

4. John O., Joanne T.S., Renzo G., et al. (2013), Prevention of Thalassemia and other Hemoglobin Disorders, Thalassemia international federation publications.
5. Ly Bui Thi Kim, Dung Phu Chi & Chi Hoang Thanh (2016), Spectrum of Common α -Globin Deletion Mutations in the Southern Region of Vietnam, Hemoglobin, 40:3, 206-207.
6. Traivaree C, Boonyawat B, Monsereenusorn C, Rujkijyanont P, Photia A, Clinical and molecular genetic features of Hb H and AE Bart's diseases in central Thai children, The Application of Clinical Genetics, 2018;11:23–30.
7. Tri Nguyen Anh (2012). Viet Nam-Current Situation in Control Strategies and Health Systems in Asia. Health and Medicine.
8. Zhuang J, Zhang N, Wang Y, Zhang H, Zheng Y, Jiang Y, Xie Y, Chen D, Molecular Characterization Analysis of Thalassemia and Hemoglobinopathy in Quanzhou, Southeast China: A Large-Scale Retrospective Study. Frontiers in Genetics, 2021;12.
9. Zhu Y, Shen N, Wang X, Xiao J, Lu Y, Alpha and beta-Thalassemia mutations in Hubei area of China, BMC Medical Genetics. 2020;21(1):6.

NGHIÊN CỨU TÍNH HỢP LÝ TRONG VIỆC SỬ DỤNG THUỐC STATIN TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ RỐI LOẠN LIPID MÁU ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN ĐÔNG HẢI TỈNH BẠC LIÊU NĂM 2021-2022

Tăng Thị Hồng Suối¹, Nguyễn Thị Ngọc Vân², Nguyễn Thị Linh Tuyền²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp ngày càng gia tăng và gây gánh nặng lớn cho hệ thống y tế. Trong các giải pháp kiểm soát tình trạng tăng huyết áp, việc điều chỉnh lipid máu để giảm tần suất rối loạn lipid máu là hết sức cần thiết, trong đó statin là thuốc được lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc statin chưa hợp lý có thể dẫn đến giảm hiệu quả điều trị, đồng thời gia tăng các trường hợp phản ứng có hại của thuốc và sai sót trong sử dụng thuốc. **Mục tiêu:** Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc statin và xác định một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc statin chưa hợp lý trên bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Đông Hải năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 195 đơn thuốc của bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp mắc kèm rối loạn lipid máu điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải từ 01/05/2021 – 28/02/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng atorvastatin chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,3%, tỷ lệ sử dụng pravastatin là 20,5%, thấp nhất là fluvastatin chiếm tỷ lệ 7,2%. Tỷ lệ hợp lý chung là 62,1%. Trong đó, tỷ lệ liều dùng, chỉ định thuốc, thời điểm dùng, số lần dùng và tương tác thuốc hợp lý lần lượt là 70,3%, 93,3%, 98,5%, 99,5% và 99,5%. Không ghi nhận trường hợp chống chỉ định sử dụng statin. Bác sĩ có trình độ sau đại học có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao hơn gấp hơn 3,13 lần so với bác sĩ có trình độ đại học ($p < 0,001$); bệnh nhân có từ 3 bệnh mắc kèm trở

xuống có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao gấp 10,52 lần so với bệnh nhân có trên 3 bệnh mắc kèm ($p < 0,001$); số thuốc trong đơn từ 5 thuốc trở xuống có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao gấp gần 3,89 lần so với đơn thuốc có trên 5 thuốc ($p < 0,001$). **Kết luận:** Các kết quả nghiên cứu cho thấy cần khảo sát ghi nhận các vấn đề chưa hợp lý trong kê đơn statin để làm cơ sở xây dựng hiệu quả chương trình tập huấn sử dụng statin.

Từ khóa: Statin, rối loạn lipid, tăng huyết áp

SUMMARY

RESEARCH ON APPROPRIATE STATIN USE IN HYPERTENSION TREATMENT WITH DYSLIPIDEMIA ON OUTPATIENTS AT DONG HAI DISTRICT HEALTH CENTER IN 2021-2022

Background: Hypertension is highly increasing and places a huge burden on the health system. In solutions to control hypertension, it is essential to adjust blood lipids to reduce the frequency of dyslipidemia, within this, statins are the drugs of first choice. However, Inappropriate use of drugs can lead to decreased effectiveness of treatment, while increasing cases of adverse drug reactions and drug errors. **Objectives:** To evaluate appropriate statin use and to determine several factors relevant to the inappropriate statin use in hypertension treatment outpatients with dyslipidemia at the Dong Hai district Medical Center in 2021-2022. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study. Research on 195 prescriptions of outpatients diagnosed with hypertension with dyslipidemia being treated at Dong Hai District Health Center from 2021, May 1 to 2022, February 28. **Results:** The rate of using atorvastatin was the highest at 72.3%, the rate of using pravastatin was 20.5%, and the lowest rate was 7.2% with fluvastatin. The rate of overall appropriate prescribing of statin was 62.1%. Within this, appropriate dosing, indication, dosing frequency

¹Trung tâm Y tế huyện Đông Hải

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Vân

Email: nguyenthingocvanct@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022

and drug interaction were 70.3%, 93.3%, 98.5%, 99.5% and 99.5%, respectively. There was no contraindication case in using statin. Physicians with post-graduate degrees had an appropriate rate of prescribing statins 3.13 times higher than physicians with university degrees ($p < 0.001$); patients with 3 or fewer comorbidities had an appropriate rate of prescribing statins 10.52 times higher than patients with more than 3 comorbidities ($p < 0.001$); The number of drugs in the prescribing with 5 drugs or less had an appropriate rate of statin prescribing nearly 3.89 times higher than that of the prescription with more than 5 drugs ($p < 0.001$). **Conclusion:** The research results show that it is necessary to investigate and recognize the inappropriate issues in prescribing statins to serve as a basis for creating effective training programs on statin use.

Keywords: Statin, dyslipidemia, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng tăng huyết áp ngày càng gia tăng và gây gánh nặng cho hệ thống y tế. Trong các giải pháp kiểm soát tình trạng tăng huyết áp, việc điều chỉnh lipid máu để giảm tần suất rối loạn lipid máu là hết sức cần thiết. Hội Tim Mạch học Quốc gia Việt Nam cũng như nhiều tổ chức y tế trên thế giới đều thống nhất đưa ra khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu và điều chỉnh bằng phương pháp là thay đổi lối sống và dùng thuốc, trong đó statin là thuốc được lựa chọn hàng đầu [1], [3]. Để tối ưu hóa lợi ích chính giảm LDL-c và ngăn ngừa biến cố tim mạch cũng như hạn chế tác dụng không mong muốn thì việc sử dụng statin cần đảm bảo hợp lý.

Đến nay, dữ kiện kết quả nghiên cứu đánh giá tính hợp lý trong sử dụng statin trên đối tượng bệnh nhân đồng mắc tăng huyết áp và rối loạn lipid máu tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở còn hạn chế. Nghiên cứu này được tiến hành tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải trong bối cảnh số lượng bệnh nhân điều trị tăng huyết áp đồng mắc rối loạn lipid máu ngày càng tăng, trong khi các hướng dẫn điều trị rối loạn lipid máu tại cơ sở y tế này chưa được cập nhật. Thông qua nghiên cứu này sẽ giúp đánh giá tính hợp lý của việc sử dụng statin trên đối tượng bệnh nhân điều trị ngoại trú đồng mắc tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, đồng thời xác định các yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc statin chưa hợp lý. Từ đó, đưa ra những chiến lược tăng cường công tác sử dụng thuốc statin hợp lý, an toàn và hiệu quả trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đơn thuốc của bệnh nhân ngoại trú được chẩn đoán tăng huyết áp có rối loạn lipid máu tại phòng khám Trung tâm Y tế huyện Đông Hải.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đơn thuốc của bệnh nhân ngoại trú được chẩn đoán tăng huyết áp có rối loạn lipid máu được chỉ định sử dụng thuốc statin điều trị rối loạn lipid máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc không có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Y tế huyện Đông Hải.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu cần nghiên cứu

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

p: dựa vào nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Dũng và cộng sự (2020) ghi nhận tỷ lệ sử dụng statin hợp lý trước can thiệp là 87,88%, do đó chúng tôi chọn $p=0,88$ [2].

d: sai số cho phép 5% ($d = 0,05$)

Thay các giá trị trên vào công thức, chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu là 162 mẫu. Để dự phòng trường hợp loại trừ mẫu do vi phạm các tiêu chí nghiên cứu, chúng tôi đã lấy thêm 20% số cỡ mẫu tối thiểu. Kết quả trong thời gian từ 01/05/2021 đến 28/02/2022, chúng tôi đã thu thập được tổng số 195 mẫu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn đơn thuốc từ 01/05/2021 – 28/02/2022 của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải, tỉnh Bạc Liêu thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, tiếp theo đánh số thứ tự từ 1 đến N. Chọn ra được 195 mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Tính hệ số k theo công thức $k=N/195$. Chọn 1 số ngẫu nhiên x với $1 \leq x \leq k$. Đơn thuốc đầu tiên được chọn mang số thứ tự x. Những đơn thuốc tiếp theo mang số thứ tự lần lượt là $x + k$, $x + 2k$, $x + 3k$, $x + 4k$,... Nhóm nghiên cứu lọc được danh sách gồm 3150 đơn thuốc, áp dụng theo cách tính trên thì hệ số $k = 3150/195 = 16,2$. Chọn $x=1$. Như vậy, đơn thuốc đầu tiên là đơn thuốc số 1, các đơn thuốc tiếp theo lần lượt là 17, 33, 49, 65,...

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu gồm: nhóm tuổi (<65 , ≥ 65 tuổi), giới tính (nam và nữ), số bệnh lý kèm theo (≤ 3 bệnh và >3 bệnh) và số thuốc

trong đơn (≤ 5 thuốc và > 5 thuốc).

Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc statin trên bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu, bao gồm: hợp lý về chỉ định, hợp lý về liều dùng, hợp lý về số lần dùng trong ngày, hợp lý về thời điểm dùng, hợp lý về tương tác thuốc và hợp lý về việc ngăn ngừa chống chỉ định. Trong đó hợp lý chung là khi thỏa tất cả các tiêu chí kê đơn statin hợp lý về chỉ định, liều dùng, số lần dùng trong ngày, thời điểm dùng thuốc, tương tác thuốc và chống chỉ định.

Xác định một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc statin chưa hợp lý trên bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu, bao gồm: yếu tố thuộc về người kê đơn thuốc (tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và tham gia tập huấn sử dụng thuốc an toàn hợp lý), yếu tố thuộc về bệnh nhân (tuổi, giới, bệnh mắc kèm, số thuốc trên đơn).

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0. Áp dụng mô tả thống kê trong việc tính toán tỷ lệ %. Áp dụng kiểm định Chi bình phương để so sánh các tỷ lệ với sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê nếu mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và bác sĩ trong mẫu nghiên cứu (N=195)

Đặc điểm chung	n	Tỷ lệ (%)
Giới tính bệnh nhân		
Nam	73	37,4
Nữ	122	62,6
Nhóm tuổi bệnh nhân		
<65 tuổi	103	52,8
≥ 65 tuổi	92	47,2
Bệnh lý mắc kèm		
Tiền sử nhồi máu não	3	1,5
Đái tháo đường	136	69,7
Thiếu máu cơ tim	61	31,3
Cơn đau thắt ngực ổn định	7	3,6
Tiền sử nhồi máu cơ tim	3	1,5

3.3. Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng statin hợp lý

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng statin chưa hợp lý (N=195)

Đặc điểm	Kê đơn statin		OR (95% CI)	p
	Hợp lý (n, %)	Chưa hợp lý (n, %)		
Giới bác sĩ				
Nam	67 (60,4)	44 (39,6)	0,85 (0,47 – 1,52)	0,576
Nữ	54 (64,3)	30 (35,7)		
Tuổi Bác sĩ				
≤ 35	25 (52,1)	23 (47,9)	0,58 (0,30 – 1,12)	0,101
> 35	96 (65,3)	51 (34,7)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu bảng 1.1 cho thấy đặc điểm mẫu nghiên cứu có tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới. Bệnh mắc kèm phổ biến trong mẫu nghiên cứu bao gồm bệnh đái tháo đường (69,7%), bệnh lý hội chứng vành cấp và mạn tính (36,4%).

Bảng 2. Thuốc statin được chỉ định sử dụng (N=195)

Tên thuốc statin	n	Tỷ lệ (%)
Atorvastatin	141	72,3
Fluvastatin	14	7,2
Pravastatin	40	20,5

Nhận xét: Thuốc statin phổ biến nhất được sử dụng trong nghiên cứu là atorvastatin (72,3%), kế đến là pravastatin (20,5%).

3.2. Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc statin trên bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu

Bảng 3. Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng statin (N=195)

Tiêu chí sử dụng statin	n	Tỷ lệ (%)	
Chỉ định	Hợp lý	182	93,3
	Chưa hợp lý	13	6,7
Liều dùng	Hợp lý	137	70,3
	Chưa hợp lý	58	29,7
Số lần dùng	Hợp lý	194	99,5
	Chưa hợp lý	1	0,5
Thời điểm dùng	Hợp lý	192	98,5
	Chưa hợp lý	3	1,5
Chống chỉ định	Hợp lý	195	100
	Chưa hợp lý	0	0
Tương tác thuốc	Hợp lý	194	99,5
	Chưa hợp lý	1	0,5
Hợp lý chung	Hợp lý	121	62,1
	Chưa hợp lý	74	37,9

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu bảng 1.3 cho thấy tỷ lệ hợp lý chung là 62,1%. Trong đó, chiếm tỷ lệ hợp lý cao nhất là tiêu chí kiểm soát chống chỉ định (100%), kế đến là tương tác thuốc và số lần dùng thuốc (99,5%). Tiêu chí liều dùng thuốc có tỷ lệ hợp lý thấp nhất (70,3%), kế đến là tiêu chí chỉ định dùng thuốc (93,3%).

Trình độ chuyên môn				
Sau đại học	78 (74,3)	27 (25,7)	3,13 (1,72 – 5,88)	<0,001
Đại học	43 (47,8)	47 (52,2)		
Thâm niên công tác				
≤ 5 năm	25 (54,3)	21 (45,7)	0,66 (0,34 – 1,29)	0,218
> 5 năm	96 (64,4)	53 (35,6)		
Tham gia hội thảo chuyên đề, bình đơn thuốc				
Có tham gia	96 (64,4)	53 (35,6)	1,52 (0,78 – 2,97)	0,218
Không tham gia	25 (54,3)	21 (45,7)		
Tuổi của bệnh nhân				
<65 tuổi	69 (67,0)	34 (33,0)	1,56 (0,87 – 2,79)	0,133
≥ 65 tuổi	52 (56,5)	40 (43,5)		
Giới tính bệnh nhân				
Nam	46 (63,0)	27 (37,0)	1,07 (0,59 – 1,94)	0,830
Nữ	75 (61,5)	47 (38,5)		
Số bệnh mắc kèm				
≤3 bệnh	90 (84,9)	16 (15,1)	10,52 (5,29 – 20,93)	<0,001
>3 bệnh	31 (34,8)	58 (65,2)		
Số thuốc trong đơn				
≤5 thuốc	52 (81,3)	12 (18,8)	3,89 (1,90 – 7,96)	<0,001
>5 thuốc	69 (52,7)	62 (47,3)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu trong bảng 1.4 ghi nhận yếu tố trình độ chuyên môn của bác sĩ, số bệnh mắc kèm và số thuốc trong đơn có liên quan có ý nghĩa thống kê với việc sử dụng statin hợp lý ($p < 0,001$). Trong đó, bác sĩ có trình độ sau đại học có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao hơn gấp hơn 3 lần (95%CI: 1,72 – 5,88) so với bác sĩ có trình độ đại học; bệnh nhân có từ 3 bệnh mắc kèm trở xuống có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao gấp 10,5 lần (95%CI: 5,29 – 20,93) so với bệnh nhân có trên 3 bệnh mắc kèm; số thuốc trong đơn từ 5 thuốc trở xuống có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao gấp gần 4 lần (95%CI: 1,90 – 7,96) so với đơn thuốc có trên 5 thuốc.

Các yếu tố còn lại bao gồm giới, tuổi bác sĩ, thâm niên công tác, tham gia sinh hoạt hội thảo chuyên đề, tuổi, giới bệnh nhân không ảnh hưởng một cách có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ kê đơn statin hợp lý ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân được phân tầng nguy cơ tim mạch mức rất cao phổ biến nhất trên bệnh lý thiếu máu cơ tim (31,3%), kể đến là cơn đau thắt ngực ổn định (3,6%) và tiền sử nhồi máu não, tiền sử nhồi máu cơ tim (1,5%). Bệnh nhân đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao tuy nhiên tại nơi nghiên cứu việc xét nghiệm tầm soát biến chứng chức năng thận chưa được triển khai thường quy trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú điều trị đái tháo đường.

4.2. Đánh giá tính hợp lý trong việc sử

dụng thuốc statin trên bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu. Atorvastatin được sử dụng phổ biến nhất (72,3%), kể đến là pravastatin (20,5%) và fluvastatin (7,2%). Không ghi nhận việc sử dụng rosuvastatin hoặc simvastatin trong nghiên cứu. Sau dịch bệnh Covid-19, việc cung ứng thuốc đảm bảo đầy đủ trở thành vấn đề khá khó khăn, đặc biệt đối với một trung tâm y tế vùng sâu, vùng xa tại huyện Đông Hải (tỉnh Bạc Liêu) vì vậy cơ sở thuốc statin không được đa dạng và phong phú.

Theo khuyến cáo của ESC/EAS năm 2019, bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch rất cao cần được điều trị giảm LDL-c $\geq 50\%$ so với mức LDL ban đầu hoặc đưa LDL-c về mức dưới 1,4 mmol/L[3]. Trong khi đó, theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam năm 2015, statin mạnh có mức giảm LDL-c $\geq 50\%$ ban đầu bao gồm: rosuvastatin 20mg và atorvastatin 40mg[1]. Tỷ lệ chưa hợp lý trong chỉ định chiếm 6,7% bắt nguồn từ việc chỉ định fluvastatin hoặc pravastatin cho đối tượng bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao (tai biến mạch máu não, cơn đau thắt ngực, thiếu máu cơ tim). Tỷ lệ chỉ định hợp lý trong nghiên cứu 93,3% là cao hơn giai đoạn trước can thiệp trong nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Dũng (2020), tuy nhiên thấp hơn giai đoạn sau can thiệp (97,0%)[2]. Điều này được giải thích tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải hoạt động sinh hoạt chuyên đề cung cấp thông tin kê đơn statin đã được triển khai, tuy nhiên chất lượng hoạt động chưa phát huy hiệu quả tối đa.

Tỷ lệ liều dùng hợp lý thấp chiếm 70,3%, xuất phát từ việc chỉ định liều dùng atorvastatin chưa hợp lý trên đối tượng nguy cơ rất cao, cụ thể chỉ định atorvastatin liều 20mg thay vì theo khuyến cáo là 40mg. Kết quả này nhìn chung cao hơn so với nghiên cứu tác giả Lê Trọng Dũng (2020) có tỷ lệ hợp lý liều dùng trước can thiệp là 43,0%. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ việc khác nhau về bệnh nhân điều trị ngoại trú trong nghiên cứu của chúng tôi và điều trị nội trú trong nghiên cứu tác giả Lê Trọng Dũng (2020), vì vậy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ tim mạch khác nhau[2].

Statin chỉ định dùng 2 lần/ngày ghi nhận trên 1 trường hợp và statin tác động ngăn được sử dụng buổi sáng thay vì buổi tối như khuyến cáo được ghi nhận trong 3 trường hợp.

Việc vi phạm chống chỉ định statin không xảy ra, điều này do việc xét nghiệm Alanine aminotransferase (ALT) và Creatine Kinase (CK) chưa được tiến hành thường quy trước và trong quá trình điều trị statin trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú tại nơi tiến hành nghiên cứu[1], [3].

Tương tác thuốc xảy ra trên 1 trường hợp bệnh nhân (chiếm 0,5%) được chỉ định sử dụng phối hợp statin – fibrat. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Camille Morival (2018) với tỷ lệ tương tác là 22,5% (trong đó tỷ lệ tương tác chống chỉ định là 1%) và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Dũng (2020) với tỷ lệ tương tác 1,5%[2], [4]. Sự khác biệt này bắt nguồn do việc không ghi nhận sự có mặt của các thuốc statin có nguy cơ tương tác cao như simvastatin, rosuvastatin trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu, pravastatin xuất hiện với tần suất lớn tuy nhiên đây là thuốc không chuyển hóa qua hệ thống cytochrom P450 nên không xảy ra tương tác thuốc. Ngoài ra, chúng tôi chỉ ghi nhận tương tác khi có ý nghĩa lâm sàng, cụ thể có mức độ từ nghiêm trọng trở lên so với những nghiên cứu trước đây ghi nhận cả những tương tác nhẹ, trung bình và nặng.

Tỷ lệ hợp lý chung khi có ít nhất 1 trong các tiêu chí trên vi phạm quy định, kết quả có 74/195 đơn thuốc chưa hợp lý (chiếm 37,9%) bắt nguồn từ chưa hợp lý về liều dùng (29,7%) và chỉ định (6,7%).

4.3. Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng statin hợp lý. Bác sĩ trình độ sau đại học có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao hơn gấp 3 lần so với bác sĩ trình độ đại học. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Sylvi Irawati (2019) nhấn mạnh tầm quan trọng việc nhận được nền tảng giáo dục tại các trường đại học đối với việc nâng

cao kiến thức kê đơn statin[5].

Bệnh nhân có số bệnh mắc kèm hơn 3 bệnh có nguy cơ xảy ra việc kê đơn chưa hợp lý cao gấp 10,5 lần so với bệnh nhân có từ 3 bệnh mắc kèm trở xuống. Sự chênh lệch này bắt nguồn chính từ gia tăng số lượng thuốc trong đơn của bệnh nhân đa bệnh lý[6]. Nghiên cứu này cũng ghi nhận đơn thuốc có trên 5 thuốc trở lên có nguy cơ chưa hợp lý cao hơn đáng kể so với đơn thuốc có từ 5 thuốc trở xuống. Một số nghiên cứu trước đây đã tìm thấy mối liên quan giữa việc việc đơn có nhiều thuốc gia tăng nguy cơ xảy ra sai sót trong kê đơn. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Weng MC (2013) ghi nhận bệnh nhân được kê từ 5 thuốc trở lên có nguy cơ xảy ra kê đơn chưa hợp lý cao gấp 5,4 lần so với bệnh nhân được kê đơn dưới 5 thuốc [7]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Santoyo Fexas (2020) ghi nhận đơn thuốc từ 7 thuốc trở lên có nguy cơ gia tăng đáng kể sai sót kê đơn [8].

Mặc dù nhóm bác sĩ có tham gia tập huấn có tỷ lệ kê đơn statin hợp lý cao hơn nhóm không tham gia tập huấn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Vì vậy chương trình tập huấn như sinh hoạt chuyên đề, bình đơn thuốc cần được cải tiến hơn nữa bám sát vào vấn đề chưa hợp lý trong kê đơn ở những nghiên cứu khảo sát để định hướng tốt nội dung tập huấn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hợp lý chung trong kê đơn statin là 62,1%, trong đó tỷ lệ hợp lý thấp nhất ở tiêu chí liều dùng (70,3%) kể đến là tiêu chí chỉ định (93,3%). Trình độ chuyên môn của bác sĩ, số bệnh mắc kèm của bệnh nhân và số thuốc trong đơn là những yếu tố có liên quan đến việc kê đơn statin hợp lý ($p < 0,001$). Yếu tố tập huấn sử dụng statin mặc dù đã được tiến hành nhưng chưa liên quan đến tính hợp lý trong kê đơn vì vậy cần tiến hành cải tiến nội dung chương trình tập huấn tại trung tâm y tế hơn nữa nhằm mục tiêu tăng cường tính hợp lý trong sử dụng statin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội tim mạch học Việt Nam (2015)**, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn Lipid 2015, tr. 7–29.
2. **Lê Trọng Dũng, Hà Thị Thu Thủy, Bùi Đăng Lan Hương (2020)**, "Hiệu quả hướng dẫn các khuyến cáo mới trong điều trị rối loạn lipid máu," *Y học cộng đồng*, 59(6), tr. 69–74.
3. **F. Mach and et.al. (2020)**, "2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk," *Eur. Heart J.*, 41, pp. 111–188.
4. **C. Morival, R. Westerlynck, G. Bouzillé and et.al. (2018)**, "Prevalence and nature of statin

- drug-drug interactions in a university hospital by electronic health record mining," *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 74(4), pp. 525–534.
5. **S. Irawati andet. al.(2020)**, "Key factors influencing the prescribing of statins: a qualitative study among physicians working in primary healthcare facilities in Indonesia", *BMJ Open*, 10(6), pp. e035098.
 6. **M. E. Tinetti, S. T. J. Bogardus, and J. V. Agostini (2004)**, "Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions.", *N. Engl. J. Med.*, 351(27), pp. 2870–2874.
 7. **M.-C. Weng andet.al.(2013)**, "The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases.", *QJM*, 106(11), pp. 1009–1015.
 8. **L. Santoyo-Fexas andet.al. (2020)**, "AB1292-HPR Number of Drugs in the Prescription, A Predisposing Factor for Medication Errors In Rheumatology", *Ann. Rheum. Dis.*, 79(1), pp. 1936.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TÌNH TRẠNG MỆT MỎI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TRUYỀN HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đức Dương¹, Lê Thị Thu Uyên¹, Phan Thị Thùy¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích khảo sát thực trạng mệt mỏi và phân tích một số yếu tố liên quan đến mệt mỏi của bệnh nhân ung thư phổi truyền hóa chất. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang với cỡ mẫu là 110 bệnh nhân ung thư phổi đang truyền hóa chất tại khoa Nội II bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi ở các mức độ khác nhau, trong đó: 27,3% mệt mỏi nhẹ, 67,3% mệt mỏi vừa và 5,4% mệt mỏi nặng. Kết quả phân tích đa biến cho thấy mô hình nghiên cứu phù hợp và giải thích được 69,8% tình trạng mệt mỏi. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng mệt mỏi bao gồm rối loạn giấc ngủ ($\beta = 0,504$; $p < 0,001$), lo lắng ($\beta = 0,208$; $p = 0,039$), và hỗ trợ xã hội ($\beta = -0,226$; $p = 0,002$). Các yếu tố liên quan đến mức độ mệt mỏi của người bệnh bao gồm: giới tính, tuổi, thu nhập hàng tháng, số đợt hóa trị đã hoàn thành, tình trạng rối loạn giấc ngủ, hỗ trợ xã hội ($p < 0,05$).

Từ khóa: mệt mỏi, ung thư phổi, truyền hóa chất

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH CANCER-RELATED FATIGUE AMONG LUNG CANCER PERSONS UNDERGOING CHEMOTHERAPY IN NGHEAN ONCOLOGY HOSPITAL

Cancer-related fatigue is a common symptom in lung cancer persons with chemotherapy treatment. This research employed a cross-sectional descriptive design to determine the cancer-related fatigue and its related factors among 110 lung cancer persons undergoing chemotherapy at Nghean Oncology Hospital. The results show that 100% of the patients

had fatigue with different levels, which moderate was 27,3%, mid was 67,3% and severe fatigue was 5,4%. The hypothesized model explained 69,8% of fatigue variance. Insomnia had the greatest direct effect on fatigue ($\beta = 0,504$, $p < 0,001$), following by anxiety ($\beta = 0,208$, $p < 0,039$), and social support ($\beta = -0,226$ ($p = 0,002$)). The factors relating the level of fatigue were sex, age, monthly income, the number of completed chemotherapy, insomnia, social support ($p < 0,05$).

Key words: cancer-related fatigue, lung cancer, chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, là bệnh ung thư thường gặp hàng đầu ở nam giới và thứ ba ở nữ giới [1]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ bệnh nhân sống sót sau 5 năm kể từ khi chẩn đoán chỉ khoảng 15% vì dấu hiệu lâm sàng giai đoạn đầu ung thư phổi thường âm thầm, biểu hiện kín đáo [2]. Ở Việt Nam, truyền hóa chất là phương pháp điều trị ung thư phổi phổ biến nhất, nó thường được kết hợp cùng với xạ trị để điều trị cho từng giai đoạn thích hợp. Tuy nhiên nó có nhiều tác dụng phụ mà một trong số đó là mệt mỏi liên quan đến ung thư. Mệt mỏi xuất hiện trong suốt quá trình chẩn đoán, điều trị và chăm sóc gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, vì vậy cần phải kiểm soát sự mệt mỏi cho bệnh nhân ung thư phổi trong thời gian truyền hóa chất. Tuy nhiên, dù có nhiều nỗ lực nhưng việc kiểm soát các triệu chứng mệt mỏi do ung thư phổi gây ra vẫn còn nhiều hạn chế và thách thức. Trong khi đó, tại Việt Nam tình trạng mệt mỏi do ung thư và các yếu tố liên quan vẫn chưa được quan tâm nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành

*Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Dương

Email: ducduong@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022