

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG NSAID ĐƯỜNG TOÀN THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Nguyễn Thị Bích Tâm¹, Đỗ Tân Khoa^{1,2}, Tô Lý Cường²,
Nguyễn Thị Diễm Hương³, Trần Hoà An^{2,3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng kê đơn thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) đường toàn thân trên người bệnh nội trú điều trị kết hợp y học cổ truyền (YHCT) và y học hiện đại.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 393 hồ sơ bệnh án nội trú có chỉ định NSAID đường toàn thân trong năm 2022 tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh. Các chỉ số khảo sát bao gồm đặc điểm lâm sàng, đặc điểm kê đơn NSAID và các liệu pháp điều trị kết hợp.

Kết quả nghiên cứu: Người bệnh chủ yếu là nữ (64,89%), 57,0 ± 14,12 tuổi, với trung bình 6,74 bệnh đồng mắc. Bệnh lý hệ cơ xương khớp và mô liên kết là bệnh chính chiếm tỷ lệ cao nhất (87,28%). Thuốc ức chế chọn lọc COX-2 được sử dụng nhiều nhất (64,38%). NSAID được phối hợp nhiều với thuốc YHCT (100%), châm cứu (89,06%), vật lý trị liệu (83,72%) và thuốc ức chế bơm proton (57,0%).

Kết luận: NSAID đường toàn thân được sử dụng phổ biến ở người bệnh lớn tuổi, đa bệnh lý trong mô hình điều trị tích hợp. Việc ưu tiên nhóm ức chế chọn lọc COX-2 và phối hợp đa mô thức (YHCT, vật lý trị liệu) là xu hướng kê đơn nổi bật trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: NSAID, thuốc kháng viêm không steroid, y học cổ truyền, y học hiện đại, y học tích hợp.

ABSTRACT

SURVEY ON THE USE OF WHOLE-BODY NSAIDS IN INPATIENT INTEGRATED TRADITIONAL AND WESTERN MEDICINE TREATMENT

Objectives: To investigate the current prescribing status of systemic non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) among inpatients receiving integrated traditional and modern medicine.

Methods: A retrospective study was conducted on 393 inpatient medical records with systemic NSAID

1. Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh
2. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
3. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Trần Hoà An

Email: tranhoaan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/01/2026

Ngày phản biện: 18/4/2026

Ngày duyệt bài: 22/4/2026

indications during 2022 at the Traditional Medicine Hospital of Ho Chi Minh City. The investigated parameters included clinical characteristics, NSAID prescribing patterns, and combined therapeutic modalities.

Results: The study population was predominantly female (64.89%), with a mean age of 57.0 ± 14.12 years and an average of 6.74 comorbidities. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue were the most prevalent primary diagnoses (87.28%). COX-2 selective inhibitors were the most frequently used agents (64.38%). NSAIDs were highly combined with herbal medicine (100%), acupuncture (89.06%), physical therapy (83.72%), and proton pump inhibitors (57.0%).

Conclusion: Systemic NSAIDs are widely used for elderly patients with multimorbidity within an integrated treatment model. The prioritization of COX-2 selective inhibitors and the application of multidisciplinary approaches (traditional medicine and physical therapy) are prominent prescribing trends in clinical practice.

Keywords: NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug, traditional medicine, western medicine, integrated medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thuốc kháng viêm không steroid (non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID) là một nhóm thuốc thường được sử dụng để giảm viêm và giảm đau, đặc biệt là trong các bệnh lý cơ xương khớp [1]. Phân tích về dữ liệu gánh nặng bệnh tật toàn cầu cho thấy vào năm 2021 các rối loạn về cơ xương khớp là nguyên nhân hàng đầu gây ra số năm sống với tình trạng khuyết tật, đặc biệt là đau thắt lưng với khoảng 7,2 triệu người mắc, các rối loạn cơ xương khớp khác là 43 triệu [2]. Trong môi trường điều trị kết hợp y học cổ truyền (YHCT) và y học hiện đại (YHHĐ), các bệnh lý cơ xương khớp rất thường gặp [3]. Ở các phác đồ điều trị cơ xương khớp kết hợp YHCT và YHHĐ dễ thấy việc phối hợp với các thuốc NSAID.

Tuy nhiên việc sử dụng NSAID có liên quan đến nhiều biến cố bất lợi lên hệ tiêu hóa, tim mạch, thận,... đặc biệt là các NSAID đường toàn thân [4]. Đối với người bệnh nội trú thường có mức độ bệnh

nặng hơn, người bệnh lớn tuổi, đa bệnh lý và đây là những yếu tố có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi khi dùng NSAID đường toàn thân [4].

Mặc dù hiện nay đã có nhiều khuyến cáo quốc tế nhấn mạnh việc đánh giá nguy cơ tiêu hóa và tim mạch trước khi kê đơn NSAID, dữ liệu thực tế về tình hình sử dụng nhóm thuốc này trong môi trường điều trị tích hợp YHCT và YHHĐ vẫn còn rất hạn chế. Việc người bệnh sử dụng đồng thời NSAID, thuốc thảo dược và các thủ thuật can thiệp YHCT tạo ra một khoảng trống nghiên cứu lớn về đặc điểm kê đơn và tính an toàn trong phối hợp trị liệu. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm cung cấp các dữ liệu cụ thể về thực trạng kê đơn NSAID đường toàn thân trên người bệnh nội trú. Nghiên cứu đặt ra các mục tiêu cụ thể sau: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh nội trú được chỉ định NSAID đường toàn thân; (2) Khảo sát đặc điểm kê đơn NSAID; (3) Mô tả thực trạng phối hợp NSAID với các thuốc và phương pháp điều trị khác.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2022. Nghiên cứu được thực hiện trong từ tháng 9-10/2023.

Chọn vào các bệnh án nội trú trong năm 2022 tại Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM được kê đơn ít nhất một loại NSAID đường toàn thân, ngoại trừ aspirin. Các hồ sơ thiếu thông tin hoặc thông tin không đầy đủ về việc kê đơn NSAID đã được loại ra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu hồi cứu được tiến hành bằng việc thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án nội trú trong năm 2022 tại Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Kích thước mẫu được xác định dựa trên công thức ước lượng tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối như sau [5]. Chưa có nghiên cứu nào trước đây khảo sát tình hình sử dụng NSAID trong điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ, do đó để đạt được kích thước mẫu lớn nhất, giá trị $p=0,5$ đã được chọn, tương ứng với độ chính xác tuyệt đối được chọn là $d=0,05$, chọn sai số loại I là $\alpha=0,05$ (tương ứng mức tin cậy 95%), kích thước mẫu cần tối thiểu

được tính toán là 385 [5,6]. Dự trữ sau khi chọn mẫu có 5% bị loại, như vậy số hồ sơ cần tiếp cận là 405 hồ sơ.

Kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn được thực hiện bằng cách truy xuất toàn bộ 2.237 hồ sơ có chỉ định NSAID đường toàn thân trong kho dữ liệu năm 2022 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, sau đó gán số ngẫu nhiên không trùng nhau bằng Microsoft Excel và chọn 405 hồ sơ có số ngẫu nhiên nhỏ nhất để rà soát từ tháng 9 đến cuối tháng 10 năm 2023. Trong số này, 12 hồ sơ bị loại do thiếu hoặc không đầy đủ thông tin kê đơn NSAID. Cuối cùng, 393 hồ sơ bệnh án hoàn chỉnh được đưa vào phân tích và không có biến số nào bị khuyết dữ liệu.

2.2.3. Nội dung/chỉ số nghiên cứu

Dữ liệu được thu thập thông qua một biểu mẫu thiết kế sẵn bao gồm ba phần nội dung chính.

Ở phần đầu tiên về đặc điểm nhân trắc học và hành chính, nghiên cứu ghi nhận các thông tin cơ bản như giới tính, độ tuổi, nơi cư trú (Thành phố Hồ Chí Minh hoặc tỉnh thành khác), cùng với đặc điểm nhập viện bao gồm số ngày nằm viện điều trị nội trú và tình trạng tham gia bảo hiểm y tế và số bệnh đồng mắc. Trong phần thứ hai về đặc điểm bệnh lý lâm sàng, tình trạng bệnh tật được thu thập và phân loại theo ICD-10. Nội dung này bao gồm mã bệnh chính và toàn bộ các mã bệnh lý kèm theo. Cuối cùng, phần thứ ba tập trung vào đặc điểm kê đơn NSAID và điều trị kết hợp.

Dữ liệu kê đơn bao gồm tên hoạt chất NSAID đường toàn thân, đường dùng (uống, tiêm bắp, thủy châm), tần suất và số ngày sử dụng trong mỗi đợt.

Dữ liệu về điều trị kết hợp sẽ đánh giá tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế bơm proton (proton pump inhibitor - PPI), các thuốc kháng viêm khác, cùng các liệu pháp YHCT và vật lý trị liệu đi kèm như thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt.

Các hoạt chất NSAID được phân chia dựa trên cơ chế ức chế men Cyclooxygenase (COX) theo Dược Thư Quốc Gia Việt Nam lần xuất bản thứ ba (2022) gồm ba nhóm: nhóm ức chế không chọn lọc, nhóm ức chế ưu tiên trên COX-2 và nhóm ức chế chọn lọc COX-2 [7].

2.2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Hai điều tra viên đã tiến hành tiếp cận hồ sơ bệnh án đã được lựa chọn, ghi lại thông tin dựa trên biểu mẫu thu thập dữ liệu giấy. Để giảm thiểu sai sót, quá trình nhập dữ liệu được kiểm tra chéo giữa hai điều tra viên và cuối cùng một nhà nghiên cứu khác

kiểm tra lại lần cuối để phát hiện các dữ liệu bất thường. Nhóm nghiên cứu đã chuẩn hóa các quy trình thu thập dữ liệu trước khi bắt đầu để đảm bảo mức độ nhất quán cao nhất giữa hai điều tra viên trong việc thu thập dữ liệu.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel, sau đó được mã hóa và phân tích bằng phần mềm thống kê R phiên bản 4.3.0. Phân phối của các biến định lượng liên tục được kiểm tra bằng biểu đồ histogram và chỉ số Skewness/Kurtosis. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung bình kèm độ lệch chuẩn (ĐLC). Các biến định lượng có

phân phối lệch được mô tả bằng giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị (TPV). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các mã ICD-10 được phân loại theo chương bệnh thống nhất dựa trên hệ thống phân loại bệnh tật quốc tế, có thể tìm thấy tại trang điện tử <https://icd.kcb.vn/icd-10/icd10>

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM vào ngày 29 tháng 8 năm 2023, theo Quyết định Số 769/ĐHYD-HĐĐĐ. Tất cả dữ liệu thu thập không thể định danh hồ sơ bệnh án, người bệnh và được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu

3.1.1. Đặc điểm chung người bệnh

Trong tổng số 393 người bệnh, nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 64,89%. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 57,01 ± 14,12. Hầu hết người bệnh cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh (57,76%) và hầu hết tham gia bảo hiểm y tế (96,69%). Thời gian nằm viện của người bệnh có phân phối lệch, với trung vị là 23 ngày (TPV: 13-32 ngày). Trung bình mỗi người bệnh có 6,74 ± 2,85 bệnh lý đồng mắc (Bảng 1).

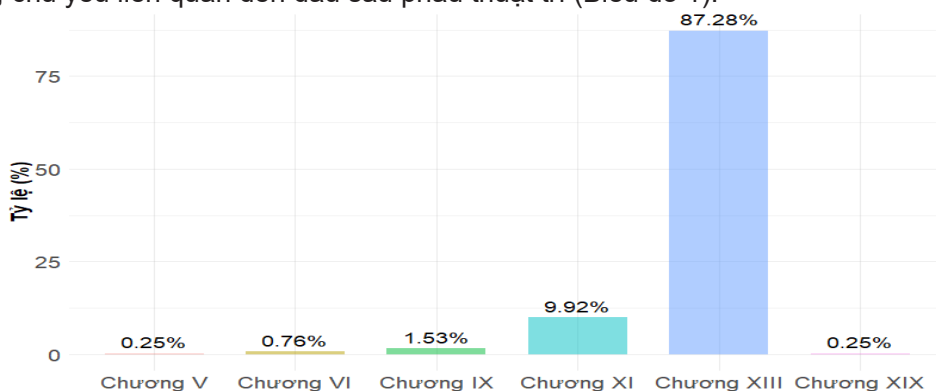
Bảng 1. Đặc điểm chung người bệnh (N=393)

Đặc điểm chung		Giá trị
Giới	Nữ, n (%)	255 (64,89)
	Nam, n (%)	138 (35,11)
Tuổi (năm), trung bình ± ĐLC		57,01 ± 14,12
Nơi ở	Thành phố Hồ Chí Minh, n (%)	227 (57,76)
	Nơi khác, n (%)	166 (42,23)
Số ngày nằm viện (ngày), trung vị (TPV)		23 (13-32)
Có bảo hiểm y tế, n (%)		380 (96,69)
Số bệnh lý đồng mắc, trung bình ± ĐLC		6,74 ± 2,85

Ghi chú: ĐLC, độ lệch chuẩn; TPV, tứ phân vị.

3.1.2. Đặc điểm bệnh lý lâm sàng

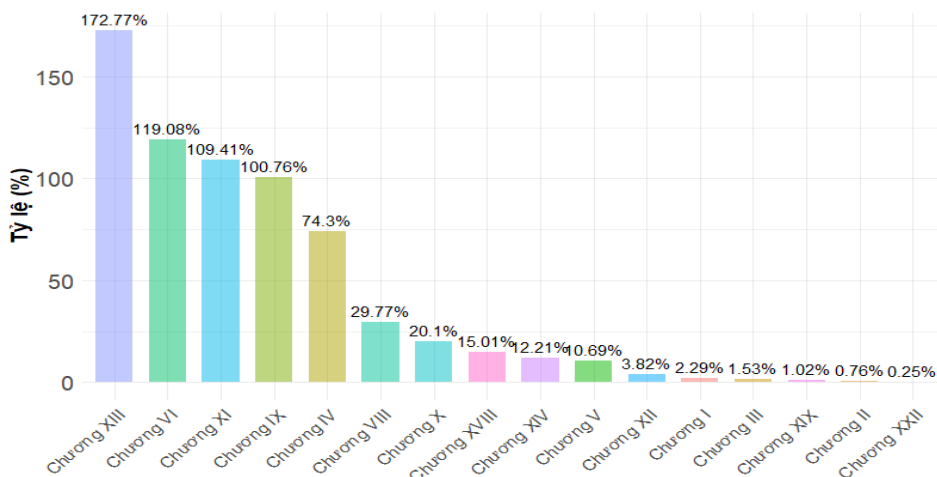
Khảo sát về phân bố chương bệnh chính cho thấy, các bệnh lý thuộc hệ cơ xương khớp và mô liên kết (Chương XIII) chiếm tỷ lệ cao vượt trội với 87,28%. Tiếp theo là nhóm bệnh hệ tiêu hóa (Chương XI) chiếm 9,92%, chủ yếu liên quan đến đau sau phẫu thuật trĩ (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ chương bệnh chính (N=393)

Ghi chú: Chương V, rối loạn tâm thần và hành vi; Chương VI, bệnh hệ thần kinh; Chương IX, Bệnh hệ tuần hoàn; Chương XI, bệnh hệ tiêu hoá; Chương XIII, bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết; Chương XIX, tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài.

Về tình trạng đa bệnh lý, biểu đồ phân bố bệnh kèm theo cho thấy có 4 nhóm chương bệnh xuất hiện với tần suất cộng dồn cao nhất trên tổng số người bệnh, bao gồm bệnh hệ cơ xương khớp (Chương XIII - 172,77%), bệnh hệ thần kinh (Chương VI - 119,08%), bệnh hệ tiêu hóa (Chương XI - 109,41%) và bệnh hệ tuần hoàn (Chương IX - 100,76%) (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ chương bệnh kèm (N=393)

Ghi chú: Chương IV, bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá; Chương V, rối loạn tâm thần và hành vi; Chương VI, bệnh hệ thần kinh; Chương VIII, bệnh tai và xương chũm; Chương IX, Bệnh hệ tuần hoàn; Chương XI, bệnh hệ tiêu hoá; Chương X, bệnh hệ hô hấp; Chương XII, bệnh da và tổ chức dưới da; Chương XIII, bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết; Chương XIV, bệnh hệ sinh dục, tiết niệu; Chương XVIII, các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác; Chương XIX, tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài; Chương XXII, mã dành cho những mục đích đặc biệt.

3.2. Tình hình sử dụng NSAID

Về đường dùng, đường uống chiếm ưu thế trong tất cả các lần chỉ định NSAID (70,74% ở lần 1 và tăng lên trên 85% ở lần 2 và lần 3). Các đường dùng qua tiêm bắp (21,37%) và thủy châm (7,89%) chủ yếu được sử dụng ở đợt kê đơn đầu tiên và giảm mạnh ở các đợt sau. Thời gian sử dụng trung bình mỗi đợt NSAID dao động từ 9,77 đến 9,94 ngày (Bảng 2).

Về chủng loại hoạt chất, nhóm ức chế chọn lọc đặc hiệu COX-2 (celecoxib, etoricoxib) chiếm ưu thế tuyệt đối ở tất cả các đợt kê đơn, từ 64,38% ở đợt 1 và tiếp tục tăng lên hơn 76% ở đợt 2. Lựa chọn phổ biến thứ hai là nhóm ức chế ưu tiên trên COX-2 (meloxicam) với 29,77% ở đợt đầu tiên. Ngược lại, nhóm ức chế không chọn lọc luôn ghi nhận tỷ lệ sử dụng thấp nhất trong suốt quá trình điều trị (chỉ 5,85% ở đợt 1) (Bảng 2).

Bảng 2. Tình hình sử dụng các loại NSAID

	NSAID lần 1 (N=393)	NSAID lần 2 (N=117)	NSAID lần 3 (N=14)
Đường dùng			
Uống	278 (70,74)	106 (90,60)	12 (85,71)
Tiêm bắp	84 (21,37)	8 (6,84)	1 (7,14)
Thủy châm	31 (7,89)	3 (2,56)	1 (7,14)
Thời gian dùng	9,94 ± 8,47	9,77 ± 8,10	9,79 ± 4,90
Ức chế chọn lọc COX-2	253 (64,38)	89 (76,07)	10 (71,43)
Celecoxib	138 (35,11)	45 (38,46)	9 (64,29)

	NSAID lần 1 (N=393)	NSAID lần 2 (N=117)	NSAID lần 3 (N=14)
Etoricoxib	115 (29,26)	44 (37,61)	1 (7,14)
Ức chế ưu tiên trên COX-2	117 (29,77)	16 (13,68)	2 (14,29)
Meloxicam	117 (29,77)	16 (13,68)	2 (14,29)
Ức chế không chọn lọc COX-2	23 (5,85)	12 (10,26)	2 (14,29)
Tenoxicam	21 (5,34)	11 (9,40)	2 (14,29)
Diclofenac	2 (0,51)	1 (0,85)	0 (0)

Ghi chú: Dữ liệu được trình bày dưới dạng n (%) hoặc trung bình \pm độ lệch chuẩn. COX, cyclooxygenase; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug.

3.3. Tình hình dùng kèm với các loại thuốc kháng viêm hoặc phương pháp khác

Về điều trị kết hợp, phác đồ đa mô thức được áp dụng triệt để với 100% người bệnh sử dụng thuốc YHCT đường uống, kết hợp tỷ lệ rất cao các can thiệp châm cứu (89,06%) và vật lý trị liệu (83,72%). Đối với nhóm thuốc dùng kèm, PPI được ưu tiên chỉ định cho hơn một nửa số người bệnh (57,0%), trong khi việc phối hợp thêm các nhóm kháng viêm khác (như colchicin, methotrexat) là rất hiếm gặp (2,29%) (Bảng 3).

Bảng 3. Dùng kèm với liệu pháp khác (N=393)

	Tần số (%)
Dùng kèm các loại kháng viêm khác	9 (2,29)
NSAID dùng ngoài	6 (1,53)
Colchicin	1 (0,25)
Methotrexat	1 (0,25)
Methotrexat + corticoid	1 (0,25)
Dùng kèm PPI	224 (57,0)
Thuốc YHCT uống	393 (100)
Thuốc YHCT dùng ngoài	114 (29,01)
Châm cứu	350 (89,06)
Xoa bóp bấm huyệt	118 (30,03)
Vật lý trị liệu	329 (83,72)

Ghi chú: COX, cyclooxygenase; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; PPI, proton pump inhibitor; YHCT, y học cổ truyền.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, bệnh lý hệ cơ xương khớp và mô liên kết là bệnh chính vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (87,28%), cho thấy đây có thể là nhóm chỉ định chủ yếu của NSAID trong mô hình điều trị nội trú kết hợp YHCT và YHHĐ. Điều này phù hợp với vai trò của NSAID trong kiểm soát đau và viêm ở các rối loạn cơ xương khớp [1]. Một điểm đáng chú ý là người bệnh có tình trạng đa bệnh lý rõ rệt, với trung bình 6,74 bệnh kèm mỗi trường hợp. Các nhóm bệnh thường gặp gồm thần kinh, tiêu hóa và tuần hoàn. Đây là yếu tố quan trọng vì việc sử dụng NSAID trên nền người bệnh lớn tuổi, nhiều bệnh đồng mắc có thể làm tăng nguy cơ biến cố bất lợi

như loét tiêu hóa, tăng huyết áp, giữ nước hoặc suy giảm chức năng thận [8,9]. Do đó, lựa chọn NSAID ở nhóm người bệnh này cần dựa trên đánh giá nguy cơ – lợi ích cụ thể cho từng người bệnh.

Trong nghiên cứu này, nhóm thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (celecoxib, etoricoxib) được sử dụng nhiều nhất. Xu hướng này cho thấy các bác sĩ có xu hướng ưu tiên các thuốc ít gây tổn thương đường tiêu hóa hơn so với NSAID không chọn lọc, đặc biệt dân số nghiên cứu này cũng cho thấy hầu hết là người bệnh lớn tuổi và có bệnh tiêu hóa kèm theo [10,11]. Cơ chế của nhóm thuốc này là ức chế ưu tiên enzyme COX-2 tại mô viêm, trong khi

ít ảnh hưởng hơn đến COX-1 - yếu tố liên quan đến bảo vệ niêm mạc dạ dày và chức năng tiêu cầu [12]. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong nước khi meloxicam và celecoxib là các hoạt chất được kê đơn phổ biến trong điều trị bệnh cơ xương khớp [13]. Bên cạnh đó, tỷ lệ sử dụng NSAID không chọn lọc truyền thống khá thấp (5,85% ở đợt đầu) cho thấy xu hướng thận trọng trong thực hành kê đơn nhằm giảm nguy cơ biến cố tiêu hóa [14].

Tuy nhiên, việc ưu tiên nhóm chọn lọc COX-2 không đồng nghĩa hoàn toàn an toàn. Một số bằng chứng cho thấy etoricoxib và một số thuốc cùng nhóm có thể làm tăng nguy cơ tim mạch hoặc tăng huyết áp ở người bệnh có sẵn yếu tố nguy cơ [15]. Trong bối cảnh mẫu nghiên cứu có tỷ lệ bệnh hệ tuần hoàn cao, kết quả này nhấn mạnh nhu cầu theo dõi huyết áp và đánh giá nguy cơ tim mạch trước khi lựa chọn thuốc.

Nghiên cứu ghi nhận 57% người bệnh được phối hợp PPI. Đây là tỷ lệ tương đối tích cực, cho thấy nhận thức của bác sĩ về dự phòng biến cố tiêu hóa do NSAID. Theo các khuyến cáo hiện nay, người bệnh có nguy cơ tiêu hóa trung bình hoặc cao nên được cân nhắc phối hợp PPI, đặc biệt khi dùng NSAID kéo dài hoặc có tiền sử loét tiêu hóa [11]. Tuy nhiên, với tỷ lệ bệnh lý tiêu hóa đồng mắc khá cao trong nghiên cứu, việc chuẩn hóa phân tầng nguy cơ để chỉ định PPI hợp lý vẫn là vấn đề cần được quan tâm.

Điểm nổi bật nhất của nghiên cứu là mô hình điều trị đa mô thức với 100% người bệnh dùng thuốc YHCT đường uống, 89,06% được châm cứu và 83,72% sử dụng vật lý trị liệu. Điều này cho thấy NSAID không phải biện pháp điều trị đơn độc mà được đặt trong chiến lược điều trị tích hợp. NSAID giúp kiểm soát nhanh đau và viêm, trong khi châm cứu, vật lý trị liệu và các liệu pháp YHCT hỗ trợ phục hồi chức năng, cải thiện vận động và giảm nhu cầu dùng thuốc kéo dài. Đây là hướng tiếp cận phù hợp với bệnh lý cơ xương khớp mạn tính, đặc biệt ở người bệnh lớn tuổi [16-18].

Về đường dùng, đường uống chiếm ưu thế ở tất cả các lần kê đơn, trong khi đường tiêm và thủy châm chủ yếu được sử dụng ở đợt đầu tiên. Điều này phù hợp với thực hành lâm sàng khi các đường dùng tiêm thường được cân nhắc trong giai đoạn đau cấp hoặc khi cần hiệu quả nhanh, sau đó chuyển sang đường uống để thuận tiện và an toàn hơn [12]. Thời gian sử dụng mỗi đợt khoảng

10 ngày cũng phù hợp với nguyên tắc dùng NSAID trong thời gian ngắn nhất có hiệu quả nhằm hạn chế độc tính tích lũy [13].

Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ phối hợp NSAID với các thuốc kháng viêm mạnh khác như corticoid hoặc methotrexate rất thấp (2,29%). Đây là điểm tích cực vì phối hợp nhiều thuốc chống viêm có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ, đặc biệt trên tiêu hóa và thận [8].

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu nên phụ thuộc vào chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án. Thứ hai, nghiên cứu thực hiện tại một bệnh viện chuyên khoa YHCT nên khả năng khái quát cho các cơ sở khác còn hạn chế. Thứ ba, nghiên cứu mới dừng ở mô tả thực trạng sử dụng thuốc, chưa đánh giá hiệu quả điều trị, biến cố bất lợi hoặc mức độ tuân thủ dài hạn sau xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy NSAID đường toàn thân được chỉ định chủ yếu ở nhóm người bệnh lớn tuổi, có gánh nặng đa bệnh lý phức tạp, đặc biệt là các bệnh về tiêu hóa và tuần hoàn. Xu hướng kê đơn tại cơ sở thể hiện sự thận trọng thông qua việc ưu tiên sử dụng nhóm thuốc ức chế chọn lọc COX-2 qua đường uống với thời gian sử dụng ngắn. Điểm nổi bật nhất trong thực hành lâm sàng là việc áp dụng triệt để mô hình điều trị đa mô thức, kết hợp thuốc bảo vệ dạ dày cùng các liệu pháp YHCT và vật lý trị liệu. Cách tiếp cận tích hợp này tiềm năng giúp tối ưu hóa hiệu quả giảm đau, giảm nhu cầu dùng NSAID kéo dài và đảm bảo an toàn cho nhóm người bệnh có nhiều yếu tố nguy cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghlichloo I, Gerriets V. 2026. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs). StatPearls Publishing.
2. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. 2024. Lancet. 403(10440), 2133-2161.
3. Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh. 2022. Quyết định Ban hành Mô hình bệnh tật của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh.

4. **Domper AMJ, Hijos-Mallada G, Lanas A. 2022.** Gastrointestinal and cardiovascular adverse events associated with NSAIDs. *Expert Opin Drug Saf.* 21(3), 373-384.
5. **Egbuchulem KI. 2023.** THE BASICS OF SAMPLE SIZE ESTIMATION: AN EDITOR'S VIEW. *Ann Ib Postgrad Med.* 21(1), 5-10.
6. **Charan J, Biswas T. 2013.** How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med.* 35(2), 121-6.
7. **Bộ Y tế. 2022.** Dược thư quốc gia Việt Nam (Lần xuất bản thứ 3). Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.
8. **Savage R. 2005.** Cyclo-oxygenase-2 inhibitors: when should they be used in the elderly? *Drugs Aging.* 22(3), 185-200.
9. **Shin S. 2018.** Safety of celecoxib versus traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs in older patients with arthritis. *J Pain Res.* 11, 3211-3219.
10. **Cerda IH, Jung H, Guerrero MC, et al. 2025.** Trends in Celecoxib Prescribing: A Single Institution 16-Month Review. *Journal of Clinical Medicine.* 14(8), 2823.
11. **Ho KY, Cardoso MS, Chaiamnuay S, et al. 2020.** Practice Advisory on the Appropriate Use of NSAIDs in Primary Care. *J Pain Res.* 13, 1925-1939.
12. **Meng Q, Zhang Z, Li F, et al. 2021.** The prescription patterns and safety profiles of oral non-steroidal anti-inflammatory drugs in China: an 8-year real-life analysis. *Annals of Palliative Medicine.* 10(2), 2224-2237.
13. **To LC, Do TS, Nguyen THH, et al. 2025.** Survey on the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and assessment of gastrointestinal and cardiovascular risks in musculoskeletal patients at the University Medical Center Ho Chi Minh City branch 3. *Vietnam Journal of Community Medicine.* 66, 52-57.
14. **Ho KY, Gwee KA, Cheng YK, et al. 2018.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs in chronic pain: implications of new data for clinical practice. *J Pain Res.* 11, 1937-1948.
15. **Walker C. 2018.** Are All Oral COX-2 Selective Inhibitors the Same? A Consideration of Celecoxib, Etoricoxib, and Diclofenac. *Int J Rheumatol.* 2018, 1302835.
16. **Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, et al. 2018.** Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *J Pain.* 19(5), 455-474.
17. **Hopkins S, Yang V, Liew DF. 2025.** Choosing a nonsteroidal anti-inflammatory drug for pain. *Aust Prescr.* 48(4), 139-144.
18. **Zhu X, Jia Z, Zhou Y, et al. 2024.** Current advances in the pain treatment and mechanisms of Traditional Chinese Medicine. *Phytother Res.* 38(8), 4114-4139.