

10. Navon-Venezia S, Kondratyeva K, Carattoli A (2017), “*Klebsiella pneumoniae*: a major worldwide source and shuttle for antibiotic resistance”, *FEMS Microbiology Reviews*, 41(3), pp.252-275.
11. Padmini N, Ajilda A A K, Sivakumar N, Selvakumar G (2017), “Extended spectrum β -lactamase producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*: critical tools for antibiotic resistance pattern”, 57(6), pp.460-470.
12. World Health Organization (WHO) (2017), Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics, pp.5-7.
(Ngày nhận bài: 19/8/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/8/2022)

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Nguyễn Giang Phúc Khánh^{1*}, Nguyễn Ngọc Phương Thảo², Đặng Duy Khánh¹

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
*Email: 20820510007@student.ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị rối loạn lipid máu đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa nguyên phát và thứ phát của bệnh mạch máu do xơ vữa động mạch, đặc biệt là bệnh động mạch vành. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm sử dụng thuốc và đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 222 bệnh nhân điều trị tại phòng khám ngoại trú của bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ 01/4/2021-30/4/2022. Cơ sở đánh giá tính hợp lý dựa trên khuyến cáo của Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam 2015 và ESC/EAS 2019. Dữ liệu được thu thập từ bệnh nhân ngoại trú và phỏng vấn bệnh nhân. **Kết quả:** Nhóm statin được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 95,5%; statin cường độ trung bình chiếm ưu thế với 77,5%, trong đó rosuvastatin 10 mg (33,2%), rosuvastatin 5mg (23,1%), atorvastatin 10mg (18,2%). Tỷ lệ phác đồ đơn trị và đa trị lần lượt là 99,5% và 0,5%. Tỷ lệ quyết định khởi đầu điều trị bằng thuốc hợp lý là 94,6%; lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị hợp lý 42,9%; liều khởi đầu theo chức năng gan hợp lý 99,5%; liều khởi đầu theo chức năng thận hợp lý 97,7%; tương tác thuốc bất lợi trong đơn hợp lý 78,4%. Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hợp lý chung là 33,6%. **Kết luận:** Phác đồ statin được ưu tiên lựa chọn trong điều trị rối loạn lipid máu, tuy nhiên tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý còn thấp, do đó các bác sĩ nên cập nhật thêm các khuyến cáo điều trị hiện tại, cá thể hóa từng bệnh nhân để có thể lựa chọn thuốc điều trị hợp lý.

Từ khoá: Sử dụng thuốc hợp lý, rối loạn lipid máu, bệnh nhân ngoại trú.

ABSTRACT

**STUDY ON THE SITUATION OF USE OF DRUGS
IN TREATMENT DYSLIPIDEMIA IN OUTPATIENTS
AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2021-2022**

Nguyen Giang Phuc Khanh^{1}, Nguyen Ngoc Phuong Thao², Dang Duy Khanh¹*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. University of medicine and pharmacy at Ho Chi Minh city

Background: Treatment of dyslipidemia plays an important role in the primary and secondary prevention of atherosclerotic vascular disease, especially coronary artery disease.

Objectives: Determining the characteristics of drug use and evaluating the rationality in using drugs to treat dyslipidemia in outpatients at Can Tho General Hospital in 2021-2022. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 222 patients treated at the outpatient Department of Can Tho General Hospital from April 1st, 2021 to April 30th, 2022. The rationale for assessing the rationality is based on the recommendations of the Vietnam National Heart Association 2015 and ESC/EAS 2019. Data were collected from outpatients and patient interviews.

Results: Statin group was used the most with the rate of 95.5%; moderate intensity statin dominated 77.5%, of which rosuvastatin 10 mg (33.2%), rosuvastatin 5mg (23.1%), atorvastatin 10mg (18.2%). Monotherapy and multidrug regimens were 99.5% and 0.5%, respectively. The reasonable rate of a decision to initiate drug therapy was 94.6%; reasonable selection of starting drugs 42.9%; reasonable starting dose according to liver function 99.5%; reasonable starting dose according to renal function 97.7%; adverse drug interactions in 78,4% reasonable prescriptions. The overall reasonable rate of using drugs to treat dyslipidemia was 33.8%. **Conclusion:** The statin regimen is the preferred choice in the treatment of dyslipidemia, but the rate of rational drug use is still low, so doctors should update more current treatment recommendations, individualizing each patient to be able to choose the right treatment.

Keywords: Drug use, dyslipidemia, outpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong của các bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não. Ước tính trên toàn thế giới vào năm 2020 có khoảng 19,05 triệu người tử vong vì bệnh tim mạch [8]. Tại Việt Nam, vào năm 2017 bệnh tim mạch đã gây ra số tử vong cao nhất với 201,14 nghìn người [7]. Nguy cơ này càng tăng cao hơn nếu rối loạn lipid máu đi kèm với các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, thói quen ít vận động, thừa cân, béo phì [5].

Trong 20 năm qua, trên toàn thế giới ngày càng có nhiều công trình nghiên cứu khẳng định về tầm quan trọng của việc quản lý rối loạn lipid máu để phòng ngừa nguyên phát và thứ phát của bệnh mạch máu do xơ vữa động mạch, đặc biệt là bệnh động mạch vành [6]. Tuy nhiên, rối loạn lipid máu lại chưa được quan tâm đúng mức và điều trị đầy đủ, do vậy khả năng đạt mục tiêu điều trị còn thấp. Kết quả từ nghiên cứu CEPHEUS khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu tại 8 nước Châu Á gồm cả Việt Nam chỉ có khoảng 40,1% số bệnh nhân đạt được mục tiêu LDL-C, trong đó nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và

rất cao có tỷ lệ đạt mục tiêu rất thấp [10]. Do vậy, để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị rối loạn lipid máu, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

+ Xác định tỷ lệ và đặc điểm sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

+ Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ngoại trú được chẩn đoán xác định rối loạn lipid máu, được chỉ định sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại khoa khám bệnh, phòng khám nội tổng quát tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được làm các xét nghiệm lipid máu (CT, LDL-C và triglycerid) trước khi điều trị, có tăng LDL-C, CT và/hoặc tăng TG, có xét nghiệm chức năng gan, thận và được chỉ định sử dụng từ hai thuốc trở lên (thuốc điều trị rối loạn lipid máu và một thuốc bất kỳ khác).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được điều trị không sử dụng thuốc, có điều trị rối loạn lipid máu trong vòng 3 tháng trước và phụ nữ có thai, cho con bú.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Phòng khám ngoại trú nội tổng quát ở Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

- **Thời gian lấy mẫu và thời gian nghiên cứu:** 01/4/2021-1/5/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{c^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cần nghiên cứu.

α : Xác suất sai sót loại 1, chọn $\alpha=0,05$.

$1-\alpha$: Độ tin cậy.

$Z_{1-\alpha/2}$: Phân vị của phân phối chuẩn bình thường (ở mức tin cậy 95% =1,96).

p: Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hợp lý ($p=0,844$ theo kết quả nghiên cứu của Lê Phú Nguyên Thảo (2020) [1]).

c: Sai số cho phép 5% ($c=0,05$).

Thay thế vào công thức tính được $n=202$. Để dự phòng, chúng tôi thu thập thêm 10% bệnh nhân, tổng số cỡ mẫu là 222.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân:

+ Tuổi, giới tính.

+ Bệnh lý kèm theo chia thành các nhóm: Không có mắc kèm bệnh lý liên quan tim mạch, bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành + tăng huyết áp, bệnh mạch vành + đái tháo đường, tăng huyết áp + đái tháo đường, bệnh mạch vành + tăng huyết áp + đái tháo đường.

Xác định đặc điểm sử dụng thuốc: Các nhóm thuốc sử dụng trong nghiên cứu, tỷ lệ các thuốc trong mỗi nhóm sử dụng trong nghiên cứu, phác đồ khởi đầu điều trị rối loạn lipid máu: đơn trị, đa trị.

Đánh giá tính hợp lý sử dụng thuốc: Tính hợp lý trong việc quyết định khởi đầu điều trị bằng thuốc, tính hợp lý của việc lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị, tính hợp lý về liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng gan, chức năng thận, tính hợp lý về tương tác thuốc bất lợi trong đơn.

=> Tính hợp lý chung trong sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu: Khi đáp ứng tất cả 5 tiêu chí trên.

Tiêu chí đánh giá sử dụng thuốc hợp lý dựa trên khuyến cáo của Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam 2015 và ESC/EAS 2019. Tương tác thuốc được tra cứu bằng trang web www.drugs.com, bất lợi khi có các hệ quả lâm sàng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, sức khỏe người bệnh bao gồm cả tương tác thuốc trung bình và nghiêm trọng.

- **Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu:** Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Excel 2019 và SPSS 20.0. Với thống kê mô tả, số liệu được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), trung bình \pm SD. Kết quả được trình bày bằng bảng và biểu đồ.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện dưới sự cho phép của Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Nghiên cứu đảm bảo nguyên tắc bảo mật không gây ảnh hưởng đến thông tin của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm về bệnh nhân	Tần suất (n=222)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	62,9 \pm 10,7	
Nhóm tuổi		
<40	7	3,2
40-75	195	87,8
>75	20	9
Giới tính		
Nam	100	45
Nữ	122	55
Bệnh kèm theo		
Bệnh mạch vành	11	5,0
Đái tháo đường týp 2	7	3,2
Tăng huyết áp	24	10,8
Bệnh mạch vành + tăng huyết áp	57	25,7
Đái tháo đường + tăng huyết áp	16	7,2
Bệnh mạch vành + đái tháo đường	7	3,2

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 50/2022

Đặc điểm về bệnh nhân	Tần suất (n=222)	Tỷ lệ %
Bệnh mạch vành + đái tháo đường + tăng huyết áp	81	36,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân điều trị RLLPM có độ tuổi từ 40-75 chiếm 87,8%, thuộc giới tính nữ chiếm 55%. Bệnh lý mắc kèm thường gặp nhất là ba bệnh kết hợp: bệnh mạch vành, đái tháo đường và tăng huyết áp chiếm 36,5%.

3.2. Xác định đặc điểm sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu

Bảng 2. Các nhóm thuốc điều trị RLLPM

Nhóm thuốc		Số lượt dùng	Tỷ lệ (%)
Statin đơn độc	Mạnh	47	10,6
	Trung bình	345	77,5
	Yếu	33	7,4
Fibrat đơn độc		17	3,8
Omega-3		2	0,4
Statin + Fibrat		1	0,2
Tổng		445	100

Nhận xét: Kết quả có 3 nhóm hoạt chất được sử dụng đó là fibrat, statin và omega-3 với tỷ lệ lần lượt là 3,8%, 95,5%, 0,4%. Trong đó nhóm statin được sử dụng nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu với tỷ lệ 95,5%, phổ biến nhất là statin cường độ trung bình với tỷ lệ 77,5%. Nhóm phối hợp statin + fibrat được sử dụng là 0,2%.

Bảng 3. Các thuốc điều trị RLLPM được sử dụng trên bệnh nhân

Thuốc	Liều (mg/ngày)	Lượt dùng	Tỷ lệ (%)
Atorvastatin	5	2	0,4
	10	81	18,2
	20	12	2,7
Rosuvastatin	5	103	23,1
	10	148	33,2
	20	47	10,6
Fluvastatin	20	29	6,5
Lovastatin	10	2	0,4
Simvastatin	40	1	0,2
Fenofibrat	145	6	1,3
Fenofibrat	200	11	2,5
Omega-3	1000	2	0,4
Atorvastatin + Fenofibrat	10 + 145	1	0,2
Tổng		445	100

Nhận xét: Statin cường độ trung bình chiếm ưu thế trong các statin, cụ thể rosuvastatin 10 mg/ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 33,2%, kế đến là rosuvastatin 5mg/ngày và atorvastatin 10mg/ngày tỷ lệ lần lượt là 23,1% và 18,2%. Các statin liều cao và liều thấp, fibrat, omega-3 và các thuốc phối hợp statin + fibrat được chỉ định với tỷ lệ thấp.

Bảng 4. Phác đồ khởi đầu điều trị cho bệnh nhân

Kiểu phác đồ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đơn trị	221	99,5
Đa trị	1	0,5
Tổng	222	100

Nhận xét: Phác đồ khởi đầu đơn trị cao hơn tỷ lệ phác đồ đa trị (99,5%>0,5%).

3.3. Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị RLLPM

Bảng 5. Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hợp lý

Sử dụng thuốc điều trị RLLPM		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Quyết định khởi đầu điều trị bằng thuốc hợp lý	Hợp lý	210	94,6
	Chưa hợp lý	12	5,4
Tổng		222	100
Lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị hợp lý	Hợp lý	90	42,9
	Chưa hợp lý	120	57,1
Tổng		210	100
Liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng gan	Hợp lý	221	99,5
	Chưa hợp lý	1	0,5
Tổng		222	100
Liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng thận	Hợp lý	217	97,7
	Chưa hợp lý	5	2,2
Tổng		222	100
Tương tác thuốc bất lợi trong đơn	Hợp lý	174	78,4
	Chưa hợp lý	48	21,6
Tổng		222	100

Nhận xét: Tỷ lệ quyết định khởi đầu điều trị bằng thuốc hợp lý là 94,6%; lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị hợp lý là 42,9%; liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng gan hợp lý là 99,5%; liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng thận hợp lý là 97,7%; tương tác thuốc bất lợi trong đơn hợp lý là 78,4%.

Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hợp lý chung

Sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hợp lý	75	33,8
Chưa hợp lý	147	66,2
Tổng	222	100

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hợp lý chung là 33,8%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân theo độ tuổi

Trong nghiên cứu tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,9±10,7 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 87, nhỏ tuổi nhất là 28. Từ kết quả này cho thấy RLLPM có xu hướng ngày càng trẻ hóa, sự phát triển của nền kinh tế thị trường đã đem lại cho người dân có cuộc sống sung túc hơn, tuy nhiên người dân lại thường có lối sống thụ động, kém vận động dẫn đến nhiều

người RLLPM sớm hơn bình thường. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Quang Thái (2021), tuổi trung bình là $67,4 \pm 12,4$ tuổi [4].

Đặc điểm bệnh nhân theo giới tính

Trong số 222 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 122 bệnh nhân nữ chiếm 55% cao hơn nam (100 bệnh nhân) chiếm 45%. Điều này có thể lý giải là do nữ giới thường có tâm lý lo lắng và quan tâm đến sức khỏe nên thường đi khám bệnh định kỳ nhiều hơn nam giới dẫn đến việc phát hiện bệnh nhiều hơn nam giới là hợp lý. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Huỳnh Kim Ngọc (2017) bệnh nhân nữ chiếm 62,8% [3], nghiên cứu của Nguyễn Toàn Thắng (2013) bệnh nhân nữ chiếm 77,1% [2].

Đặc điểm về bệnh mắc kèm

Trong nghiên cứu ghi nhận 91,6% bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm, trong đó tỷ lệ mắc kèm 3 bệnh chiếm cao nhất 36,5%. Tỷ lệ bệnh mắc kèm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trương Huỳnh Kim Ngọc (2017) chỉ có 42% bệnh nhân có bệnh mắc kèm [3]. Điều này là hợp lý, do nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân tuổi trung bình là 62,9 tuổi cao hơn so với nghiên cứu của Trương Huỳnh Kim Ngọc (2017) tuổi trung bình là 52,2 tuổi [3], tuổi càng cao bệnh nhân dễ mắc nhiều bệnh lý.

Các nhóm thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong mẫu nghiên cứu

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ statin được chỉ định là 95,5%, fibrat chiếm 3,8%, omega-3 chiếm 0,4%, kết hợp statin và fibrat chiếm 0,2%. Tỷ lệ dùng statin tương đương nghiên cứu của Lê Phú Nguyên Thảo (2020) là 94% [1] và Trương Quang Thái (2021) 95,3% [4]. Nghiên cứu của CEPHEUS Pan-Asian (2012) tại 8 nước Châu Á cũng cho kết quả tương tự với 90,6% bệnh nhân sử dụng liệu pháp đơn trị liệu trong đó tỷ lệ kê đơn statin đơn trị là 85,1% [10]. Như vậy, so với các khuyến cáo, các nghiên cứu trong và ngoài nước thì việc chỉ định statin trong nghiên cứu là hợp lý. Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu đa phần thuộc nhóm nguy cơ rất cao và cao nên việc sử dụng phác đồ statin để giảm LDL-C và dự phòng biến cố tim mạch là hợp lý.

Các thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong mẫu nghiên cứu

Đa số mẫu nghiên cứu được chỉ định statin trung bình chiếm 77,5%. Kết quả thu được tương tự với nghiên cứu của Trương Quang Thái (2021) statin trung bình được chỉ định nhiều nhất [4]. Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao đến rất cao, mắc đa bệnh lý bệnh mạch vành, đái tháo đường, tăng huyết áp. Đây là đối tượng cần cân nhắc liệu pháp statin cường độ cao để dự phòng tiên phát, thứ phát biến cố tim mạch. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu chỉ có 10,6% lượt dùng statin liều cao. Statin bên cạnh tác dụng ưu việt còn có nhiều tác dụng không mong muốn khi dùng kéo dài, vì vậy trên lâm sàng vẫn còn nhiều nghi ngại khi dùng liều cao.

Các loại thuốc được chỉ định gồm có 5 hoạt chất trong nhóm statin (atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin, lovastatin, fluvastatin), 1 hoạt chất trong nhóm fibrat (fenofibrat) và omega-3. Về loại thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi đa dạng hơn so với tác giả Nguyễn Toàn Thắng (2013): chỉ dùng simvastatin, atorvastatin, fenofibrat [2]. Liều fenofibrat 145mg và 200mg chiếm tỷ lệ tương ứng 1,6% và 2,5%. Fibrat chủ yếu sử dụng trong điều trị tăng triglycerid máu $\geq 5,7$ mmol/L với mục tiêu dự phòng viêm tụy cấp. Trường hợp

triglycerid <5,7mmol/L, mục tiêu là dự phòng biến cố tim mạch và dẫn chất statin được ưu tiên sử dụng.

Phác đồ khởi đầu điều trị trên bệnh nhân nghiên cứu

Về phác đồ điều trị, hầu hết bệnh nhân được bắt đầu điều trị bằng đơn trị liệu, chỉ một số ít bệnh nhân còn lại là được điều trị bằng phác đồ phối hợp. Điều này hoàn toàn hợp lý với nguyên tắc điều trị rối loạn lipid máu là chỉ phối hợp thuốc khi biện pháp đơn trị liệu không cho hiệu quả như mong muốn. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với Trương Quang Thái (2021) [4].

Tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị RLLPM

Về quyết định khởi đầu điều trị bằng thuốc cho thấy tỷ lệ hợp lý đạt 94,6%. Các quyết định chưa hợp lý phần lớn là do chỉ định thuốc trên đối tượng chưa cần thiết sử dụng có 12 bệnh nhân, tập trung ở nhóm có nguy cơ trung bình thấp.

Về lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị, có 120 bệnh nhân được chỉ định thuốc chưa hợp lý chiếm 57,1%. Trong đó, có 13 bệnh nhân được lựa chọn thuốc chưa hợp lý theo hướng dẫn chiếm 6,2% và 107 bệnh nhân được lựa chọn liều chưa hợp lý chiếm 50,9%. Phần lớn lựa chọn thuốc chưa hợp lý là do các bác sĩ đã lựa chọn fibrat cho bệnh nhân có triglycerid <5,7mmol/L thay vì statin, các khuyến cáo gần đây đều đồng thuận không xem fibrat là thuốc giảm biến cố tim mạch trên bệnh nhân RLLPM [9]. Việc lựa chọn liều dùng chưa hợp lý chủ yếu là do bệnh nhân được chỉ định statin chưa đủ cường độ tập trung ở nhóm bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao, nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp lại được kê đơn statin ở cường độ trung bình.

Về liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng gan, statin chống chỉ định ở đối tượng có ALT hoặc AST ≥ 3 ULN. ESC/EAS 2019 khuyến nghị ngừng statin khi mức AST hoặc ALT ≥ 3 ULN [9]. Tại thời điểm nghiên cứu, có 1 bệnh nhân có ALT hoặc AST ≥ 3 ULN được chỉ định statin. Điều này là chưa hợp lý với khuyến cáo và có thể làm trầm trọng hơn tác dụng phụ trên gan của bệnh nhân.

Về liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng thận, khi eGFR từ 30-59 ml/phút/1,73m², liều fenofibrat không được vượt quá 100mg/ngày hoặc 67mg/ngày đối với dạng bào chế vi hạt. Có 5 bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng này chưa được hiệu chỉnh liều là chưa hợp lý.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tương tác thuốc bất lợi trong đơn chưa hợp lý chiếm 21,6%. Điều này có thể là do bên cạnh RLLPM, bệnh nhân còn mắc kèm các bệnh khác, dẫn đến tình trạng cần phối hợp thuốc và tăng số lượng thuốc để điều trị bệnh trong cùng một thời điểm, vì thế càng làm tăng khả năng tương tác thuốc.

Sau khi phân tích về tính hợp lý chung của việc sử dụng thuốc điều trị RLLPM, tức là bệnh nhân phải đảm bảo được cả 5 yếu tố: Quyết định khởi đầu điều trị bằng thuốc, lựa chọn thuốc khởi đầu điều trị, liều khởi đầu của bệnh nhân theo chức năng gan-thận, tương tác thuốc bất lợi trong đơn điều trị hợp lý, kết quả chỉ có 33,8% bệnh nhân đáp ứng được tiêu chuẩn trên. Điều đó có nghĩa là phần lớn bệnh nhân chưa được kê đơn hợp lý theo hướng dẫn của các khuyến cáo điều trị RLLPM. Nguyên nhân có thể là vì trung bình một ngày các bác sĩ tại phòng khám ngoại trú phải khám từ 85-100 bệnh nhân khiến thời gian khám/1 bệnh

nhân bị rút ngắn lại. Bác sĩ chưa đủ thời gian cá thể hóa điều trị cho từng bệnh nhân làm cho việc khám lâm sàng chưa được kỹ lưỡng khiến quyết định lâm sàng chưa chuẩn xác.

V. KẾT LUẬN

Đơn trị liệu với statin cường độ trung bình chiếm tỷ lệ chủ yếu (77,5%) ở bệnh nhân điều trị RLLPM, trong đó rosuvastatin 10mg được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 33,2%. Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị RLLPM chưa hợp lý chung chiếm 66,2%, đây là con số đáng quan tâm. Các tiêu chuẩn đánh giá của chúng tôi có thể cao hơn so với những hướng dẫn trước đây khiến cho chỉ định của các bác sĩ chưa hợp lý. Các bác sĩ cần cập nhật thêm các khuyến cáo hiện tại điều trị RLLPM, cá thể hóa từng bệnh nhân để có thể lựa chọn thuốc điều trị hợp lý. Những nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi sẽ tiến tới tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc chưa hợp lý, đồng thời nghiên cứu các biện pháp can thiệp mang tính hệ thống nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Phú Nguyên Thảo (2020), “Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ”, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
2. Nguyễn Toàn Thắng (2013), “Đánh giá sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại Viện Y học hàng không”, Luận án dược sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội.
3. Trương Huỳnh Kim Ngọc (2017), “Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Tim mạch Cần Thơ”, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại Học Dược Hà Nội.
4. Trương Quang Thái (2021), “Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nội trú tại bệnh viện trường Đại học y dược Cần Thơ”, Luận văn Thạc sĩ dược học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Genest J. & Libby P. (2011), “Lipoprotein disorders and cardiovascular disease - Chapter 47”, *Braunwald's Heart Disease 9th edition*.
6. Rader, D. J., & Khetarpal, S. A., (2015), “Lipoprotein Physiology”, *Dyslipidemias*, pp.1-12.
7. Statista Research Department (2020), Main causes of deaths based on the number of deaths in Vietnam in 2017, [cited 2021 January 17], Available from: <https://www.statista.com/statistics/1107639/vietnam-number-of-deaths-by-cause/8>.
8. Tsao, C. W., A. W. Aday, Z. I. Almarzooq, *et al.* (2022), “Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association”, *Circulation*, 145(8), pp.e153-e639.
9. Mach F., Baigent C., Catapano A. L., *et al.* (2019), “2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk”, *European Heart Journal*, 41(1), pp.111-188.
10. Park J. E., Chiang C. E., Munawar M., *et al.* (2012), “Lipid-lowering treatment in hypercholesterolaemic patients: the CEPHEUS Pan-Asian survey”, *Eur J Prev Cardiol*, 19(4), pp.781-794.

(Ngày nhận bài: 13/6/2022 – Ngày duyệt đăng: 18/8/2022)
