0,606
	≥5	0,707		
<b>Số thuốc sử dụng/ngày</b>	≤8	1	1,093 – 99,147	0,042
	>8	10,408		
<b>Nhóm J</b>	Không	1	1,704 – 43,916	0,009
	Có	8,649		
<b>Nhóm A</b>	Không	1	0,350 – 4,196	0,761
	Có	1,213		

Dùng >8 thuốc/ngày (OR=10,408, 95% CI: 1,093 – 99,147, p=0,042) và thuốc nhóm J (OR=8,649, 95% CI: 1,704 – 43,916, p=0,009) là các YTLQ đến sự xuất hiện DRP.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm bệnh nhân.** Tuổi trung bình của mẫu NC là 55,27±14,89, đa số BN <65 tuổi (67,9%). Tỷ lệ BN nam (57,1%) cao hơn nữ (42,9%). Kết quả này khác với NC của Trần Anh Tú (2024), với 62,5% BN ≥65 tuổi và nữ chiếm 57,9% [2]. Điều này có thể do đối tượng BN của chúng tôi bao gồm cả BN điều trị thay thế thận, nhưng đối tượng này bị loại trừ trong NC của Trần Anh Tú (2024) [2].

Tỷ lệ BN mắc CKD giai đoạn cuối là 92,0%, cao hơn NC của Su Zhang (2023) (64,4% BN CKD giai đoạn 5) [8]. BN CKD giai đoạn cuối thường gặp các biến chứng phức tạp nên cần nhập viện điều trị.

Bệnh chính phổ biến trong NC là bệnh trên hệ sinh dục – tiết niệu (56,3%). Điều này do đối tượng NC là BN điều trị tại khoa Thận – Thận nhân tạo. Bên cạnh đó, gần một nửa BN nhập viện mắc ít nhất 5 bệnh kèm (48,2%), phổ biến là tăng huyết áp (96,4%). Kết quả này cao hơn so với NC của Su Zhang (2023), với 74,8% BN có bệnh kèm tăng huyết áp [8]. Tăng huyết áp là nguyên nhân, cũng là hậu quả của CKD. Ngoài ra, hơn 80% BN trong NC bị thiếu máu, đây là biến chứng thường gặp của CKD.

**Đặc điểm điều trị.** Trung vị số thuốc sử dụng mỗi ngày của BN là 8 (6 – 10), tương đồng với NC của Hayat (2023) là 8 (3 – 15) thuốc/ngày [5]. BN CKD thường sử dụng nhiều thuốc, làm tăng nguy cơ xuất hiện DRP [5]. Tất cả BN trong NC đều sử dụng ít nhất 1 thuốc nhóm C. Ngoài ra, việc sử dụng thuốc nhóm B và nhóm A khá phổ biến, lần lượt là 81,3% và 67,0%. Điều này phù hợp với mô hình bệnh kèm

thường gặp trong NC.

Trung vị thời gian điều trị của BN CKD nội trú là 10 (7 – 17) ngày. Kết quả này cao hơn so với NC của Su Zhang (2023) là  $8,76 \pm 4,54$  ngày [8]. Thời gian nằm viện kéo dài có thể do BN mắc nhiều bệnh/bệnh kèm và tỷ lệ BN chạy thận nhân tạo cao (70,5%).

**Đặc điểm DRP.** NC ghi nhận 83,9% HSBA có ít nhất 1 DRP (trung vị 3 (1 – 5) DRP/HSBA). Kết quả này tương đồng với một NC tại Pakistan năm 2023, tỷ lệ BN gặp phải DRP là 86,1% [5].

DRP thời điểm dùng thuốc là phổ biến nhất (31,6%), cao hơn đáng kể so với NC của Trần Anh Tú (2024) (20,8%) và Su Zhang (2023) (21,9%) [2], [8]. Điều này có thể làm giảm hiệu quả điều trị. Ví dụ, các thuốc ức chế bơm proton cần được uống trước bữa ăn từ 30 – 60 phút để đạt hiệu quả tối đa; hay methyldopa cần được dùng sau khi kết thúc lọc máu để đảm bảo nồng độ điều trị [1].

DRP liều dùng chiếm tỷ lệ cao thứ hai (31,0%), tương đồng với NC của Trần Anh Tú (2024) (31,1%) [2]. Đa số DRP liều dùng liên quan đến thuốc kháng sinh. Điều này gợi ý việc trao đổi của dược sĩ lâm sàng với bác sĩ và xây dựng các hướng dẫn hiệu chỉnh liều cho từng BN có thể cải thiện DRP này.

Tiếp đến, DRP lựa chọn thuốc chiếm 13,9%, thấp hơn NC của Su Zhang (2023) (60,3%), nhưng cao hơn so với NC của Trần Anh Tú (2024) (7,3%) [2], [8]. Sự chênh lệch này có thể do khác biệt về mô hình bệnh tật, phác đồ điều trị, danh mục thuốc và hoạt động hướng dẫn kê đơn tại từng địa điểm NC.

DRP đường dùng/dạng bào chế (12,6%) cao hơn kết quả NC của Trần Anh Tú (2024) (3,1%) [2]. Đa phần DRP nhóm này (78,7%) liên quan đến đường dùng erythropoietin alfa. Theo Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022, erythropoietin alfa nên được tiêm tĩnh mạch cho BN chạy thận nhân tạo để giảm nguy cơ thiếu máu bất sản [1].

Tỷ lệ DRP tương tác thuốc (8,8%) cao hơn kết quả của Trần Anh Tú (2024) (2,1%) [2]. Sự khác biệt có thể do chúng tôi đánh giá cả tương tác ở mức độ nghiêm trọng và chống chỉ định thay vì chỉ xác định phối hợp chống chỉ định như NC của Trần Anh Tú (2024) [2]. DRP tần suất dùng thuốc xảy ra ít nhất (2,1%), thấp hơn NC của Su Zhang (2023) (14,6%) [8]. DRP nhóm này chủ yếu liên quan đến tần suất dùng pregabalin trên BN có độ thanh thải creatinin từ 30 – 60 mL/phút (1 lần/ngày) thấp hơn so với khuyến cáo (2 – 3 lần/ngày) [1].

**Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRP.** Hồi quy logistic đa biến cho thấy hai YTLQ đến sự xuất hiện DRP trên BN CKD. BN sử dụng >8 thuốc/ngày có nguy cơ gặp phải DRP cao hơn khoảng 10 lần so với dùng  $\leq 8$  thuốc/ngày ( $p=0,042$ ). Mỗi liên quan này đã ghi nhận trong NC của Su Zhang (2023) [8]. Sử dụng thuốc nhóm J liên quan đến tăng nguy cơ xảy ra DRP lên hơn 8 lần so với không sử dụng nhóm này ( $p=0,009$ ), tương đồng với NC của Su Zhang (2023) [8].

NC đã ghi nhận được đặc điểm BN, DRP trên BN CKD và các YTLQ đến sự xuất hiện DRP. Kết quả NC gợi ý cần đánh giá mức độ ảnh hưởng của DRP trên lâm sàng, cũng như có thể tiến hành các can thiệp để giảm thiểu/phòng ngừa DRP.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ DRP trên BN CKD khá cao. Việc dùng nhiều hơn 8 thuốc/ngày và thuốc kháng khuẩn toàn thân liên quan đến tăng nguy cơ xảy ra DRP. Các NC tiếp theo có thể đánh giá ảnh hưởng của DRP trên lâm sàng và tiến hành can thiệp phù hợp để giảm thiểu/phòng ngừa DRP trên BN CKD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Dược Thư Quốc Gia Việt Nam. Xuất bản lần thứ ba. Hà Nội: Nhà xuất bản Y Học; 2022.
- Trần Anh Tú, Lê Hải Sơn, Trần Đoàn Minh Thy và cộng sự.** Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân bệnh thận mạn điều trị nội trú tại một bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y dược Lâm Sàng 108. 2024;19.
- Airuqayb WS, Price MJ, Paudyal V, Cox AR.** Drug-Related Problems in Hospitalised Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. Drug Saf. 2021;44(10):1041-58.
- Pharmaceutical Care Network Europe Association.** Classification for Drug-Related Problems V9.1 2020, Accessed July 7th, 2025 [Available from: [https://www.pcne.org/upload/files/417\\_PCNE\\_classification\\_V9-1\\_final.pdf](https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf)].
- Hayat M, Ahmad N, Mohkumuddin S, et al.** Frequency, types and predictors of drug therapy problems among non-dialysis chronic kidney disease patients at a tertiary care hospital in Pakistan. PLoS One. 2023;18(4):e0284439.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.** KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.
- Kovesdy CP.** Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl (2011). 2022;12(1):7-11.
- Zhang S, Zhang GB, Huang P, et al.** Drug-related problems in hospitalized patients with chronic kidney diseases and clinical pharmacist interventions. BMC Geriatr. 2023;23(1):849.

# Kiến thức, thực hành tự khám vú và một số yếu tố ảnh hưởng ở phụ nữ tới khám tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025

Phạm Thị Hoàng<sup>1</sup>, Trần Quang Huy<sup>2</sup>, Đỗ Quang Tuyền<sup>3</sup>,  
Vũ Thị Thanh An<sup>1</sup>, Lê Thị Hải<sup>1</sup>, Đỗ Thị Vân Anh<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức, thực hành tự khám vú ở phụ nữ tới khám tại Khoa Vú, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức, thực hành tự khám vú của đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính. Dữ liệu định lượng được thu thập từ 281 phụ nữ thông qua bảng hỏi cấu trúc, phân tích định tính được thực hiện qua 10 cuộc phỏng vấn sâu bán cấu trúc, sử dụng phương pháp phân tích nội dung quy ước. Xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu: chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi 30 - 39 (45,6%), tiếp đến là nhóm 40 - 49 (23,1%), phần lớn phụ nữ đạt trình độ từ trung cấp, cao đẳng, đại học trở lên (71,9%), nghề nghiệp phổ biến nhất là nhân viên văn phòng (43,4%). 63,3% thông tin về tự khám vú đối tượng nghiên cứu biết được là từ nhân viên y tế. Trong số 281 phụ nữ tham gia nghiên cứu có 268 người (95,4%) cho biết nơi có thể phát hiện sớm ung thư vú. Phụ nữ có kiến thức tự khám vú đạt chiếm 50,2%; 44,1% phụ nữ đã từng thực hành tự khám vú, trong đó có 23,5% thực hành đạt. Phụ nữ có trình độ văn hóa cao và làm nghề nhẹ có khả năng thực hành tự khám vú cao hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng (OR lần lượt là 3,64 và 3,18,  $p < 0,01$ ). Đáng chú ý, những người có tiền sử gia đình mắc ung thư vú có tỷ lệ thực hành cao gấp gần 10 lần (OR = 9,7), cho thấy yếu tố tiền sử gia đình là một động lực mạnh trong việc chủ động tầm soát. **Kết luận:** Kiến thức và thực hành tự khám vú còn chưa tương xứng, phản ánh khoảng cách giữa nhận thức và hành vi sức khỏe. Cần thiết kế các chương trình giáo dục tích hợp kỹ năng thực hành, chú trọng yếu tố tâm lý - xã hội và cá thể hóa nội dung theo từng nhóm phụ nữ.

**Từ khóa:** Tự khám vú, ung thư vú, kiến thức, thực hành, yếu tố ảnh hưởng, Vinmec.

## SUMMARY

### BREAST SELF-EXAMINATION: KNOWLEDGE, PRACTICE, AND INFLUENCING FACTORS AMONG WOMEN ATTENDING VINMEC TIMES CITY

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>2</sup>Trường Đại học Đại Nam

<sup>3</sup>Trường Đại học Thăng Long

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Smart City

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hoàng

Email: phamhoang051095@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

## INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2025

**Objective:** To describe the knowledge and practice of breast self-examination (BSE) among women attending the Breast Center at Vinmec Times City International Hospital in 2025 and to analyze factors associated with their knowledge and practice of BSE. **Methods:** A cross-sectional study was conducted using both quantitative and qualitative methods. Quantitative data were collected from 281 women through structured questionnaires. Qualitative analysis was based on 10 semi-structured in-depth interviews, analyzed using conventional content analysis. Data were processed using SPSS version 20.0. **Results:** The study population was predominantly aged 30–39 (45.6%), followed by 40–49 years (23.1%). Most participants had at least a vocational or university-level education (71.9%), and the most common occupation was office work (43.4%). Healthcare workers were the primary source of BSE information for 63.3% of participants. Among 281 women, 95.4% (n=268) knew where to go for early breast cancer detection. While 50.2% had adequate knowledge of BSE, only 44.1% had ever performed it, and just 23.5% practiced it correctly. Women with higher education and less physically demanding jobs were significantly more likely to perform BSE correctly (OR = 3.64 and 3.18, respectively;  $p < 0.01$ ). Notably, women with a family history of breast cancer were nearly 10 times more likely to perform BSE (OR = 9.7), indicating this as a strong motivating factor for screening behavior. **Conclusion:** There remains a clear gap between knowledge and actual BSE practice among women. Educational interventions should be designed to integrate practical skills training, address psychosocial barriers, and tailor content to specific target groups.

**Keywords:** Breast self-examination, breast cancer, knowledge, practice, associated factors, Vinmec.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm có hơn 24.000 ca mắc mới ung thư vú, chiếm 13,6% tổng số ung thư ở nữ giới. Phát hiện sớm đóng vai trò then chốt trong cải thiện tiên lượng và giảm gánh nặng bệnh tật. Trong đó, tự khám vú (TKV) được coi là một biện pháp sàng lọc đơn giản, ít tốn kém và có thể chủ động thực hiện tại cộng đồng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ thực hành TKV đúng kỹ thuật còn thấp, phản ánh sự chênh lệch giữa kiến thức và hành