

QUAN ĐIỂM CỦA BÁC SĨ VỀ QUẢN LÝ HEN: KẾT QUẢ KHẢO SÁT TẠI VIỆT NAM

Phạm Lê An¹, Vũ Văn Giáp^{2,3}, Lê Thị Tuyết Lan⁴, Dương Quý Sỹ⁵
Nguyễn Như Vinh^{1,6}, Trần Văn Ngọc⁷ và Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng^{1,8,✉}

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Hà Nội

⁴Hội Hen - Dị Ứng - Miễn Dịch Lâm Sàng TP.HCM

⁵Trường Cao đẳng Y tế Lâm Đồng

⁶GlaxoSmithKline, Việt Nam

⁷Hội Hô hấp TP.HCM

⁸Đại học Queensland, Úc

Áp dụng khuyến cáo từ Chiến lược toàn cầu trong quản lý và dự phòng hen (GINA) là thách thức toàn cầu trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu khảo sát quan điểm trong lựa chọn phương pháp điều trị và đưa ra các quyết định quản lý hen của bác sĩ Việt Nam theo khuyến cáo mới của GINA, sử dụng bảng câu hỏi được dịch sang tiếng Việt và chuẩn hóa bởi các chuyên gia hô hấp. Kết quả cho thấy mục tiêu điều trị quan trọng nhất là kiểm soát triệu chứng và kiểm soát hen toàn diện đối với hen mức độ nhẹ và giảm đợt cấp đối với hen mức độ trung bình - nặng. Bác sĩ trong nghiên cứu thường ưu tiên lựa chọn phác đồ điều trị duy trì có ICS cho bệnh nhân hen nhẹ - trung bình. Hầu hết bác sĩ biết đến MART nhưng tỷ lệ kê đơn đúng còn thấp. Mặc dù phương pháp điều trị cá thể hóa theo khuyến cáo của GINA đã được thực hiện tại Việt Nam, nhưng cần đào tạo thêm về điều trị hen cho bác sĩ để cải thiện việc sử dụng chính xác các lựa chọn điều trị.

Từ khóa: Quản lý hen, GINA, Quan điểm của bác sĩ, Mục tiêu điều trị, MART, PRD, APPARENT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen là một trong những bệnh mạn tính không lây phổ biến nhất. Năm 2017, thế giới có khoảng 272 triệu người chịu ảnh hưởng của hen và dự kiến sẽ tăng lên 400 triệu người vào năm 2025.^{1,2} Tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ “từng mắc bệnh hen suyễn” ở trẻ em từ 6 - 7 tuổi là 10,9% và tỷ lệ khò khè ở trẻ em từ 13 - 14 tuổi là 29,5%, cao nhất trong các Khu vực Châu Á - Thái Bình Dương.³ Hen ảnh hưởng đến tâm lý, thể chất và các mối quan hệ xã hội của người bệnh cũng như gia đình của họ. Một

nghiên cứu ở Việt Nam báo cáo rằng mức độ kiểm soát hen kém hơn mong đợi, chỉ $\leq 1\%$ bệnh nhân đáp ứng theo định nghĩa đúng về hen được kiểm soát.⁴

Nhiều bệnh nhân hen trên thế giới vẫn không được kiểm soát hoặc phụ thuộc quá mức vào thuốc cắt cơn (ví dụ: đồng vận β_2 tác dụng ngắn - SABA) và lạm dụng corticoid đường uống.⁵ Chiến lược toàn cầu trong quản lý và dự phòng hen (GINA) hướng đến kiểm soát các triệu chứng hen và giảm nguy cơ đợt cấp bằng cách sử dụng kết hợp thuốc corticosteroid dạng hít (ICS) cùng với thuốc giãn phế quản.⁶

GINA thường xuyên cập nhật các khuyến cáo toàn cầu về quản lý và phòng ngừa hen. Năm 2019, GINA đề xuất 2 cách tiếp cận điều

Tác giả liên hệ: Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Email: camhong3011@gmail.com

Ngày nhận: 22/12/2022

Ngày được chấp nhận: 17/01/2023

trị hen. Đối với cách tiếp cận đầu tiên (“track 1”), ICS/formoterol được sử dụng khi cần (liệu pháp PRN) cho hen mức độ nhẹ (bậc 1 - 2) và ICS/formoterol ngừa cơn và cắt cơn (Maintenance And Reliever Therapy - liệu pháp MART) được sử dụng cho hen mức độ trung bình - nặng (bậc 3, 4, 5). Ở cách tiếp cận thứ 2 (“track 2”), ICS kết hợp với SABA khi cần cho hen bậc 1; ICS liều thấp dùng hàng ngày kết hợp với SABA cắt cơn khi cần cho hen bậc 2; ICS/đồng vận β_2 tác dụng kéo dài (LABA) dùng chủ động hàng ngày và SABA dùng cắt cơn khi cần cho hen mức độ trung bình - nặng (bậc 3, 4, 5). Liệu pháp ICS hoặc ICS/LABA liều cố định hàng ngày và SABA cắt cơn để kiểm soát hen được gọi là liệu pháp duy trì chủ động (Proactive Regular Dosing - PRD).

Nghiên cứu này nhằm khảo sát quan điểm của các bác sĩ về mục tiêu điều trị hen và nhận thức của họ về các liệu pháp điều trị nhằm hiểu hơn về thực hành lâm sàng hiện tại của các bác sĩ Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng chọn mẫu

Bác sĩ điều trị và quản lý bệnh nhân hen (bác sĩ đa khoa, nội khoa hoặc bác sĩ chuyên khoa phổi/ hô hấp) thuộc Đơn Vị Quản Lý Bệnh

Nhân Hen Và COPD Ngoại Trú (ACOCU) tại Việt Nam.

Tiêu chí chọn mẫu

- + Có ít nhất 3 năm kinh nghiệm làm việc.
- + Điều trị ít nhất 4 bệnh nhân hen người lớn mỗi tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- + Chịu trách nhiệm về các quyết định trong danh mục thuốc tại cơ sở y tế.
- + Đang làm việc cho công ty dược phẩm.

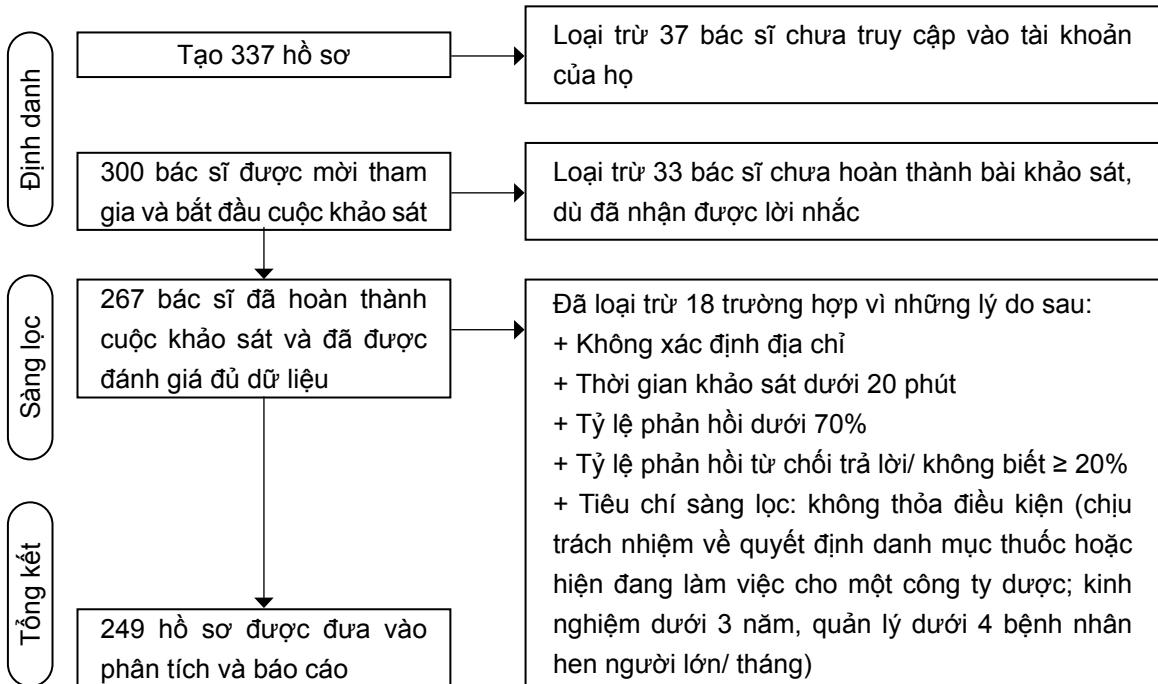
2. Phương pháp

Nghiên cứu cắt ngang, khảo sát trực tuyến các bác sĩ tại Việt Nam và được tiến hành từ tháng 12/2021 đến tháng 2/2022, tại 134 cơ sở y tế từ 48 tỉnh thành trên khắp Việt Nam.

Số lượng bác sĩ được lựa chọn từ các phòng khám được phân bổ tỷ lệ thuận với số lượng thành viên ACOCU tại các địa phương. Hình 2 cho thấy sự phân bố mẫu nghiên cứu trên bản đồ Việt Nam.

Bác sĩ được chọn từ các điều phối viên của mạng lưới Hiệp hội hô hấp quốc gia và địa phương. Đầu tiên, người tham gia được liên hệ qua email với các câu hỏi sàng lọc để đảm bảo đáp ứng các tiêu chí của nghiên cứu. Sau đó, các bác sĩ được mời hoàn thành khảo sát trực tuyến tại website khaosatquanlyhen.vn. Chi tiết về quá trình thực hiện được trình bày trong Hình 1.

Định danh các bác sĩ tham gia thông qua cơ sở dữ liệu và tài khoản đăng ký



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu và cỡ mẫu

Phát triển bộ câu hỏi khảo sát

Bộ câu hỏi gốc được sử dụng trong nghiên cứu APPARENT-1 dành cho cả bệnh nhân và bác sĩ. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi tại Việt Nam chỉ sử dụng bộ câu hỏi dành cho bác sĩ. Bộ câu hỏi được dịch sang tiếng Việt, sau đó dịch ngược tiếng Anh và được đánh giá bởi 5 chuyên gia hô hấp để đảm bảo thuật ngữ chính xác tại địa phương. Bộ câu hỏi Việt hoá cuối cùng sử dụng dưới hình thức khảo sát trực tuyến.

Phân tích thống kê

Dữ liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm Stata phiên bản 17.0 (StataCorp, College Station, TX, USA). Ý nghĩa thống kê được xác định ở mức 5%. Thống kê mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính; trung bình và độ lệch chuẩn cho các biến định lượng

- có phân phối chuẩn; trung vị và tứ phân vị cho các biến định lượng không có phân phối chuẩn.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thông qua với Quyết định số 726 HĐĐĐ - ĐHYD vào 01/12/2021.

II. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Có 337 lời mời được gửi đến các bác sĩ ở các khu vực khác nhau của Việt Nam, với 300 cuộc khảo sát được thực hiện (Hình 1 và 2). 33 bác sĩ bị loại do khảo sát chưa hoàn thành và 18 khảo sát không đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn vào (Hình 1). Có 249 hồ sơ được đưa vào phân tích và báo cáo. Tỷ lệ phản hồi là 74%.



Hình 2. Phân bố mẫu nghiên cứu

Các bác sĩ tham gia nghiên cứu có sự phân bố giới tính gần như bằng nhau (nam: 45,4%, nữ: 54,6%). Độ tuổi trung bình của những

người tham gia nghiên cứu là ngoài 30 tuổi. Đối tượng tham gia có trung bình 7 năm kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng và quản lý khoảng 20 bệnh nhân hen người lớn mỗi tháng. Hầu hết những người tham gia nghiên cứu là bác sĩ chuyên khoa hô hấp (43%) hoặc bác sĩ nội khoa (43%). 85,1% làm việc trong cơ sở y tế công thuộc thành phố/ khu đô thị lớn hoặc vùng ngoại ô.

2. Mục tiêu điều trị hen

Kết quả cho thấy, phần lớn các bác sĩ ở Việt Nam (97,2%) thực hiện phân loại mức độ hen của bệnh nhân trong điều trị hen theo các mức nhẹ, trung bình hoặc nặng, với hơn 50% bác sĩ thường xuyên thực hiện phân loại bệnh. Khi ước tính số bệnh nhân theo phân loại này, phân bố của hen mức độ nhẹ (GINA bậc 1 - 2), hen mức độ trung bình (GINA bậc 3 - 4) và hen mức độ nặng (GINA bậc 5) lần lượt là 45,2%, 39,8% và 14,3%.

Bảng 1 cho thấy ở bệnh nhân hen mức độ nhẹ, mục tiêu quản lý hen hầu hết tập trung vào kiểm soát triệu chứng (30.9%) và kiểm soát hen toàn diện (55,5%), trong khi ở bệnh nhân hen mức độ trung bình và nặng thì tập trung chủ yếu vào giảm đợt cấp

Bảng 1. Mục tiêu điều trị

Các mục tiêu điều trị quan trọng nhất, n (%)	Hen nhẹ (GINA bậc 1 - 2) n = 236	Hen trung bình (GINA bậc 3 - 4) n = 239	Hen nặng (GINA bậc 5) n = 221
Kiểm soát triệu chứng	73 (30,9)	79 (33,1)	74 (33,5)
Giảm đợt cấp	32 (13,6)	90 (37,7)	95 (43,0)
Kiểm soát toàn diện	131 (55,5)	70 (29,3)	52 (23,5)

3. Nhận thức của bác sĩ về các liệu pháp điều trị

Liệu pháp MART

Mặc dù hơn 85% bác sĩ biết về MART, nhưng có đến 60,5% bác sĩ cho biết họ đã có “một vài lần” kê đơn SABA đồng thời với MART (Bảng 2).

Bảng 2. Nhận biết về liệu pháp MART và tần suất kê SABA khi sử dụng liệu pháp MART

	Đặc điểm	Tần suất (n)	Phần trăm (%)
Nhận biết về cách tiếp cận MART đối với điều trị hen (n = 249)	Biết	213	85,5
	Không biết	36	14,5
Ưu tiên cách tiếp cận ICS/LABA (n = 213)	ICS/LABA mỗi ngày (1 hoặc 2 lần/ngày) + SABA dạng hít, tùy thuộc vào hướng dẫn của nhà sản xuất	68	31,9
	ICS/LABA mỗi ngày + SABA hít 1 lần/ngày bất kể hướng dẫn của nhà sản xuất	2	0,9
	ICS/LABA 2 lần mỗi ngày + SABA dạng hít bất kể hướng dẫn của nhà sản xuất	7	3,3
	ICS/LABA 2 lần mỗi ngày + ICS/LABA khi cần	130	61,0
	Khác	6	2,8
Khi kê đơn ICS/LABA trong liệu pháp MART cho bệnh nhân hen, bác sĩ thường kê đơn thêm SABA hoặc thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn để điều trị cắt cơn	Luôn luôn	5	2,4
	Hầu hết các lần	41	19,3
	Một vài lần	129	60,5
	Không bao giờ	38	17,8

ICS, corticosteroid dạng hít; LABA, đồng vận β_2 tác dụng kéo dài; MART, điều trị duy trì và cắt cơn; PRN, khi cần thiết; SABA, đồng vận β_2 tác dụng ngắn

Xu hướng điều trị

Bảng 3 cho thấy ICS liều thấp đơn trị hoặc kèm SABA cắt cơn là lựa chọn điều trị khởi đầu phổ biến nhất (42,6%) cho bệnh nhân hen mức độ nhẹ. Sau đó, nếu hen vẫn không được kiểm soát, ICS/LABA PRD (với SABA cắt cơn) sẽ được lựa chọn (41,4%). Sử dụng đơn trị SABA dạng hít ở mức thấp (14,1% ở hen nhẹ và 0,8%

ở hen trung bình). Với hen mức độ trung bình, 61,5% các bác sĩ chỉ định ưu tiên điều trị khởi đầu bằng ICS/LABA PRD (và SABA cắt cơn) và sau đó nếu bệnh nhân vẫn không kiểm soát được cơn hen, tăng liều ICS/LABA PRD và dùng SABA cắt cơn được 73,5% bác sĩ lựa chọn.

Bảng 3. Cách tiếp cận điều trị thường dùng

Phương pháp điều trị điển hình cho bệnh nhân hen nhẹ (GINA bậc 1 và 2)	Điều trị khởi đầu (n = 249)		Các bước điều trị tiếp theo nếu tình trạng hen của bệnh nhân vẫn không kiểm soát (n = 249) ^a	
	n	%	n	%
CHỈ SỬ DỤNG SABA ĐƠN TRỊ (ví dụ: salbutamol)	35	14,1	6	2,4
ICS liều thấp kèm theo SABA dạng hít	31	12,5	10	4,0
ICS liều thấp kèm theo SABA dạng hít	75	30,1	72	28,9
ICS/Formoterol khi cần	74	29,7	53	21,3
ICS/LABA PRD với SABA dạng hít	13	5,2	103	41,4
ICS/LABA PRD không kèm theo SABA dạng hít	8	3,2	19	7,6
Theophylline	0	0	4	1,6
Không sử dụng bất cứ phương pháp điều trị nào	1	0,4	0	0
Khác	12	4,8	12	4,8
Phương pháp điều trị điển hình cho bệnh nhân hen trung bình (GINA bậc 3 và 4)	Điều trị khởi đầu (n = 249)		Các bước điều trị tiếp theo nếu tình trạng hen của bệnh nhân vẫn không kiểm soát (n = 249) ^a	
	n	%	n	%
CHỈ SỬ DỤNG SABA ĐƠN TRỊ (ví dụ: salbutamol)	2	0,8	3	1,2
ICS liều thấp kèm theo SABA dạng hít	4	1,6	2	0,8
ICS liều thấp kèm theo SABA dạng hít	25	10,1	11	4,4
ICS/Formoterol MART	54	21,7	64	25,7
ICS / LABA PRD với SABA dạng hít	118	47,4	159	63,9
ICS / LABAPE PRD không kèm theo SABA dạng hít	35	14,1	24	9,6
Theophylline	0	0	47	18,9
Không sử dụng bất cứ phương pháp điều trị nào	3	1,2	0	0
Khác	8	3,2	46	18,5

^a Số tích lũy cao hơn tổng cỡ mẫu là 249 do câu hỏi trắc nghiệm

ICS, corticosteroid dạng hít; LABA, đồng vận β_2 tác dụng kéo dài; MART, điều trị duy trì và cắt cơn; PRN, khi cần thiết; SABA, đồng vận β_2 tác dụng ngắn

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thể hiện quan điểm thực hành quản lý hen với các lựa chọn điều trị khác nhau ở Việt Nam có tính đại diện tốt, với sự tham gia của 249 bác sĩ đến từ các vùng địa dư khác nhau tại Việt Nam.

Mục tiêu điều trị hen

Các hướng dẫn đã được phát triển hướng tới việc kiểm soát hen tốt hơn. Nhìn chung, tùy theo tình trạng hen của bệnh nhân mà bác sĩ sẽ có mục tiêu điều trị khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy đối với bệnh nhân hen mức độ nhẹ (GINA bậc 1 - 2), mục tiêu điều trị chính của bác sĩ nhằm kiểm soát các triệu chứng hơn là giảm nguy cơ đợt cấp. Phát hiện này tương tự với kết quả của các nghiên cứu toàn cầu trước đây ở Úc, Canada, Trung Quốc và Philippine.⁷ Tuy nhiên, với bệnh nhân hen mức độ trung bình (GINA bậc 3 - 4) hoặc mức độ nặng (GINA bậc 5), nghiên cứu nhận thấy mục tiêu giảm nguy cơ đợt cấp chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phù hợp với khảo sát của các bác sĩ tại Trung Quốc.⁷ Ngược lại, hơn 40% bác sĩ điều trị hen tại Úc, Canada và Philippine lựa chọn kiểm soát hen toàn diện là mục tiêu điều trị quan trọng nhất.⁷ Khác biệt ghi nhận được trong nghiên cứu này so với các quốc gia có thể là do đặc điểm của người tham gia nghiên cứu và khác biệt trong các hướng dẫn về điều trị hen ở mỗi quốc gia. Bên cạnh đó, các bác sĩ cho rằng việc phòng ngừa và giảm đợt cấp là quan trọng trong cải thiện kiểm soát hen toàn diện.^{8,9}

Nhận thức của bác sĩ về các liệu pháp điều trị

Tại Việt Nam, các bác sĩ cho biết chỉ định SABA dạng hít đơn trị là phương pháp tiếp cận điển hình trong điều trị hen mức độ nhẹ chiếm

tỷ lệ thấp hơn (14,1%) so với ở Úc (66,5%), Canada (45,1%), Trung Quốc (31,9%) và Philippines (46,7%). Khác biệt này có thể được giải thích bởi các lý do khác nhau. Thứ nhất, nghiên cứu quốc tế được thực hiện không lâu sau công bố của GINA 2019, nên các bác sĩ còn khá mới lạ với khuyến cáo mới không khuyến khích sử dụng SABA đơn trị trong quản lý hen ở người lớn và trẻ vị thành niên. Trong khi nghiên cứu này được thực hiện vào năm 2022, do đó, bác sĩ Việt Nam có nhiều thời gian hơn để tìm hiểu và áp dụng phương pháp tiếp cận mới vào thực hành lâm sàng. Thật vậy, ghi nhận tỷ lệ kê đơn thuốc SABA đơn trị liệu của các bác sĩ trong nghiên cứu APPARENT-2 năm 2021 (thực hiện tại Argentina, Brazil, Pháp, Ý và Mexico) phù hợp với kết quả của chúng tôi với tỷ lệ SABA đơn trị được lựa chọn rất thấp từ 0% đến 3%.¹⁰ Thứ hai, sự cải thiện này có thể là nhờ vào hiệu quả của các chương trình đào tạo y khoa thường xuyên qua Mạng lưới các đơn vị ACOCU phát triển mạnh mẽ tại Việt Nam.¹¹ Mạng lưới này được thành lập từ năm 2000 với 242 đơn vị trực thuộc trên cả nước tính tới năm 2020. Các bác sĩ và điều dưỡng trong mạng lưới ACOCU đều được cập nhật GINA hàng năm. Với nỗ lực này, các bác sĩ Việt Nam đã tuân thủ nguyên tắc “Phòng ngừa cơn hen kịch phát, không đợi đến khi cơn hen xảy ra rồi mới xử trí” vì điều trị cơn hen cấp không phải lúc nào cũng thành công.¹¹ Một cách giải thích khác có thể là do đặc điểm khác nhau giữa các bác sĩ tham gia khảo sát. Hầu hết những người tham gia vào các nghiên cứu trước đó là bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm bác sĩ tham gia điều trị bệnh lý hô hấp và đây có thể là đối tượng có nhận thức rõ hơn về điều trị hen.

Về điều trị khởi đầu với hen mức độ nhẹ, các bác sĩ có các lựa chọn: ICS/formoterol khi cần (bậc 1 - 2) trong “track 1” theo GINA 2022; hoặc ICS dùng kèm khi sử dụng SABA

(bậc 1); hoặc ICS liều thấp hàng ngày kết hợp SABA khi cần (bậc 2) trong “track 2”. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, ICS liều thấp được lựa chọn thường xuyên nhất (42,6%), cao hơn so với tỷ lệ được quan sát trong các nghiên cứu trước đó của Chapman trên các bác sĩ ở Úc, Canada, Philippines, Argentina, Pháp và Mexico (khoảng 10%).^{7,10} Nguyên nhân bác sĩ Việt Nam ưa tiên dùng ICS liều thấp vì chi phí thuốc này thấp hơn so với ICS/formoterol.¹¹ Ngoài ra, thực tế lâm sàng khi tuân thủ điều trị dự phòng chủ động với ICS, bệnh nhân hiếm khi phải cần đến điều trị cắt cơn bằng SABA. Hơn hết, lựa chọn điều trị này phù hợp với kết quả từ nghiên cứu SYGMA 1 rằng ICS liều thấp dùng duy trì kết hợp SABA cắt cơn giúp kiểm soát tốt hơn các triệu chứng so với ICS/formoterol dùng khi cần.⁸ Hơn nữa, nghiên cứu này cũng khẳng định ICS/LABA được kê đơn thường xuyên nhất trong điều trị duy trì đầu tay cho hen mức độ trung bình (61,5%) hoặc là bước tiếp theo (nhưng tăng liều) khi tình trạng hen không được kiểm soát (49%). Và đúng theo khuyến cáo GINA, phối hợp ICS/LABA được lựa chọn là điều trị duy trì chính ở hen mức độ trung bình - nặng. Liệu pháp ICS liều thấp kết hợp với SABA dạng hít khi cần được sử dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia và mức độ kê đơn thuốc thêm SABA tùy thuộc vào chuyên khoa của các bác sĩ cũng như mức độ nặng của bệnh hen.⁶ Tuy nhiên, tỷ lệ bác sĩ trên thế giới ưu tiên chọn phác đồ điều trị này như lựa chọn đầu tiên trên bệnh nhân hen mức độ nặng khá thấp (khoảng 30%).¹² Cần lưu ý, trong các nghiên cứu trước đây, liệu pháp ICS liều thấp kết hợp với SABA dạng hít khi cần chiếm một tỷ lệ lớn trong các lựa chọn điều trị ngay cả ở hen trung bình - nặng.¹³ Tuy nhiên, kết quả tương tự không được ghi nhận trong nghiên cứu này.

Về mức độ nhận biết về liệu pháp MART và thực hành lâm sàng trong thực tế, có trên 85% bác sĩ Việt Nam biết về liệu pháp trên.

Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu trước đó vạt tỷ lệ thấp hơn không đáng kể.^{6,12} Mặc dù đa số bác sĩ Việt Nam báo cáo biết về MART, hầu hết các bác sĩ đều cho biết đã kê đơn SABA đồng thời với liệu pháp MART trong một số thời điểm. Quan sát này phù hợp với nghiên cứu trước đây và trong thực hành lâm sàng. Mặc dù SABA dạng hít trong khi điều trị MART không được khuyến cáo, chúng ta cần tìm hiểu những lý do tại sao có lựa chọn kê đơn này và ghi nhận có khoảng trống tồn tại trong việc áp dụng MART vào thực tế lâm sàng. Đầu tiên, bệnh nhân hen đến khám có thể yêu cầu được cấp thuốc SABA định kỳ vì có trải nghiệm rằng SABA cắt cơn nhanh và hiệu quả hơn ICS/formoterol. Thật vậy, ghi nhận từ báo cáo của bệnh nhân cho thấy sử dụng SABA có thể mang lại cho họ cảm giác an toàn, thân thuộc và tiện lợi hơn.¹² Ngoài ra, kết quả của một thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng cho thấy budesonide/formoterol không chứng minh được khởi phát hiệu quả giãn phế quản nhanh không thua kém so với salbutamol.¹⁴ Thứ hai, nguyên nhân của kê đơn thuốc thêm SABA này cũng có thể là do bác sĩ lo lắng, đặc biệt là trong cơn hen cấp, việc sử dụng ICS/formoterol dạng hít bột khô là thuốc cắt cơn thì bệnh nhân hen có thể không đáp ứng được yêu cầu lưu lượng hít vào cần thiết là 30 L/phút cho dụng cụ hít bột khô. Ngoài ra, bác sĩ có thể kê đơn SABA với các chỉ định khác nhau, ví dụ: co thắt phế quản do gắng sức. Bên cạnh đó, quyết định điều trị cho bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng bởi chi phí của phác đồ điều trị. Đánh giá về kinh tế y tế ở Việt Nam, Thái Lan và Indonesia cho thấy chi phí điều trị MART cao hơn so với phác đồ điều trị duy trì chủ động PRD.¹¹ Ở Việt Nam, có giới hạn ngưỡng chi phí y tế và chi trả bảo hiểm y tế quốc gia, do đó, chi phí mua thuốc đã được cân nhắc rất nhiều khi kê đơn cho bệnh nhân.

Nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ cao trong sử dụng thuốc ngừa cơn và cắt cơn bằng

hai dụng cụ hít riêng biệt, với liệu pháp duy trì nhằm làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn; điều này cũng đặt ra câu hỏi về lợi thế thực tế của các thuốc 2 trong 1 vừa ngừa cơn, vừa cắt cơn. Thực tế, sử dụng các thuốc hít ngừa cơn và cắt cơn riêng biệt cho phép các bác sĩ đánh giá sự tuân thủ và kiểm soát bệnh hen của bệnh nhân bằng cách theo dõi chính xác việc sử dụng thuốc cắt cơn.

Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số hạn chế liên quan đến phương pháp thu thập dữ liệu. Mặc dù có các tiêu chí nghiêm ngặt để chọn mẫu, các bác sĩ được lựa chọn qua mạng lưới bác sĩ hen quốc gia, đối tượng có nhận thức cao về các phương pháp điều trị hen, do đó dữ liệu có thể thiếu tính đại diện cho các đối tượng bác sĩ đa khoa.¹⁵ Ngoài ra, sự sai lệch về hồi tưởng hoặc quá trình tự báo cáo có thể đã xảy ra trong nghiên cứu này do kết quả của tất cả các phép đo được thực hiện trên nền tảng khảo sát trực tuyến.¹⁶ Các nhân viên y tế có thể nhận thức được kết quả nghiên cứu mong đợi và từ đó trả lời chưa đúng thực tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp chứng cứ về quan điểm quản lý hen của các bác sĩ Việt Nam dù vẫn có một số hạn chế nhất định. Kết quả cho thấy xu hướng điều trị hiện tại đến từ các khuyến cáo mới của GINA. Theo quan điểm của bác sĩ, mục tiêu điều trị quan trọng nhất ở bệnh nhân hen mức độ nhẹ là kiểm soát triệu chứng và kiểm soát hen toàn diện, mục tiêu điều trị chính của hen mức độ trung bình - nặng là nhằm ngăn ngừa đợt cấp. Đối với các khuyến cáo cập nhật GINA, các bác sĩ có thể có nhận thức tốt nhưng trong thực hành lâm sàng một số bác sĩ vẫn còn áp dụng chưa đầy đủ. Mặc dù phương pháp điều trị cá thể hóa theo khuyến cáo của GINA và các hướng dẫn quốc

gia đã được thực hiện tại Việt Nam, nhưng cần phải đào tạo thêm về hướng dẫn điều trị hen cho các bác sĩ để cải thiện việc sử dụng chính xác các lựa chọn điều trị. Đồng thời tập trung nhiều hơn vào việc giải quyết các thách thức nhằm cải thiện các dịch vụ chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân hen.

Nguồn tài trợ: GlaxoSmithKline (GSK ID: 217683).

Xung đột lợi ích: PLA, LTTL, DQS và LHTCH ghi nhận không có xung đột lợi ích, VVG ghi nhận có nhận phí diễn giả từ Abbott, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, MSD, Novartis, GSK và Sanofi. NNV là Chuyên Gia Tư vấn Y Khoa tại GSK Việt Nam.

LỜI CẢM ƠN

Tác giả gửi lời cảm ơn tới hơn 300 bác sĩ đã tham gia vào nghiên cứu, 5 chuyên gia bác sĩ đã kiểm định bằng câu hỏi và thí điểm, GlaxoSmithKline đã tài trợ cho dự án và Elena De Angelis, Phan Thị Thanh Hương, Trần Thị Mai, Bộ Phận Y Khoa - GSK Việt Nam đã góp ý cho bản thảo. Chúng tôi cảm ơn nhóm nghiên cứu trong nước (Trung tâm Hỗ trợ dự án và Đổi mới Sáng tạo, ĐHYD TP.HCM) đã hỗ trợ tổ chức khảo sát và thu thập số liệu.

Biên tập dưới hình thức hỗ trợ chỉnh sửa bản nháp đầu tiên và đối chiếu, kết hợp phản hồi của tác giả để phát triển các bản nháp tiếp theo, bởi Phan Hoàng Thùy Dung, Nguyễn Thị Thu Thảo và Đỗ Thị Hoài Thương - Đại học Y Dược TP.HCM, và được tài trợ bởi GSK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of

- Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392(10159): 1789-1858.
2. Papi A, Brightling C, Pedersen SE, Reddel HK. Asthma. *Lancet (London, England)*. 2018; 391(10122): 783-800.
 3. Lai CK, Beasley R, Crane J, Foliaki S, Shah J, Weiland S. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2009; 64(6): 476-483.
 4. Lai CK, De Guia TS, Kim YY, et al. Asthma control in the Asia-Pacific region: the Asthma Insights and Reality in Asia-Pacific Study. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2003; 111(2): 263-268.
 5. Price D, Fletcher M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ primary care respiratory medicine*. 2014; 24: 14009.
 6. Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2022 update)*. 2022.
 7. Chapman KR, An L, Bosnic-Anticevich S, et al. Asthma patients' and physicians' perspectives on the burden and management of asthma. *Respiratory Medicine*. 2021; 186.
 8. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, et al. Inhaled Combined Budesonide-Formoterol as Needed in Mild Asthma. *New England Journal of Medicine*. 2018; 378(20): 1865-1876.
 9. Lin J, Xing B, Chen P, et al. Chinese expert consensus-based guideline on assessment and management of asthma exacerbation. *Journal of Thoracic Disease*. 2019; 11(12): 4918-4935.
 10. K.R. Chapman SB-A, M.C. Cano, Abhijith. PG,. Exploring Use of Regular ICS/LABA Dosing in Moderate to Severe Asthma Among Physicians: Results From the Asthma Patients' and Physicians' peRspectives on the burden and managemENT of asthma studies (APPaRENT1 & 2). American Thoracic Society Meeting; 2022; San Francisco, CA.
 11. Society of Asthma and Allergy and Clinical Immunology in Ho Chi Minh City. ACOCU Information. 2022; <https://www.hoihendumd1stphcm.org.vn/index.php/gioithieu>.
 12. O'Byrne PM, Jenkins C, Bateman ED. The paradoxes of asthma management: time for a new approach? *European Respiratory Journal*. 2017; 50(3): 1701103.
 13. Network TGA. *The Global Asthma Report 2018*. 2018 Mar 19, 2022.
 14. Kearns N, Williams M, Bruce P, et al. Single dose of budesonide/formoterol turbuhaler compared to salbutamol pMDI for speed of bronchodilator onset in asthma: a randomised cross-over trial. *Thorax*. 2022.
 15. Caminati M, Magnoni MS, Rizzi A, et al. Asthma management among different specialists: results from a national Italian survey. *European annals of allergy and clinical immunology*. 2014; 46(2): 74-82.
 16. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016; 9:211-217.

Summary

ASTHMA MANAGEMENT FROM THE PHYSICIANS' PERSPECTIVES: RESULTS FROM A NATIONAL SURVEY IN VIETNAM

Implementation of Global Initiative for Asthma (GINA) recommendations in asthma management and prevention remains a challenge in many countries including Vietnam. We investigate Vietnamese physicians' behaviors in treatment for asthma management and how their current clinical practices correlate with recent GINA recommendations by using a standardized questionnaire. Results: From the physicians' perspectives, their main treatment goals were symptom control and overall control for mild asthma, and exacerbation reduction for moderate-severe asthma. Most physicians chose regular ICS-containing regimens as a preferred maintenance treatment option for mild and moderate asthma. MART was aware by most physicians, however, correct prescribing rates for MART remained low. Although the personalized treatment recommended by GINA and national guidelines have been implemented in Vietnam, further training on asthma guidelines for physicians is necessary to improve the accuracy of treatment options.

Keywords: Asthma management, GINA, physicians' perspectives, Treatment goals, MART, PRD, APPaRENT.