

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y KHOA PASTEUR ĐÀ LẠT

Nguyễn Thu Thảo*

TÓM TẮT

Title: Analysis of medicine use to treat dyslipidaemias in outpatient at Pasteur Da Lat medical center

Từ khóa: rối loạn lipid máu, bệnh nhân ngoại trú, Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt

Keywords: dyslipidaemias, outpatient, Pasteur Da Lat medical center

Lịch sử bài báo

Ngày nhận bài: 06/03/2025

Ngày nhận kết quả bình duyệt: 24/03/2025

Ngày chấp nhận đăng bài: 28/03/2025

Tác giả: Trường Đại học Yersin Đà Lạt

Email liên hệ

Tìm hiểu đặc điểm bệnh nhân ngoại trú và tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu là cơ sở để Trung tâm nâng cao chất lượng điều trị. Đề tài tiến hành phương pháp hồi cứu trên 190 đơn thuốc. Dựa trên khuyến cáo Hội tim mạch học Việt Nam (2024), Hội Tim Mạch Châu Âu/Hội Xơ Vữa Động Mạch Châu Âu (2019) và Bộ Y tế (2015) để đánh giá. Kết quả ghi nhận bệnh nhân từ 40-69 tuổi chiếm 82,11%, công nhân viên chức 52,11% đang sống, làm việc tại Đà Lạt; nhiều bệnh lý mắc kèm với thể trạng thừa cân, béo phì 57,36%; lối sống ít vận động 50,0% và chế độ ăn uống không lành mạnh 40,52%; tỷ lệ nam nữ 1:1. Bệnh nhân nhóm nguy cơ tim mạch thấp 47,89%, nhóm nguy cơ rất cao chiếm 11,58%. Bác sĩ chỉ định phác đồ đơn trị liệu chiếm 43,16%, phác đồ đa trị liệu chiếm 56,84%. Ghi nhận 7,37% bệnh nhân gặp phải một số tác dụng không mong muốn. Không có tương tác thuốc chống chỉ định, chỉ có tương tác giữa atorvastatin và amlodipin cần theo dõi.

ABSTRACT

Studying the characteristics of outpatients, and the use of drugs to treat dyslipidaemias is the basis for the Center to improve the quality of treatment. The project conducted a retrospective method on 190 prescriptions. Based on the recommendations of the Vietnam Cardiology Association (2024), the European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society (2019), and the Ministry of Health (2015) for evaluation. The results showed that patients aged 40-69 years old accounted for 82.11%, civil servants 52.11% living and working in Da Lat; many comorbidities with overweight and obesity 57.36%; sedentary lifestyle 50% and unhealthy diet 40.52%; male to female ratio 1:1. Patients in the low cardiovascular risk group accounted for 47.89%, the very high-risk group accounted for 11.58%. Doctors prescribed monotherapy regimens in 43.16% and polytherapy regimens in 56.84%. 7.37% of patients experienced some adverse effects. There were no contraindicated drug interactions, only interactions between atorvastatin and amlodipine that required monitoring.

1. Đặt vấn đề

Bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não, bệnh động mạch ngoại biên là những bệnh lý tim mạch nguy hiểm gây ra những biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong.

Theo số liệu thống kê gần đây thì thế giới hiện đang có 612,06 triệu người mắc bệnh lý tim mạch và có tới 19,41 triệu người tử vong do bệnh lý này vào năm 2021 (World Health Organization, 2024), (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024). Tại

Việt Nam, số bệnh nhân tử vong vì bệnh lý tim mạch lên đến 200.000 người mỗi năm, chiếm 33% trong số các ca tử vong (Bộ Y tế, 2024). Rối loạn lipid máu là nguyên nhân chính gây ra các bệnh lý tim mạch và nguy cơ mắc các bệnh lý này sẽ càng tăng cao khi bệnh nhân có các yếu tố như thừa cân, béo phì, hút thuốc lá, ít vận động, bệnh mãn tính (tăng huyết áp, bệnh thận, đái tháo đường). Vì vậy, chẩn đoán và phát hiện bệnh sớm để có phác đồ điều trị hợp lý nhằm kiểm soát tốt lipid máu, giảm nguy cơ gặp biến chứng và hạn chế tối đa nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn của thuốc là hết sức cần thiết. Nhận thấy được điều này, chúng tôi đã tiến hành tìm hiểu một số đặc điểm trên lâm sàng ở bệnh nhân ngoại trú và tình hình kê đơn thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt.

2. Tổng quan và phương pháp nghiên cứu

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Rối loạn lipid máu được xác định khi một trong các chỉ số LDL-C, HDL-C, cholesterol toàn phần, triglyceride bất thường. Nguyên nhân tiên phát do đột biến gen, còn thứ phát do lối sống ít luyện tập thể thao, uống nhiều bia-rượu, chế độ ăn uống không lành mạnh không khoa học, bệnh lý (đái tháo đường, suy giáp, bệnh thận mạn tính, xơ gan) và thuốc (lợi tiểu thiazid, estrogen, glucocorticoid, chẹn beta giao cảm) (Bộ Y tế, 2015). Trên lâm sàng, bệnh nhân mắc rối loạn lipid máu không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào đặc trưng, nhưng sẽ có một số dấu chứng đặc hiệu ở ngoại biên (cung giác mạc, dạng ban vàng lòng bàn tay, u vàng gân, u vàng da

hoặc củ) và dấu chứng nội tạng (gan nhiễm mỡ, nhiễm lipid máu võng mạc, xơ vữa động mạch). Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định cần tiến hành thực hiện xét nghiệm đo các chỉ số lipid/lipoprotein huyết (Bộ Y tế, 2015). Tiêu chuẩn chẩn đoán truyền thống là nồng độ LDL-C, HDL-C, cholesterol toàn phần, triglyceride vượt ngưỡng giá trị bình thường (Hội tim mạch học Việt Nam, 2024). Tiêu chuẩn hiện đại là giá trị nồng độ LDL-C, HDL-C, cholesterol toàn phần, triglyceride không đạt mức trị số mục tiêu được khuyến nghị cho dự phòng bệnh tim mạch do xơ vữa (Hội tim mạch học Việt Nam, 2024). Để xác định được mục tiêu và chiến lược điều trị, việc đầu tiên là phải phân tầng được nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân. Điều trị không dùng thuốc (luyện tập thể thao, chế độ ăn uống khoa học lành mạnh) luôn luôn được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân. Việc lựa chọn thuốc điều trị sẽ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau tùy vào từng trường hợp bệnh nhân. Có tất cả 12 thuốc/nhóm thuốc sử dụng trong điều trị bao gồm: nhóm statin (rosuvastatin, atorvastatin, simvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, pitavastatin), nhóm ức chế hấp thu cholesterol (ezetimibe), nhóm resin (cholestyramine, colestipol, colesevelam), nhóm ức chế PCSK9 (alirocumab, evolocumab), acid bempedoic, lomitapide, nhóm ức chế tổng hợp PCSK-9 (inclisiran), mipomersen, nhóm fibrates (gemfibrozil, clofibrat, fenofibrate), nhóm Acid béo n-3, nhóm acid nicotinic, nhóm ức chế protein vận chuyển cholesteryl ester (Hội tim mạch học Việt Nam, 2024).

Giới thiệu Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt

Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt thành lập vào tháng 11/2014 với phương châm đặt sức khỏe người bệnh lên trên hết. Do vậy, Trung tâm thường xuyên phối kết hợp với Bệnh viện Chợ Rẫy, Trung tâm Medic Hòa Hảo, Bệnh viện Từ Dũ để trao đổi, học hỏi, nâng cao trình độ chuyên môn, cải thiện chất lượng khám chữa bệnh. Nghiên cứu này sẽ giúp cho Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt tìm hiểu được một số đặc điểm của bệnh nhân ngoại trú và tình hình kê đơn thuốc điều trị rối loạn lipid máu. Từ đó, giúp cho bác sĩ đưa ra được quyết định điều trị hợp lý, hiệu quả, an toàn hơn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc ngoại trú điều trị rối loạn lipid máu. Tiêu chuẩn lựa chọn: Đơn thuốc điều trị ngoại trú có thời gian đến khám tại Trung tâm lớn hơn 2 tháng. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân là phụ nữ có thai và cho con bú, chưa có chỉ định dùng thuốc, không tái khám và đơn thuốc không đầy đủ thông tin.

Cỡ mẫu: Lấy và chọn toàn bộ các đơn thuốc thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Cụ thể có tất cả 190 đơn thuốc thỏa các tiêu chuẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu trên các đơn thuốc và thông tin được lưu trên hệ thống quản lý tại Trung tâm Y khoa Pasteur.

Phương pháp phân tích số liệu: dữ liệu sau thu thập được nhập vào phần mềm Microsoft Excel. Sau đó số liệu được Import qua phần mềm SPSS 24.0. Các số liệu đánh là tần số, tỷ lệ %. Kiểm định χ^2 , giá trị OR, giá trị p (lấy $p \leq 0,05$ để xác định có mối liên quan được sử dụng để xác định ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm của các đối tượng

Nội dung	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	94	49,47
Nam	96	50,53
Độ tuổi		
Dưới 18 tuổi	0	0,00
18 – 40	16	8,42
40 – 69	156	82,11
Từ 70 tuổi trở lên	18	9,47
Nghề nghiệp		
Công nhân viên chức	99	52,11
Kinh doanh tự do	45	23,68
Nông dân	31	16,32
Hưu trí, già	15	7,89
Khu vực địa lý		
Đà Lạt	71	37,36
Lâm Hà	47	24,73
Đức Trọng	35	18,42
Đơn Dương	15	7,89
Di Linh	12	6,31
Lạc Dương	4	2,10
Đam Rông	2	1,10
Bảo Lộc, Bảo Lâm	0	0,00
Đạ Huoai, Đạ tẻh, Cát Tiên	1	0,52
Tỉnh thành khác	3	1,57

Yếu tố nguy cơ		
Tuổi cao (≥ 50 tuổi)	126	66,32
Thừa cân, béo phì	109	57,36
Hút thuốc lá	34	17,89
Chế độ ăn nhiều lipid	77	40,52
Ít vận động	95	50,00
Đái tháo đường	61	32,10
Bệnh mắc kèm		
Tăng huyết áp	71	37,37
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	22	11,58
Bệnh thận mạn tính	1	0,52
Đái tháo đường	61	32,10
Bệnh gan	50	26,32
Bệnh dạ dày và các bệnh khác	13	6,84

Trong 190 bệnh nhân có 50,53% nam và 49,47% nữ, tỷ lệ nam:nữ gần bằng nhau xấp xỉ 1:1. Không có bệnh nhân nào <18 tuổi mắc bệnh, vậy nên những bệnh nhân này thuộc nhóm nguyên nhân thứ phát. Rối loạn lipid máu thứ phát chủ yếu do lối sống ít vận động, ít luyện tập thể dục thể thao, chế độ ăn uống chưa khoa học, ngoài ra còn do một số bệnh lý và sử dụng thuốc.

Bệnh nhân đa phần từ 40-69 tuổi chiếm 82,11% với thể trạng thừa cân, béo phì chiếm 57,36%, không chỉ có chế độ ăn nhiều lipid chiếm 40,52% mà còn ít vận động chiếm 50,00% với nhiều bệnh lý mắc kèm như tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 37,37%, đến đái tháo đường chiếm

32,10%; đến bệnh gan chiếm 26,32%, bệnh tim thiếu máu cục bộ chiếm 11,58%; bệnh dạ dày và bệnh khác 6,84%, bệnh thận mạn tính chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,52%.

Chính những yếu tố đó dẫn đến việc bệnh nhân mắc rối loạn lipid máu đa phần từ 40 tuổi trở lên. Do tính chất công việc đòi hỏi phải ngồi lâu và ít vận động nên cán bộ công nhân viên chức có tỷ lệ mắc bệnh khá cao chiếm 52,11%. Bệnh nhân đến khám chủ yếu sống và đang làm việc tại Đà Lạt chiếm 37,36%. Bệnh nhân ở những huyện khác đến khám khá đông điều này cho thấy Trung tâm đã tạo dựng được niềm tin cho người dân tại tỉnh Lâm Đồng.

3.2 Phân tầng nguy cơ tim mạch

Bảng 2: Phân tầng nguy cơ tim mạch

STT	Nguy cơ tim mạch	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
1	Nguy cơ rất cao	22	11,58
2	Nguy cơ cao	36	18,95
3	Nguy cơ trung bình	41	21,58
4	Nguy cơ thấp	91	47,89

Để xác định được nguy cơ tim mạch, chúng ta sẽ dựa vào việc bệnh nhân các bệnh lý như đái tháo đường, bệnh thận, bệnh tim mạch do xơ vữa và tính điểm SCORE2-OP – ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm cho người từ 70 tuổi trở lên, SCORE2 - ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm cho người lớn có vẻ ngoài khỏe mạnh từ 40 tuổi đến 69 tuổi, SCORE2-Diabetes – ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm ở bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường. Việt Nam có mức tử vong do bệnh lý tim mạch tương đương với vùng nguy cơ

cao của Châu Âu cho nên để tính điểm SCORE chúng ta sẽ áp dụng bảng cho vùng có nguy cơ cao.

Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ tim mạch thấp chiếm 47,89%, sau đó đến nhóm nguy cơ trung bình chiếm 21,58%, nhóm nguy cơ cao chiếm 18,95%,

nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,58%. Đánh giá được nguy cơ tim mạch sẽ giúp cho bác sĩ xác định được hướng điều trị và mục tiêu điều trị cụ thể cho từng bệnh nhân.

3.3 Thuốc điều trị rối loạn lipid máu

Bảng 3: Thuốc và liều điều trị

STT	Điều trị		Liều dùng (mg/ngày)	Cách dùng	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ đơn trị					82	43,16
1	Atorvastatin	Cường độ trung bình	10	Uống vào buổi tối	15	7,89
			20		32	16,84
2	Rosuvastatin	Cường độ cao	20		3	1,58
		Cường độ trung bình	10		5	2,63
3	Simvastatin	Cường độ trung bình	20		4	2,11
		Cường độ thấp	10		2	1,05
4	Fenofibrat		300		11	5,79
			200		4	2,11
			160		3	1,58
			145		3	1,58
Phác đồ đa trị					108	56,84
1	Rosuvastatin + omega 3		10/2000	Uống sau ăn	6	3,16
2	Atorvastatin + omega 3		10/2000		4	2,11
3	Atorvastatin + omega 3		20/2000		6	3,16
4	Atorvastatin + ezetimibe		20/10		73	38,42
5	Fenofibrate + ezetimibe		300/10		2	1,05
6	Fenofibrate + ezetimibe		200/10		3	1,58
7	Fenofibrate + ezetimibe		160/10		1	0,52
8	Fenofibrate + omega 3		200/2000		5	2,63
9	Atorvastatin + ezetimibe + omega 3		20/10/2000		8	4,21

Trong mẫu nghiên cứu, bác sĩ chỉ định phác đồ đơn trị liệu (statin, fibrat) chiếm 43,16% và phác đồ đa trị liệu (statin + omega 3, fibrat + ezetimibe, fibrat + omega 3, Atorvastatin + ezetimibe + omega 3) chiếm 56,84%.

Statin là nhóm thuốc được ưu tiên lựa chọn đầu tay trong trường hợp bất thường LDL-C và HDL-C, vì mỗi cá thể sẽ đáp ứng khác nhau với thuốc nên việc sử dụng

statin nào để điều trị sẽ dựa vào những yếu tố sau: tình trạng trên lâm sàng, khả năng dung nạp với thuốc, các thuốc đang sử dụng khác, chi phí. Cơ chế chung của statin là ức chế quá trình tổng hợp cholesterol mà quá trình này lại diễn ra mạnh nhất vào ban đêm, vì vậy cần sử dụng vào buổi tối với các statin có thời gian bán thải ngắn (simvastatin và pravastatin), có thể dùng vào buổi sáng hoặc buổi tối với các statin

có thời gian bán thải dài (atorvastatin và rosuvastatin). Do vậy, bác sĩ đã chỉ định đơn trị 3 loại thuốc statin với liều dùng và cách dùng phù hợp khuyến cáo của Bộ Y tế là rosuvastatin liều dùng 10-20 mg (chiếm 4,21%), atorvastatin 10-20 mg (chiếm 24,73%), simvastatin (chiếm 3,16%). Trong đó, atorvastatin được sử dụng đơn trị nhiều nhất bởi hiệu lực hạ cholesterol máu được xếp vào hàng thứ hai trong nhóm chỉ sau rosuvastatin, và mang lại lợi ích vượt trội trong việc dự phòng bệnh tim mạch do xơ vữa, ngoài ra khi sử dụng bệnh nhân dung nạp khá tốt ít gặp phải tác dụng không mong muốn và có giá thành rẻ. Rosuvastatin có hiệu lực mạnh nhất nên sẽ dành cho những bệnh nhân kém đáp ứng với những thuốc statin khác hoặc thất bại điều trị do không dung nạp thuốc.

Nếu không đạt mục tiêu điều trị, bác sĩ sẽ chỉ định phối hợp giữa statin với ezetimibe liều dùng 10mg/ngày và/hoặc omega 3 liều dùng 2000mg/ngày chiếm tỷ lệ rất cao 51,06%. Phối hợp statin với ezetimibe giúp mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn khi dùng statin đơn độc, giảm được LDL-C lên đến 21-27%. Bệnh nhân đang sử dụng statin mà có nguy cơ tim mạch cao với chỉ số triglycerid >1,7 mmol/L (150 mg/dL) và có bệnh tim mạch hoặc đái tháo đường mắc kèm sẽ được chỉ định phối hợp statin với omega 3 giúp làm giảm biến cố tim mạch cho bệnh nhân.

Fenofibrate đơn trị được dùng khi bệnh nhân chỉ tăng triglycerid đơn thuần bởi thuốc mang lại hiệu quả làm giảm 50% triglycerid. Trong trường hợp bệnh nhân sử dụng fenofibrate đơn trị liệu nhưng vẫn chưa đạt được mức triglycerid mục tiêu < 1,7 mmol/l (150 mg/dl) bác sĩ sẽ chỉ định

phối hợp thêm omega 3 nhằm tăng hiệu lực giảm triglycerid. Fenofibrate kết hợp ezetimibe được chỉ định sử dụng những bệnh nhân bị tăng lipid máu hỗn hợp giúp giảm LDL-C và cholesterol không HDL.

3.4 Tỷ lệ xuất hiện các tác dụng không mong muốn

Bảng 4: Tác dụng không mong muốn

STT	Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ	Xử trí	Tiến triển
1	Đau cơ	6	3,16	Không	Theo dõi thêm
2	Rối loạn tiêu hóa	8	4,21	Men tiêu hóa	Tình trạng cải thiện

Đa phần các bệnh nhân đều dung nạp tốt với thuốc, có một tỷ lệ khá nhỏ bệnh nhân không dung nạp. Cụ thể, có 3,16% bệnh nhân gặp phải tình trạng đau cơ và đang được bác sĩ theo dõi thêm. Đau cơ do statin thường vì tương tác với các thuốc khác trong đơn hoặc vì không đáp ứng với thuốc. Bệnh nhân sẽ đau ở các nhóm cơ lớn (vai, cánh tay và chân, xương chậu) và thường đối xứng. Các triệu chứng gặp phải như là yếu cơ, chuột rút và đau nặng hơn khi tập thể dục. Để biết chính xác tình trạng đau cơ của bệnh nhân có liên quan đến việc sử dụng statin hay không cần thực hiện xét nghiệm CK (creatinin kinase) tuy nhiên hiện tại bác sĩ tại Trung tâm vẫn chưa chỉ định xét nghiệm này cho bệnh nhân.

Mặc dù, để tiên lượng hủy cơ vân thì xét nghiệm CK không được khuyến cáo thực hiện thường quy vì giá trị CK có thể tăng lên do nhiều lý do nhưng nếu bệnh

nhân có biểu hiện đau và yếu cơ thì cần thực hiện xét nghiệm ngay lập tức, và nếu CK tăng lên > 10 lần giới hạn trên của mức bình thường cần ngừng điều trị. Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận 4,21% bệnh nhân bị rối loạn tiêu hóa khi sử dụng statin, bác sĩ đã cho sử dụng thêm men tiêu hóa và tình trạng đã tương đối cải thiện.

3.5 Tỷ lệ tương tác thuốc trong đơn

Bảng 5: Tương tác thuốc xảy ra trong đơn

STT	Thuốc tương tác	Cơ chế	Hậu quả	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Atorvasta-tin + Amlodipin	Tương tác dược động học thông qua quá trình chuyển hóa thuốc	Tăng nguy cơ đau cơ, tiêu cơ, viêm cơ và hoại tử cơ	3	1,58

Không có cặp tương tác thuốc nào chống chỉ định hoặc nghiêm trọng (Hội Tim mạch học Việt Nam, 2024), (Bộ Y tế, 2022), (Bộ Y tế, 2021), (Claire L. Preston, 2019). Tuy nhiên có tương tác giữa atorvastatin và amlodipin cần được theo dõi chiếm tỷ lệ 1,58%.

Khi phối hợp atorvastatin và amlodipin có thể dẫn đến tăng nguy cơ độc tính lên cơ xương (đau cơ, yếu cơ, tiêu cơ) do amlodipin ức chế CYP3A4 (đây là enzyme chuyển hóa thuốc atorvastatin) dẫn đến nồng độ atorvastatin và chất chuyển hóa có hoạt tính trong máu tăng cao. Do đó, tất cả bệnh nhân đang được

điều trị bằng statin cần báo cáo ngay với bác sĩ nếu gặp bất kỳ tình trạng đau cơ, nhạy cảm hoặc yếu cơ không rõ nguyên nhân nào, đặc biệt nếu kèm theo sốt, khó chịu và/hoặc nước tiểu sẫm màu.

Kết luận

Nghiên cứu tiến hành hồi cứu trên 190 đơn thuốc và thông tin bệnh nhân ngoại trú nhằm tìm hiểu một số đặc điểm trên lâm sàng của bệnh nhân ngoại trú và đánh giá tình hình kê đơn thuốc điều trị rối loạn lipid máu ở Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt. Kết quả bệnh nhân đến khám chủ yếu từ 40-69 tuổi chiếm 82,11%, đa phần là công nhân viên chức chiếm 52,11% đang sống, làm việc tại Đà Lạt; có nhiều bệnh lý mắc kèm như tăng huyết áp 37,37%, đái tháo đường 32,01%, bệnh tim thiếu máu cục bộ 11,58%,... với thể trạng thừa cân, béo phì chiếm 57,36%; lối sống ít vận động 50,0% và chế độ ăn uống không lành mạnh 40,52%; tỷ lệ nam và nữ 1:1. Bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch thấp chiếm tỷ lệ cao nhất 47,89% và nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,58%. Bác sĩ chỉ định phác đồ đơn trị liệu (statin, fibrat) chiếm 43,16% và phác đồ đa trị liệu (statin + omega 3, fibrat + ezetimibe, fibrat + omega 3, Atorvastatin + ezetimibe + omega 3) chiếm 56,84%. Ghi nhận 7,37% bệnh nhân gặp phải tác động bất lợi thuốc của thuốc. Không có tương tác thuốc nào chống chỉ định, chỉ có tương tác giữa atorvastatin và amlodipin cần theo dõi. Kết quả trên cho thấy, tình hình kê đơn thuốc tại Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt tương đối hợp lý mang lại hiệu quả điều trị tốt cho bệnh nhân, có tỷ lệ lớn bệnh nhân kiểm soát được lipid máu sau khi điều trị. Để tiếp tục nâng cao chất lượng điều trị cần đặc biệt

nhấn mạnh tầm vai trò quan trọng của cán bộ nhân viên y tế trong việc tư vấn sử dụng thuốc cho bệnh nhân. Đồng thời để hạn chế nguy cơ tương tác thuốc nghiêm

trọng có thể xảy ra, Trung tâm Y khoa Pasteur Đà Lạt cần cân nhắc tích hợp chung phần mềm tra tương tác thuốc với phần mềm kê đơn thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế. (2024). Tử vong do bệnh tim mạch ngày càng tăng, cao hơn cả ung thư. Sức khỏe và đời sống. Truy cập ngày 28/01/2025, từ <https://suckhoedoisong.vn/>
- Bộ Y tế. (2022). Dược thư Việt Nam 2022. Việt Nam: Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật
- Bộ Y tế. (2021). Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Bộ Y tế- Cục quản lý khám chữa bệnh. Truy cập ngày 02/02/2025, từ <https://kcb.vn/>
- Bộ Y tế. (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa. Việt Nam: Nhà xuất bản Y học.
- Hội Tim mạch học Việt Nam. (2024). Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam điều trị rối loạn lipid máu. Truy cập ngày 20/01/2025, từ <https://www.vnha.org.vn/>
- Nguyễn Ngọc Khôi và cộng sự. (2021). Dược lâm sàng và điều trị. Việt Nam: Nhà xuất bản Y học.
- European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society. (2019). Lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
- Preston, CL. (2019). Stockley's Drug Interactions, Twelfth edition. London: Pharmaceutical Pr
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). Cardiovascular diseases-Level 2 cause Truy cập ngày 10/01/2025, từ <https://www.healthdata.org/>
- World Health Organization (2024). Global Burden of Disease. Truy cập ngày 10/01/2025, từ <https://www.who.int/>