

KHẢO SÁT VIỆC SỬ DỤNG THUỐC TẠI PHÒNG KHÁM NỘI KHỚP KHOA KHÁM BỆNH – BỆNH VIỆN AN GIANG TRÊN ĐỐI TƯỢNG BỆNH NHÂN CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Phạm Thị Bích Thủy và Nguyễn Ngọc Rạng

TÓM TẮT:

Tại bệnh viện ĐKTTAG, số lượng bệnh nhân khám bệnh bằng thẻ BHYT ngày càng gia tăng. Do đó chấn chỉnh việc kê toa thuốc an toàn và hợp lý là việc làm rất cần thiết, nhằm bảo tồn quỹ khám chữa bệnh BHYT, giúp cho nhiều bệnh nhân được hưởng quyền chăm sóc sức khỏe từ quỹ này

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:

Phương pháp mô tả cắt ngang (gồm 2 giai đoạn khảo sát và can thiệp)

Giai đoạn hồi cứu n=385 toa thuốc tháng 03/2011, khảo sát sự hợp lý trong sử dụng thuốc, chi phí điều trị của bệnh nhân. Dựa vào kết quả khảo sát áp dụng một số biện pháp can thiệp tại khoa Dược và khoa khám bệnh nhằm làm giảm chi phí điều trị. Giai đoạn can thiệp thực hiện vào tháng 11/2011 với n=385 toa thuốc, đánh giá hiệu quả sau khi can thiệp và so sánh với giai đoạn 1 trước khi can thiệp.

Kết quả:

Lứa tuổi mắc các bệnh về khớp cao nhất là lứa tuổi trung niên từ 40 đến dưới 70 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1/3. Tại phòng khám nội khớp việc sử dụng thuốc chưa phù hợp chẩn đoán chiếm tỷ lệ cao 37,10%, tỷ lệ sử dụng kháng sinh đúng là 37,40% có sự lạm dụng kháng sinh trong điều trị, sử dụng nhiều loại thuốc trong đơn, thuốc nội ít sử dụng (40,80%). Sau khi can thiệp số loại thuốc trong đơn giảm còn 4-5 loại, tỷ lệ sử dụng thuốc nội tăng, chỉ định sử dụng kháng sinh đúng 100%, tỷ lệ sử dụng thuốc phù hợp chẩn đoán tăng từ 62,90% lên 87,02%. Tiền thuốc trung bình giảm từ 458.159 đồng xuống 247.053 đồng.

Kết luận:

Việc sử dụng thuốc hợp lý, phù hợp với chẩn đoán sẽ làm tăng hiệu quả điều trị, giảm tương tác thuốc, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

SUMMARY:

Increase in patient with insurance medicare card needs to evaluate the safe and rational use of medication in order to preserve Health Insurance Fund (HIF). The aim of this study is to

evaluate the current prescription and try to find solutions to help using HIF properly and effectively.

Materials and methods: The cross sectional study was used to evaluate the rational use of drug for out-patients with insurance medicare cards. In the 1st stage, 385 prescriptions were examined. Based on the results from the 1st stage, some interventions were applied in order to promote the properly use of medication and reduce the treatment costs.

Results: The majority of patients visited to rheumatologu consultation room were from 40-70 of age, male/female ratio was 1:3. Improperly use of medication was up to 37.10%. The rate of rational use of antibiotic was low (37.40%); the rate of using locally made drugs was low (40.80%). After the intervention, The medium number of drugs in one prescription was decreased (4-5). The using of locally made drugs increased and the percentage of properly antibiotic use was up to 100%. The rational use of drugs also increased from 62.9% to 87.0%. The cost of treatment for 1 prescription decreased from 458,159 to 247,053 VND.

Conclusions: The rational use of drug will increase the effectiveness of treatment, decrease the medical interaction and decrease the cost of treatment for patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là một chính sách xã hội do nhà nước tổ chức thực hiện, mang tính chất xã hội, không vì mục tiêu lợi nhuận, hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả trong khám, chữa bệnh[4]. Quỹ khám chữa bệnh BHYT không phải là vô hạn, việc sử dụng quỹ BHYT hợp lý sẽ giúp cho nhiều bệnh nhân được hưởng quyền chăm sóc sức khỏe từ quỹ BHYT. Do đó, chấn chỉnh việc kê đơn thuốc an toàn và hợp lý tại các bệnh viện là rất cần thiết. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Khảo sát việc sử dụng thuốc tại Phòng khám nội khớp khoa Khám bệnh - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trên đối tượng bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế*” với mục đích: Đánh giá sự hợp lý trong việc sử dụng thuốc, đặc biệt là kháng sinh trước và sau can thiệp, đồng thời đánh giá chi phí điều trị cho một toa thuốc trước và sau can thiệp.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có can thiệp.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Nội khớp - Khoa khám bệnh BVĐKTT. Phòng khám này có 2 Bác sỹ khám bệnh và 2 điều dưỡng.

Chọn mẫu:

Bệnh nhân khám tại phòng khám nội khớp. Cách lấy mẫu ngẫu nhiên có hệ thống

Cỡ mẫu được tính theo công thức : $n = \frac{(1,96)^2 * p (1-p)}{e^2}$

n = 385 toa thuốc (cho mỗi giai đoạn)

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Toa thuốc của bệnh nhân khám bệnh BHYT có chỉ định dùng thuốc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không lãnh thuốc tại quầy phát thuốc BHYT.

Giai đoạn khảo sát được thực hiện vào tháng 03/2011 với tổng số toa thuốc thu được là 1465, n=385: khảo sát sự hợp lý trong sử dụng thuốc, chi phí điều trị của bệnh nhân. Dựa vào kết quả khảo sát áp dụng một số biện pháp can thiệp tại khoa Dược và khoa khám bệnh nhằm làm giảm chi phí điều trị. Giai đoạn can thiệp thực hiện vào tháng 11/2012 tổng số toa thuốc thu được là 2100, với n=385: đánh giá hiệu quả sau khi can thiệp và so sánh với giai đoạn 1 trước khi can thiệp.

Tiêu chuẩn đánh giá

Việc sử dụng thuốc phù hợp với chẩn đoán dựa vào:

- Phác đồ điều trị khoa khám bệnh – bệnh viện đa khoa trung tâm;
- Tài liệu hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị của Bộ y tế - 2005
- Các nguyên lý y học nội khoa – Harrison tập 4 – 2004.

Sử dụng kháng sinh đúng: Có bằng chứng nhiễm khuẩn : Cấy có vi khuẩn, hoặc có hội chứng đáp ứng viêm (+) : Sốt >38 °C, Bạch cầu tăng >10000/mm³ hoặc <3000/mm³, nhịp thở >30 lần/phút, mạch >90 lần/phút ; hoặc có CRP tăng, VS tăng.

Các biện pháp can thiệp:

- Tại khoa Dược: dựa vào danh mục thầu năm 2011 lựa chọn những thuốc tương đương, cùng hoạt chất có giá thành rẻ. Tăng cường nhập thuốc nội

- Tại khoa khám bệnh: Thông tin thuốc cho các Bác sỹ, kiểm tra toa thuốc, bình toa thuốc trong các buổi giao ban khoa khám bệnh.

Xử lý số liệu:

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng phép kiểm chi bình phương cho các biến tỉ lệ và phép kiểm Mann-Whitney cho các biến liên tục. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của mẫu khảo sát

Giới tính: Tần suất mắc các bệnh về khớp của bệnh nhân nữ luôn chiếm tỷ lệ cao hơn nam (cả hai giai đoạn tỷ lệ Nam/nữ = 1/3)

Tuổi: mắc bệnh cao nhất là giai đoạn trung niên khoảng từ 40 đến dưới 70 tuổi.

Cận lâm sàng: *Giai đoạn 1: 17 ca, giai đoạn 2: 41 ca.* Chỉ định cận lâm sàng tại phòng khám nội khớp là rất thấp, đa số các chỉ định cho cận lâm sàng là chụp cột sống, trong giai đoạn 1 chỉ có 17 bệnh nhân được chỉ định cận lâm sàng, còn giai đoạn 2 tăng lên 41 bệnh nhân. Số tiền chi trả cho cận lâm sàng cả 2 giai đoạn là 2.057.000 đồng. So với tiền chi trả cho thuốc thì tỷ lệ này là không đáng kể.

2. Khảo sát sự hợp lý trong chỉ định dùng thuốc

Giai đoạn 1: Thuốc sử dụng phù hợp với chẩn đoán có 242 toa chiếm tỷ lệ 62,9 %. Chỉ định sử dụng kháng sinh khi không có dấu hiệu nhiễm trùng, không phù hợp với chẩn đoán theo phác đồ điều trị của khoa hoặc không có bệnh phụ nhiễm trùng kèm theo, chỉ định 2 loại thuốc cùng nhóm trên một toa thuốc, sử dụng thuốc dạ dày cho hầu hết các bệnh nhân, ngay cả những bệnh nhân không có chẩn đoán liên quan tới bệnh lý dạ dày, sử dụng thuốc hỗ trợ không theo chẩn đoán. Chẩn đoán bệnh theo mã ICD-10 chưa rõ ràng ở những bệnh nhân có nhiễm khuẩn. Tiền thuốc trung bình của một toa là 458.159 đồng.

3. So sánh việc sử dụng thuốc trước và sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp.

Dựa vào kết quả khảo sát ở giai đoạn 1 chúng tôi áp dụng một số biện pháp can thiệp như sau:

- + Tại khoa Dược: Tăng cường nhập thuốc nội, lựa chọn những thuốc chuyên điều trị về khớp có giá thành rẻ, ngưng nhập (có thời hạn) một số kháng sinh, thuốc dạ dày đắt tiền.
- + Tại khoa khám bệnh: Tăng cường giám sát việc kê đơn thuốc ngoại trú, bình đơn thuốc tại các buổi giao ban khoa, cung cấp thông tin các thuốc liên quan đến bệnh về khớp cho Bác sĩ.

So sánh sử dụng thuốc hợp lý giai đoạn trước và sau can thiệp được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: So sánh sử dụng thuốc hợp lý

<i>Các chỉ số khảo sát</i>	<i>Giai đoạn1 (n=385)</i>	<i>Giai đoạn2 (n=385)</i>	<i>Giá trị p</i>
1. Sử dụng thuốc phù hợp với chẩn đoán	242 (62,9%)	335 (87,0%)	0,000
2. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong điều trị	131 (34,0%)	70 (18,2%)	0,000
3. Chỉ định sử dụng kháng sinh đúng	49 (37,4%)	70 (100%)	0,000
4. Tỷ lệ thuốc nội được sử dụng	228 (59,2%)	333 (86,5%)	0,000
5. Tỷ lệ sử dụng vitamin	361 (93,9%)	357 (92,7%)	0,566

Sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp, việc sử dụng thuốc phù hợp với chẩn đoán chiếm tỷ lệ cao 87,0%, chỉ còn 50 toa (12,9%) sử dụng thuốc không hợp lệ như : Chỉ định thuốc hỗ trợ tăng tuần hoàn não Tanakan, Giloba , thuốc dạ dày ... mà không có chẩn đoán phụ kèm theo, hoặc sử dụng 2 loại thuốc cùng nhóm trong 1 toa.

Trong giai đoạn 1 trước can thiệp: Đa số các toa có chỉ định sử dụng kháng sinh đều không có chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn hoặc không có bệnh phụ nhiễm khuẩn kèm theo, do vậy, việc sử dụng kháng sinh trong điều trị còn chưa hợp lý theo phác đồ điều trị. Trong 49 (37,4%) toa thuốc có chỉ định kháng sinh đúng chỉ có 1 toa thuốc là có chỉ định làm xét nghiệm tìm RF, CRP, đếm bạch cầu ... và có 1 toa có chỉ định chụp X-quang cổ tay. Như vậy trong 47 trường hợp sử dụng kháng sinh trong chẩn đoán viêm khớp dạng thấp đều không thấy có những dấu hiệu nhiễm trùng, chủ yếu bác sĩ chỉ định để phòng ngừa bệnh thấp tim.

Trong giai đoạn 2 sau khi can thiệp: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh giảm xuống gần 50% chỉ có 70 toa có chỉ định sử dụng kháng sinh, tỷ lệ sử dụng kháng sinh đúng ở giai đoạn này là 100%, chỉ định đúng chẩn đoán và đúng theo phác đồ điều trị.

Trong cả hai giai đoạn tỷ lệ sử dụng vitamin là rất cao, sự phối hợp giữa vitamin D với calci là phối hợp kinh điển trong điều trị, tuy nhiên dùng đồng thời 2 thuốc này làm hấp thu calci ở ruột tăng lên rất nhiều, khi calci được dùng ở liều cao. Ở cả 2 giai đoạn chỉ định 2 loại vitamin D trong cùng một toa chiếm tỷ lệ khoảng 10,2%.

Ở giai đoạn 1 việc chẩn đoán bệnh theo mã ICD-10 chỉ có 11 mã, sau khi can thiệp tăng lên gấp đôi: 22 mã bệnh, điều đó chứng tỏ rằng việc chẩn đoán bệnh theo mã ICD-10 chặt chẽ hơn ở giai đoạn 2, nhất là ở các bệnh viêm khớp có kèm theo nhiễm khuẩn như vậy việc sử dụng kháng sinh sẽ đúng, hợp lý và an toàn hơn.

Trong giai đoạn 1, trong 1 toa thuốc trung bình chỉ có 1 món thuốc nội ($0,9 \pm 0,9$), sau khi can thiệp số loại thuốc nội trong 1 toa thuốc tăng gần 2 món ($1,6 \pm 0,9$) ($p=0,000$).

Số ngày điều trị trung bình trong giai đoạn 1 là $9,6 \pm 2,4$ ngày, sau can thiệp số ngày điều trị trung bình giảm còn $7,4 \pm 1,8$ ngày ($p=0,000$).

Trong giai đoạn 1 tổng tiền trung bình của một toa thuốc là 458.159 đồng cá biệt có nhiều toa có số tiền hơn một triệu đồng, nhưng đến giai đoạn 2 sau can thiệp, tổng tiền trung bình của một toa thuốc giảm xuống rất nhiều chỉ còn 247.053 đồng và không có toa thuốc nào có giá trị trên một triệu đồng. So với giai đoạn 1 tổng tiền trung bình giảm được 211.106 đồng trên một toa thuốc như vậy sự can thiệp rất có hiệu quả.

4. Tương tác thuốc

Trong điều trị sự phối hợp thuốc là cần thiết tuy nhiên số lượng thuốc sử dụng càng nhiều thì nguy cơ xảy ra tương tác thuốc càng gia tăng. Thêm vào đó sự phối hợp nhiều loại thuốc không cần thiết sẽ gia tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân. Cả hai giai đoạn gồm có 5 cặp tương tác và xảy ra ở mức độ 2 (Tương tác cần thận trọng), được trình bày ở bảng 2

Bảng 2. Tỷ lệ tương tác thuốc

Cặp tương tác	Giai đoạn1 (n=385)	Giai đoạn 2 (n=385)
1. Alendronat + calci	15 (19,4%)	17 (21,7%)
2. Alendronat +NSAID	4 (5,1%)	1 (1,2%)
3. Alendronat + antacid	14 (18,1%)	22 (28,2%)
4. Vitamin D + calci	10 (12,9%)	8 (10,2%)
5. Nhóm băng niêm mạc dạ dày + thuốc khác	31 (44,1%)	30 (38,4%)

Cả hai giai đoạn tỷ lệ tương tác thuốc xảy ra tương đương, trong đó tương tác ở nhóm thuốc băng niêm mạc dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất, xử trí bằng cách các Bác sĩ đều hướng dẫn bệnh nhân uống cách nhau 2h. Tương tác giữa alendronat và NSAID hiệp đồng gây loét dạ dày, tương tác giữa alendronat và calci làm giảm hấp thu các alendronat qua đường tiêu hóa, cả hai giai đoạn đều không thấy hướng dẫn của Bác sĩ khi chỉ định cho bệnh nhân sử dụng alendronat 70mg. Tương tác giữa nhóm vitamin D và calci: dùng đồng thời sẽ làm hấp thu calci ở ruột tăng lên rất nhiều, khi calci được dùng ở liều cao. Mỗi giai đoạn chiếm tỷ lệ khoảng 10 -12%, cả hai giai đoạn đều không thấy Bác sĩ chỉ định theo dõi nồng độ calci máu, calci niệu.

BÀN LUẬN

Giai đoạn trước can thiệp: Tỷ lệ chỉ định sử dụng thuốc không phù hợp chẩn đoán cao, Như vậy việc chỉ định thuốc không phù hợp chẩn đoán sẽ đưa đến những hậu quả khôn lường như bệnh nhân uống nhiều thuốc nhưng không hết bệnh, gây lãng phí trong điều trị, bệnh nhân phải trả tiền điều trị cao, quỹ bảo hiểm bị bội chi. Có sự lạm dụng kháng sinh trong điều trị. Sử dụng sai liều của một số loại thuốc, thuốc nội ít được sử dụng, có nhiều loại thuốc có trong 1 toa (6-7 loại), sử dụng nhiều loại biệt dược đắt tiền (kháng sinh, thuốc dạ dày...), chi phí điều trị cao có rất nhiều toa thuốc trên 1 triệu đồng. Sau khi áp dụng các biện pháp can

thiệt: Tỷ lệ chỉ định thuốc phù hợp chẩn đoán tăng cao, tỷ lệ chỉ định kháng sinh đúng 100%, số loại thuốc có trong toa giảm (4-5 loại), thuốc nội được sử dụng nhiều hơn làm giảm chi phí điều trị gần 50%. Tuy nhiên tỷ lệ tương tác thuốc giảm không đáng kể, tỷ lệ sử dụng thuốc dạ dày và thuốc vitamin còn cao trong cả 2 giai đoạn. Theo báo cáo tổng kết công tác bệnh viện năm 2011 số lượt khám chữa bệnh chung đạt 107,2% kế hoạch. Trong đó bệnh nhân có bảo hiểm y tế chiếm 68%, trẻ em dưới 6 tuổi chiếm 16,8% . Số tiền chi trả cho thuốc chiếm 70% kinh phí của toàn bệnh viện, như vậy số lượng bệnh nhân khám bệnh bảo hiểm y tế ngày càng gia tăng, do đó việc quản lý thuốc phải được quản lý chặt chẽ từ khâu nhập hàng đến khâu sử dụng. Khoa Dược lựa chọn thuốc tốt, đạt chất lượng, giá thành rẻ phù hợp với quỹ Bảo hiểm y tế. Khoa Khám bệnh sử dụng thuốc đúng, phù hợp với chẩn đoán tránh lạm dụng thuốc. Như vậy, quỹ bảo hiểm y tế sẽ không bị bội chi và sẽ có thêm nhiều bệnh nhân được hưởng việc chăm sóc sức khỏe từ quỹ này.

KẾT LUẬN

Việc sử dụng thuốc hợp lý, phù hợp với chẩn đoán sẽ làm tăng hiệu quả điều trị, giảm tương tác thuốc, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Giảm bội chi quỹ bảo hiểm Y tế giúp cho nhiều bệnh nhân được hưởng quyền chăm sóc sức khỏe từ quỹ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, tái bản lần thứ nhất, Hà Nội
2. Bộ Y Tế (2009), *Qui định mới về sử dụng thuốc trong chẩn đoán, điều trị và quản lý phân phối thuốc tại các bệnh viện và các cơ sở y tế Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y Tế (2000), *Bảng phân loại quốc tế bệnh tật (ICD-10)*, nhà xuất bản Y học.
4. Dương Thị Mai Trang (2009), *Giáo trình Kinh tế Dược và kinh tế y tế*, bộ môn Quản lý Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
5. Đặng Văn Giáp (2011), *Giáo trình đào tạo bổ sung chuyên khoa I*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Kurt.J. Isselbacher và các cộng sự (2004), *Các nguyên lý y học nội khoa Harrison – tập 4*, nhà xuất bản Y học.

7. Nguyễn Ngọc Rạng (2012), *Thống kê y học và thiết kế nghiên cứu*, Nhà Xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh.
8. Trần Thị Thu Hằng (2007), *Dược lực học*, nhà xuất bản Phương Đông
9. Phác đồ điều trị năm 2010 - 2011, Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
10. Bộ Y Tế (2006), *Tương tác thuốc và chú ý khi sử dụng*, nhà xuất bản Y học
11. Báo cáo tổng kết tình hình sử dụng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2008-2009, Bảo hiểm xã hội Việt Nam.
12. Lê Anh Thư (2007), *Bệnh viêm khớp dạng thấp*, nhà xuất bản Y học
13. Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2007), *Loãng xương nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa*, nhà xuất bản Y học.
14. Trần Ngọc Ân (1998), *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học.
15. Thống kê hệ thống y tế tỉnh An Giang, Phòng nghiệp vụ Y - Dược sở Y tế An Giang.
16. Thống kê số liệu sử dụng tiền quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh An Giang, Phòng nghiệp vụ Y – Dược sở Y tế tỉnh An Giang.
17. Lê Anh Thư (2006) *Điều trị cơ bản bệnh viêm khớp dạng thấp, mười hai năm theo dõi và đánh giá (8/1003 – 8/2005)*, Nhà xuất bản Y học.
18. Đào Văn Phan và cộng sự (2004), *Dược lý học lâm sàng*, Trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
19. Danh mục thuốc ngoại trú năm 2010 - 2011, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.