

người bệnh tại Bệnh viện Hữu Nghị không chỉ được tự cải thiện mà còn vượt qua một số nước trên thế giới.

Kết quả phân tích hồi quy đa tuyến tính, hệ số R<sup>2</sup> hiệu chỉnh là 0,322 điều này cho thấy 32,2% sự biến thiên của mức độ hài lòng của người bệnh được giải thích bởi 5 nhân tố mới sau phân tích nhân tố khám phá. Trong đó, phần lớn các nhân tố đều có điểm trung bình tương đối cao (>4,6). Do đó, bệnh viện cần tiếp tục duy trì và đảm bảo chất lượng cấp phát thuốc cho người bệnh, cũng như cơ sở vật chất và các thiết bị, máy móc hỗ trợ việc cấp phát. Tuy nhiên, nhân tố thời gian chờ đợi lấy thuốc có số điểm đánh giá thấp nhất là 4,44 (SD=0,681) nên cần phải được chú trọng thêm. Để cải thiện được nhân tố này, bệnh viện nên bổ sung thêm nhân lực để cải thiện thời gian cấp phát và giảm thiểu thời gian chờ đợi của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Có năm nhân tố chính ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh đối với hoạt động cấp phát thuốc ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị đó là: 1/Thái độ của nhân viên cấp phát, 2/Thuốc được cấp phát, 3/Cơ sở vật chất, 4/Thủ tục cấp phát, 5/Khả năng tiếp cận và năm nhân tố trên quyết định 32,2% mức độ hài lòng của người bệnh. Ngoài ra điểm đánh giá trung bình của người bệnh đối với hoạt động cấp phát thuốc tại Bệnh viện Hữu Nghị đạt mức cao 4,71 (SD = 0,486) trên thang 5 điểm. Để duy trì và nâng cao hơn mức độ hài lòng của người bệnh đối với hoạt động cấp phát thuốc ngoại trú, bệnh viện cần có

các giải pháp nhằm duy trì và đảm bảo các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng như thái độ của nhân viên cấp phát, thuốc được cấp phát, cơ sở vật chất, thủ tục cấp phát thuốc, vị trí của khu vực cấp phát thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Quyết định số 3936/QĐ-BYT Ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2019. ban hành ngày 30 tháng 8 năm 2019.
- Bộ Y tế**, Quyết định số 3869/QĐ-BYT Ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng Người bệnh và Nhân viên y tế. ban hành ngày 28 tháng 8 năm 2019.
- Bộ Y tế**, Thông tư số 19/2013/TT-BYT Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện. ban hành ngày 12 tháng 7 năm 2013.
- Lương Thị Hiền**, Phân tích sự hài lòng của người bệnh đối với hoạt động cấp phát thuốc ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị, Thành phố Hà Nội. 2020, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
- Hoàng Trọng và Chu Nguyên Mộng Ngọc**, Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS. 2008: Trường Đại học Kinh tế TP Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản Hồng Đức.
- Lê Thị Uyển**, Xác định yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân đối với hoạt động cấp phát thuốc ngoại trú tại Bệnh viện Nội Tiết Trung ương năm 2019. Tạp chí Dược Học, 2019. 523 (17-22).
- Hà Quang Tuyền**, Đánh giá sự hài lòng người bệnh với dịch vụ tại nhà thuốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thu Hương**, Đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với hoạt động cấp phát thuốc bảo hiểm y tế ngoại trú tại khoa dược Bệnh viện Y học cổ truyền Vĩnh Phúc năm 2018. 2018, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

# TỶ SUẤT TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

Phùng Thị Chuyên<sup>1</sup>, Phạm Thị Minh Phương<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tổn thương phổi và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống (XCBHT). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 81 bệnh nhân được chẩn

đoán XCBHT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013 tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Tổn thương phổi kể chiếm 80,2%, tăng áp động mạch phổi chiếm 48,1%, phổi hợp cả TTPK và TADMP 34,5%. Rối loạn thông khí hạn chế 60,5%, FVC 77,06±18,04. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Rodnan giữa bệnh nhân XCBHT có TADMP và không có TADMP (18,4 và 14,3 tương ứng; p= 0,023). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số FVC (72,9% và 93,8%; p=0,02); RLTKHC (OR=0,23 và p=0,008); Scl-70 (OR=0,29 và p=0,03); điểm Rodnan (OR=4,61 và p=0,009) giữa bệnh nhân XCBHT có TTPK và không có TTPK. Có nguy cơ giảm FVC ở bệnh nhân có Scl-70 dương tính (OR= 0,37 và p=0,037). Có mối tương

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Chuyên

Email: phungchuyendln@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

quan giữa FVC và điểm Rodnan ( $p=0,00$ ). **Kết luận:** Tổn thương phổi kẽ (TTPK) và tăng áp lực động mạch phổi (TADMP) là hai biểu hiện chính của tổn thương phổi. Có mối tương quan giữa điểm Rodnan, tự kháng thể Scl-70 với các tổn thương phổi trên bệnh XCBHT.

**Từ khóa:** xơ cứng bì hệ thống, tổn thương phổi kẽ, tăng áp động mạch phổi

## SUMMARY

### LUNG DAMAGE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY IN 2021

**Objectives:** Evaluation of lung damage and analysis of some related factors in patients with systemic scleroderma. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 81 patients diagnosed with systemic scleroderma according to ACR/EULAR 2013 criteria at the National Hospital of Dermatology from January 2020 to July 2022. **Results:** Interstitial lung damage accounted for 80,2% total patient, pulmonary hypertension 48,1%, combined ILD and PAH 34,5%. Restrictive ventilation disorder 60,5%, FVC  $77,06 \pm 18,04$ . There was a statistically significant difference in the Rodnan score between SSc with PE and without PAD (18,4 and 14,3;  $p=0,023$ ). There was a statistically significant difference in the indices of FVC (72,9% and 93,8%;  $p=0,02$ ); restrictive ventilation disorder (OR=0,23 and  $p=0,008$ ); anti-Scl70 (OR=0,29 and  $p=0,03$ ); and Rodnan scores (OR=4,61;  $p=0,009$ ) between patients with ACS with ILD and without ILD. There is a risk of decreased FVC in patients with positive anti Scl-70 antibodies (OR=0,37 and  $p=0,037$ ). There is a correlation between FVC and Rodnan score ( $p=0,00$ ).

**Keywords:** Systemic scleroderma, interstitial lung injury, pulmonary hypertension

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là bệnh tự miễn thường gặp thứ 2 sau lupus ban đỏ hệ thống, bệnh chủ yếu gặp ở giới nữ (75%-80%), tần số mắc bệnh khoảng 1-2/10000 dân. Điều trị bệnh hiện vẫn gặp nhiều khó khăn với tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Tổn thương phổi trong XCBHT rất thường gặp và là biểu hiện lâm sàng quan trọng, liên quan đến tiên lượng của bệnh. Vì vậy tổn thương phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên bệnh nhân XCBHT. Xơ hóa phổi và ALĐMP chiếm hơn 50% trường hợp tử vong của XCBHT. TTPK và TADMP là hai biểu hiện chính của tổn thương phổi. Hai biểu hiện này có thể đơn độc hoặc phối hợp với nhau. Bệnh nhân XCBHT có TALĐMP thời gian sống sau 1 năm là 50% nếu không được điều trị và trên 90% nếu được điều trị. Các tổn thương phổi có thể phát hiện qua thăm dò thông khí phổi, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, siêu âm tim để ước lượng áp lực động mạch phổi từ đó có thái độ điều trị đúng đắn và tiên lượng. Đây là

xét nghiệm không xâm nhập, đơn giản và quan trọng để đánh giá tổn thương phổi trên bệnh XCBHT. Tại Việt Nam nghiên cứu về tổn thương phổi trên bệnh nhân XCBHT còn chưa hệ thống nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tổn thương phổi trên bệnh nhân XCBHT tại Bệnh viện Da Liễu Trung Ương năm 2021" với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện da liễu trung ương năm 2020 – 2022.*

2. *Đánh giá tổn thương phổi và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 81 bệnh nhân được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện da liễu Trung Ương từ tháng 01/2020 – 07/2022 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACR/ EULAR 2013 với độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 92%<sup>1</sup>

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân mắc viêm tổ chức dưới da, suy tim, TADMP do các nguyên nhân khác như bệnh tự miễn.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

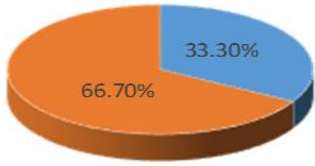
**Các bước tiến hành:** Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, các thông tin cá nhân, khám lâm sàng, đánh giá bệnh và tiến hành làm các xét nghiệm cần thiết. Các xét nghiệm bao gồm: thăm dò chức năng thông khí phổi, chụp Xquang tim phổi, chụp cắt lớp vi tính nhu mô phổi độ phân giải cao, siêu âm tim, Scl-70.

**Phân tích và xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán tính tỉ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương ( $\chi^2$ )", T-test, Fisher-Exact test.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài đã được Hội đồng đạo đức Bệnh viện da liễu Trung Ương thông qua (Số 374/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 17/08/2021). Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Các kết quả được phân tích tổng hợp, không công bố thông tin cá nhân và chỉ phân tích phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nữ 75,3%, tuổi trung bình mắc bệnh  $49,81 \pm 12,22$ , trong đó nhóm 40 đến 60 tuổi chiếm tỉ lệ 61,7%. Tỉ lệ nữ/nam khoảng 3/1 (61/20). Bệnh thường khởi phát ở độ tuổi trung niên  $46,09 \pm 13,7$  tuổi và hiện tượng Raynaud xuất hiện trước khi chẩn đoán bệnh  $0,87 \pm 0,42$  năm.



■ Thể giới hạn (n=27) ■ Thể lan tỏa (n=54)

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ thể bệnh XCBHT đến khám và điều trị**

**Nhận xét:** Trong các bệnh nhân XCBHT đến khám và điều trị thì thể XCBHT có tổn thương da lan toả chiếm tỉ lệ 66,7% và giới hạn là 33,3%.

**Bảng 1: Các biểu hiện tổn thương phổi**

Đặc điểm	n=81	%
Tổn thương phổi kẽ	65	80,2
Tăng áp động mạch phổi	39	48,1
Giảm FVC (< 80%)	49	60,5
TTPK+ TADMP	33	34,5

**Nhận xét:** Trong số 81 bệnh nhân XCBHT có 65 bệnh nhân (80,2%) bị TTPK, 39 bệnh nhân (48,1%) bị TADMP, 49 bệnh nhân (60,5%) có biểu hiện giảm FVC và 28 bệnh nhân (34,5%) phối hợp cả TADMP và TTPK.

**Bảng 2: Biểu hiện tổn thương phổi trên thể lâm sàng.**

Bất thường trên CLS	Thể giới hạn	Thể lan tỏa	p
---------------------	--------------	-------------	---

**Bảng 3. Tương quan giữa tổn thương phổi kẽ và một số chỉ số**

Chỉ số	TTPK		OR	95%CI	p	
	Có n(%)	Không n(%)				
Scl-70	Dương tính	47	7	0,29	0,09 -0,92	<b>0,03</b>
	Âm tính	18	9			
RLTKHC	Có	44	5	0,23	0,07 – 0,72	<b>0,008</b>
	Không	21	11			
Điểm Rodnan	≤ 14 điểm	18	10	4,61	1,41 – 14,92	<b>0,009</b>
	> 14 điểm	47	6			
TADMP	Có	33	6	1,71	0,55- 5,28	0,34
	Không	32	10			

**Nhận xét:** Có mối liên quan rất rõ ràng có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương phổi kẽ và rối loạn thông khí hạn chế cũng như kháng thể kháng Scl-70 dương tính, điểm Rodnan trên 14. Giữa tăng áp động mạch phổi và tổn thương phổi kẽ nhận thấy mối liên quan không có ý nghĩa.

**Bảng 5. Tương quan giữa Scl-70 và RLTKHC**

Chỉ số	RLTKHC		OR	95%CI	p
	Có	Không			
Scl70	37	17	0,37	0,14- 0,95	0,037
	12	15			

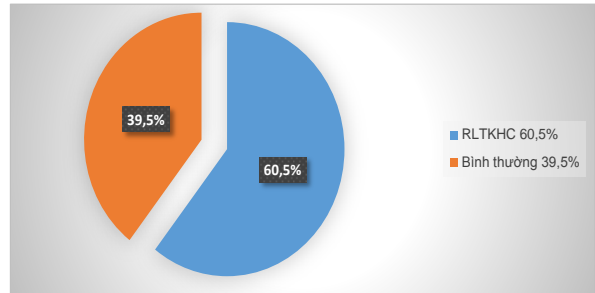
**Nhận xét:** Có mối liên quan rất rõ ràng có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn thông khí hạn chế và kháng thể kháng Scl-70.

**Bảng 5: Tương quan giữa một số chỉ số và TADMP**

Chỉ số	Có TADMP n(%)	Không TADMP n(%)	p
Kháng thể Scl-70 (dương tính)	30/39	24/42	0,059
FVC	75,23±15,28	78,7±20,3	0,37

	n	%	n	%	
Tổn thương phổi kẽ (CTscaner)	15	55,6	50	92,6	<0,05
Giảm FVC (<80%)	11	40,7	38	70,4	<0,05
Tăng áp động mạch phổi	5	18,5	34	63	<0,05

**Nhận xét:** Hình ảnh TTPK ở thể lan tỏa có tỉ lệ cao hơn ở thể giới hạn 92,6% và 55,6%; p<0,05. Bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế ở thể lan tỏa cao hơn thể giới hạn (70,4% và 40,7% p<0,05). Cả hai thể đều có tình trạng TADMP 18,5% và 63 % tương ứng và có sự khác biệt giữa hai thể (p<0,05).



**Biểu đồ 2: Đặc điểm rối loạn thông khí**

**Nhận xét:** 60,5% bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế đơn thuần và 39,5% có chức năng thông khí phổi bình thường.

Điểm Rodnan	18,44±6,77	14,31±9,03	0,022
Điểm Rodnan >14	30/39	23/42	0,036

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nữ chiếm 75,3%, tuổi trung bình mắc bệnh 49,81 ± 12,22, trong đó nhóm 40 đến 60 tuổi chiếm tỉ lệ 61,7%. Bệnh thường khởi phát ở độ tuổi trung niên 46,09 tuổi và hiện tượng Raynaud xuất hiện trước khi chẩn đoán bệnh 0,87 năm. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm của bệnh xơ cứng bì hệ thống là bệnh chủ yếu ở nữ, độ tuổi trung niên và cũng giống như đa số bệnh tự miễn khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi trung bình của bệnh nhân cũng tương tự như các nghiên cứu đa trung tâm trên số lượng lớn bệnh nhân và các nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu nhỏ hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương lâm sàng đa dạng đặc biệt là các tổn thương phổi ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống với tỉ lệ như sau TTPK 80,2%, TADMP 48,1%, giảm FVC (<80%). Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ TTPK thấp hơn so với nghiên cứu Gatta (2013) 85%<sup>1</sup>, cao hơn so với nghiên cứu của Monaco (2011) TTPK 44%, TADMP 2,5%<sup>2</sup>, Trad (2006) TTPK 60%, TADMP 21%<sup>3</sup>. Các nghiên cứu đều báo cáo tỷ lệ TTPK ở bệnh nhân XCBHT 25-90% tùy thuộc vào chủng tộc và phương pháp nghiên cứu. Khoảng 60% các ca tử vong có liên quan đến tổn thương phổi cho thấy rằng phổi là cơ quan quan trọng nhất khi thăm khám và đánh giá nguy cơ tử vong ở bệnh nhân XCBHT<sup>4</sup>.

Hình ảnh tổn thương phổi kẽ trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, ở thể lan tỏa chiếm tỉ lệ cao hơn ở thể giới hạn với tỉ lệ là 92,6% và 55,6% với  $p < 0,05$ . Tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế (giảm FVC<80% giá trị lý thuyết) ở thể lan tỏa cao hơn thể giới hạn 70,4% và 40,7% tương ứng ( $p < 0,05$ ). Cả hai thể giới hạn và lan tỏa đều có tình trạng tăng áp lực ĐMP trên siêu âm tim với tỉ lệ 18,5% và 63% tương ứng và có sự khác biệt giữa hai thể ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt này giống với nghiên cứu của Walker (2007)<sup>5</sup>. Như vậy, đánh giá tổn thương phổi dựa trên CT scanner cho thấy kết quả tổn thương phổi bệnh nhân XCBHT thể lan tỏa nặng hơn thể giới hạn. Điều này phù hợp đặc điểm liên quan thể bệnh trong y văn đã ghi nhận.

Khi phân tích mối tương quan giữa tổn thương phổi kẽ và một số chỉ số, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Có mối liên quan rất rõ ràng có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương phổi kẽ và rối loạn thông khí hạn chế với kháng thể kháng

Scl-70 dương tính, điểm Rodnan trên 14. Bệnh nhân có TTPK có tỉ lệ Scl-70 dương tính nhiều hơn và Scl-70 là yếu tố nguy cơ của TTPK (OR = 0,25 và  $p = 0,012$ ). Nghiên cứu của chúng tôi giống nghiên cứu của P Mottaghi (2021) ( $p = 0,039$ )<sup>6</sup>. Bệnh nhân XCBHT có kháng thể kháng Scl-70 dương tính có nguy cơ cao xơ hóa phổi nặng. Có sự khác biệt điểm Rodnan trên 14 giữa bệnh nhân có và không có TTPK. Kết quả nghiên cứu này giống với nghiên cứu của Irma Hasan Hikmat và cộng sự (2021)<sup>7</sup>. Bệnh nhân XCBHT lan tỏa tiến triển dày da nhanh chóng kết hợp với kháng thể kháng Scl-70 có nguy cơ tử vong sớm. Như vậy, có thể coi Scl-70 là một chỉ số đánh giá tổn thương phổi ở bệnh nhân XCBHT lan tỏa. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt điểm Rodnan nhưng không có sự khác biệt Scl-70 dương tính giữa bệnh nhân có và không có TADMP giống nghiên cứu của Kazuki M. Matsuda và cộng sự (2019) ( $r = -0,27$  và  $p < 0,001$ )<sup>8</sup>. Có sự khác biệt về tự kháng thể Scl-70 trên bệnh nhân có và không có giảm FVC với  $p = 0,037$  và nguy cơ RLTKHC ở bệnh nhân có điểm Rodnan >14 điểm OR = 0,15 (95%CI 0,056 – 0,423,  $p = 0,000$ ). Tóm lại, có thể dùng chức năng phổi để đánh giá mức độ dày da.

#### V. KẾT LUẬN

Tổn thương phổi trong XCBHT rất thường gặp và là biểu hiện lâm sàng quan trọng, liên quan đến tiên lượng của bệnh. Những tiến bộ về chẩn đoán, điều trị bệnh đã hạn chế được tỷ lệ tử vong do tổn thương thận nhưng chưa kiểm soát tốt tổn thương phổi. Vì vậy tổn thương phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên bệnh nhân XCBHT. Các tổn thương phổi thường nặng và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Tình trạng dày da nhiều và tự kháng thể Scl-70 dương tính có mối liên quan với tổn thương phổi và có thể dùng chức năng phổi để đánh giá mức độ dày da.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gatta G, Di Grezia G, Iacomino A, et al. HRCT in systemic sclerosis: correlation between respiratory functional indexes and extension of lung failure. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2013;27(2):579-587.
2. Lo Monaco A, Bruschi M, La Corte R, Volpinari S, Trotta F. Epidemiology of systemic sclerosis in a district of northern Italy. *Clin Exp Rheumatol*. 2011;29(2 Suppl 65):S10-14.
3. Trad S, Amoura Z, Beigelman C, et al. Pulmonary arterial hypertension is a major

- mortality factor in diffuse systemic sclerosis, independent of interstitial lung disease. *Arthritis Rheum.* 2006;54(1):184-191. doi:10.1002/art.21538
4. **Karassa FB, Ioannidis JPA.** Mortality in systemic sclerosis. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26(5 Suppl 51):S85-93.
  5. **Walker UA, Tyndall A, Czirják L, et al.** Clinical risk assessment of organ manifestations in systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials And Research group database. *Ann Rheum Dis.* 2007; 66(6): 754-763. doi:10.1136/ard.2006.062901
  6. **Peyman Mottaghi, Marzieh Daneshbodi, Mansoor Karimifar.** Correlation between autoantibodies and internalorgans involvement in Iranian systemic sclerosispatients. Published online 2021.
  7. **Hikmat IH, Ramdhini SS, Soekersi H, Dewi S.** Correlation between Interstitial Lung Disease Morphology Scores Based on High-resolution Computed Tomography Chest and Skin Fibrosis Degree Based on Modified Rodnan's Skin Score on Systemic Sclerosis. *Acta Medica Indones.* 2021;53(3):254-260.
  8. **Matsuda KM, Yoshizaki A, Kuzumi A, et al.** Skin thickness score as a surrogate marker of organ involvements in systemic sclerosis: a retrospective observational study. *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1):129. doi:10.1186/s13075-019-1919-6

## KHẢO SÁT THỰC TRẠNG TỔ CHỨC HOẠT ĐỘNG PHÂN PHỐI DƯỢC PHẨM CỦA CÔNG TY TNHH HASAN - DERMAPHARM GIAI ĐOẠN 2016-2020

Trương Thị Ánh Tuyết<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thiện Trâm<sup>1</sup>,  
Huỳnh Công Nhanh<sup>2</sup>, Chung Khang Kiệt<sup>1</sup>, Lê Quan Nghiệm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Hệ thống phân phối đóng vai trò quan trọng đến toàn bộ hoạt động kinh doanh từ mục tiêu đến chiến lược phát triển và tạo nên lợi thế cạnh tranh giữa các doanh nghiệp, trong đó có doanh nghiệp Dược. Công ty TNHH Hasan-Dermapharm (Hasan-Dermapharm) là công ty sản xuất và phân phối dược phẩm liên doanh với Tập đoàn Dermapharm AG, Cộng Hòa Liên Bang Đức. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích thực trạng tổ chức hoạt động phân phối dược phẩm của công ty Hasan-Dermapharm giai đoạn 2016-2020 nhằm cung cấp thông tin sơ lược về hệ thống phân phối. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang dữ liệu hồi cứu thu thập tại trụ sở chính của công ty trong giai đoạn 2016-2020 trên các đặc điểm của hệ thống phân phối bao gồm: độ bao phủ thị trường, độ sâu và độ đáp ứng kênh phân phối. Đề tài ghi nhận công ty có độ bao phủ 71% các tỉnh thành trên cả nước, sử dụng hệ thống phân phối dài 1 cấp và 2 cấp, nhân viên kinh doanh phân phối chiếm hơn 40% tổng nhân viên toàn công ty, trong đó nhóm nhân lực có trình độ dược sĩ trung học có số lượng nhiều nhất. Như vậy công ty có độ bao phủ thị trường khá cao, chú trọng nhiều nhân lực vào hoạt động kinh doanh phân phối.

**Từ khóa:** Hệ thống phân phối, dược phẩm, công ty TNHH Hasan-Dermapharm

### SUMMARY

<sup>1</sup>Khoa Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Công ty TNHH Hasan - Dermapharm

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Ánh Tuyết

Email: tuyettruong0904@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022

### THE ORGANIZATION OF PHARMACEUTICAL DISTRIBUTION ACTIVITIES OF HASAN- DERMAPHARM CO., LTD PERIOD 2016-2022

The distribution system plays an important role in all business activities from goals to development strategies and creates competitive advantages among enterprises, including pharmaceutical enterprises. Hasan - Dermapharm is a pharmaceutical manufacturing and distribution company in a joint venture with Dermapharm AG, Federal Republic of Germany. The study was conducted to analyze the current situation of the pharmaceutical distribution organization of Hasan-Dermapharm Co., Ltd in the period 2016-2020, thereby proposing practical and timely solutions to improve the distribution system. The study was carried out by cross-sectional descriptive method based on retrospective data collected at the company's head office during the period 2016-2020 on the characteristics of the distribution system including market coverage, distribution channel depth, and response. The company covers 71% of provinces and cities across the country, using a 1-level and 2-level distribution system. There is more than 40% of the company's staff work in the field force. The staff with high school pharmacist qualifications has the largest number. Thus, the company has quite a high market coverage, focusing a lot of human resources on the distribution business.

**Keywords:** Distribution system, pharmaceutical, Hasan-Dermapharm Co., Ltd

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, nước ta trong xu thế hội nhập kinh tế thế giới, nền kinh tế thị trường mở cửa dưới tác động của cơ chế thị trường tạo ra sự cạnh tranh ngày càng khốc liệt cho các