BÀI NGHIÊN CỨU

Thực trạng tuân thủ Hướng dẫn điều trị trong kê đơn nội trú trên bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Hữu Nghị

Nguyễn Thị Thu Thủy[1], Hồ Thị Ngọc[1], Lê Vân Anh[2], Bùi Long[2], Nguyễn Hữu Duy[1], Đồng Thị Xuân Phương[1], Phạm Thị Thúy Vân[1]

[1] Trường Đại học Dược Hà Nội

[2] Bệnh viện Hữu Nghị

**Tác giả liên hệ: vanptt@hup.edu.vn*

(Ngày gửi đăng: 23/12/2021 – Ngày duyệt đăng: 19/4/2022)

SUMMARY

Introduction: Acute coronary syndrome (ACS) is a common disease in the patients treated at Huu Nghi hospital. Adhering to treatment guidelines is one of the solutions to improve effectiveness and safety of drug use for patients with ACS. Objective: To analyze the compliance with clinical guidelines of prescribing of 5 drug classes including: antiplatelets, anticoagulants, angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers (ACEI/ARB), beta blockers and statins. Subject and method: A retrospective study of patients admitted to hospital with the diagnosis of ACS during the period from 01/01/2019 to 30/09/2020 was conducted, using the criteria which were developed from national and international treatment guidelines and product labels to analyze the adherence of the prescriptions. Results: antiplatelet agents, anticoagulants, ACEI/ARB, beta blockers and statins were prescribed in 98.9%, 86.6%, 85 %, 39.5 % and 94.6 % of patients, respectively. The proportion of appropriate indication/selection of antiplatelets, anticoagulants, ACEI/ARB, beta blockers and statins were 98.4 %, 87.7 %, 94.6 %, 64.7 % and 94.2 %, respectively. The percentage of appropriate dosing regimen of antiplatelets, anticoagulants, ACEIs/ARBs, beta blockers and statins were 18.7 %, 51.8 %, 99.4 %, 100 % and 3.7 %, respectively. Conclusion: In general, physician's prescribing practices complied quite well with treatment guidelines in Huu Nghi hospital, except for some prescriptions with suboptimal indications of beta blocker and inappropriate dosing regimens of antiplatelets, anticoagulants as well as statins. These results were expected to contribute to improving the quality of the treatment for patients with ACS in the hospital.

Từ khóa: *hội chứng mạch vành cấp, hướng dẫn, nội trú, thực trạng kê đơn, tuân thủ.*

Đặt vấn đề

Dữ liệu năm 2019 của WHO đã ghi nhận nhóm bệnh thiếu máu cục bộ bao gồm Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) vẫn là một trong các nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới [8]. Thuật ngữ Hội chứng động mạch vành cấp hay còn gọi tắt là Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) bao gồm: (1) Nhồi máu cơ

tim (NMCT) cấp có đoạn ST chênh lên trên điện tim đồ; (2) Hội chứng mạch vành cấp không có ST chênh lên (HCMVCKSTCL), bao gồm hai dạng bệnh cảnh: NMCT không ST chênh lên và Đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ) tương tự nhau về triệu chứng và điều trị.

Hiện nay đã có nhiều các Hướng dẫn điều trị (HDĐT) dựa trên bằng chứng, có tính cập nhật như European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association/American College of Cardiology (ACC/AHA) về quản lý thuốc điều trị HCMVC [2], [6], [7].

Kê đơn thuốc tuân thủ HDĐT đã chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng trong nằm viện và sau khi ra viện. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra thực trạng kê đơn thuốc chưa phù hợp với HDĐT trong điều trị HCMVC [3], [9]. Tại Việt Nam, năm 2019 Bộ Y tế đã ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp" [1]. Hiện nay, chưa có số liệu chính thức về tỷ lệ kê đơn phù hợp theo các HDĐT tại tại Bệnh viện Hữu Nghị. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu phân tích được đặc điểm về chỉ định, lựa chọn và liều dùng trong kê đơn một số nhóm thuốc theo khuyến cáo của HDĐT trên bệnh nhân nội trú bị HCMVC tại Bệnh viện Hữu Nghị. Kết quả thu được sẽ là tiền đề quan trọng để tiếp tục nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị HCMVC tại bệnh viện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nội trú HCMVC trong thời gian từ 48 giờ trở lên tại Bệnh viện Hữu Nghị trong khoảng thời gian từ 01/01/2019 đến 30/09/2020.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: quan sát, mô tả dựa trên hồi cứu thông tin từ bệnh án, phân tích tuân thủ hướng dẫn điều trị của các đơn kê dựa trên bộ tiêu chí tự xây dựng.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu.
- Tần suất kê đơn các nhóm thuốc.
- Tính phù hợp với hướng dẫn về chỉ định/lựa chọn, liều dùng của 5 nhóm thuốc: kháng kết tập tiểu cầu (KKTTC), chống đông, ức chế men chuyển/chẹn thụ thể AT1 (ƯCMC/CTTA), chẹn beta giao cảm, statin.

Phương pháp đánh giá tính phù hợp:

Tính phù hợp về chỉ định/lựa chọn, liều dùng được đánh giá dựa trên một bộ tiêu chí, được xây dựng dựa trên các tài liệu tham chiếu được trình bày trong Bảng 1. Nhóm chuyên gia xây dựng bộ tiêu chí bao gồm: 2 dược sĩ lâm sàng đang thực hành trong lĩnh vực tim mạch và 1 bác sĩ lâm sàng chuyên ngành tim mạch. Khi thông tin khác biệt giữa các tài liệu, quyết định về nội dung trong bộ tiêu chí được thực hiện qua thảo luận và đồng thuận nhóm. Quá trình đánh giá được thực hiện bởi 1 dược sĩ lâm sàng đang thực hành trong lĩnh vực tim mạch và 1 bác sĩ lâm sàng chuyên ngành tim mạch.

Bảng 1. Các tài liệu tham chiếu

	Tài liệu tham chiếu
1	Hướng dẫn và xử trí hội chứng mạch vành cấp của Bộ Y tế (2019)
2	Hướng dẫn quản lý hội chứng mạch vành cấp ST chênh lên -ESC- 2017
3	Hướng dẫn quản lý nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên - ACC/AHA - 2013
4	Hướng dẫn quản lý hội chứng mạch vành cấp ST không chênh -ACC/AHA- 2014
5	www.drugbank.vn, tờ hướng dẫn sử dụng của các thuốc sử dụng tại Bệnh viện

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là người cao tuổi với tuổi trung bình là 76,7 (năm). Đa số là bệnh nhân nam (82 %). Khi nhập viện, hầu hết bệnh nhân có mức lọc cầu thận dưới 60 ml/phút và có đến 66,3 % bệnh nhân có mức lọc cầu thận từ 30 – 59 ml/phút. Về chức năng gan, phần lớn bệnh nhân có AST/ALT < 100 U/L. Hầu hết bệnh nhân ra viện trong tình trạng ổn định, trung bình thời gian nằm viện là 13,7 ngày (Bảng 2).

Chẩn đoán chủ yếu của mẫu nghiên cứu là Hội chứng vành cấp ST không chênh lên, chiếm 86,1 %; còn lại 13,9 % được chẩn đoán xác định ghi trong bệnh án là nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Về phương pháp điều trị, tỷ lệ

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm), TB ± SD	*76,7 ± 9,6*
Giới tính, n (%)	***n=187***
Nam	153 (82)
Nữ	34 (18)
Mức lọc cầu thận nhập viện, n (%)	**n=187**
≥60 ml/phút	21 (11,2)
30-59 ml/phút	124 (66,3)
15-29 ml/phút	36 (19,3)
<15 ml/phút	1 (0,5)
Lọc thận	5 (2,7)
Men gan AST/ALT khi nhập viện, n (%)	***n=159***
≥100U/L	13 (8,2)
<100U/L	146 (91,8)
Thời gian nằm viện (ngày), TB ± SD	*13,7 ± 7,8*
Tình trạng ra viện, n (%)	
Ổn định	185 (98,9)
Chuyển viện do nặng hơn	2 (1,1)

bệnh nhân được áp dụng biện pháp tái tưới máu cao (63,6 %), cao hơn so với điều trị nội khoa (36,4 %) (Bảng 3). Các biến chứng ghi nhận bao gồm rung nhĩ, suy tim, sốc tim, rung thất trong đó phổ biến nhất là suy tim chiếm 9,6 %.

Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán và điều trị HCMVC

Đặc điểm	Tỷ lệ, n (%) (N=187)
Chẩn đoán, n (%)	
Nhồi máu cơ tim ST chênh lên	26 (13,9)
Hội chứng vành cấp ST không chênh lên	161 (86,1)
Biện pháp điều trị, n (%)	
Can thiệp mạch vành qua da	119 (63,6)
Không can thiệp (điều trị nội khoa)	68 (36,4)
Biến chứng, n (%)	
Rung nhĩ	7 (3,7)
Suy tim	18 (9,6)
Sốc tim	1 (0,5)
Rung thất	1 (0,5)

Tỷ lệ kê đơn các nhóm thuốc

Năm nhóm thuốc nghiên cứu đều có tỷ lệ kê đơn cao từ 85 % trở lên, ngoại trừ nhóm chẹn beta chỉ được kê đơn với tỷ lệ 39,5 % (Bảng 4). Khi ghi nhận các lý do liên quan đến tỷ lệ kê đơn chẹn beta thấp, 43 % bệnh nhân có các bệnh lý liên quan đến chống chỉ định hoặc thận trọng của nhóm thuốc, 57 % chưa rõ lý do các trường hợp còn lại không được kê đơn nhóm thuốc này.

Ngoài ra, thuốc ức chế bơm proton được kê đơn với tỷ lệ 82,3 %.

Bảng 4. Tỷ lệ kê đơn các nhóm thuốc

Nhóm thuốc	Tỷ lệ bệnh nhân, n (%)		
	Nhóm có can thiệp mạch vành N=119	Nhóm chỉ điều trị nội khoa N=68	Tổng N=187
KKTTC	119 (100)	66 (97,1)	185 (98,9)
Chống đông dùng đường tiêm	115 (96,6)	47 (69,1)	162 (86,6)
ƯCMC/CTTA	101 (84,8)	58 (85,3)	159 (85)
Chẹn beta giao cảm	52 (43,7)	22 (32,4)	74 (39,5)
Statin	117 (98,3)	60 (88,2)	177 (94,6)
Chống đông dùng đường uống	0 (0)	2 (2,9)	2 (1,1)
Ức chế bơm proton	97 (81,5)	57 (83,8)	154 (82,3)

Tính phù hợp theo khuyến cáo của bộ tiêu chí

Phù hợp về chỉ định/lựa chọn

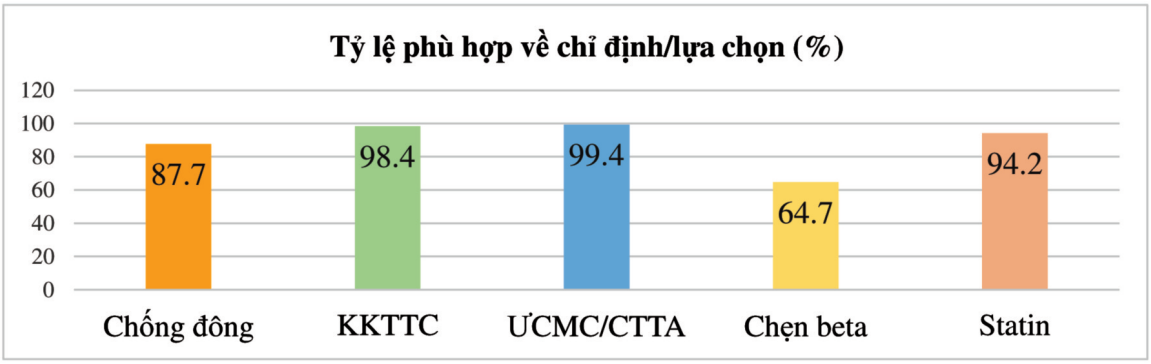
Nhìn chung tỷ lệ phù hợp về chỉ định/lựa chọn thuốc cao hơn 85 % với bốn nhóm thuốc là chống đông (87,7 %), KKTTC (98,4 %), ƯCMC/CTTA (99,4 %), statin (94,2 %). Tỷ lệ phù hợp về chỉ định hoặc lựa chọn đạt 64,7 % với nhóm chẹn beta (Hình 1).

Các lý do liên quan đến kê đơn chưa phù hợp của 5 nhóm thuốc được trình bày trong Bảng 5. Nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp kê đơn thuốc chống đông hoặc thuốc KKTTC khi có xuất huyết; 1 trường hợp kê đơn thuốc chẹn beta khi có block nhĩ thất độ II-III, 4 trường hợp kê đơn rosuvastatin khi mức lọc cầu thận dưới 30 ml/phút và 1 trường hợp kê đơn thuốc này khi men gan cao hơn 3 lần giới hạn trên bình thường. Hầu hết các trường hợp còn lại nhóm nghiên cứu đều chưa ghi nhận được lý do không kê đơn ghi trong bệnh án.

Phù hợp về liều dùng

Nhìn chung, tỷ lệ sử dụng liều dùng phù hợp cao với các nhóm ƯCMC/CTTA và chẹn beta (lần lượt là 94,6 % và 100 %). Tỷ lệ liều dùng thuốc chống đông phù hợp đạt khoảng 50 %. Các thuốc KKTTC và statin có tỷ lệ liều phù hợp thấp, lần lượt là 18,7 % và 3,7 % (Hình 2).

Các lý do liều dùng chưa phù hợp được trình bày ở Bảng 6. Đối với nhóm thuốc KTTTC, các trường hợp không phù hợp đều

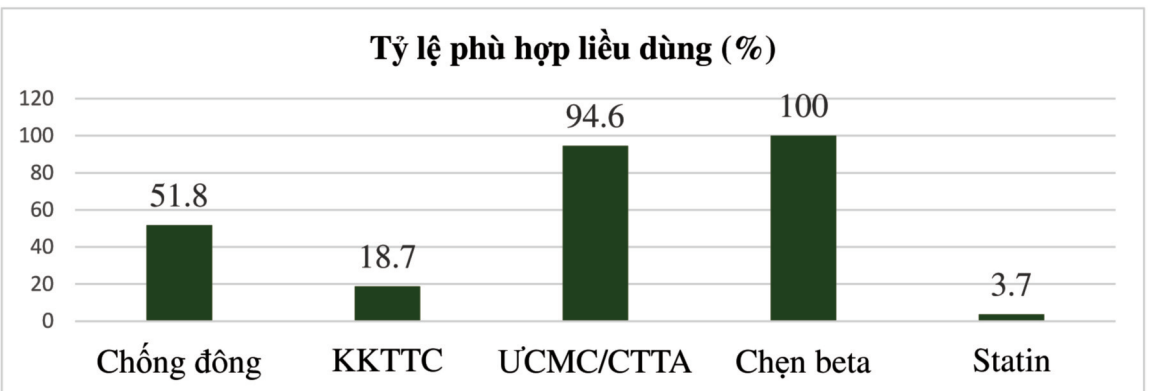


Hình 1. Tỷ lệ phù hợp về chỉ định/lựa chọn của các nhóm thuốc

Bảng 5. Lý do chỉ định/lựa chọn không phù hợp của các nhóm thuốc

Lý do không phù hợp	***Tỷ lệ***
Nhóm kháng kết tập tiểu cầu, n (%)	***n=3***
Xuất huyết đang diễn ra	1 (33,3)
Không kê đơn KKTTC kép dù có chỉ định	2 (66,7)
Nhóm chống đông, n (%)	***n=23***
Kê đơn khi có xuất huyết tiêu hóa	2 (18,7)
Không được kê đơn dù có chỉ định	21 (91,3)
Nhóm ức chế men chuyển/ chẹn thụ thể AT1, n (%)	***n=10***
Không được kê đơn dù có chỉ định	10 (100)
Nhóm chẹn beta, n (%)	***n= 66***
Không được kê đơn dù có chỉ định	65 (98,5)
Block nhĩ thất độ II-III	1 (1,5)
Nhóm statin, n (%)	***n=11***
Bệnh nhân không được kê đơn dù có chỉ định	6 (54,5)
Kê đơn rosuvastatin khi mức lọc cầu thận < 30ml/phút	4 (36,4)
Men gan cao gấp 3 lần giới hạn trên bình thường	1 (9,1)

do chưa sử dụng liều nạp theo khuyến cáo. Đối với thuốc chống đông, hầu hết các trường hợp đều dùng liều thực tế thấp hơn 10 % so với liều khuyến cáo. Điều này là do chế phẩm chủ yếu sử dụng là chế phẩm 40 mg/0,4 ml, trong khi tỷ lệ bệnh nhân dùng chế phẩm có vạch chia liều 60 mg/0.6 ml rất thấp dẫn tới các bệnh nhân đều chưa được sử dụng liều cá thể hóa theo cân nặng. Tỷ lệ liều dùng statin phù hợp rất thấp do hầu hết bệnh nhân chưa được sử dụng liều atorvastatin hoặc rosuvastatin mạnh.



Hình 2. Tỷ lệ phù hợp về liều dùng của các nhóm thuốc

Bảng 6. Lý do không phù hợp về liều dùng của các nhóm thuốc

Lý do không phù hợp	Tỷ lệ
KKTTC, n (%)	
Không dùng liều nạp	***n = 150***
Cả phác đồ KKTTC kép	100 (66,7)
Aspirin	44 (29,3)
Clopidogrel	5 (3,3)
Ticagrelor	1 (6,7)
Chống đông, n (%)	***n=78***
Liều thấp hơn 10% so với khuyến cáo	75 (96,1)
Chưa hiệu chỉnh liều enoxaparin ở bệnh nhân NMCT ST chênh lên khi tuổi ≥ 75	1 (1,3)
Chưa chỉnh liều enoxaparin ở BN eGFR<30ml/phút/1,73m^2	2 (2,6)
Ức chế men chuyển/chẹn thụ thể AT1, n (%)	***n=1***
Liều cao hơn so với khoảng liều	1 (100)
Statin, n (%)	
BN không được sử dụng statin mạnh	***n=170***
Không được kê rosuvastatin mạnh	66 (38,8)
Không được kê atorvastatin mạnh	104 (61,2)

Bàn luận

Đặc điểm chung

Nghiên cứu thu thập tổng số 187 bệnh nhân, phần lớn là nam giới cao tuổi (tuổi trung bình 76,7). Các đặc điểm này phù hợp với quần thể chung của bệnh nhân khám chữa bệnh tại Bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu là cán bộ hưu trí. Chẩn đoán chủ yếu của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là hội chứng vành cấp ST không chênh lên, tương tự như kết quả của tác giả Thắng Nguyễn và các nghiên cứu nước ngoài khác [3], [9]. Biến chứng xuất hiện nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu là tình trạng suy tim cấp (9,6 %), ngoài ra còn có một số biến chứng khác như sốc tim, rung nhĩ, rung thất nhưng với tần suất thấp. Tuổi cao và các biến chứng cấp tính gặp phải sau hội chứng mạch vành cấp có thể tác động tới quyết định kê đơn một số nhóm thuốc, đặc biệt là thuốc chẹn beta.

Về chức năng gan thận, nghiên cứu ghi nhận tình trạng men gan AST/ALT ≥100U/L ở 8,2 % bệnh nhân tại thời điểm nhập viện. Đặc điểm này cần được cân nhắc trong việc kê đơn các thuốc statin do các thuốc này có chống chỉ định sử dụng ở bệnh nhân có men gan tăng hơn 3 lần ngưỡng giới hạn trên bình thường. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy gần 90 % bệnh nhân đều có suy giảm chức năng thận với mức lọc cầu thận < 60 ml/phút. Chức năng thận là căn cứ quan trọng để bác sĩ kê đơn liều phù hợp trên bệnh nhân, đặc biệt là các thuốc chống đông, một số thuốc ức chế men chuyển. Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu có 19,3 % bệnh nhân có mức lọc cầu thận nhỏ hơn 30 ml/phút tại thời điểm nhập viện, là những bệnh nhân cần lưu ý khi sử dụng rosuvastatin (do có chống chỉ định) hoặc enoxaparin (do cần hiệu chỉnh liều).

Phù hợp về chỉ định/lựa chọn

Nghiên cứu đã chỉ ra hầu như các nhóm thuốc quan trọng trong điều trị nội trú HCMVC đều được kê đơn với tỷ lệ cao hơn 85 % (ngoại trừ thuốc chẹn beta). Điều này cho thấy các bác sĩ tại Bệnh viện Hữu Nghị đã rất quan tâm đến việc kê đơn thuốc theo các HDĐT cập nhật.

Phác đồ chống huyết khối bao gồm 1 thuốc chống đông đường tiêm và phác đồ KKTTC kép đã được khuyến nghị khởi đầu sớm trên bệnh nhân HCMVC với mục đích điều trị thuyên tắc mạch máu do cục máu đông và ngăn ngừa huyết khối lan rộng hoặc tái phát [2], [6], [7]. Tỷ lệ kê đơn các nhóm thuốc này cao tới 98,9 % với thuốc KKTTC và 86,6 % với thuốc chống đông đường tiêm. Đánh giá tính phù hợp về chỉ định/lựa chọn cho thấy tỷ lệ phù hợp rất cao, tương ứng là 98,4 % và 87,7 %. Điều này cho thấy các bác sĩ đã tuân thủ tốt các Hướng dẫn điều trị đối với

kê đơn nhóm thuốc KKTTC. Đối với thuốc chống đông, cần lưu ý có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân chưa được kê đơn thuốc chống đông đường tiêm mặc dù có chỉ định theo Hướng dẫn, tỷ lệ này theo Bảng 4. thấp hơn đáng kể ở nhóm chỉ điều trị nội khoa so với nhóm được can thiệp mạch vành. Điều này cho thấy việc kê đơn thường quy thuốc chống đông đường tiêm ở nhóm điều trị nội khoa cần được các bác sĩ điều trị lưu tâm hơn.

Khi sử dụng các phác đồ thuốc chống huyết khối, đặc biệt khi phối hợp giữa thuốc chống đông với thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép, nguy cơ xuất huyết gia tăng, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. Điều này giải thích cho tỷ lệ kê đơn PPI lớn (>80 %) ghi nhận trong mẫu nghiên cứu.

Nhóm thuốc ƯCMC/CTTA sử dụng sớm sau nhồi máu cơ tim cấp đã được chứng minh giúp giảm nguy cơ suy tim, ngăn chặn tái cấu trúc thất trái, cải thiện khả năng sống sót, giảm tỉ lệ tái phát và việc sử dụng sớm nhóm thuốc này đã được khuyến cáo trong các hướng dẫn của ESC, ACC và Bộ Y tế [1], [2], [6]. Tỷ lệ kê đơn nhóm thuốc này trong mẫu nghiên cứu cao (85 %), tỷ lệ phù hợp về chỉ định/lựa chọn rất cao (99,4 %). Điều này cho thấy các bác sĩ đã quan tâm tới việc kê đơn các nhóm thuốc giúp cải thiện tiên lượng lâu dài trên bệnh nhân HCMVC.

Khuyến cáo của các hướng dẫn của Bộ Y tế, ACC/AHA, ESC cũng chỉ ra nên kê đơn sử dụng chẹn beta trong vòng 24 giờ đầu nếu không có chống chỉ định [1], [2], [6]. Các thuốc chẹn beta ức chế receptor beta giao cảm dẫn đến giảm nhịp tim, giảm nhu cầu oxy của tim, giảm tái cấu trúc từ đó cải thiện được chức năng của cơ tim. Điều trị sớm thuốc chẹn beta ở bệnh nhân HCMVC khi nhập viện có liên quan đến việc giảm biến cố tử vong trong bệnh viện và rối loạn nhịp thất nghiêm trọng tốt hơn điều trị muộn (> 24 giờ) kể từ khi có chẩn đoán [5]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ kê đơn thuốc chẹn beta khá thấp (39,5 %), tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Thắng Nguyễn và cộng sự [9]. Điều này có thể do những lo ngại về tác dụng không mong muốn, đặc biệt giai đoạn cấp và trên đối tượng người cao tuổi. Các bệnh nhân người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh lý nền như hen phế quản, COPD, suy tim; cùng với các tình trạng suy tim cấp tính ghi nhận trên bệnh nhân sau HCMVC, đây có thể là những lo ngại dẫn tới tỷ lệ kê đơn thuốc chẹn beta thấp hơn so với khuyến cáo. Chúng tôi đề xuất cần tìm hiểu rõ hơn lý do và các rào cản liên quan đến thực trạng này, từ đó có các giải pháp giúp kê đơn nhóm thuốc này tối ưu hơn.

Phù hợp về liều dùng

Đánh giá tính phù hợp về liều dùng cho thấy tỷ lệ phù hợp khá thấp ở các nhóm KKTTC (18,7 %), chống đông (51,8 %), statin (3,7 %). Các HDĐT hiện hành khuyến cáo dùng liều nạp KKTTC kép bao gồm aspirin kết hợp ức chế P2Y12 chung cho tất cả đối tượng bệnh nhân. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra hiệu quả giảm tử vong, giảm NMCT và tái thông mạch khẩn cấp khi sử dụng chế độ liều nạp [4], [10]. Do đó, cần tối ưu hóa hơn nữa trong kê đơn liều nạp, đặc biệt với hai hoạt chất aspirin và clopidogrel. Kết quả của Thắng Nguyễn cũng cho thấy tỷ lệ kê đơn liều nạp aspirin và clopidogrel không cao [9]. Đối với chống đông dùng đường tiêm, toàn bộ bệnh nhân được kê đơn enoxaprin, một thuốc mà theo khuyến cáo, liều dùng được cá thể hóa theo cân nặng của bệnh nhân. Thực tế cho thấy phần lớn liều dùng thấp hơn 10 % so với khuyến cáo của HDĐT, chủ yếu do việc lựa chọn chế phẩm chưa thuận tiện để chia liều theo cân nặng. Một số lý do khác bao gồm: chưa hiệu chỉnh liều ở người cao tuổi và giảm mức lọc cầu thận. Đối với nhóm statin, hướng dẫn hiện hành khuyến cáo statin mạnh nên được kê đơn cho toàn bộ bệnh nhân nếu không có chống chỉ định [1], [2], [6]. Nguyên nhân dẫn tới sự không phù hợp liều dùng statin theo khuyến cáo là do hầu hết các bệnh nhân đã được kê đơn hoạt chất statin nhưng chưa được kê đơn mức liều statin mạnh. Có thể bác sĩ lo ngại về tác dụng không mong muốn của liều mạnh statin ở bệnh nhân cao tuổi dẫn đến hạn chế trong việc kê đơn statin mạnh.

Dựa vào những lợi ích lâm sàng của liều statin mạnh đã được chứng minh, cần có các chiến lược thúc đẩy kê đơn statin mạnh và đồng thời theo dõi chặt chẽ tác dụng không mong muốn xảy ra.

Kết luận

Nghiên cứu đã chỉ ra thực trạng kê đơn năm nhóm thuốc quan trọng trong quản lý bệnh nhân HCVMC (bao gồm thuốc KKTTC, chống đông, ƯCMC/CTTA, chẹn beta, statin) nhìn chung đã tuân thủ tương đối tốt các Hướng dẫn điều trị. Mặc dù vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chỉ ra một số điểm chưa tối ưu bao gồm: tỷ lệ kê đơn thuốc chẹn beta thấp; liều nạp thuốc KKTTC và liều thuốc chống đông chưa tối ưu, tỷ lệ kê đơn liều statin mạnh còn thấp. Kết quả của nghiên cứu hy vọng sẽ là tiền đề quan trọng làm cơ sở giúp xác định được các rào cản dẫn đến những chưa tối ưu trong kê đơn, từ đó có thể xây dựng được các giải pháp tiếp tục nâng cao chất lượng sử dụng tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp.
2. Amsterdam E. A., Wenger N. K., et al. (2014), "2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", *Circulation*, 130(25), pp. e344-426.
3. Assiri A. S. (2010), "The underutilization of adjunctive pharmacotherapy in treating acute coronary syndrome patients admitted to a tertiary care hospital in southwest region, saudi arabia", *Heart Views,* 11(3), pp. 99-102.
4. Biondi-Zoccai Giuseppe G. L., Lotrionte Marzia, et al. (2007), "Benefits of clopidogrel in patients undergoing coronary stenting significantly depend on loading dose: Evidence from a meta-regression", *American Heart Journal,* 153(4), pp. 587-593.
5. Bugiardini R., Cenko E., et al. (2016), "Comparison of Early Versus Delayed Oral β Blockers in Acute Coronary Syndromes and Effect on Outcomes", *Am J Cardiol,* 117(5), pp. 760-7.
6. Ibanez B., James S., et al. (2018), "2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", *Eur Heart J*, 39(2), pp. 119-177.
7. O'Gara P. T., Kushner F. G., et al. (2013), "2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", *Circulation,* 127(4), pp. e362-425.
8. WHO (2019), "The top 10 causes of death", Retrieved, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.
9. Nguyen T., Nguyen T. H., et al. (2015), "Physicians' adherence to acute coronary syndrome prescribing guidelines in Vietnamese hospital practice: a cross-sectional study", *Trop Med Int Health*, 20(5), pp. 627-637.
10. Steinhubl S. R., Berger P. B., et al. (2002), "Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial", *Jama*, 288(19), pp. 2411-20.