VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences

Journal homepage: https://js.vnu.edu.vn/MPS

Original Article

Analysis of Medication Prescribing in Outpatients with Asthma at Dong Da General Hospital in 2024

Nguyen Tu Son[3], Tran Thi Huyen[1], Ta Thi Huyen Trang[2], Le Thi Oanh[1], Pham Hong Thai[1,*]

[1]*Dong Da General Hospital, 180 Nguyen Luong Bang, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

[2]*School of Medicine and Pharmacy - Phenikaa University, Nguyen Trac, Duong Noi, Hanoi, Vietnam*

[3]*Hanoi University of Pharmacy, 13-15 Le Thanh Tong, Cua Nam, Hanoi, Vietnam*

Received 21st April 2026
Revised 14th May 2026; Accepted 25th May 2026

Abstract: Objective: To analyze prescribing patterns in outpatients with bronchial asthma at Dong Da General Hospital. Methods: A retrospective descriptive study was conducted using medical records of asthma patients from June to December 2024. Disease status and treatment regimens were collected and analyzed across two periods (T1: June–September; T2: October–December), with changes in disease severity and treatment steps assessed over time. Results: Most patients had mild airflow obstruction, increasing from 71.5% in T1 to 80.5% in T2; 30% showed improvement while 12% worsened. ICS/LABA combination therapy was the predominant maintenance treatment (70–80%), mainly at step 4. Despite changes in disease severity, treatment regimens remained largely unchanged. Conclusions: Outpatient treatment predominantly involved ICS + LABA. However, changes in treatment steps did not fully correspond to changes in disease severity.

Keywords: Asthma, outpatient prescribing, asthma treatment regimen.

* Corresponding author.
E-mail address: hongthai.d3@gmail.com

https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4972

Phân tích tình hình kê đơn thuốc trên bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2024

Nguyễn Tứ Sơn[3], Trần Thị Huyền[1], Tạ Thị Huyền Trang[2], Lê Thị Oanh[1], Phạm Hồng Thái[1,*]

[1]*Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, 180 Nguyễn Lương Bằng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam*

[2]*Trường Y Dược, Đại học Phenikaa, Nguyễn Trác, Dương Nội, Hà Nội, Việt Nam*

[3]*Trường Đại học Dược Hà Nội, 13 – 15 Lê Thánh Tông, Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 21 tháng 4 năm 2026
Chỉnh sửa ngày 14 tháng 5 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Mục tiêu: Phân tích tình hình kê đơn thuốc trên bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên bệnh án bệnh nhân từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024; các đặc điểm về tình trạng bệnh và phác đồ điều trị được thu thập và phân tích theo hai giai đoạn (T1: tháng 6–9; T2: tháng 10–12), đồng thời khảo sát sự thay đổi mức độ bệnh và bậc điều trị theo thời gian. Kết quả: Đa số bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn nhẹ, tăng từ 71,5% ở T1 lên 80,5% ở T2; 30% bệnh nhân cải thiện và 12% nặng hơn. Phối hợp ICS/LABA là liệu pháp duy trì chủ yếu (70–80%), chủ yếu ở bậc 4. Mặc dù có sự thay đổi mức độ bệnh, phần lớn phác đồ điều trị không thay đổi tương ứng. Kết luận: Phác đồ điều trị ngoại trú chủ yếu sử dụng ICS + LABA. Tuy nhiên sự thay đổi bậc điều trị chưa tương ứng hoàn toàn với thay đổi mức độ bệnh.

Từ khóa: Hen phế quản, kê đơn ngoại trú, phác đồ điều trị.

1. Đặt vấn đề

Trên toàn thế giới, các bệnh hô hấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, trong đó phổ biến nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và hen phế quản [1]. Năm 2015, có 174 triệu người mắc COPD và 358 triệu người mắc hen phế quản, với số ca tử vong lần lượt là 3,2 triệu và 400 nghìn mỗi năm. Bên cạnh gánh nặng chăm sóc y tế lớn, hen phế quản và COPD còn gây ra gánh nặng kinh tế đáng kể, bao gồm cả chi phí y tế trực tiếp và chi phí gián tiếp như suy giảm hiệu quả công việc và năng suất lao động [2, 3]. Hen phế quản là bệnh có thể phòng ngừa và điều trị, và Tổ chức Chiến lược toàn cầu về quản lý và dự phòng hen phế quản (Global Initiative for Asthma – GINA) cũng hàng năm đưa ra những khuyến cáo và cập nhật mới nhất, toàn diện nhất về điều trị hen phế quản dành cho nhân viên y tế [4, 5]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy việc kê đơn thuốc ngoại trú cho bệnh nhân hen phế quản vẫn chưa tuân thủ đầy đủ các khuyến cáo điều trị hiện hành, như sử dụng chưa hợp lý corticosteroid dạng hít, lạm dụng thuốc cắt cơn (SABA), hoặc chưa cá thể hóa điều trị theo mức độ kiểm soát bệnh. Những hạn chế này có thể dẫn đến kiểm soát hen kém, làm tăng nguy cơ đợt cấp và giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [6, 7].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, hàng tháng có khoảng 250 bệnh nhân hen phế quản khám và

* Tác giả liên hệ.
Địa chỉ email: hongthai.d3@gmail.com

https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4972

điều trị ngoại trú thường xuyên. Tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu phân tích tình hình kê đơn thuốc tại đây. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích thực trạng kê đơn thuốc điều trị hen phế quản cho bệnh nhân ngoại trú, từ đó xác định những điểm chưa phù hợp và đề xuất giải pháp tối ưu hóa điều trị trong thực hành lâm sàng.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân hen phế quản có bệnh án ngoại trú tại bệnh viện. Thời gian lấy số liệu từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định hen phế quản ít nhất 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân hen dưới 17 tuổi.

Phương pháp lấy mẫu: pương pháp lấy mẫu thuận tiện, không tính cỡ mẫu.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.2.2. Quy trình thu thập số liệu

Tháng 6 - tháng 12/2024: thu thập thông tin từ bệnh án, bao gồm:

- Đặc điểm bệnh hen phế quản.
- Đặc điểm phác đồ điều trị.
- Theo dõi sự thay đổi của phác đồ điều trị qua từng tháng.
- Mức độ bệnh được ghi nhận và đánh giá theo hai giai đoạn: T1 (từ tháng 6 đến tháng 9) và T2 (từ tháng 10 đến tháng 12). Đánh giá sự thay đổi mức độ bệnh của T2 so với T1.

2.2.3. Công cụ và quy ước thu thập số liệu

- *Công cụ đánh giá sự thay đổi mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn:* thông qua so sánh mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn của giai đoạn T2 và giai đoạn T1. Trong quá trình theo dõi, sự thay đổi mức độ bệnh của mỗi bệnh nhân được quy ước phân loại như sau:

+ Không thay đổi: bệnh nhân giữ nguyên mức độ (nhẹ, trung bình hoặc nặng) so với giai đoạn T1, hoặc khi không có thông tin về mức độ bệnh trong một trong hai giai đoạn.

+ Nặng hơn: bệnh nhân chuyển sang mức độ cao hơn (ví dụ từ nhẹ lên trung bình hoặc từ trung bình lên nặng).

+ Nhẹ hơn: bệnh nhân chuyển sang mức độ thấp hơn (ví dụ từ nặng xuống trung bình hoặc từ trung bình xuống nhẹ).

- *Công cụ để phân tích đặc điểm phác đồ điều trị:* bậc điều trị hen phế quản được xác định theo hướng dẫn điều trị Hen của Bộ Y tế 2020 [4].

- *Công cụ đánh giá sự thay đổi bậc điều trị:* Thông qua so sánh bậc điều trị hàng tháng. Trong quá trình theo dõi, sự thay đổi bậc điều trị của mỗi bệnh nhân được quy ước phân loại như sau:

+ Giữ nguyên bậc: bệnh nhân giữ nguyên bậc điều trị so với tháng.

+ Tăng bậc: bệnh nhân chuyển sang bậc điều trị cao hơn.

+ Hạ bậc: bệnh nhân chuyển sang bậc điều trị thấp hơn.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm bệnh hen phế quản:

- Phân loại mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn.
- Sự thay đổi mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn.

Đặc điểm sử dụng thuốc hen phế quản trên bệnh nhân:

- Các nhóm thuốc, phối hợp nhóm thuốc trong kê đơn.
- Đặc điểm bào chế và các loại dụng cụ trong kê đơn.
- Bậc điều trị hen phế quản.
- Sự thay đổi bậc điều trị.
- Phân tích sự thay đổi bậc điều trị dựa trên sự thay đổi mức độ bệnh.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm về bệnh hen phế quản

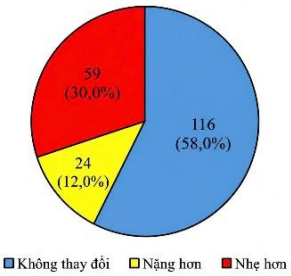
3.1.1. Đặc điểm mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn

Mẫu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được bác sĩ kết luận ở giai đoạn nhẹ về mức độ

rối loạn thông khí tắc nghẽn tăng từ 71,5% (tháng 6-9) lên 80,5% (tháng 10-12). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn trung bình giảm từ 21,5% xuống còn 14,5%, và giai đoạn nặng giảm từ 7% xuống còn 5% (Bảng 1).

Bảng 1. Phân loại mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn

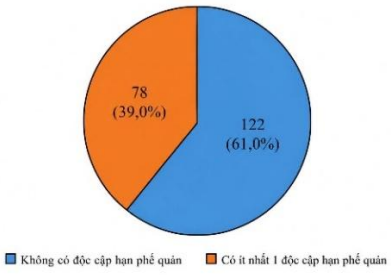
Đánh giá mức độ	n (%), N = 200		p value
	Từ tháng 6-9	Từ tháng 10-12	
Giai đoạn nhẹ	143 (71,5%)	161 (80,5%)	p = 0,108
Giai đoạn trung bình	43 (21,5%)	29 (14,5%)	
Giai đoạn nặng	14 (7,0%)	10 (5,0%)	



Hình 1. Sự thay đổi mức độ bệnh của bệnh nhân.

Mẫu nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân (58%) duy trì mức độ bệnh ổn định. 30% bệnh nhân có tình trạng bệnh nhẹ hơn, tuy nhiên vẫn có 12% bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng hơn (Hình 1).

3.1.2. Đặc điểm về đợt cấp của bệnh nhân



Hình 2. Tỷ lệ bệnh nhân mắc đợt cấp hen phế quản trong 12 tháng.

Số bệnh nhân không có đợt cấp (61%) cao hơn khoảng 1,6 lần so với số bệnh nhân có ít nhất một đợt cấp (39%) (Hình 2).

Bảng 2. Ảnh hưởng của đợt cấp đến sự thay đổi mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn

	Nhẹ hơn	Không thay đổi	Nặng hơn	Tổng
Không có đợt cấp	38 (31,1%)	71 (58,2%)	13 (10,7%)	122
Có ≥1 đợt cấp	22 (28,2%)	45 (57,7%)	11 (14,1%)	78
Tổng	60	116	24	200

Tỷ lệ bệnh nhân "nặng hơn" ở nhóm có ít nhất 1 đợt cấp cao hơn so với nhóm không có đợt cấp (14,1% so với 10,7%), trong khi tỷ lệ "không thay đổi" tương đối tương đương giữa hai nhóm (57,7% và 58,2%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,74) (Bảng 2).

3.2. Đặc điểm phác đồ điều trị

3.2.1. Đặc điểm các thuốc trong đơn thuốc

ICS + LABA là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất, với tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dao động từ 69,5% (tháng 6) lên 81% (tháng 8). SABA là nhóm thuốc hít phổ biến thứ 2, có tỷ lệ sử dụng dao động từ 4,5% (tháng 11) đến 10% (tháng 8). SABA + SAMA là nhóm thuốc hít cắt cơn có tỷ lệ sử dụng thấp, dao động từ 0-5,5% (Bảng 3).

Đối với các thuốc dạng uống, nhóm LABA duy trì tỷ lệ sử dụng ổn định quanh mức 15-17,5% trong suốt các tháng. Corticoid uống được kê đơn ít hơn, trong khoảng 0% - 4% qua các tháng.

3.2.2. Đặc điểm các dạng bào chế trong đơn thuốc

Thuốc dạng viên được sử dụng ít hơn nhiều so với thuốc dạng hít, với tỷ lệ sử dụng dao động từ 15% đến 20% qua các tháng. Đối với các thuốc dạng hít, dụng cụ MDI chiếm tỷ lệ dao động trong khoảng 30% đến 40%. DPI được sử dụng nhiều nhất và gia tăng nhẹ, từ 45,5% (tháng 6) lên 53,5% (tháng 12) (Bảng 4).

Bảng 3. Đặc điểm các thuốc trong đơn thuốc

Nhóm thuốc	n (%)						
	Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12
ICS + LABA (dạng hít)	139 (69,5%)	144 (72,0%)	162 (81,0%)	147 (73,5%)	152 (76,0%)	145 (72,5%)	159 (79,5%)
SABA (dạng hít)	19 (9,5%)	11 (5,5%)	20 (10,0%)	15 (7,5%)	13 (6,5%)	9 (4,5%)	18 (9,0%)
SABA + SAMA (dạng hít)	5 (2,5%)	3 (1,5%)	6 (3,0%)	11 (5,5%)	7 (3,5%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)
LABA uống	33 (16,5%)	35 (17,5%)	30 (15,0%)	30 (15,0%)	32 (16,0%)	34 (17,0%)	31 (15,5%)
Corticoid uống	8 (4,0%)	3 (1,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,0%)	2 (1,0%)	2 (1,0%)

Bảng 4. Đặc điểm các dạng bào chế trong đơn

Dạng thuốc		n (%)						
		Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12
Viên		41 (20,5%)	39 (19,5%)	30 (15,0%)	30 (15,0%)	36 (18,0%)	36 (18,0%)	33 (16,5%)
Hít	MDI	72 (36,0%)	60 (30,0%)	84 (42,0%)	72 (36,0%)	65 (32,5%)	55 (27,5%)	72 (36,0%)
	DPI	91 (45,5%)	98 (49,0%)	104 (52,0%)	101 (50,5%)	107 (53,5%)	99 (49,5%)	107 (53,5%)

3.2.3. Đặc điểm bậc điều trị và sự thay đổi bậc điều trị

Phác đồ điều trị từ bậc 3 trở xuống có tỷ lệ thấp nhất, nhưng có xu hướng tăng dần từ 3% (tháng 6) lên 11% (tháng 12). Số lượng phác đồ với điều trị bậc 4 là cao nhất, với sự dao động từ 40,5% đến 56,5%. Số lượng phác đồ với điều trị bậc 5 cũng khá cao, với tỷ lệ dao động từ 21% đến 28% qua các tháng. Tỷ lệ bệnh nhân không xác định được bậc điều trị (do không đi khám) dao động trong khoảng từ 19% đến 30,5% qua các tháng (Bảng 5).

Bảng 5. Đặc điểm bậc điều trị

Bậc điều trị	n (%)						
	Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12
Bậc 3 trở xuống	6 (3,0%)	8 (4,0%)	7 (3,5%)	10 (5,0%)	12 (6,0%)	19 (9,5%)	22 (11,0%)
Bậc 4	85 (42,5%)	94 (47,0%)	113 (56,5%)	105 (52,5%)	96 (48,0%)	82 (41,0%)	81 (40,5%)
Bậc 5	48 (24,0%)	42 (21,0%)	42 (21,0%)	32 (16,0%)	44 (22,0%)	44 (22,0%)	56 (28,0%)
Không xác định được	61 (30,5%)	56 (28,0%)	38 (19,0%)	53 (26,5%)	48 (24,0%)	55 (27,5%)	41 (20,5%)

Phác đồ điều trị trong mẫu nghiên cứu chủ yếu được giữ nguyên, với tỷ lệ duy trì phác đồ rất cao, dao động từ 90% đến 97%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng bậc điều trị là khoảng 4% - 6% qua các tháng, tuy nhiên tỷ lệ này rất thấp trong tháng 8 (1%) và tháng 9 (0,5%). Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân hạ bậc điều trị duy trì ổn định qua các tháng, dao động từ 2% đến 4% (Bảng 6).

Bảng 6. Sự thay đổi bậc điều trị

Phác đồ	n (%)					
	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12
Giữ nguyên phác đồ	187 (93,5%)	194 (97,0%)	193 (96,5%)	185 (92,5%)	184 (92,0%)	180 (90,0%)
Tăng bậc	8 (4,0%)	2 (1,0%)	1 (0,5%)	9 (4,5%)	10 (5,0%)	12(6,0%)
Hạ bậc	5 (2,5%)	4 (2,0%)	6 (3,0%)	6 (3,0%)	6 (3,0%)	8 (4,0%)

3.3. Phân tích việc thay đổi phác đồ điều trị và sự thay đổi mức độ bệnh

Phần lớn bệnh nhân duy trì phác đồ điều trị và không thay đổi mức độ bệnh, với tỷ lệ giữ nguyên khoảng 55% qua các tháng. Tuy nhiên, có một phần không nhỏ bệnh nhân có mức độ bệnh nặng hơn hoặc nhẹ hơn nhưng phác đồ điều trị vẫn được giữ nguyên. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng hơn nhưng phác đồ điều trị được giữ nguyên là khoảng 10% qua các tháng, trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân tương ứng với tình trạng bệnh nhẹ hơn là khoảng 26% - 30% (Bảng 7).

Bảng 7. Đánh giá phác đồ điều trị dựa trên mức độ bệnh

Thay đổi phác đồ	Thay đổi mức độ bệnh	n (%)					
		Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12
Giữ nguyên phác đồ	Không thay đổi	108 (54,0%)	111 (55,5%)	112 (56,0%)	114 (57,0%)	109 (54,5%)	105 (52,5%)
	Nặng hơn	23 (11,5%)	23 (11,5%)	24 (12,0%)	18 (9,0%)	22 (11,0%)	22 (11,0%)
	Nhẹ hơn	56 (28,0%)	60 (30,0%)	57 (28,5%)	53 (26,5%)	53 (26,5%)	53 (26,5%)
Tăng bậc điều trị	Không thay đổi	4 (2,0%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	4 (2,0%)
	Nặng hơn	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)
	Nhẹ hơn	4 (2,0%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)
Hạ bậc điều trị	Không thay đổi	4 (2,0%)	3 (1,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	4 (2,0%)	7 (3,5%)
	Nặng hơn	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	4 (2,0%)	2 (1,0%)	0 (0,0%)
	Nhẹ hơn	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	4 (2,0%)	5 (2,5%)

4. Bàn luận

4.1. Bàn luận về đặc điểm bệnh lý hen phế quản

Hầu hết bệnh nhân hen phế quản được đánh giá ở mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nhẹ, và con số này tăng từ 71,5% (tháng 6 – tháng 9) lên 80,5% (tháng 10 – tháng 12). Điều này cho thấy tình trạng bệnh của bệnh nhân có được cải thiện sau một khoảng thời gian khám và lĩnh thuốc hen phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa. Nghiên cứu chưa đưa vào phân tích triệu chứng dựa theo thang điểm ACT vì không đủ dung lượng hỏi bệnh nhân mà lựa chọn các chỉ số thể hiện ảnh hưởng thời gian dài như FEV1 và đợt cấp. Khi đánh giá sâu hơn dựa trên sự thay đổi mức độ bệnh của bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 58% bệnh nhân giữ nguyên mức độ bệnh, 30% bệnh nhân giảm mức độ bệnh, trong khi phần trăm bệnh nhân tăng mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn chỉ là 12%. Nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân COPD ở

cùng phòng khám Hen - COPD cũng cho thấy một xu hướng tương tự, khi phần trăm bệnh nhân ở giai đoạn nhẹ tăng từ 50,5% lên 63,5% [6].

4.2. Bàn luận về phác đồ điều trị

Trong khoảng thời gian 7 tháng của nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân (khoảng 70 - 80%) được kê đơn ICS + LABA như 1 thuốc kiểm soát hen hàng ngày, và điều này hoàn toàn phù hợp với các hướng dẫn điều trị hen phế quản ngoại trú hiện tại. GINA khuyến cáo sử dụng thuốc có chứa corticosteroid dạng hít (ICS) ngay từ khi chẩn đoán hen vì nhiều lý do [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ICS + LABA là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất, với tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dao động từ 70% tới 80%. SABA là nhóm thuốc hít phổ biến thứ 2, có tỷ lệ sử dụng dao động trong khoảng trên dưới 10%. SABA + SAMA là nhóm thuốc hít cắt cơn có tỷ lệ sử dụng thấp, khoảng dưới 5,5%. Xu hướng kê đơn ICS + LABA và SABA tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Huyền tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2018, với tỷ lệ kê đơn salmeterol + fluticason propionat là 74,5% và tỷ lệ kê đơn Salbutamol là 11,6% [7]. Đối với các thuốc dạng uống, nhóm LABA duy trì tỷ lệ sử dụng ổn định quanh mức 15-17,5% trong suốt các tháng. Việc sử dụng LABA dạng uống không được đề cập theo hướng dẫn của GINA 2024, vì thế cần thêm các nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa để tìm hiểu rõ nguyên nhân của việc kê đơn LABA uống [5]. Trong khi đó, corticoid dạng uống được kê đơn rất ít, chỉ dao động trong khoảng 0% - 4% qua các tháng. Theo Bộ Y tế 2020 và GINA 2024, corticoid uống thường được sử dụng với tư cách một thuốc kiểm soát hen khác ở bệnh nhân đang được điều trị hen bậc 5, bên cạnh việc sử dụng LABA + ICS liều cao với tư cách là thuốc kiểm soát hen ưu tiên [4, 5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đang được điều trị hen bậc 5 là khoảng 20% qua các tháng, vì thế tỷ lệ sử dụng ICS rất thấp có thể do bệnh nhân đã được kiểm soát hen với ICS + LABA liều cao, hoặc cũng có thể do bác sĩ cần cân nhắc thêm về các tác dụng không mong muốn của corticoid đường toàn thân.

Phần lớn bệnh nhân (40% - 60%) được điều trị hàng tháng với ICS liều trung bình (bậc 4), trong khi tỷ lệ này thấp hơn với điều trị bậc 5 (20% - 30%). Tỷ lệ sử dụng ICS liều thấp trong giai đoạn nghiên cứu là thấp nhất, chỉ khoảng dưới 10% trong hầu hết các tháng. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi dường như không tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Trương Thị Xuân Mai tại Bệnh viện Bà Rịa, khi bậc điều trị phổ biến nhất là bậc 3 trở xuống (ICS liều thấp) với 53,4%, tỷ lệ bệnh nhân điều trị bậc 4 là 35,2% và bậc 5 là chỉ 6,1%. Sự khác nhau về xu hướng bậc điều trị hen tại các cơ sở y tế có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm trình độ chuyên môn và kinh nghiệm của bác sĩ tại từng cơ sở khám bệnh, khả năng tiếp cận thuốc, điều kiện kinh tế và bảo hiểm y tế của bệnh nhân, mức độ bệnh và đặc điểm người bệnh đến khám, nhận thức và thái độ hợp tác của bệnh nhân.

4.3. Đặc điểm loại dụng cụ hít

Về các loại dụng cụ hít, DPI được sử dụng phổ biến hơn so với MDI (khoảng 50% so với khoảng 30 - 40%). Điều này có thể do bệnh nhân dùng các bình hít định liều (MDI) thường gặp sai sót hơn so với DPI [8]. Lí do có thể là để sử dụng MDI, cần sự khởi động chính xác và phối hợp tốt giữa động tác xịt thuốc với động tác hít vào - hai động tác này khó thực hiện đồng thời, dễ khiến người bệnh gặp sai sót nhiều hơn dẫn đến ảnh hưởng đến mức độ đạt kĩ thuật sử dụng các dụng cụ hít [4, 5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Huyền tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2018 cho thấy hầu hết bệnh nhân sử dụng bình xịt định liều MDI (74,5%), cao hơn gần gấp 2 lần bệnh nhân sử dụng bình hít dạng bột khô DPI (41,3%). Thực trạng về lựa chọn dụng cụ hít có thể được giải thích một phần bởi sự sẵn có của các dụng cụ hít tại bệnh viện và thói quen kê đơn của bác sĩ.

4.4. Phân tích phác đồ điều trị dựa trên sự thay đổi mức độ bệnh

Theo bảng đánh giá phác đồ điều trị dựa trên sự thay đổi tình trạng bệnh, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân ghi nhận có sự thay đổi mức độ bệnh (khoảng 10% nặng hơn và 30% nhẹ hơn), tuy

nhiên phác đồ điều trị lại không được điều chỉnh tương ứng. Kết quả này cho thấy sự chưa tương thích giữa diễn biến lâm sàng và quyết định điều trị trong thực hành, có thể xuất phát từ việc chưa theo dõi đầy đủ tình trạng bệnh hoặc chưa điều chỉnh phác đồ kịp thời. Việc tình trạng bệnh thay đổi nhưng không được điều chỉnh điều trị phù hợp có thể góp phần làm giảm hiệu quả kiểm soát bệnh, làm tăng nguy cơ tái phát hoặc tiến triển nặng hơn.

Theo khuyến cáo của GINA, việc điều chỉnh điều trị hen phế quản cần dựa trên đánh giá toàn diện, bao gồm mức độ kiểm soát triệu chứng hiện tại và nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát trong tương lai, thay vì chỉ dựa trên các chỉ số chức năng hô hấp như FEV_1 [5]. Do đó, việc không tăng bậc điều trị ở những bệnh nhân có xu hướng nặng lên có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện đợt cấp, trong khi không giảm bậc điều trị ở những bệnh nhân đã kiểm soát tốt có thể dẫn đến điều trị quá mức không cần thiết.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận một số trường hợp không có sự thay đổi rõ rệt về mức độ bệnh nhưng vẫn được điều chỉnh phác đồ điều trị (tăng hoặc giảm bậc). Điều này có thể phản ánh cách tiếp cận phù hợp với khuyến cáo của GINA, trong đó việc điều chỉnh điều trị không chỉ dựa trên triệu chứng hiện tại mà còn dựa trên đánh giá tổng thể, bao gồm tiền sử kịch phát, mức độ kiểm soát bệnh và các yếu tố nguy cơ khác. Việc cá thể hóa điều trị theo từng giai đoạn bệnh, kể cả khi triệu chứng ổn định, là một chiến lược quan trọng nhằm tối ưu hóa kiểm soát bệnh, giảm nguy cơ kịch phát và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [5].

Do đó, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc áp dụng đầy đủ các khuyến cáo cập nhật trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là đánh giá toàn diện kiểm soát bệnh và nguy cơ kịch phát, thay vì phụ thuộc vào các chỉ số đơn lẻ, nhằm đảm bảo điều trị tối ưu cho bệnh nhân hen phế quản.

5. Kết luận

Phần lớn bệnh nhân hen phế quản trong nghiên cứu đạt mức kiểm soát tốt và có xu hướng cải thiện mức độ bệnh theo thời gian theo dõi. Phác đồ điều trị ngoại trú chủ yếu sử dụng phối hợp ICS + LABA. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy sự thay đổi bậc điều trị chưa tương ứng hoàn toàn với sự thay đổi mức độ bệnh trên lâm sàng. Điều này phản ánh thực trạng điều trị trong thực hành và gợi ý sự cần thiết phải tăng cường theo dõi, đánh giá định kỳ và điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp hơn với diễn biến bệnh. Nghiên cứu cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, góp phần định hướng các biện pháp tối ưu hóa quản lý và điều trị hen phế quản tại cơ sở y tế.

Tài liệu tham khảo

[1] GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, Global, Regional, and National Deaths, Prevalence, Disability-adjusted Life Years, and Years Lived with Disability for Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, Lancet Respir Med, Vol. 5, No. 9, 2017, pp. 691-706.

[2] S. A. Jansson, H. Backman et al., Severe Asthma is Related to High Societal Costs and Decreased Health Related Quality of Life, Respir Med, Vol. 162, 2020, pp. 105860.

[3] A. Lewis, S. Torvinen et al., The Economic Burden of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Impact of Poor Inhalation Technique with Commonly Prescribed Dry Powder Inhalers in Three European Countries, BMC Health Serv Res, Vol. 16, 2016, pp. 251.

[4] Ministry of Health of Vietnam, Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma in Adults And Children ≥ 12 Years of Age, 2020 (in Vietnamese).

[5] GINA, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024.

[6] N. T. Phuong, Analysis of Medication Use in Outpatients with COPD, Master's thesis in Pharmacy, Hanoi University of Pharmacy, 2025.

[7] D. T. T. Huyen, Evaluation of Medication Adherence and Usage Technique Among Outpatients with Asthma at Duc Giang General Hospital, Master's thesis in Pharmacy, Hanoi University of Pharmacy, 2018.

[8] J. Sanchis, I. Gich et al., Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time?, Chest, Vol. 150, No. 2, 2016, pp. 394-406.