

Nghiên cứu gốc

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC VÀ MỨC ĐỘ TUÂN THỦ STATIN TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2016 - 2023

Nguyễn Thanh Huy¹, Lê Hoàng Minh Tâm¹, Trần Ngọc Thiên Phú¹, Quang Ánh Nguyệt¹, Phạm Thị Thu Hiền², Phạm Đình Luyến^{1,*}

1. Trường Dược, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: PGS.TS. Phạm Đình Luyến ✉ dinhlyen@ump.edu.vn

TÓM TẮT: Rối loạn lipid máu (RLLM) là yếu tố nguy cơ chính bệnh tim mạch, statin là thuốc điều trị đầu tay. Mức độ tuân thủ điều trị statin có tác động đáng kể đến hiệu quả điều trị của người bệnh. Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá tình hình sử dụng thuốc và mức độ tuân thủ statin tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2016-2023. Hồi cứu mô tả cắt ngang trên 23.373 người bệnh (NB) ngoại trú mắc RLLM (ICD-10: E78) có thời gian điều trị liên tục ≥ 1 năm. Phân tích đặc điểm nhân khẩu học, bệnh mắc kèm (CCI) và thông tin kê đơn; mức độ tuân thủ statin đánh giá bằng tỷ lệ sở hữu thuốc (Medication Possession Ratio – MPR) và tỷ lệ ngày được bao phủ (Proportion of Days Covered – PDC), ngưỡng tuân thủ tốt: MPR $> 80\%$ và PDC $\geq 80\%$. Tuổi trung bình là $66,1 \pm 12,2$, trong đó 72% NB ≥ 60 tuổi và có gánh nặng đa bệnh lý cao (CCI trung bình 5,91). Trong 461.435 lượt khám có kê thuốc điều trị, statin chiếm 96,4%, chủ yếu là rosuvastatin và atorvastatin ở liều trung bình. Tỷ lệ sử dụng phối hợp liều cố định (FDC) tăng từ 10,1% (2016) lên 25,5% (2023). Mức độ tuân thủ thấp, với MPR trung bình 0,33 và PDC 0,30, chỉ 5,64% NB đạt MPR $> 80\%$ và 3,53% đạt PDC $\geq 80\%$. Nghiên cứu cho thấy statin được sử dụng chủ yếu trong điều trị RLLM với xu hướng gia tăng sử dụng FDC, tuy nhiên mức độ tuân thủ thấp.

Từ khóa: rối loạn lipid máu, statin, tuân thủ điều trị, MPR, PDC

MEDICATION UTILIZATION AND STATIN ADHERENCE IN THE MANAGEMENT OF DYSLIPIDEMIA AT THONG NHAT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2016-2023

Nguyễn Thanh Huy, Lê Hoàng Minh Tâm, Trần Ngọc Thiên Phú, Quang Ánh Nguyệt, Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Đình Luyến

ABSTRACT: Dyslipidemia (DLP) is a major risk factor for cardiovascular disease, and statins are the first-line treatment. The level of adherence to statin treatment has a significant impact on treatment outcomes in patients. This study aims to evaluate the medication utilization patterns and statin adherence levels at Thong Nhat Hospital during the 2016-2023 period. A retrospective cross-sectional study was conducted on 23,373 outpatients with dyslipidemia (ICD-10: E78) who had a continuous treatment duration of ≥ 1 year. Demographic characteristics, comorbidities (CCI), and prescription information were analyzed; statin adherence levels were assessed using the Medication Possession Ratio (MPR) and Proportion of Days Covered (PDC), with the threshold for good adherence being MPR $> 80\%$ và PDC $\geq 80\%$. The mean age was $66,1 \pm 12,2$ with 72% of patients aged ≥ 60 years and a high multimorbidity burden (mean CCI of 5.91). Among 461,435 examination visits with prescribed treatment, statins accounted for 96.4%, primarily rosuvastatin and atorvastatin at moderate doses. The utilization rate of fixed-dose combinations (FDC) increased from 10.1% (2016) to 25.5% (2023). Adherence levels were low, with a mean MPR of 0.33 and PDC of 0.30; only 5.64% of patients achieved MPR $> 80\%$ and 3.53% achieved PDC $\geq 80\%$. The study indicates that statins are primarily used in dyslipidemia treatment with a growing trend toward FDC usage; however, the level of treatment adherence remains low.

Keywords: dyslipidemia, statin, treatment adherence, MPR, PDC.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLM) được đặc trưng bởi sự bất thường của một hoặc nhiều chỉ số lipid trong máu (tăng cholesterol toàn phần (TC), lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C), triglyceride (TG) hoặc giảm lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-C). Tăng LDL-C là yếu tố nguy cơ chính thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch, dẫn đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng như nhồi máu cơ tim và đột quỵ [1]. Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2019, RLLM gây gần 4,4 triệu ca tử vong, tương đương 7,78% tử vong toàn cầu. Tại Việt Nam, tỷ lệ RLLM ngày càng tăng, đặc biệt tại khu vực thành thị với tỷ lệ 44% người trưởng thành mắc RLLM [2].

Phương pháp điều trị RLLM hiện nay được tiếp cận toàn diện nhờ kết hợp giữa thay đổi lối sống và điều trị bằng thuốc. Các biện pháp không dùng thuốc, bao gồm điều chỉnh chế độ ăn giảm chất béo bão hòa, tăng cường hoạt động thể lực và kiểm soát cân nặng, đóng vai trò quan trọng trong quản lý nguy cơ tim mạch lâu dài [3]. Bên cạnh đó, điều trị bằng thuốc là phương pháp quan trọng trong điều trị RLLM. Các nhóm thuốc hạ lipid máu đang được sử dụng như statin, fibrat, ezetimib, resin gắn acid mật và các liệu pháp mới hơn như thuốc ức chế PCSK9. Trong đó, statin được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong điều trị RLLM nhờ khả năng ức chế enzyme HMG-CoA reductase giúp giảm nồng độ LDL-cholesterol một cách hiệu quả.

Mức độ tuân thủ điều trị statin có vai trò quan trọng đối với hiệu quả điều trị và phòng ngừa biến cố tim mạch. Proportion of Days Covered (PDC) là chỉ số phản ánh tỷ lệ số ngày người bệnh có thuốc sử dụng trong thời gian theo dõi. Tại Mỹ, dữ liệu hồi cứu trên 280.000 người bệnh tim mạch do xơ vữa cho thấy khoảng 30% người bệnh có mức độ tuân thủ điều trị thấp (PDC < 80%) sau một năm khởi trị [4]. Một nghiên cứu quy mô quốc gia tại Ba Lan ghi nhận tỷ lệ tuân thủ chỉ đạt 48,2% dẫn đến người không tuân thủ có nguy cơ tử vong cao gấp 2,7 lần so với người dùng thuốc đều đặn và nguy cơ mắc các biến cố tim mạch tăng từ 1,22 đến 5,26 lần. Về mặt kinh tế, sự không tuân thủ làm gia tăng chi phí y tế lên tới 1.500 USD cho mỗi người bệnh mỗi năm [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tuân thủ statin (đánh giá qua thang GMAS) ghi nhận tại An Giang chỉ đạt 27,9%, tại Đồng

Nai là 30,6% và tại Bệnh viện Trung ương Huế là 49,5%. Nguyên nhân được xác định là do gánh nặng tài chính, gánh nặng về số lượng thuốc phải uống hàng ngày do đa bệnh lý (72,7%) và các yếu tố hành vi, nhận thức của người bệnh [6–8].

Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện tuyến cuối với đối tượng người bệnh cao tuổi và đa bệnh lý, nhưng hiện chưa có đánh giá định lượng khách quan về mức độ tuân thủ statin qua dữ liệu kê đơn dài hạn. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích tình hình sử dụng thuốc RLLM và đánh giá mức độ tuân thủ statin thông qua hai chỉ số Medication Possession Ratio (MPR) và Proportion of Days Covered (PDC) trong giai đoạn 2016–2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu dữ liệu ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2016 – 2023 để đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu và mức độ tuân thủ điều trị bằng nhóm thuốc statin tại bệnh viện giai đoạn từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được điều trị trong giai đoạn khảo sát từ năm 2016 đến năm 2023.

Được chẩn đoán rối loạn lipid máu (ICD-10: E78).

Người bệnh ≥ 18 tuổi và có sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong giai đoạn nghiên cứu.

Có quá trình điều trị liên tục, với khoảng cách giữa các lần tái khám không quá 3 tháng (≤ 90 ngày) và thời gian điều trị tối thiểu 1 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cá nhân của người bệnh, thời gian tái khám, thông tin thuốc sử dụng (sai hoạt chất, hàm lượng hoặc đường dùng).

Người bệnh chuyển viện hoặc tử vong trong thời gian đang điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Bước 1. Thu thập dữ liệu

Dữ liệu được trích xuất từ hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử của Bệnh viện Thống Nhất, bảo đảm tính đầy đủ và độ chính xác. Các biến số chính được ghi nhận bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới tính, nhóm tuổi), đặc điểm điều trị (số lần khám ngoại trú trung bình trong năm, tổng thời gian điều trị, khoảng cách giữa các lần khám), thông tin bệnh mắc kèm (số lượng bệnh kèm, danh mục bệnh kèm phổ biến, chỉ số Charlson Comorbidity Index – CCI) và thông tin kê đơn (nhóm thuốc hạ lipid máu như statin, fibrat, thuốc ức chế hấp thu cholesterol; dạng bào chế gồm đơn trị, phối hợp liệu cố định – FDC, phối hợp tự do – FEC; hoạt chất và hàm lượng).

Bước 2. Xử lý dữ liệu

Dữ liệu sau khi thu thập đã được làm sạch và chuẩn hóa bằng ngôn ngữ lập trình R. Các biến số được mã hóa theo quy ước thống nhất. Nhóm tuổi được phân loại thành bốn mức: 18-39, 40-59, 60-69 và ≥70. Điểm CCI được phân loại từ 0 đến ≥9 theo hướng dẫn gốc của Charlson. Liệu statin đã được quy đổi sang Defined Daily Dose (DDD) dựa trên tài liệu tham chiếu từ WHO ATC/DDD Index nhằm bảo đảm sự đồng nhất trong so sánh.

Bước 3. Phân tích mô tả

Phân tích mô tả đã được thực hiện nhằm khái quát đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu. Các chỉ số được tính toán bao gồm tuổi trung bình, trung vị và khoảng tứ phân vị (Q1–Q3), số lần khám ngoại trú, tổng thời gian điều trị, phân bố bệnh mắc kèm và điểm CCI. Đồng thời, tình hình sử dụng thuốc hạ lipid máu được mô tả thông qua số lượng và tỷ lệ kê đơn theo

dạng bào chế, hoạt chất và liều statin đã được quy đổi.

Bước 4. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị

Phân tích tình hình sử dụng thuốc và mức độ tuân thủ statin trên người bệnh có ít nhất hai lượt kê statin, khoảng cách hai lượt khám không quá 90 ngày. Các biến số được sử dụng để phân tích tỷ lệ tuân thủ được trình bày trong bảng 1.

Mức độ tuân thủ điều trị statin đã được đánh giá bằng hai chỉ số: Tỷ lệ sở hữu thuốc (Medication Possession Ratio – MPR) và Tỷ lệ ngày được bao phủ (Proportion of Days Covered – PDC).

MPR: Phản ánh tỷ lệ giữa tổng số ngày thuốc được cấp phát trên tổng số ngày trong khoảng thời gian theo dõi, chỉ số MPR được tính theo công thức :[9]

Mức độ tuân thủ được phân loại: MPR > 80% (tuân thủ tốt), 50 - 80% (tuân thủ kém), < 50% (không tuân thủ).

PDC: Phản ánh tỷ lệ phần trăm số ngày người bệnh có thuốc sẵn sàng để sử dụng so với tổng số ngày trong giai đoạn theo dõi, chỉ số PDC được tính theo công thức [10]:

Ngưỡng đánh giá được áp dụng: PDC ≥80% (tuân thủ tốt), <80% (không tuân thủ).

2.4. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án sau đó mã hóa để hoàn thiện bộ dữ liệu nghiên cứu. Số liệu được xử lý bằng R 4.3.0. Phân tích mô tả sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn, tần suất và tỷ lệ phần trăm. Mức độ tuân thủ sau đó đã được

Bảng 1. Các biến số được sử dụng để phân tích tỷ lệ tuân thủ

Biến	Mô tả	Cách tính
Liều sử dụng statin/ngày	Biến liên tục, đại diện liều statin/ngày của người bệnh	Ước tính từ các đơn có ≥2 lần khám liên tiếp theo cặp hoạt chất-hàm lượng; sử dụng trung vị liều/ngày làm giá trị đại diện
Tổng số ngày theo dõi	Thời gian theo dõi điều trị statin	Tính từ ngày khám đầu tiên đến ngày kết thúc bao phủ thuốc của lần khám cuối
Tổng số ngày được cung cấp thuốc	Tổng số ngày statin được kê/cấp	Số lượng thuốc chia cho liều ước tính/ngày, cộng dồn qua các lần khám
Tổng số ngày được bao phủ bởi thuốc	Số ngày thực sự có thuốc để sử dụng	Cộng dồn các khoảng bao phủ thuốc, không tính trùng lặp giữa các đơn

so sánh giữa các nhóm bệnh nhân theo nhóm tuổi và điểm CCI. Các phép kiểm thống kê phù hợp đã được áp dụng, bao gồm Chi-square test cho biến định tính và t-test hoặc ANOVA cho biến định lượng. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Phân tích này được tiến hành nhằm xác định sự khác biệt về tuân thủ giữa các nhóm và các yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận về các khía cạnh đạo đức và tính an toàn của đề tài nghiên cứu số 37/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập dữ liệu của 229.623 lượt người bệnh khám ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2016-2023, xác định 97.800 người bệnh có chẩn đoán RLLM (ICD-10: E78); trong đó, ghi nhận 23.373 người bệnh đáp ứng tiêu chí. Kết quả độ tuổi trung bình là $66,11 \pm 12,18$ tuổi (trung vị 66 [IQR: 58-75]), với tỷ lệ nữ giới chiếm 50,12%. Nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,27%). Thời gian điều trị trung bình là $2,82 \pm 1,99$ năm; số lần khám trung bình/năm là $6,56 \pm 4,18$ lần. Trung bình mỗi người bệnh có $22,22 \pm 13,35$ bệnh mắc kèm. Điểm Charlson Comorbidity Index (CCI) trung bình là $5,91 \pm 3,53$, với 21,82% có $CCI \geq 9$. Các bệnh mắc kèm phổ biến nhất: tăng huyết áp nguyên phát (95,62%), bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn (86,15%), đái tháo đường típ 2 (75,68%) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm người bệnh RLLM tại Bệnh viện Thống Nhất, giai đoạn 2016-2023 (N=23.373)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình \pm SD)	66,11 \pm 12,18
- Nhóm 18-39 (%)	2,34
- Nhóm 40-49 (%)	5,89
- Nhóm 50-59 (%)	19,93
- Nhóm 60-69 (%)	32,57
- Nhóm ≥ 70 (%)	39,27

Đặc điểm	Giá trị
Giới tính nữ (%)	50,12
Thời gian điều trị (năm, trung bình \pm SD)	2,82 \pm 1,99
Số lần khám/năm (trung bình \pm SD)	6,56 \pm 4,18
Số bệnh mắc kèm (trung bình \pm SD)	22,22 \pm 13,35
Điểm CCI (trung bình \pm SD)	5,91 \pm 3,53
- CCI 0-2 (%)	15,45
- CCI 3-5 (%)	32,78
- CCI 6-8 (%)	29,95
- CCI ≥ 9 (%)	21,82
Bệnh mắc kèm phổ biến (mã ICD-10, %)	
- Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	95,62
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn (I25)	86,15
- Đái tháo đường típ 2 (E11)	75,68

3.2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu

Trong số 23.373 người bệnh ghi nhận 727.436 đơn thuốc, trong đó 461.435 đơn (63,45%) có kê thuốc điều trị RLLM. Các phác đồ đơn trị chiếm tỷ lệ 78,76%, trong đó nhóm statin chiếm (96,40%), với hoạt chất: rosuvastatin (95,79%, chủ yếu liều 10 mg) và atorvastatin (92,74%, chủ yếu liều 20 mg) trong tổng số đơn thuốc sử dụng statin. Trong khi, nhóm fibrate chiếm 3,5% và nhóm ezetimibe chiếm 0,1%. Đối với các phác đồ phối hợp chiếm tỷ lệ 21,24% tổng số đơn thuốc điều trị RLLM, gồm cả phối hợp liều cố định (FDC chiếm 20,45%) và phối hợp liều tự do (FEC chiếm 0,79%). Trong đó, phối hợp hai hoạt chất chiếm tỷ lệ cao (21,05%), với liều phối hợp phổ biến là atorvastatin + ezetimibe và simvastatin + ezetimibe. Phối hợp ba hoạt chất (0,18%) và bốn hoạt chất (0,01%). Tỷ lệ kê FDC tăng từ 10,10% (năm 2016) lên 25,49% (năm 2023). (Bảng 3)

Bảng 3. Tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu (N=461.435 đơn thuốc)

Nhóm	Tỷ lệ sử dụng (%)	Liều/ dạng phối hợp phổ biến
Đơn trị	78,76	
- Statin	96,40	
- Rosuvastatin	95,79	10 mg
- Atorvastatin	92,74	20 mg
- Fibrate	3,50	-
- Ezetimibe	0,10	-
Dạng phối hợp	21,24	
- Hai hoạt chất	21,05	Atorvastatin + Ezetimibe, Simvastatin + Ezetimibe
- Ba hoạt chất	0,18	Atorvastatin + Fenofibrate + Ezetimibe
- Bốn hoạt chất	0,01	Atorvastatin + Simvastatin + Ezetimibe + Amlodipine

trên 22.567 người bệnh có ít nhất hai lượt kê statin, giá trị trung bình MPR là $0,33 \pm 0,23$ (trung vị 0,28 [IQR: 0,17-0,44]), PDC là $0,30 \pm 0,21$ (trung vị 0,26 [IQR: 0,15-0,41]). Cả hai chỉ số có phân bố lệch phải, với trung vị nằm dưới 40% và phần lớn người bệnh tập trung ở mức tuân thủ thấp; chỉ một tỷ lệ nhỏ đạt mức tuân thủ tốt, với 5,64% người bệnh có MPR >80% và 3,53% có PDC $\geq 80\%$. (Bảng 4, Hình 2).

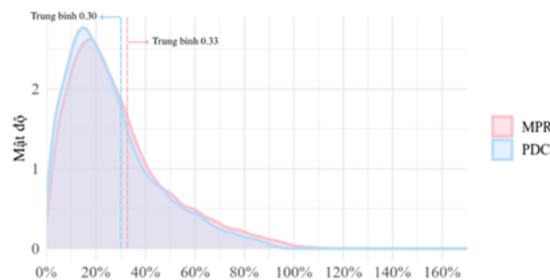
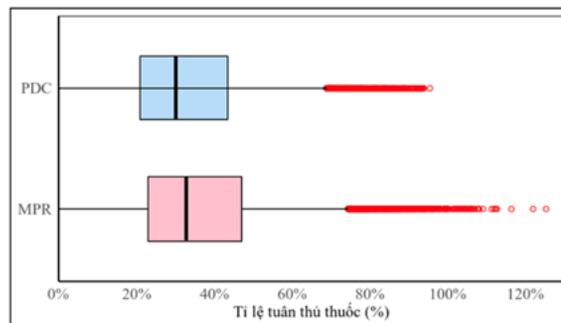
Bảng 4. Phân bố mức độ tuân thủ statin theo chỉ số MPR và PDC (N = 22.567)

Chỉ số	MPR (%)	PDC (%)
Trung bình (SD)	$0,33 \pm 0,23$	$0,30 \pm 0,21$
Trung vị (Q1-Q3)	0,28 (0,17-0,44)	0,26 (0,15-0,41)
<50%	80,03	-
50 – 80%	14,33	-
>80%	5,64	-
<80%	-	96,47
$\geq 80\%$	-	3,53

3.3. Mức độ tuân thủ nhóm thuốc statin

Phân tích tuân thủ statin được thực hiện

MPR > 80% (tuân thủ tốt), 50 - 80% (tuân thủ kém), < 50% (không tuân thủ); PDC $\geq 80\%$ (tuân thủ tốt), <80% (không tuân thủ).



Hình 2. Biểu đồ boxplot và mật độ phân phối MPR/PDC (N=22.567)

Bảng 5. Mức độ tuân thủ statin theo nhóm tuổi và CCI (N=22.567)

Nhóm	MPR (Trung bình ± SD)	PDC (Trung bình ± SD)	p-value (Kruskal-Wallis)	MPR >80% (%)	PDC ≥80% (%)	p-value (Chi-square)
Theo tuổi			<0,001			<0,001
18-39	0,26 ± 0,24	0,23 ± 0,22		3,84	2,03	
40-59	0,33 ± 0,24	0,30 ± 0,22		5,81	3,61	
60-69	0,36 ± 0,23	0,32 ± 0,21		6,53	4,36	
≥70	0,32 ± 0,21	0,30 ± 0,20		4,89	2,87	
Theo CCI			<0,001			<0,001
0-2	0,24 ± 0,22	0,21 ± 0,20		3,77	2,40	
3-5	0,32 ± 0,23	0,29 ± 0,21		6,11	3,81	
6-8	0,35 ± 0,22	0,32 ± 0,20		5,56	3,34	
≥9	0,38 ± 0,22	0,35 ± 0,20		6,16	3,98	

Mức độ tuân thủ statin khác biệt có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi và điểm CCI. Tuân thủ cao nhất được ghi nhận ở nhóm 60–69 tuổi (MPR 0,36; PDC 0,32) và nhóm có CCI ≥9 (MPR 0,38; PDC 0,35). Sự khác biệt giữa các nhóm đều có ý nghĩa thống kê đối với cả giá trị trung bình (Kruskal–Wallis, $p < 0,001$) và tỷ lệ tuân thủ tốt (Chi-square, $p < 0,001$). (Bảng 5)

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy RLLM tập trung chủ yếu ở nhóm người cao tuổi (71,84% người bệnh trên 60 tuổi), tuổi trung bình (66,1; SD = 12,2) với gánh nặng đa bệnh lý cao (CCI trung bình 5,91; 21,82% CCI ≥9; trung bình 22 bệnh kèm/người) trong toàn bộ thời gian điều trị của người bệnh. Các bệnh kèm phổ biến nhất là tăng huyết áp (95,62%), bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn (86,15%) và đái tháo đường típ 2 (75,68%). Những kết quả này tương đồng với các nghiên cứu gần đây, khi Dang A et al. (2024) ghi nhận tỷ lệ RLLM khoảng 49% ở người trưởng thành Việt Nam và tăng rõ rệt theo tuổi, trong khi Dung P et al. (2020) báo cáo tỷ lệ lên đến 56,1% kèm đa bệnh lý tại khu vực nông thôn [3,11]. Do đó, việc tăng cường sàng lọc sớm và triển khai các mô hình quản lý tích hợp đa bệnh lý cho người cao tuổi là cần thiết nhằm giảm nguy cơ biến chứng tim mạch, đặc biệt tại các cơ sở điều trị chuyên sâu như

Bệnh viện Thống Nhất.

Về tình hình sử dụng thuốc, statin chiếm ưu thế 96,40%, với rosuvastatin và atorvastatin là hoạt chất phổ biến nhất, chủ yếu ở liều trung bình. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam, chẳng hạn khảo sát tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy statin được sử dụng rộng rãi (88,2%) ở người bệnh đái tháo đường típ 2 có RLLM [12]. Tỷ lệ sử dụng fibrate (3,50%) và ezetimibe (0,10%) thấp phản ánh statin là lựa chọn đầu tay theo hướng dẫn ACC/AHA. Xu hướng sử dụng dạng phối hợp cố định (FDC) tăng từ 10,10% năm 2016 lên 25,49% năm 2023 cho thấy sự chuyển dịch tích cực hướng tới phối hợp liều cố định (chủ yếu statin-ezetimibe), giúp cải thiện tuân thủ và hiệu quả giảm LDL-C so với đơn trị hoặc phối hợp tự do, phù hợp với xu hướng châu Á và toàn cầu. Theo các nghiên cứu quốc tế, việc sử dụng FDC statin-ezetimibe đã tăng từ 0,2% lên 10,0% trong thập kỷ qua, giúp giảm LDL-C tốt hơn so với đơn trị. Tại châu Á, bao gồm Việt Nam, FDC được khuyến khích để vượt qua rào cản chi phí và tuân thủ, với xu hướng tăng trưởng toàn cầu 24,7% trong dạng phối hợp có sử dụng statin từ 2015-2020. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu tại Croatia, nơi FDC statin-ezetimibe tăng do tính khả dụng cao hơn [13,14].

Mức độ tuân thủ statin thấp, với MPR trung bình 0,33 ± 0,28 và PDC 0,30 ± 0,27,

chỉ 5,64% đạt MPR >80% và 3,53% đạt PDC ≥80%. Phân bố lệch phải và tập trung dưới 40% cho thấy vấn đề không tuân thủ phổ biến và nghiêm trọng hơn so với các nghiên cứu khu vực (thường 30-50% đạt ngưỡng tốt ở châu Á, bao gồm Việt Nam, Thái Lan, Malaysia). Tuân thủ tương đối cao hơn ở nhóm 60-69 tuổi và CCI ≥9 (p<0,001), có thể do nhận thức nguy cơ cao hơn ở người đa bệnh lý, nhưng tổng thể vẫn chưa đạt yêu cầu [15].

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế như sau: Thiết kế hồi cứu dựa trên dữ liệu bệnh án điện tử chỉ phản ánh việc có thuốc được cấp, chưa đảm bảo người bệnh sử dụng thuốc đúng chỉ định, do đó có thể chưa phản ánh đầy đủ mức độ tuân thủ thực tế. Ngoài ra, nghiên cứu chưa thu thập được các yếu tố định tính quan trọng như tác dụng không mong muốn, gánh nặng chi phí, khả năng tiếp cận thuốc và niềm tin của người bệnh đối với điều trị. Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu tiến cứu, kết hợp phương pháp định lượng và định tính để làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ statin. Bên cạnh đó, các nghiên cứu can thiệp như mô hình quản lý đa bệnh lý, sử dụng dạng phối hợp liều cố định và tăng cường vai trò dược lâm sàng cần được triển khai nhằm cải thiện tuân thủ và hiệu quả điều trị ở người bệnh cao tuổi.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu nhấn mạnh statin là thuốc chủ yếu điều trị RLLM tại Bệnh viện Thống Nhất, với xu hướng gia tăng sử dụng FDC, nhưng tuân thủ thấp. Cần triển khai can thiệp giáo dục người bệnh, thúc đẩy FDC và theo dõi chặt chẽ nhóm nguy cơ cao để tối ưu kiểm soát lipid, giảm gánh nặng tim mạch tại Việt Nam

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Sandesara PB, Virani SS, Fazio S, Shapiro MD. The Forgotten Lipids: Triglycerides, Remnant Cholesterol, and Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. *Endocrine Reviews*. 2019 Apr 1;40(2):537-557. doi:10.1210/er.2018-00184.

[2] Bộ Y tế. Báo động thực trạng thừa cholesterol: Hệ lụy và giải pháp. Tin tổng hợp - Cổng thông tin Bộ Y tế. Published 2022. Accessed December 25, 2024. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/bao-ong-thuc-trang-thua-cholesterol-he-luy-va-giai-phap.

[3] Dung PT, Hung NT, van Vuong D, et al. Prevalence of dyslipidemia and associated factors among adults in rural Vietnam. *Systematic Reviews in Phar-*

macy. 2020;11(1).

[4] Jones LK, East C, Ganda OP, Gionfriddo MR. Adherence to Lipid-Lowering Therapies and Cardiovascular Outcomes in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2025 Jan;14(1). doi:10.1161/JAHA.124.037530.

[5] Kardas P, Kwiatek A, Włodarczyk P, Urbański F, Ciabiada-Bryła B. Statins use amidst the pandemic: prescribing, dispensing, adherence, persistence, and correlation with COVID-19 statistics in nationwide real-world data from Poland. *Frontiers in Pharmacology*. 2024 Apr 9;15:1350717. doi:10.3389/fphar.2024.1350717.

[6] Trần Thị Kim Hoa,, Nguyễn Thắng, Nguyễn Sơn Nam, Trần Quốc, Tường. NGHIÊN CỨU SỰ TUÂN THỦ DÙNG THUỐC STATIN VÀ KIỂM SOÁT LDL-C Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;529(2). doi:10.51298/vmj.v529i2.6526.

[7] Thái T Dju, Nguyễn T Mai. Tuân thủ dùng thuốc Statin và kiểm soát LDL-C điều trị rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*. 2024 Nov;32:109-116. doi:10.59294/HIU-JS.2024.703.

[8] Hoàng TM Nguyệt, Hoàng TQ Nhi, Đào TC Minh, Trần PM Đăng, Nguyễn TN Thảo, La B Ngọc. Nghiên cứu sự tuân thủ sử dụng thuốc và kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân rối loạn lipid máu có sử dụng statin tại Bệnh viện Trung ương Huế. *TNU Journal of Science and Technology*. 2024;230(01):368-375. doi:10.34238/tnu-jst.11018.

[9] Sperber CM, Samarasinghe SR, Lomax GP. An upper and lower bound of the Medication Possession Ratio. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1469-1478. doi:10.2147/PPA.S136890.

[10] Pharmacy Quality Alliance. Adherence Measures. Published 2022. Accessed January 3, 2025. <https://www.pqaalliance.org/adherence-measures>.

[11] Dang AK, Thi Le LT, Pham NM, et al. An upward trend of dyslipidemia among adult population in Vietnam: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2025.

[12] Van Nguyen S, Nguyen DH, Van Dang V, et al. Assessing LDL Cholesterol Management and Statin Use in Diabetic Patients: Disparities and Outcomes in a Vietnamese Tertiary Hospital Setting. *Biomedical Research and Therapy*. 2024;11(4).

[13] Guadamuz JS, Shooshtari A, Qato DM. Global, regional and national trends in statin utilisation in high-income and low/middle-income countries, 2015-2020. *BMJ Open*. 2022;12(9).

[14] Belančić A, Štiglic MK, Prgomet L, et al. Trends in Lipid-Lowering Agent Consumption in Croatia: A 25-Year Observational Study. *Pharmacol Res Perspect*. 2025;13(3).

[15] Llanes EJB, Thongtang N, Lee ZV, et al. Addressing adherence challenges in long-term statin treatment among Asian populations: Current gaps and proposed solutions. *Am J Prev Cardiol*. 2025.