

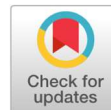


ISSN : 1859-1779

## Nghiên cứu Dược học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh - Dược học;29(2):01-10

<https://doi.org/10.32895/hcjm.p.2026.02.01>



# Khảo sát khác biệt thuốc thông qua hoạt động điều soát thuốc lúc nhập viện tại bệnh viện Nguyễn Trãi

Nguyễn Thị Như Trang<sup>1</sup>, Trần Quỳnh Như<sup>1</sup>, Trần Minh Trí<sup>2</sup>, Nguyễn Như Hồ<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Nguyễn Trãi, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Ở người cao tuổi, việc sử dụng thuốc phức tạp và nguy cơ sai sót thuốc có khả năng gây hại cao hơn. Điều soát thuốc có vai trò quan trọng trong giảm thiểu các vấn đề liên quan đến thuốc.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát các khác biệt thuốc thông qua hoạt động điều soát thuốc lúc nhập viện.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên NB (NB) nhập nội trú tại khoa Lão bệnh viện Nguyễn Trãi thành phố Hồ Chí Minh trong giai đoạn từ 04/2024 đến 08/2024. Dược sĩ điều soát danh sách thuốc ngoại trú và xác định sự khác biệt so với đơn thuốc được kê khi nhập viện, bao gồm các khác biệt chủ ý và không chủ ý.

**Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 291 NB. Trong tổng số 2068 khác biệt giữa phác đồ thuốc lúc nhập viện so với tiền sử dùng thuốc, có 1923 khác biệt có chủ ý, chiếm tỉ lệ 93%, còn lại là khác biệt không chủ ý (145 khác biệt, 7%). Phần lớn các khác biệt không chủ ý là do không tiếp tục dùng thuốc ngoại trú và thay đổi liều với số lượng lần lượt là 133 (91,7%) và 12 (8,3%).

**Kết luận:** Khác biệt không chủ ý trong các đơn thuốc nhập viện có tỉ lệ thấp. Tuy nhiên, việc điều soát vẫn cần thiết, đặc biệt với những trường hợp thuốc không được tiếp tục dùng.

**Từ khóa:** điều soát thuốc; khác biệt thuốc; người bệnh cao tuổi

### Abstract

## INVESTIGATION ON MEDICATION DISCREPANCIES IDENTIFIED DURING MEDICATION RECONCILIATION AT HOSPITAL ADMISSION IN NGUYEN TRAI HOSPITAL

Nguyen Thi Nhu Trang, Tran Quynh Nhu, Tran Minh Tri, Nguyen Nhu Ho

**Background:** Medication use in older patients is often complicated, potentially leading to harmful medication errors. Medication reconciliation plays an important role in reducing drug-related problems.

**Objective:** This study aimed to investigate medication discrepancies identified through the medication reconciliation process at hospital admission.

Ngày nhận bài: 29-10-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 08-01-2026 / Ngày đăng bài: 28-02-2026

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Như Hồ. Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

E-mail: nhnguyen@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

**Materials and method:** A cross-sectional, observational study was conducted from April to August 2024 in Geriatrics unit at Nguyen Trai Hospital. Pharmacist performed medication reconciliation, compared patients' pre-admission medication lists with the medication orders prescribed at hospital admission to identify discrepancies, which were classified as either intentional or unintentional.

**Results:** Study sample included 291 participants. Among 2068 medication discrepancies, 1923 (93%) were intentional while 145 (7%) were unintentional. Most unintentional discrepancies were due to the omission of pre-admission medications (133 cases, 91.7%) and commission (12 cases, 8.3%).

**Conclusion:** Unintentional discrepancies were infrequent. However, medication reconciliation remains essential, particularly for identifying cases in which pre-admission medications are unintentionally omitted.

**Keywords:** medication reconciliation; discrepancy; older patients

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả, hợp lý” là những tiêu chí hàng đầu trong việc sử dụng thuốc điều trị cho người bệnh (NB). Điều soát thuốc (*medication reconciliation*) là quá trình khai thác tiền sử dùng thuốc, xác định sự khác biệt (*medication discrepancy*) so với chế độ dùng thuốc hiện tại, từ đó giải quyết các khác biệt có nguy cơ gây biến cố bất lợi, nhất là các khác biệt không chủ ý [1,2]. Điều soát thuốc đã cho thấy vai trò quan trọng trong việc làm giảm sai sót thuốc và biến cố bất lợi của thuốc, giúp giảm 43% biến cố bất lợi do thay đổi thuốc khi nhập viện [3].

Người cao tuổi là nhóm đối tượng có nguy cơ cao xảy ra khác biệt thuốc do đặc điểm đa bệnh lý, phác đồ thuốc thường phức tạp và thay đổi được động học - dược lực học theo tuổi. Do đó, tỉ lệ khác biệt thuốc và mức độ ảnh hưởng lâm sàng ở người cao tuổi đáng kể hơn, đặc biệt tại thời điểm nhập viện [4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về điều soát thuốc còn hạn chế. Nghiên cứu của Dong PTX cho thấy sự khác biệt thuốc là vấn đề phổ biến ở người cao tuổi khi nhập viện. Tuy nhiên dữ liệu về quy trình ghi chép tiền sử dùng thuốc, đặc điểm các khác biệt thuốc và vai trò cụ thể của dược sĩ lâm sàng trong hoạt động điều soát thuốc tại bệnh viện ở Việt Nam vẫn còn hạn chế [5].

Bệnh viện Nguyễn Trãi là một bệnh viện hạng I tại TPHCM với đa phần NB đến thăm khám là người cao tuổi. Bệnh viện Nguyễn Trãi đang tăng cường hoạt động được lâm sàng tại bệnh viện theo định hướng của Bộ Y Tế. Do đó việc áp dụng điều soát thuốc được quan tâm để có thể góp phần giảm sai sót có khả năng gây hại cho NB, góp phần phát triển

hoạt động được lâm sàng tại bệnh viện. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu khảo sát các khác biệt thuốc thông qua hoạt động điều soát thuốc lúc nhập viện của dược sĩ, từ đó làm cơ sở để nâng cao hiệu quả điều trị và an toàn thuốc.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB nhập nội trú khoa Lão - BSS bệnh viện Nguyễn Trãi trong giai đoạn từ 01/04/2024 đến 01/08/2024.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

NB sử dụng ít nhất 1 loại thuốc trước khi nhập viện. Đồng thời, NB có mang theo đơn thuốc (bản giấy hoặc hình ảnh chụp đơn thuốc) hoặc sổ khám bệnh ngoại trú hoặc thuốc đang dùng trước nhập viện.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

NB và người chăm sóc không giao tiếp được bằng tiếng Việt.

NB sa sút trí tuệ và không có người chăm sóc.

NB nhập viện vào cuối tuần, dịp lễ (vì không thể thực hiện phỏng vấn trong vòng 24 giờ).

NB không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### 2.2. Cỡ mẫu

Tất cả NB thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang, mô tả.

### 2.3.1. Quy trình nghiên cứu

Xây dựng biểu mẫu thu thập thông tin.

Thực hiện điều soát thuốc. Việc điều soát được thực hiện với các nội dung sau: (1) Lựa chọn NB phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, (2) Phỏng vấn NB trong vòng 24 giờ nhập viện, rà soát và bổ sung thông tin dùng thuốc từ toa thuốc cũ/thuốc NB mang theo/sổ khám bệnh ngoại trú để tạo tiền sử dùng thuốc, (3) So sánh tiền sử dùng thuốc với y lệnh dùng thuốc lúc nhập viện.

Xác định sự khác biệt, phân loại sự khác biệt.

Xử lý và phân tích dữ liệu.

### 2.3.2. Nội dung khảo sát

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: tuổi, giới tính, BMI, tình trạng nghề nghiệp, bệnh lý.

Đặc điểm tiền sử dùng thuốc: nguồn thông tin sử dụng, tiền sử dùng thuốc trước khi nhập viện (do bác sĩ và dược sĩ ghi nhận), tiền sử dị ứng thuốc (do bác sĩ và dược sĩ ghi nhận).

Đặc điểm khác biệt thuốc giữa tiền sử dùng thuốc và đơn thuốc nhập viện: khác biệt có chủ ý và không chủ ý, khác biệt không chủ ý theo nhóm thuốc.

Khác biệt có chủ ý là sự khác biệt do người kê đơn có chủ ý thêm, thay đổi hoặc ngừng sử dụng thuốc để phù hợp với tình trạng và kế hoạch điều trị NB và cơ sở của lựa chọn được ghi chú rõ ràng. Trong trường hợp thông tin không được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án nhưng qua trao đổi, bác sĩ giải thích được lý do điều chỉnh thuốc cũng được đánh giá là khác biệt có chủ ý. Ngược lại, sẽ được phân loại là khác biệt không chủ ý, gồm 2 loại chính: (1) Sót thuốc (*omission*) là NB không được tiếp tục kê đơn các thuốc dùng trước nhập viện, (2) Thay đổi thuốc (*commission*) là người kê đơn bổ sung loại thuốc không phải là một phần của các thuốc trước khi nhập viện của NB; hoặc thay đổi liều lượng, đường dùng hoặc tần suất dùng thuốc [5].

## 2.4. Phân tích thống kê

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel, Minitab. Xử lý kết quả bằng phương pháp thống kê mô tả.

Các biến liên tục được mô tả theo giá trị trung bình (TB)  $\pm$  độ lệch chuẩn (ĐLC) nếu tuân theo phân phối chuẩn và mô tả theo trung vị (TV), khoảng tứ phân vị (Q1-Q3) nếu không tuân theo phân phối chuẩn. Các biến định danh/nhị giá được mô tả theo tần số/tỉ lệ phần trăm.

So sánh sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có khác biệt thuốc không chủ ý theo tuổi, số bệnh lý và số thuốc sử dụng trước nhập viện bằng phép kiểm t-test (phân phối chuẩn) hoặc Mann Whitney (phân phối không chuẩn). Phép kiểm Chi bình phương được dùng để so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có khác biệt thuốc không chủ ý theo giới tính. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 291 NB nhập viện được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=291)

| Đặc điểm                 |               | Cách trình bày | Kết quả     |
|--------------------------|---------------|----------------|-------------|
| Tuổi                     |               | TV (Q1-Q3)     | 70 (63-77)  |
| Giới tính                | Nam           | n (%)          | 85 (29,2%)  |
|                          | Nữ            |                | 206 (70,8%) |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | BMI $\geq 25$ | n (%)          | 78 (26,8%)  |
|                          | BMI 23-24,9   |                | 76 (26,1%)  |
|                          | BMI 18,5-22,9 |                | 118 (40,5%) |
|                          | BMI <18,5     |                | 19 (6,5%)   |
| Tình trạng nghề nghiệp   | Còn đi làm    | n (%)          | 106 (36,4%) |
|                          | Không đi làm  |                | 185 (63,6%) |
| Bệnh lý                  |               | TV (Q1-Q3)     | 5 (4-6)     |

TV: trung vị; Q1-Q3: khoảng tứ phân vị, n (%): tần số (tỉ lệ %)

### 3.2. Đặc điểm tiền sử dùng thuốc

#### 3.2.1. Nguồn thông tin sử dụng

Nguồn thông tin được sử dụng để tạo tiền sử dùng thuốc được trình bày trong Bảng 2. Tất cả NB đều được phỏng vấn, nguồn thông tin thứ hai được sử dụng nhiều nhất là sổ khám bệnh (67,4%). Có 5 trường hợp (1,7%) được ghi nhận thông tin từ 3 nguồn cùng lúc (phỏng vấn, sổ khám bệnh, thuốc mang theo).

**Bảng 2. Phân bố nguồn thông tin sử dụng (n=291)**

| Nguồn thông tin sử dụng | Tần số | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------|--------|-----------|
| Phòng vấn               | 291    | 100,0     |
| Sổ khám bệnh            | 196    | 67,4      |
| Đơn ngoại trú mang theo | 78     | 26,8      |
| Thuốc mang theo         | 22     | 7,6       |

### 3.2.2. Tiền sử dùng thuốc do bác sĩ và dược sĩ ghi nhận

Có 108 NB (37,1%) được bác sĩ ghi nhận tiền sử dùng thuốc trước nhập viện vào hồ sơ bệnh án. Trong đó, 40 hồ sơ bệnh án (13,8%) được ghi chép cụ thể tên thuốc NB đang dùng; 22 trường hợp (7,6%) chỉ có thông tin nhóm thuốc. Với 46 trường hợp (15,8%) còn lại, hồ sơ bệnh án chỉ ghi nhận là “thuốc điều trị ngoại trú không hiệu quả” mà không nêu cụ thể tên thuốc hoặc nhóm thuốc đã sử dụng. Đặc điểm các nhóm thuốc sử dụng trước nhập viện do bác sĩ và dược sĩ ghi nhận được trình bày trong Bảng 3.

**Bảng 3. Nhóm thuốc được ghi nhận bởi bác sĩ và dược sĩ (n=291)**

| Nhóm thuốc (*)                           | Ghi nhận bởi bác sĩ |           | Ghi nhận bởi dược sĩ |           |
|------------------------------------------|---------------------|-----------|----------------------|-----------|
|                                          | Tần số              | Tỉ lệ (%) | Tần số               | Tỉ lệ (%) |
| Thuốc tim mạch                           | 25                  | 8,6       | 268                  | 92,1      |
| Thuốc kháng viêm, giảm đau, hạ sốt       | 14                  | 4,8       | 74                   | 25,4      |
| Thuốc kháng sinh                         | 9                   | 3,1       | 34                   | 11,7      |
| Thuốc nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa | 9                   | 3,1       | 176                  | 60,5      |
| Thuốc tác dụng lên hệ thần kinh          | 5                   | 1,7       | 81                   | 27,8      |
| Thuốc tác dụng lên hệ tiêu hóa           | 3                   | 1         | 97                   | 33,3      |
| Thuốc tác dụng lên cơ xương khớp         | 2                   | 1         | 80                   | 27,5      |

(\*) Phân loại nhóm thuốc theo nhóm bệnh lý (mã ICD). Tổng tỉ lệ >100% vì 1 NB có thể dùng nhiều thuốc. Kết quả chỉ ghi nhận một số nhóm chiếm tỉ lệ cao

**Bảng 4. Tiền sử dị ứng thuốc được ghi nhận bởi bác sĩ và dược sĩ (n=291)**

| Nhóm thuốc                   | Ghi nhận bởi bác sĩ |           | Ghi nhận bởi dược sĩ |           |
|------------------------------|---------------------|-----------|----------------------|-----------|
|                              | Tần số              | Tỉ lệ (%) | Tần số               | Tỉ lệ (%) |
| Kháng sinh                   | 7                   | 2,4       | 18                   | 5,8       |
| Kháng viêm, giảm đau, hạ sốt | 5                   | 1,7       | 8                    | 2,7       |
| Thuốc tim mạch               | 1                   | 0,3       | 5                    | 1,7       |
| Thuốc cơ xương khớp          | 1                   | 0,3       | 3                    | 1,0       |
| Không rõ                     | 1                   | 0,3       | 11                   | 3,8       |

Kết quả chỉ ghi nhận một số nhóm chiếm tỉ lệ cao. Một số thuốc gây dị ứng khác như thuốc cản quang, thuốc hoá trị, thuốc tê, thuốc hô hấp, thuốc tiêu hoá.

### 3.2.3. Tiền sử dị ứng thuốc

Dược sĩ khai thác được 44 trường hợp (15,1%) có dị ứng thuốc, trong khi bác sĩ ghi nhận được 14 trường hợp (4,8%). Bảng 4 trình bày số lượng NB bị dị ứng với các nhóm thuốc.

### 3.3. Đặc điểm khác biệt thuốc

Trên tổng số 291 NB, 100 NB có ít nhất 1 khác biệt không chủ ý (34,4%) và 191 NB chỉ có khác biệt có chủ ý (65,6%).

Tổng khác biệt thuốc giữa danh sách thuốc dược sĩ điều soát và toa thuốc nhập viện trên 1 NB là 2068 với trung vị khác biệt là 7 [5-9] thuốc. Khác biệt thuốc gồm 2 loại là khác biệt có chủ ý với tỉ lệ 93% (1923/2068) và khác biệt không chủ ý với tỉ lệ 7% (145/2068). Trong đó, không tiếp tục dùng thuốc ngoại trú (sốt thuốc) xảy ra trong 133/145 trường hợp (91,7%) và thay đổi về liều dùng trong 12 trường hợp còn lại (8,3%). Nghiên cứu hiện tại chưa ghi nhận thay đổi về đường dùng hay dạng bào chế. Tỉ lệ các khác biệt được trình bày trong Bảng 5.

**Bảng 5. Tỉ lệ các khác biệt (n=2068)**

| Loại khác biệt           | Tần số | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------|--------|-----------|
| Khác biệt có chủ ý       | 1923   | 93%       |
| Khác biệt không có chủ ý | 145    | 7%        |
| Sốt thuốc                | 133    | 6,4%      |
| Thay đổi về liều dùng    | 12     | 0,6%      |

### 3.3.1. Nhóm thuốc khác biệt không chủ ý

Các nhóm thuốc khác biệt không chủ ý được trình bày trong Bảng 6. Thường gặp nhất là nhóm thuốc tim mạch, với

**Bảng 6. Nhóm thuốc khác biệt không chủ ý (n=100)**

| Nhóm thuốc                                          | Tần số | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------------------------------|--------|-----------|
| Thuốc tim mạch                                      | 75     | 75,0%     |
| Thuốc tác dụng lên hệ thần kinh                     | 9      | 9,0%      |
| Thuốc nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa            | 8      | 8,0%      |
| Thuốc tác dụng lên máu, cơ quan tạo máu             | 7      | 7,0%      |
| Thuốc điều trị bệnh về mắt                          | 6      | 6,0%      |
| Thuốc tác dụng lên hệ tiết niệu và hormone sinh dục | 6      | 6,0%      |
| Thuốc kháng sinh                                    | 2      | 2,0%      |
| Thuốc tác dụng lên hệ hô hấp                        | 1      | 1,0%      |
| Thuốc điều hòa miễn dịch                            | 1      | 1,0%      |

(\*) Phân loại nhóm thuốc theo nhóm bệnh lý (mã ICD). Tổng tỉ lệ >100% vì 1 NB có thể dùng nhiều thuốc.

**Bảng 7. So sánh đặc điểm giữa hai nhóm NB có và không có khác biệt không chủ ý**

| Đặc điểm                                       | NB có khác biệt không chủ ý (n=100) | NB không có khác biệt không chủ ý (n=191) | Giá trị p |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------|
| Tuổi, TB $\pm$ ĐLC                             | 71,0 $\pm$ 9,8                      | 68,2 $\pm$ 12,9                           | 0,099     |
| Giới tính (nam), n (%)                         | 30 (29,2%)                          | 55 (55,8%)                                | 0,830     |
| Số bệnh lý, TV (Q1-Q3)                         | 5 (4-6)                             | 5 (4-6)                                   | 0,473     |
| Số thuốc sử dụng trước nhập viện, TB $\pm$ ĐLC | 7,8 $\pm$ 2,6                       | 6,2 $\pm$ 2,7                             | <0,001    |

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, TV: trung vị; Q1-Q3: khoảng tứ phân vị, n (%): tần số (tỉ lệ %)

## 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã thực hiện điều soát thuốc bởi dược sĩ trên 291 NB về các thuốc NB đang sử dụng ngoại trú và so sánh với thuốc được kê đơn ở thời điểm nhập viện.

### 4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Khoảng một nửa mẫu nghiên cứu từ 70 trở lên. Người cao tuổi là nhóm đối tượng đặc biệt có nhiều yếu tố ảnh hưởng

75% số NB xảy ra khác biệt không chủ ý liên quan đến nhóm thuốc này.

### 3.3.2. Các yếu tố liên quan đến khả năng xảy ra khác biệt không chủ ý

Kết quả so sánh các yếu tố tuổi, giới tính, số bệnh lý và số thuốc sử dụng trước khi nhập viện giữa nhóm có khác biệt không chủ ý và nhóm không có khác biệt không chủ ý được trình bày ở Bảng 7.

đến việc dùng thuốc như tuổi cao, chức năng gan thận bị ảnh hưởng và nhiều bệnh mắc kèm [6]. Việc điều soát thuốc thường được khuyến cáo trên những đối tượng này nhằm đảm bảo việc kê đơn tại thời điểm nhập viện phù hợp với các vấn đề cấp tính và những bệnh lý mạn tính đang điều trị ngoại trú [1].

Theo phân loại của WHO [7], tỉ lệ NB béo phì trong nghiên cứu ( $BMI \geq 25\text{kg/m}^2$ ) là 26,8% và thiếu cân ( $BMI < 18,5\text{kg/m}^2$ ) là 6,5%. Ở người béo phì hay thiếu cân,

được động học, dược lực học thay đổi, chức năng gan thận bị ảnh hưởng, nguy cơ đa bệnh lý, hiệu quả điều trị và an toàn thay đổi dẫn đến việc cán bộ y tế có thể gặp khó khăn trong việc chọn lựa thuốc, liều dùng và nguy cơ gặp DRP nhiều hơn [8,9].

Trung vị số bệnh lý là 5 (4-6), cho thấy khoảng một nửa mẫu nghiên cứu có từ 5 bệnh lý trở lên. Tỷ lệ đa bệnh lý cao có thể do đối tượng trong nghiên cứu là người cao tuổi [10]. Tương ứng với số lượng bệnh lý nhiều, NB có thể phải dùng nhiều thuốc cùng lúc, làm tăng khả năng xảy ra tương tác thuốc, hoặc xảy ra các biến cố bất lợi của thuốc [11].

## 4.2. Đặc điểm tiền sử dùng thuốc

### 4.2.1. Nguồn thông tin sử dụng

Để việc điều soát thuốc tối ưu, việc ghi nhận thông tin từ nhiều nguồn rất cần thiết nhằm hạn chế sai lệch và thiếu sót. Nghiên cứu của Shah AS cho thấy tiền sử dùng thuốc được phát hiện có thể khác nhau đáng kể tùy theo nguồn khai thác như phỏng vấn NB/người thân, hồ sơ nhà thuốc và hồ sơ bệnh án điện tử [12]. Vì vậy việc sử dụng đơn lẻ một nguồn thông tin khó có thể phản ánh đầy đủ tiền sử dùng thuốc của NB.

Trong nghiên cứu này, tất cả NB đều được phỏng vấn để ghi nhận thông tin, là nguồn thông tin nền tảng để xây dựng tiền sử dùng thuốc, tương tự như trong các nghiên cứu trước [1,4]. Tuy nhiên, phỏng vấn phụ thuộc nhiều vào trí nhớ, khả năng nhận diện thuốc và mức độ hiểu biết của NB, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi [2]. Do đó, việc kết hợp thêm các nguồn thông tin khác là cần thiết để xác minh và hoàn thiện tiền sử dùng thuốc.

Sổ khám bệnh là nguồn thông tin được sử dụng nhiều thứ hai (67,4%). Nguồn này cung cấp thông tin tương đối đầy đủ về chẩn đoán, quá trình điều trị và các đơn thuốc đã được kê trước đó, giúp đánh giá bối cảnh điều trị ngoại trú của NB một cách hệ thống hơn so với phỏng vấn đơn thuần. Ngược lại, toa thuốc điện tử hoặc đơn thuốc mang theo chỉ phản ánh các thuốc được kê tại một thời điểm nhất định và có thể không cập nhật các thay đổi gần đây trong quá trình điều trị [2].

Tỷ lệ NB mang theo thuốc khi nhập viện khá thấp (7,6%), thấp hơn so với nghiên cứu của Chen (42,2%) [13]. Thuốc mang theo giúp hỗ trợ nhận diện thuốc và có thể giúp NB hồi

tưởng lại cách sử dụng thuốc tại nhà [2]. Tuy nhiên, hạn chế của nguồn thông tin này là NB có thể không mang toàn bộ thuốc đang sử dụng, thuốc bị bỏ bao bì gốc hoặc không còn thông tin về chỉ định và thời gian sử dụng [18]. Ngoài ra, việc NB mang theo thuốc vào bệnh viện cũng tiềm ẩn nguy cơ tự ý sử dụng thuốc trong thời gian nằm viện nếu không được tư vấn và giám sát phù hợp [18], do đó cần được nhân viên y tế nhắc nhở và quản lý chặt chẽ. Trong một số nghiên cứu khác, tiền sử dùng thuốc còn được khai thác từ các nguồn như nhà thuốc cộng đồng, hồ sơ sức khỏe tại các cơ sở y tế [4,12].

### 4.2.2. Tiền sử dùng thuốc trước khi nhập viện

Tỷ lệ NB được bác sĩ ghi nhận cụ thể thuốc sử dụng trước khi nhập viện không cao (13,8%), và thông tin thường không đầy đủ như chưa đề cập liều dùng, tần suất dùng, thời gian dùng, đường dùng. Theo ghi nhận của dược sĩ, nhóm thuốc tim mạch và thuốc nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa là các nhóm được sử dụng phổ biến nhất ở ngoại trú, với tỷ lệ lần lượt là 92,1% và 60,5%. Tuy nhiên, trong hồ sơ bệnh án nhập viện, tỷ lệ ghi nhận các nhóm thuốc này chỉ đạt 8,6% và 3,1%. Qua đó cho thấy dược sĩ - được đào tạo về điều soát thuốc - có xu hướng ghi nhận thông tin thuốc một cách hệ thống và đầy đủ hơn. Tần số sử dụng của thuốc kháng khuẩn thấp do một số NB chưa có điều trị tình trạng nhiễm khuẩn trước khi nhập viện.

Việc không ghi nhận đầy đủ tiền sử dùng thuốc trước nhập viện sẽ dễ dẫn đến các khác biệt không chủ ý khi kê đơn nội trú và làm gia tăng nguy cơ xảy ra biến cố bất lợi cho NB. Kết quả từ một phân tích gộp gồm 22 nghiên cứu cho thấy việc khai thác tiền sử dùng thuốc không đầy đủ liên quan đến tỷ lệ cao các khác biệt do sót thuốc (10-61%) và thay đổi thuốc khi nhập viện (13-22%), trong đó có nhiều khác biệt có ý nghĩa lâm sàng và tiềm ẩn nguy cơ gây hại [14].

### 4.2.3. Tiền sử dị ứng

Tỷ lệ NB có tiền sử dị ứng ghi nhận được bởi dược sĩ cao hơn so với bác sĩ, tương tự nghiên cứu của Reeder TA [15]. Các phản ứng dị ứng được ghi nhận nhiều trong mẫu nghiên cứu là ngứa, nổi mề đay. Tuy nhiên nghiên cứu vẫn ghi nhận các trường hợp nặng cần chú ý như khó thở.

Việc ghi nhận tiền sử thuốc dị ứng đóng vai trò quan trọng trong đảm bảo an toàn thuốc. Thiếu thông tin này có thể dẫn đến kê đơn lặp lại thuốc gây dị ứng, chiếm khoảng 8%-15% các sai sót trong sử dụng thuốc và thường xảy ra hơn ở người

cao tuổi [16]. Nghiên cứu của Lee FY cũng cho thấy tỉ lệ lớn (khoảng 40%) NB không có thông tin dị ứng thuốc trong hồ sơ bệnh án và xác định đây là một yếu tố nguy cơ đối với việc kê đơn thuốc gây dị ứng nhiều lần [17].

Một số thuốc gây dị ứng nhưng NB không biết hay nhớ tên chiếm tỉ lệ cao (11/44), cho thấy cần có các biện pháp giúp NB có thể chú ý hơn đến những thuốc bản thân đã từng dị ứng. Nhóm thuốc dị ứng phổ biến nhất ghi nhận được là nhóm kháng khuẩn và nhóm kháng viêm, giảm đau, hạ sốt.

#### **4.3. Đặc điểm khác biệt thuốc giữa tiền sử dùng thuốc và đơn thuốc nhập viện**

Trung vị khác biệt thuốc giữa danh sách thuốc điều soát và y lệnh nhập viện là 7 [5-9]. Khác biệt xảy ra ở những trường hợp có bệnh mới mắc hoặc khi nhập viện không còn biểu hiện triệu chứng. Qua trao đổi với bác sĩ, một số trường hợp thuốc được bác sĩ tạm ngưng do chưa cần thiết, ví dụ các thuốc bổ sung vitamin, thuốc điều trị rối loạn tiền đình. Ngoài ra, vấn đề này cũng có thể do bác sĩ quên ghi chép hoặc khai thác thông tin chưa đầy đủ [18].

Khác biệt thuốc gồm 2 loại chính là khác biệt có chủ ý và không chủ ý, trong đó khác biệt không chủ ý chỉ chiếm phần nhỏ trong tổng số các khác biệt (7%). Tỉ lệ NB có ít nhất 1 khác biệt không chủ ý là 34,4%. Kết quả này xấp xỉ với nghiên cứu Dong PTX với tỉ lệ 32,3% [5]. Các khác biệt không chủ ý có thể gây hại cho NB nếu không được can thiệp và có thể gây biến cố bất lợi cho NB dẫn đến kéo dài thời gian điều trị hay tái nhập viện [14].

Các khác biệt không chủ ý gồm việc không tiếp tục dùng thuốc ngoại trú (sốt thuốc - 91,7%), và thay đổi về liều hay tần suất (8,3%). Nghiên cứu hiện tại chưa ghi nhận thay đổi về đường dùng hay dạng bào chế.

Ví dụ với nhóm statin, theo ghi nhận, thuốc đã không được tiếp tục kê khi NB nhập viện, trong khi không có lý do lâm sàng rõ ràng. Trong các nghiên cứu trước, việc ngưng statin đã làm tăng đáng kể nồng độ lipid máu sau 4 ngày không dùng thuốc, và có thể làm tăng tỉ lệ tử vong ở NB sau tái thông mạch vành nếu ngừng thuốc  $\geq 2$  tháng [19,20]. Do đó, việc sốt statin khi nhập viện có thể dẫn đến ngưng thuốc kéo dài nếu bác sĩ tiếp tục điều trị theo phác đồ nhập viện và có thể làm gia tăng nguy cơ biến cố bất lợi hoặc giảm tuân thủ điều trị.

Thay đổi về liều chủ yếu là giảm liều so với ngoại trú. Ví dụ, ở NB thiếu máu cục bộ, statin đã bị giảm liều khi nhập viện dù không có dấu hiệu không dung nạp và chưa đạt mục tiêu LDL-C trong khi hướng dẫn hiện hành khuyến cáo sử dụng statin cường độ cao hoặc liều statin tối đa dung nạp được [21].

##### **4.3.1. Nhóm thuốc khác biệt không chủ ý**

Nhóm thuốc tim mạch có tỉ lệ khác biệt thuốc không chủ ý cao nhất (75%), tương tự như nghiên cứu của Dong PTX.(5) Tỉ lệ khác biệt cao ở nhóm thuốc này có thể do tần suất sử dụng nhiều. Theo thống kê của WHO năm 2021, bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng bệnh tật trên thế giới [22,23]. Các nhóm thuốc còn lại cũng xảy ra sự khác biệt nhưng với tỉ lệ thấp <10%.

##### **4.3.2. Các yếu tố liên quan đến khả năng xảy ra khác biệt không chủ ý**

Kết quả so sánh giữa nhóm có khác biệt không chủ ý và nhóm không có khác biệt không chủ ý cho thấy số thuốc sử dụng trước khi nhập viện có liên quan đến khả năng xảy ra khác biệt không chủ ý. Điều này cho thấy việc sử dụng nhiều thuốc có khả năng xảy ra khác biệt và dẫn đến sai sót cao hơn. Việc điều soát thuốc có thể được ưu tiên cho NB sử dụng nhiều thuốc trước khi nhập viện nếu nguồn lực hạn chế. Tuy nhiên cần thêm các nghiên cứu để chọn giá trị số lượng thuốc cần điều soát thuốc phù hợp. Tuổi trung bình của nhóm có khác biệt cao hơn nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê, gợi ý xu hướng NB lớn tuổi dễ gặp sai sót hơn và do nghiên cứu thực hiện tại khoa lão nên có thể khoảng cách giữa các nhóm tuổi chưa đủ lớn nên tiến hành các nghiên cứu với quy mô lớn trên nhiều nhóm tuổi để đánh giá chính xác hơn về yếu tố này. Một số nghiên cứu đã chứng minh được mối liên quan giữa tuổi, giới tính, số bệnh mắc với khả năng xảy ra các khác biệt không chủ ý [4,24,25].

#### **4.4. Ưu điểm và hạn chế trong nghiên cứu**

Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên khảo sát việc triển khai bước đầu quy trình điều soát thuốc tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, cung cấp cái nhìn tổng quan về cách thức áp dụng quy trình trong thực hành lâm sàng. Kết quả thu được có thể được sử dụng làm tài liệu tham khảo cho các cơ sở y tế đang triển khai hoặc dự định triển khai hoạt động điều soát thuốc, đặc biệt tại các bệnh viện có mô hình điều trị và nguồn lực tương tự. Nghiên cứu còn cho thấy quy trình điều soát

thuốc có khả năng phát hiện các khác biệt không chủ ý trong giai đoạn chuyển đổi chăm sóc từ ngoại trú sang nội trú, làm rõ vai trò của dược sĩ lâm sàng trong khai thác tiền sử thuốc, gợi ý một số yếu tố nguy cơ giúp ưu tiên đối tượng cần điều soát thuốc.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ trong một khoảng thời gian nhằm phản ánh đầy đủ thực hành lâm sàng trong giai đoạn khảo sát. Tuy nhiên vẫn có khả năng bỏ sót một số trường hợp, chủ yếu là NB chuyển khoa hay chuyển viện sớm trước khi hoàn tất thu thập dữ liệu hoặc sai sót ghi nhận hồ sơ bệnh án. Ngoài ra, tính đại diện của mẫu cũng bị giới hạn trong thời gian và bối cảnh nghiên cứu. Mẫu có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố mùa, đặc thù tuyển điều trị và khoa khảo sát, do đó cần thận trọng khi ngoại suy kết quả cho các cơ sở y tế khác hoặc thời điểm khác. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa đánh giá hiệu quả can thiệp của dược sĩ lâm sàng đối với các khác biệt không chủ ý và chưa đánh giá tính hợp lý của các khác biệt có chủ ý. Ngoài ra, tiền sử dị ứng thuốc trong nghiên cứu được ghi nhận dựa trên thông tin do NB tự báo cáo và chưa được xác nhận lại bằng các tiêu chuẩn chẩn đoán dị ứng chuyên sâu. Do đó, không loại trừ khả năng nhầm lẫn giữa dị ứng thuốc thực sự và các phản ứng bất lợi không qua cơ chế miễn dịch. Việc so sánh tiền sử dùng thuốc và dị ứng giữa bác sĩ và dược sĩ trong nghiên cứu này dựa trên mức độ ghi nhận thông tin trong hồ sơ bệnh án và phiếu điều soát thuốc, không phản ánh đầy đủ hành vi khai thác tiền sử dùng thuốc và dị ứng trên thực tế của bác sĩ. Một số NB có thể không chia sẻ đầy đủ thông tin khi điều trị ở nhiều cơ sở, đồng thời chưa đánh giá thực phẩm chức năng do thiếu bằng chứng và hướng dẫn lâm sàng.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hoạt động điều soát thuốc lúc nhập viện giúp phát hiện các khác biệt thuốc, trong đó vẫn tồn tại một tỉ lệ khác biệt không chủ ý, chủ yếu là sót thuốc ngoại trú. Kết quả cũng cho thấy bác sĩ thường ghi nhận tiền sử thuốc chưa đầy đủ, trong khi dược sĩ khai thác hệ thống và toàn diện hơn. Do đó, hoạt động điều soát thuốc nên được triển khai và duy trì tại bệnh viện, đồng thời phát huy vai trò của dược sĩ trong khai thác tiền sử để đảm bảo an toàn và tính liên tục trong chăm sóc NB.

## Lời cảm ơn

Tác giả xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Nguyễn Trãi đã tạo điều kiện để thực hiện nghiên cứu.

## Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

## Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu này.

## ORCID

Nguyễn Như Hồ

<https://orcid.org/0000-0003-1629-9775>

Nguyễn Thị Như Trang

<https://orcid.org/0009-0002-0844-2690>

Trần Quỳnh Như

<https://orcid.org/0009-0009-0379-5826>

## Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Như Hồ, Trần Minh Trí.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Như Hồ, Nguyễn Thị Như Trang, Trần Minh Trí.

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Thị Như Trang.

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Như Hồ, Trần Minh Trí.

Nhập dữ liệu: Nguyễn Thị Như Trang, Trần Quỳnh Như.

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Thị Như Trang, Nguyễn Như Hồ.

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Thị Như Trang, Trần Quỳnh Như.

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Thị Như Trang, Trần Quỳnh Như, Nguyễn Như Hồ.

## Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

## Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 788 ngày 15/9/2023 và Bệnh viện Nguyễn Trãi theo quyết định số 277/QĐ-BVNT ngày 29/03/2024.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. High5s implementation guide: medication reconciliation 2021. [cited 2026 Jan 20]. <https://www.who.int/publications/m/item/high5s-implementation-guide-medication-reconciliation>.
2. Kuo AM, Monkman H, Borycki EM, Kushniruk AW, Sever L, Watt A, et al. Paper to electronic medrec implementation toolkit: ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute; 2017. [cited 2026 Jan 20]. <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/2007-paper-to-electronic-medrec-implementation-toolkit/view-document?Itemid=103>.
3. Boockvar KS, Blum S, Kugler A, Livote E, Mergenhagen KA, Nebeker JR, et al. Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. *Archives of Internal Medicine*. 2011;171(9):860-1.
4. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(5):441-7.
5. Dong PTX, Pham VTT, Nguyen TT, Nguyen HTL, Hua S, Li SC. Unintentional medication discrepancies at admission among elderly inpatients with chronic medical conditions in Vietnam: a single-centre observational study. *Drugs Real World Outcomes*. 2022;9(1):141-51.
6. Christopher CM, Blebil AQ, Bhuvan KC, Alex D, Mohamed Ibrahim MI, Ismail N, et al. Medication use problems and factors affecting older adults in primary healthcare. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2023;19(12):1520-30.
7. Anuurad E, Shiwaku K, Nogi A, Kitajima K, Enkhmaa B, Shimono K, et al. The new BMI criteria for asians by the regional office for the Western Pacific Region of WHO are suitable for screening of overweight to prevent metabolic syndrome in elder japanese workers. *Journal of Occupational Health*. 2003;45(6):335-43.
8. Singha Roy P, Khottyal D, Jana D. A review of medication errors in overweight and obese patients. *World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences*. 2023;15:113-30.
9. Verrest L, Wilthagen EA, Beijnen JH, Huitema ADR, Dorlo TPC. Influence of malnutrition on the pharmacokinetics of drugs used in the treatment of poverty-related diseases: a systematic review. *Clinical Pharmacokinetics*. 2021;60(9):1149-69.
10. Alsuwaidan S, Algharbi A, Alyami S, Almukhlifi N, Alsalamah S. Prevalence of comorbidity among elderly. *Global Journal of Aging & Geriatric Research*. 2021;1(4):1-8.
11. Tsang JY, Sperrin M, Blakeman T, Payne RA, Ashcroft D. Defining, identifying and addressing problematic polypharmacy within multimorbidity in primary care: a scoping review. *BMJ open*. 2024;14(5):e081698.
12. Shah AS, Hollingsworth EK, Shotwell MS, Mixon AS, Simmons SF, Vasilevskis EE. Sources of medication omissions among hospitalized older adults with polypharmacy. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2022;70(4):1180-9.
13. Chen HH, Taylor SE, Harding AM, Taylor DM. Accuracy of medication information sources compared to the best possible medication history for patients presenting to the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2018;30(5):654-61.
14. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2005;173(5):510-5.
15. Reeder TA, Mutnick A. Pharmacist- versus physician-obtained medication histories. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2008;65(9):857-60.

16. Mayorga C, Fernandez TD, Montañez MI, Moreno E, Torres MJ. Recent developments and highlights in drug hypersensitivity. *Allergy*. 2019;74(12):2368-81.
17. Lee FY, Chan HK, Wong HS. Effectiveness of drug allergy card to prevent repeated prescribing of allergenic medications in a malaysian public hospital. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2019;28(5):760-1.
18. Goulas C, Lohan L, Laureau M, Perier D, Pinzani V, Faucanie M, et al. Involvement of pharmacists in the emergency department to correct errors in the medication history and the impact on adverse drug event detection. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(1):376.
19. Yamamoto K, Morimoto T, Natsuaki M, Shiomi H, Ogita M, Tada T, et al. Statin discontinuation after coronary revascularization. *The American Journal of Cardiology*. 2023;207:479-89.
20. Alvarez-Jimenez L, Morales-Palomo F, Moreno-Cabañas A, Mora-Gonzalez D, Turrillas MdCM, Mora-Rodriguez R. Time-course atherogenic blood lipid response to statin discontinuation in dyslipidemic adults. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2024;34(10):2334-43.
21. Bộ Y Tế. Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành”. Hà Nội: Bộ Y Tế; 2020. p.1-172.
22. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;76(25):2982-3021.
23. World Health Organization. The top 10 causes of death 2024 [cited 2024 20/8]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
24. Vargas BR, Silveira ED, Peinado II, Vicedo TB. Prevalence and risk factors for medication reconciliation errors during hospital admission in elderly patients. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2016;38(5):1164-71.
25. Spalla L, Castilho S. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016;52:143-50.