Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 187-192

SURVEY ON DRUG-RELATED PROBLEMS IN OUTPATIENTS WITH HEART FAILURE AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Luu Thuy Le Mai[1], Pham Thi Ngoc Bich[1], Nguyen Lien Nhut[1], Le Cao Phuong Duy[2], Vo Thi Ha[1,2,*]

[1]*Pham Ngoc Thach University of Medicine - No. 2 Duong Quang Trung Street, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Hanoi*
[2]*Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai Street, An Dong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 27/10/2025
Reviced: 27/12/2025; Accepted: 28/03/2026

ABSTRACT

Objective: To survey drug-related problems (DRPs) and associated factors in outpatients with heart failure at Nguyen Tri Phuong Hospital.

Subject and Method: A cross-sectional, retrospective study was conducted on 120 outpatients with chronic heart failure from January 2022 to April 2023. DRPs were identified by clinical pharmacists using the Vimed tool and were re-evaluated by a cardiologist.

Results: 90.0% of patients used at least five types of medications. A total of 292 DRPs were detected in 106 patients (88.3%), with an average of 2.4 ± 1.56 DRPs per patient. The most common DRPs included inappropriate drug use (36.3%), drug interactions (33.6%), lack of treatment monitoring (13.0%), and under-prescription (9.9%). Univariate and multivariate analyses showed that co-existing ischemic heart disease, atrial fibrillation and the use of more than 5 medications were associated with the occurrence of DRPs. A total of 269 pharmacist interventions were proposed, with 66.9% receiving physician approval.

Conclusion: The study demonstrated the role of clinical pharmacists in detecting DRPs and proposing pharmacist interventions for outpatients with heart failure.

Keywords: drug-related issues, pharmaceutical interventions, outpatients, heart failure

*Corresponding author
Email: havothipharma@gmail.com **Phone**: (+84) 961 765 846 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4736

KHẢO SÁT VẤN ĐỀ LIÊN QUAN THUỐC TRÊN NGƯỜI BỆNH SUY TIM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Lưu Thụy Lệ Mai[1], Phạm Thị Ngọc Bích[1], Nguyễn Liên Nhựt[1], Lê Cao Phương Duy[2], Võ Thị Hà[1,2,*]

[1]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - Số 2 Dương Quang Trung, phường Hòa Hưng, thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội
[2]Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, phường An Đông, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/10/2025
Ngày chỉnh sửa: 27/12/2025; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát vấn đề liên quan thuốc (VĐT) và yếu tố liên quan trên người bệnh suy tim ngoại trú tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 120 người bệnh (NB) suy tim mạn tính ngoại trú từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2023. Loại VĐT được xác định bởi dược sĩ lâm sàng theo công cụ Vi-Med và được thẩm định lại bởi một bác sĩ tim mạch.

Kết quả: 90,0% NB sử dụng ít nhất 5 loại thuốc. Có 292 VĐT được phát hiện trên 106 NB (88,3%) với trung bình 2,4 ± 1,56 VĐT/NB. Trong đó, VĐT phổ biến nhất là cách **dùng thuốc chưa hợp lý** (36,3%), tương **tác thuốc** (33,6%), thiếu theo dõi điều trị (13,0%), chỉ định thiếu (9,9%). Phân tích đơn biến **và đa biến** cho thấy mắc kèm tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ **và sử dụng trên 5 thuốc có** liên quan đến sự xuất hiện VĐT. Có 269 CTD được đề xuất với 66,9% CTD nhận được sự **đồng** thuận về mặt chuyên môn của bác sĩ.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy vai trò của dược sĩ lâm sàng trong việc phát hiện VĐT và đề xuất can thiệp dược trên người bệnh suy tim ngoại trú.

Từ khóa: vấn đề liên quan đến thuốc, can thiệp dược, người bệnh ngoại trú, suy tim

1. GIỚI THIỆU

Suy tim là một vấn đề sức khỏe ngày càng được quan tâm do tỷ lệ tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe cao, đặc biệt ở những người từ 65 tuổi trở lên. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc suy tim và tử vong do bệnh tim mạch đứng thứ nhất trong các bệnh lý tim mạch nhập viện [1]. Người bệnh (NB) suy tim thường được phối hợp nhiều nhóm thuốc để đạt được hiệu quả điều trị cao, tuy nhiên, việc sử dụng nhiều loại thuốc có thể gây ra các vấn đề liên quan đến thuốc (VĐT) [2-5]. Các VĐT có thể ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng, chi phí điều trị và chất lượng cuộc sống ở người bệnh tim mạch [1].

VĐT được định nghĩa là bất kỳ sự kiện không mong muốn xảy ra ở NB liên quan hoặc nghi ngờ liên quan đến thuốc mà chúng có thể cản trở đạt đích trị liệu mong muốn. Việc phân tích thuốc của NB để phát hiện các VĐT, từ đó đề xuất các can thiệp dược (CTD) là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của dược sĩ lâm sàng. Trong đó, CTD được định nghĩa là những đề xuất bởi dược sĩ để xử lý các VĐT ở những cá thể NB xuất hiện trong bất kỳ giai đoạn nào của quá trình dùng thuốc [6].

Tuy nhiên, nghiên cứu về VĐT và CTD ở NB suy tim tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Khảo sát các VĐT, CTD tương ứng và các yếu tố liên quan trên NB suy tim ngoại trú tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đơn thuốc của NB được chẩn đoán suy tim mạn tính, điều trị ngoại trú trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2023 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Đơn thuốc có chẩn đoán suy tim mạn tính là bệnh chính và đang điều trị ngoại trú với mã bệnh là I11.0, I13.0, I13.2, I50.x dựa theo Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD10).

Đơn thuốc của NB từ 18 tuổi trở lên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Đơn thuốc không được người bệnh lãnh thuốc.

Đơn thuốc không kê các thuốc điều trị suy tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu hồi cứu.

*Tác giả liên hệ
Email: havothipharma@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 961 765 846 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4736

2.2.2. Cỡ mẫu và cách lấy mẫu

Theo nghiên cứu của Tsige và cộng sự (2021)[4] về khảo sát VĐT trên NB suy tim tại Bệnh viện chuyên khoa Debre Berhan, Ethiopia cho thấy số VĐT trung bình trên một NB là 1,2 ± 0,84. Với biến số chính là số VĐT là một biến liên tục. Do đó, áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho biến số liên lục, ta có:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \times \sigma^2}{\varepsilon^2 \times \mu^2} = \frac{1.96^2 \times 0.84^2}{0.13^2 \times 1.2^2} = 110$$

Trong đó:

$Z_{\alpha/2}$: giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê (= 1,96)

σ: độ lệch chuẩn (lấy từ nghiên cứu trước đây trên[6])

ε: mức sai số tương đối chấp nhận

μ: giá trị trung bình của quần thể (lấy từ nghiên cứu trước trên[6])

2.2.3. Thu thập số liệu

Tiến hành thu thập dữ liệu từ đơn thuốc và các dữ liệu cận lâm sàng như phân suất tống máu (EF), xét nghiệm chức năng gan, thận được lưu trong phần mềm bệnh án điện tử. Gồm có: đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm), đặc điểm sử dụng thuốc (thuốc điều trị suy tim, thuốc điều trị bệnh mắc kèm, phác đồ điều trị suy tim, số thuốc trong đơn), cận lâm sàng (nếu có).

Khảo sát các VĐT (chỉ định thừa, chỉ định chưa hợp lý, chỉ định thiếu, liều dùng, cách dùng, tương tác thuốc, theo dõi điều trị), đề xuất các CTD (dừng thuốc, thêm thuốc, thay thuốc, tăng liều, giảm liều, tối ưu cách dùng, tối ưu theo dõi điều trị). Loại VĐT và CTD được định nghĩa theo thang công cụ Vi-Med đã được thẩm định [6]. Một DRP được xác định theo các nguyên tắc sau: khi một VĐT có thể phân loại ở nhiều VĐT khác nhau thì chọn loại VĐT sơ cấp nhất (ví dụ: một tương tác thuốc nghiêm trọng mà không có theo dõi cận lâm sàng thì phân loại là "Tương tác thuốc" thay vì "Thiếu theo dõi"), mỗi VĐT độc lập được tính riêng dù gây hậu quả giống nhau (ví dụ: khi có 2 tương tác cùng làm tăng kali máu và cần theo dõi thì tính là 2 VĐT độc lập).

Tiêu chí đánh giá các VĐT và CTD trong nghiên cứu:

- Kiểm tra tính hợp lý của thuốc so với chỉ định: dựa vào tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, phác đồ điều trị suy tim của Hội Tim mạch học Việt Nam và Bộ Y tế [1,7-8].
- Kiểm tra chống chỉ định và thận trọng của thuốc: dựa vào Khuyến cáo của Hội Tim mạch Quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn [1,7-8].
- Kiểm tra tương tác thuốc: giữa thuốc điều trị suy tim và các thuốc khác trong đơn. Sử dụng cơ sở dữ liệu Micromedex. Tương tác thuốc có thể đề xuất can thiệp sẽ được ghi nhận là 1 VĐT.
- Đánh giá mức độ phù hợp của liều dùng và cách dùng: dựa vào phạm vi liều thông thường theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế năm 2022 [7] và Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.
- Đánh giá theo dõi điều trị: dựa theo mục 13.6 (Theo dõi người bệnh suy tim mạn tính), Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam [8] với công thức máu, điện giải và chức năng thận (eGFR) không quá 6 tháng/lần, điện tâm đồ (ECG) hàng năm.
- Đánh giá sự chấp nhận về mặt chuyên môn của bác sĩ đối với VĐT và CTD: các VĐT và CTD sẽ được trình bày trong một cuộc họp mặt trực tiếp với một bác sĩ chuyên khoa II tim mạch với hơn 20 năm kinh nghiệm và giữ chức quản lý khoa.

Quy trình phát hiện và đánh giá DRP

Hoạt động phát hiện VĐT được làm thường quy cho tất cả các đơn thuốc ngoại trú bởi 02 dược sĩ lâm sàng. Tuy nhiên, do số lượng đơn mỗi ngày lớn (2000-3000 đơn/ngày) nên việc phân tích đơn thuốc hồi cứu theo các mã bệnh chuyên sâu được tiến hành song song để gia tăng khả năng phát hiện VĐT. Việc phân tích VĐT được thực hiện bởi một nhóm nhiên cứu gồm 01 sinh viên dược 5, 02 dược sĩ lâm sàng phụ trách ngoại trú. Quy trình phát hiện DRP bao gồm 2 giai đoạn: (1) tập huấn cho sinh viên dược 5 về quy trình phân tích đơn thuốc ngoại trú hồi cứu, hướng dẫn điều trị suy tim và một số VĐT hay gặp bởi 2 dược sĩ phụ trách; (2) thử nghiệm và cho/nhận phản hồi (sinh viên phân tích thử 20 đơn thuốc, báo cáo bằng slide và nhận phản hồi từ 2 dược sĩ phụ trách); (3) phân tích toàn bộ đơn thuốc (sinh viên phân tích tất cả các đơn thuốc báo cáo bằng slide và nhận phản hồi từ 2 dược sĩ phụ trách). Sau khi thảo luận đồng thuận trong nhóm dược sĩ lâm sàng, VĐT và CTD sẽ được báo cáo trực tiếp cho bác sĩ phụ trách Khoa Nội tim mạch để xin ý kiến về mặt chuyên môn (đồng ý/không đồng ý).

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Các yếu tố liên quan đơn biến được xác định thông qua hồi quy Poisson đơn biến cho từng biến độc lập. Các biến có giá trị $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến được lựa chọn để đưa vào mô hình hồi quy đa biến để tìm mối liên quan giữa các yếu tố đó đến sự xuất hiện của VĐT với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được kiểm tra bằng hệ số phóng đại phương sai (VIF) và chỉ số điều kiện, VIF < 5 được xem là không có đa cộng tuyến đáng kể.

2.2.5. Y đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận (cho phép) bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, mã số 706/NTP-HĐĐĐ, chấp thuận ngày 19 tháng 4 năm 2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Có 120 đơn thuốc thoả mãn được đưa vào phân tích trong nghiên cứu. Trong đó, đặc điểm chung của NB là nam giới chiếm 52,5%; tuổi < 65 tuổi chiếm 53,3% với tuổi trung bình là 63,5 ± 12,45. Tất cả NB đều có bệnh mắc kèm. Trong đó, các bệnh mắc kèm chiếm tỉ lệ cao là rối loạn lipid máu (92,5%), tăng huyết áp (81,7%), tim thiếu máu cục bộ (74,2%) và đái tháo đường (57,5%).

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc

Bảng 1. Phác đồ điều trị suy tim (n = 120)

Phác đồ điều trị suy tim	N	%
Đơn trị liệu	8	6,7%
Đa trị liệu	112	93,3%
2 thuốc	14	11,6%
3 thuốc	36	30,0%
> 3 thuốc	62	51,7%
Số thuốc trong đơn thuốc		
< 5 thuốc	12	10,0%
≥ 5 thuốc	108	90,0%

Bảng 2. Các thuốc điều trị suy tim

Mã ATC	Thuốc/Nhóm thuốc	N (%)
	Ức chế đồng vận Natri-Glucose 2 (SGLT2-I)	40 (33,3%)
A10BK01	Dapagliflozin	11 (9,2%)
A10BK03	Empagliflozin	29 (24,2%)
	Nitrate	41 (34,2%)
C01DA08	Isosorbide dinitrate	40 (33,3%)
	Chẹn kênh f (If)	10 (8,3%)
C01EB17	Ivabradine	10 (8,3%)
	Lợi tiểu (ngoài nhóm kháng aldosterone)	67 (55,8%)
C03B03	Hydrochlorothiazide	5 (4,2%)
C03CA01	Furosemide	62 (51,7%)
	Đối kháng thụ thể Mineralocorticoid (MRA)	76 (63,3%)
C03DA01	Spironolactone	76 (63,3%)
	Chẹn beta giao cảm (BB)	84 (70,0%)
C07AB02	Metoprolol	10 (8,3%)
C07AG02	Carvedilol	14 (11,7%)
C07AB07	Bisoprolol	57 (47,5%)
C07AB12	Nebivolol	4 (3,3%)
	Ức chế men chuyển (ACE-I)	4 (3,3%)
C09AA03	Lisinopril	3 (2,5%)
C09AA04	Perindopril	1 (0,8%)
	Ức chế thụ thể AT1 của Angiotensin II (ARB)	95 (79,2%)
C09CA01	Losartan	65 (54,2%)
C09CA03	Valsartan	16 (13,3%)
C09CA04	Irbesartan	1 (0,8%)
C09CA06	Candesartan	3 (2,5%)
C09CA07	Telmisartan	10 (8,2%)

Nhận xét: 90,0% NB sử dụng ít nhất 5 loại thuốc. Liệu pháp đa trị liệu suy tim chiếm ưu thế (93,3%) với phác đồ trên 3 thuốc để điều trị suy tim (51,7%). Phác đồ phối hợp 4 thuốc BB + ARB + MRA + lợi tiểu xảy ra trên 9,2% NB. Thuốc ACE-I/ARB (3,3%/79,2%), BB (70%) và MRA (63,3%) được sử dụng phổ biến nhất trong quá trình điều trị. Nhóm SGLT2-I được kê trên 33,3% NB.

3.3. Khảo sát các VĐT và yếu tố liên quan ở người bệnh suy tim

Bảng 4. Vấn đề liên quan đến thuốc phát hiện được ở người bệnh suy tim

Vấn đề liên quan đến thuốc	N (%)	Hoạt chất/Chỉ định liên quan (N)
Chỉ định thừa	2 (0,7%)	Atorvastatin (2)
Chỉ định chưa hợp lý	8 (2,7%)	Chống chỉ định của Furosemid (8)
Chỉ định thiếu	29 (9,9%)	Thiếu thuốc để điều trị suy tim phân suất tống máu giảm (8), trào ngược dạ dày – thực quản (12), đái tháo đường (4), rối loạn lipid máu (2), gút (1), bệnh tim thiếu máu cục bộ (1), viêm họng cấp (1)
Liều thấp	9 (3,1%)	Carvedilol (1), Furosemid (1), Gabapentin (2), Losartan (1), Rivaroxaban (3), Sitagliptin (1)
Liều cao	2 (0,7%)	Empagliflozin (1), Sitagliptin (1)
Cách dùng chưa tối ưu	106 (36,3%)	Alfuzosin (1), Carvedilol (12), Gliclazid (3), Glimepirid (1), Ivabradin (9), Ketoprofen (1), Lansoprazol (1), Metformin (27), Metoprolol (10), Rabeprazol (2), Trimetazidin (4), Pantoprazol (35)
Tương tác thuốc	98 (33,6%)	Aspirin – Clopidogrel (2 trường hợp thiếu chỉ định PPI để dự phòng xuất huyết tiêu hoá) Aspirin – Furosemid (2 trường hợp cần theo dõi chức năng thận) Aspirin – Spironolacton (2 trường hợp cần theo dõi kali máu) Atorvastatin - Clopidogrel (70 trường hợp đề xuất đổi atorvastatin sang rosuvastatin)* Atorvastatin – Clarithromycin (1 trường hợp cần giảm liều của atorvastatin) Atorvastatin – Diltiazem (2 trường hợp cần tư vấn BN theo dõi dấu hiệu đau cơ) Bisoprolol – Salmeterol (1 trường hợp đề xuất dừng bisoprolol)* Clarithromycin – Sulpiride (1 trường hợp cần tư vấn BN theo dõi dấu hiệu xoắn đỉnh) Clopidogrel – Esomeprazol (1 trường hợp đề xuất đổi esomeprazol sang lansoprazol)* Clopidogrel – Rabeprazol (1 hợp đề xuất đổi rabeprazol sang lansoprazol)* Fluconazol – Formoterol (1 trường hợp cần tư vấn BN theo dõi dấu hiệu xoắn đỉnh) Furosemid – Losartan (8 trường hợp cần theo dõi chức năng thận) Furosemid – Telmisartan (1 trường hợp cần theo dõi chức năng thận) Furosemid – Valsartan (3 trường hợp cần theo dõi chức năng thận) Ivabradin – Formoterol (1 trường hợp cần tư vấn BN về rối loạn nhịp tim)
Thiếu theo dõi điều trị	38 (13,0%)	Công thức máu (10), điện giải đồ (12), chức năng thận (16)

**Các đề xuất CTD của các cặp tương tác thuốc - thuốc này bị bác sĩ từ chối*

Nhận xét: Có 106 NB gặp VĐT với tỷ lệ chiếm 88,3%, tổng cộng 292 VĐT được ghi nhận, tương ứng 2,4 ± 1,56/NB. Trong đó, VĐT phổ biến nhất là cách dùng thuốc chưa tối ưu (36,3%), tương tác thuốc (33,6%), thiếu theo dõi điều trị (13%) và chỉ định thiếu (9,9%).

Bảng 5. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan vấn đề liên quan đến thuốc

Biến số	Phân nhóm	Kết quả đơn biến		Kết quả đa biến	
		PR (95%CI)	p	PR (95%CI)	p
Tuổi	65	0,990 (0,790 – 1,240)	0,930		
	65				
Giới tính	Nam	1,010 (0,803 – 1,273)	0,934		
	Nữ				
Bệnh mắc kèm	Đái tháo đường	1,463 (1,146 – 1,869)	0,002	1,244 (0,979 – 1,581)	0,074
	Tăng huyết áp	1,336 (0,092 – 1,800)	0,057		
	Rung nhĩ	0,671 (0,467 – 0,964)	0,031	0,695 (0,491 – 0,938)	0,040
	Tim thiếu máu cục bộ	1,646 (1,226 – 2,209)	0,001	1,327 (1,017 – 1,733)	0,037
	Rối loạn lipid máu	1,399 (0,979 – 1,999)	0,065	1,237 (0,794 – 1,929)	0,347
	Bệnh thận mạn	0,839 (0,629– 1,119)	0,231		
Số thuốc trong đơn	5	0,386 (0,227 – 0,654)	0,001	0,519 (0,299 – 0,900)	0,020
	5				

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy mắc kèm đái tháo đường, rung nhĩ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, và sử dụng trên 5 thuốc là các yếu tố liên quan đến xuất hiện VĐT (p<0,05). Sau hiệu chỉnh, kết quả phân tích đa biến ghi nhận tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ và sử dụng trên 5 thuốc vẫn còn liên quan có ý nghĩa đến sự xuất hiện VĐT (p<0,05).

3.4. Các đề xuất can thiệp dược và sự đồng ý về mặt chuyên môn của bác sĩ

Bảng 6. Các đề xuất can thiệp dược và sự đồng ý về mặt chuyên môn của bác sĩ

Các loại can thiệp	N (%)	Đồng ý N (%)
Dừng thuốc	5 (1,9%)	0 (0,0%)
Thêm thuốc	32 (11,9%)	30 (93,8%)
Thay thuốc	74 (27,5%)	0 (0,0%)
Tăng liều	9 (3,3%)	2 (22,2%)
Giảm liều	2 (0,7%)	1 (50%)
Tối ưu dùng thuốc	106 (39,4%)	106 (100%)
Theo dõi điều trị	41 (15,2%)	41 (100%)
Tổng	269 (100,0%)	180 (66,9%)

Nhận xét: Có 269 CTD được đề xuất. Trong đó, các CTD phổ biến nhất là tối ưu dùng thuốc (39,4%), thay thuốc (27,5%), đề xuất theo dõi điều trị (15,2%), thêm thuốc (11,9%) và đề xuất theo dõi điều trị (14,4%). Các đề xuất liên quan đến tăng liều, giảm liều, dừng thuốc chiếm tỷ lệ rất thấp (tổng chiếm 5,9%). Có 66,9% số CTD nhận được sự đồng ý về mặt chuyên môn của bác sĩ. Trong đó, các đề xuất như theo dõi điều trị, tối ưu dùng thuốc và thêm thuốc nhận được sự đồng thuận tương đối cao (>95%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

Gần 50% NB là người cao tuổi và đặc điểm này cũng tương đồng với đặc điểm NB suy tim ngoại trú của nghiên cứu của Tsige và cộng sự [4]. Tất cả NB đều có bệnh mắc kèm, các bệnh chiếm tỉ lệ khá cao là rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường. Điều này cũng phù hợp với y văn đều ghi nhận suy tim là bệnh cảnh trên nền các bệnh tim mạch – chuyển hoá và hay gặp ở người cao tuổi [7,8].

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc

Trong đó, đa số NB nhận được sử dụng phác đồ đa trị liệu. Việc phối hợp điều trị đã được ủng hộ trong một tổng quan tài liệu về điều trị suy tim, kết hợp các nhóm thuốc cho kết quả điều trị tốt hơn và giảm tỷ lệ tử vong ở người bệnh [7].

Nghiên cứu cho thấy sự đa dạng trong việc sử dụng các nhóm thuốc trong điều trị suy tim. Điều này cũng phù hợp với thực tế đây là 3 nhóm trụ cột kinh điển trong điều trị suy tim. Theo Hướng dẫn của Bộ Y Tế 2022, 4 nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm là ACEI/ARNI/ARB, BB, MRA và SGLT2-I. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ACEI/ARB, BB và MRA được sử dụng phổ biến nhất trong quá trình điều trị (>60% NB) trong khi nhóm SGLT2-I được sử dụng với tỷ lệ ít hơn (33,3%). Một điểm đặc biệt là tỷ lệ ARB chiếm ưu thế hơn so với ACE-I (33,3% với 3,3%). Trong khi theo nghiên cứu của Tsige và cộng sự [4] thì 3 nhóm thuốc phổ biến lại là lợi tiểu (45%), BB (12%), và ACE-I (10%).

4.3. Vấn đề liên quan đến thuốc và yếu tố liên quan

Trên 120 NB, tỷ lệ gặp VĐT trong nghiên cứu là 88,3% với trung bình 2,4 ± 1,56. Kết quả nghiên cứu tương tự của tác giả Sefera và cộng sự (2021) trên 157 NB suy tim nội trú ở Ethiopia cho thấy trung bình 1,8VĐT/người bệnh và VĐT gặp ở 66,2% [5]. Một nghiên cứu khác trên 141 NB suy tim ngoại trú tại một phòng khám suy tim tại Đài Loan từ 2008 đến 2010 với thời gian trung bình dùng thuốc là 17 tháng tại phòng khám thì phát hiện được 796 VĐT (tương ứng 5,6VĐT/người bệnh). Đa số VĐT được phát hiện trong 3 tháng đầu dùng thuốc [3].

VĐT thường gặp nhất trong nghiên cứu là các tương tác thuốc tiềm tàng, thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn chưa hợp lý và thiếu theo dõi điều trị. Các nghiên cứu của tác giả Tsige và cộng sự (2021) [4], Hsu và cộng sự (2016) [3] cũng chỉ ra rằng VĐT thường gặp là tương tác thuốc. Điều này được lý giải là vì người bệnh suy tim được kê nhiều thuốc (90% được kê từ 5 thuốc trở lên) nên làm tăng nguy cơ tương tác thuốc tiềm tàng.

Thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn cũng là vấn đề hay gặp tại bệnh viện vì một số thuốc có thời điểm đặc biệt so với bữa ăn, tuy nhiên, hiện tại phần mềm kê đơn ngoại trú vẫn chưa có chức năng cài hỗ trợ kê đơn về chủ đề này.

Nghiên cứu của Tsige và cộng sự [4] phát hiện VĐT phổ biến nhất là phản ứng có hại của thuốc (35,6%), cần thêm thuốc (30,5%) và liệu pháp thuốc không hiệu quả (26,9%). Điều này cho thấy hạn chế của phương pháp thu thập dữ liệu hồi cứu trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ bỏ sót các VĐT liên quan phản ứng có hại của thuốc vốn đòi hỏi phỏng vấn trực tiếp người bệnh bởi dược sĩ lâm sàng.

Trong nghiên cứu của Hsu và cộng sự[3] phát hiện VĐT phổ biến nhất là cần theo dõi xét nghiệm lâm sàng (32,7% trong tổng số VĐT). Điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này được giải thích là NB suy tim là một bệnh lý nặng, cần được theo dõi nhiều xét nghiệm cận lâm sàng và dấu hiệu lâm sàng. Tuy nhiên trong thực tế vì lượng NB ngoại trú đông (2000-3000 người bệnh/ngày) trong khi NB suy tim thường có thể trạng sức khoẻ yếu khó chờ đợi thời gian thăm khám quá lâu, khiến cho bác sĩ thường không theo dõi các xét nghiệm lâm sàng thường quy theo hướng dẫn.

Về yếu tố liên quan xuất hiện VĐT, nghiên cứu chỉ ra rằng mắc kèm tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ và sử dụng trên 5 thuốc là các yếu tố liên quan đến sự hiện diện của VĐT (p>0,05). Tỷ lệ NB mắc kèm tim thiếu máu cục bộ khá cao. Người bệnh sẽ cần dùng thêm các thuốc khác để điều trị bệnh khiến cho số lượng thuốc tăng lên. Số lượng thuốc trong đơn càng nhiều thì khả năng xảy ra VĐT càng cao. Các nghiên cứu của Sefera và cộng sự (2021) [5], Amankwa và cộng sự (2022) [2] cũng chỉ ra rằng VĐT đều có liên quan đến số lượng thuốc được sử dụng. Theo nghiên cứu của Hsu và cộng sự[3] thì các nhóm thuốc sau thường gây ra VĐT gồm ACE-I/ARB, lợi tiểu, warfarin, spironolactone và BB.

4.4. Can thiệp dược và sự đồng ý về mặt chuyên môn của bác sĩ

Có 269 CTD được đề xuất. Trong đó, có 66,9% CTD nhận được sự đồng ý về mặt chuyên môn của bác sĩ. Tỉ lệ đồng ý này khá tương đồng với nghiên cứu của Amankwa Harrison và cộng sự (2022) [2] với 71,6%. Tỉ lệ chấp nhận về mặt chuyên môn các CTD như theo dõi điều trị, tối ưu dùng thuốc và thêm thuốc nhận được sự đồng thuận tương đối cao (>95%) từ bác sĩ phụ trách khoa cho thấy rằng mô hình phối hợp sinh viên dược và dược sĩ lâm sàng có khả năng đóng góp quan trọng trong việc phát hiện VĐT hồi cứu. Tuy nhiên, các CTD đề xuất tăng liều hay giảm liều thì tỷ lệ chấp thuận chuyên môn thấp hơn (tương ứng 22,2% đến 50,0%). Trong tổng số 74 trường hợp đề xuất thay đổi thuốc, có 70 trường hợp dược sĩ đề xuất thay atorvastatin bằng rosuvastatin do lo ngại tương tác thuốc giữa atorvastatin và clopidogrel, 2 trường hợp đề xuất thay esomeprazol và rabeprazol bằng lansoprazol do cạnh tranh chuyển hoá qua CYP3A4. Tuy nhiên, các đề xuất này không được bác sĩ chấp thuận. Nguyên nhân là mặc dù có dữ liệu cho thấy tương tác ở mức dược động học, nhưng bằng chứng về ảnh hưởng lâm sàng của tương tác này còn hạn chế và chưa nhất quán. Do đó cần đào tại thêm năng lực đề xuất CTD liên quan tăng liều, giảm liều và thay thuốc cho sinh viên dược và dược sĩ trong nhóm nghiên cứu.

Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là phân tích phát hiện VĐT và đề xuất CTD còn triển khai hồi cứu với dữ liệu hạn chế từ đơn thuốc được lưu trong hồ sơ bệnh án điện tử ngoại trú. Do đó, độ tin cậy của dữ liệu thu thập (ví dụ: mã chẩn đoán bệnh) cũng như sự đầy đủ của VĐT còn nhiều hạn chế (không thể chủ động phát hiện các vấn đề cần phỏng vấn trực tiếp người bệnh như phản ứng có hại của thuốc, tuân thủ thuốc, dùng thuốc không kê đơn/thảo dược...). Hạn chế thứ hai của nghiên cứu là sự chấp nhận về mặt chuyên môn của CTD được xác nhận bởi một bác sĩ tim mạch phụ trách khoa mà không phải là bác sĩ điều trị trực tiếp của NB. Điều này làm giảm độ tin cậy của các nhận định cũng như không có tác động trực tiếp lên NB liên quan. Dù vậy, đề tài vẫn cung cấp thông tin gợi ý có giá trị làm cơ sở cho việc triển khai hoạt động phát hiện VĐT và CTD thường quy tại bệnh viện. Hạn chế thứ 3 của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ nên tính giá trị của phân tích đơn biến, đa biến còn hạn chế.

5. KẾT LUẬN

VĐT thường gặp trên NB suy tim ngoại trú. Dược sĩ có vai trò quan trọng trong việc phát hiện VĐT và đề xuất CTD để tối ưu dùng thuốc cho NB. Kết quả của nghiên cứu là tiền đề để triển khai các can thiệp hệ thống và cá nhân trong việc tối ưu điều trị cho NB suy tim. Cần triển khai các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn để tiếp tục tối ưu sử dụng thuốc trên NB suy tim ngoại trú.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Hướng dẫn thực hành dược lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm. Hà Nội: Bộ Y tế; 2019.

[2] Amankwa HM, Agyei BG, Ameyaw E, et al. Drug-related problems among hospitalized hypertensive and heart failure patients and physician acceptance of pharmacists' interventions at a teaching hospital in Ghana. Health Sci Rep. 2022;5(5):e786.

[3] Hsu WT, Chou CY, Chang HC, et al. Drug-related problems vary with medication category and treatment duration in Taiwanese heart failure outpatients receiving case management. J Formos Med Assoc. 2016;115(5):335–342.

[4] Tsige AW, Melaku T, Amare F, et al. Drug-related problems among ambulatory heart failure patients on follow-up at Debre Berhan Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. Ther Clin Risk Manag. 2021;17:1165–1175.

[5] Sefera B, Wubishet BL, Abebe S, et al. Drug-related problems and its predictors among hospitalized heart failure patients at Jimma Medical Center, South West Ethiopia: A prospective interventional study. BMC Cardiovasc Disord. 2022;22(1):418.

[6] Vo TH, Nguyen AT, Pham TT, et al. Development and validation of the Vi-Med® tool for medication review. J Appl Pharm Sci. 2020;10(2):86–96.

[7] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn. Hà Nội: Bộ Y tế; 2022.

[8] Hội Tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo của Hội Tim mạch Quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn. Hà Nội: Hội Tim mạch học Việt Nam; 2022.