

Phân tích thực trạng sử dụng statin trong dự phòng tim mạch tại một số khoa nội trú của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025

Analysis of the current status of statin use in cardiovascular prevention at some inpatient departments of 108 Military Central Hospital in 2025

Tổng Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thùy Linh,
Nguyễn Thị Hải Yến, Lê Thị Mỹ,
Trần Thị Quỳnh Anh và Đinh Đình Chính

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích thực trạng sử dụng statin trong dự phòng tim mạch tại một số khoa nội trú của Bệnh viện TƯQĐ 108 năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 230 bệnh nhân từ 40 - 75 tuổi xuất viện trong khoảng thời gian 13-26/04/2025 tại ba khoa có tỷ lệ cao bệnh nhân nguy cơ tim mạch từ trung bình đến rất cao: Nội Tim mạch, Đột quỵ não và Nội tiết. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và đánh giá theo khuyến cáo Hội Tim mạch học châu Âu giai đoạn 2019 - 2023. **Kết quả:** Có 68,3% bệnh nhân được kê đơn statin; trong đó, 76,4% thuộc nhóm dự phòng thứ phát. Rosuvastatin được sử dụng phổ biến nhất (87,9%) và statin cường độ trung bình được kê đơn chiếm 58,0%. Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm LDL-C là 58,7%, giá trị trung bình LDL-C là $3,2 \pm 0,9$ mmol/L. Về tính phù hợp chỉ định statin, tỷ lệ đạt là 91,6% ở bệnh nhân có ASCVD, 64,2% ở bệnh nhân đái tháo đường không ASCVD và 56,1% ở nhóm nguy cơ theo SCORE2/SCORE2-OP. Tỷ lệ kê đúng cường độ tương ứng ở ba nhóm lần lượt là 50,8%, 4,2% và 38,5%. **Kết luận:** Cần cải thiện tuân thủ hướng dẫn điều trị do việc xét nghiệm lipid máu và kê đơn đúng cường độ statin vẫn còn hạn chế trong thực hành.

Từ khóa: Statin, LDL-C, kê đơn hợp lý, bệnh tim mạch xơ vữa, dự phòng tim mạch.

Summary

Objective: To analyze the current status of statin use in cardiovascular disease prevention at selected inpatient departments of the 108 Military Central Hospital in 2025. **Subject and method:** A retrospective, cross-sectional study was conducted on 230 patients aged 40 - 75 years who were discharged between April 13 and 26, 2025, from three departments with a high proportion of patients at moderate to very high cardiovascular risk: Cardiology, Stroke, and Endocrinology. Data were extracted from electronic medical records and evaluated based on the European Society of Cardiology guidelines from 2019 to 2023. **Result:** A total of 68.3% of patients were prescribed statins, of whom 76.4% were in the secondary prevention group. Rosuvastatin was the most frequently prescribed statin (87.9%), and moderate-intensity statin therapy was used in 58.0% of cases. LDL-C testing was performed in 58.7% of patients, with a mean LDL-C level of 3.2 ± 0.9 mmol/L. Regarding appropriateness of statin indication, 91.6% of

Ngày nhận bài: 01/8/2025, ngày chấp nhận đăng: 16/10/2025

* Tác giả liên hệ: chinhduocsy@yahoo.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

patients with ASCVD, 64.2% of patients with diabetes without ASCVD, and 56.1% of patients stratified by SCORE2/SCORE2-OP met the guideline-based criteria. The corresponding rates of appropriate statin intensity were 50.8%, 4.2%, and 38.5%, respectively. *Conclusion:* Improved adherence to guidelines is needed due to limited lipid testing and statin intensity optimization.

Keywords: Statin, LDL-C, appropriate prescribing, atherosclerotic cardiovascular disease, cardiovascular prevention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch (Atherosclerotic Cardiovascular Disease - ASCVD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu, ước tính có 19,8 triệu người tử vong do bệnh tim mạch vào năm 2022 và chiếm 32% tổng số ca tử vong hàng năm theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ¹. Nồng độ cholesterol huyết thanh có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ mắc ASCVD; mức cholesterol càng thấp, nguy cơ mắc bệnh càng giảm. Statin là thuốc ức chế enzym HMG-CoA reductase, làm giảm quá trình tổng hợp cholesterol nội sinh. Điều này kích thích gan tăng biểu hiện thụ thể LDL, qua đó làm giảm nồng độ LDL-C trong máu. Các nghiên cứu đã chứng minh được statin làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc và tử vong do ASCVD ². Theo các hướng dẫn điều trị hiện nay, statin được chỉ định cho các trường hợp điều trị rối loạn lipid máu - có tăng LDL - C nghiêm trọng (LDL - C > 190mg/dL [> 4,9mmol/L]), các bệnh nhân trưởng thành mắc đái tháo đường, dự phòng tiên phát và dự phòng thứ phát nguy cơ tim mạch do xơ vữa ³⁻⁷.

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là cơ sở tuyến cuối, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân nội trú mắc các bệnh lý tim mạch do xơ vữa, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu - những đối tượng có chỉ định sử dụng statin trong điều trị và dự phòng biến cố tim mạch. Qua thực hành lâm sàng, được sĩ ghi nhận rằng việc sử dụng statin vẫn chưa tối ưu về chỉ định và liều dùng so với mức độ nguy cơ tim mạch của người bệnh. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện tại một số khoa có tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch từ trung bình đến rất cao, nhằm mục tiêu: *Phân tích thực trạng sử dụng nhóm thuốc statin trong điều trị nội trú tại Bệnh viện TƯQĐ 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Toàn bộ bệnh nhân từ 40-75 tuổi xuất viện trong khoảng thời gian từ 13-26/04/2025 tại ba khoa: Nội Tim mạch (A2-A), Đột quỵ não (A7-C) và Nội tiết (A14). Đây là các khoa có tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch từ trung bình đến rất cao, là đối tượng có chỉ định sử dụng statin theo hướng dẫn hiện hành

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có đầy đủ thông số để phân tầng nguy cơ tim mạch theo khuyến cáo (KC) của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) 2019, 2021, 2023 bao gồm một trong các điều kiện sau:

Có ASCVD.

Có mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ).

Có mắc bệnh thận mạn (BTM).

Có đủ các thành phần để ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2, SCORE2-OP và SCORE2-DIABETES bao gồm: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai và cho con bú.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang trên hồ sơ bệnh án điện tử, thu thập dữ liệu tại thời điểm ra viện trong một đợt điều trị nội trú của bệnh nhân.

Cỡ mẫu và lựa chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với độ tin cậy 95%.

p: Tỷ lệ kê đơn statin hợp lý, ở đây lấy giá trị $p = 0,617^8$.

d: Sai số cho phép, ở đây lấy giá trị 10%.

Thay vào công thức, số lượng mẫu tối thiểu cần thiết là khoảng 91 bệnh nhân. Trong quá trình thu thập dữ liệu, nghiên cứu đã ghi nhận được 230 bệnh nhân tại 3 khoa xuất viện trong khoảng thời gian từ 13 - 26/04/2025, thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và loại trừ. Việc thu được số lượng lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu giúp tăng độ tin cậy và giá trị phân tích của nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Đặc điểm chung của bệnh nhân và đặc điểm giá trị LDL-C của bệnh nhân và tỷ lệ kê đơn statin theo phân tầng nguy cơ tim mạch, đặc điểm kê đơn statin;

Tính phù hợp của việc kê đơn statin: Chỉ định, cường độ statin sử dụng.

Quy ước nghiên cứu:

Phân tầng nguy cơ tim mạch, mục tiêu LDL-C và đánh giá tính phù hợp về chỉ định cũng như cường độ statin được xác định theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) các năm 2019, 2021 và 2023⁵⁻⁷. Trong trường hợp ba hướng dẫn đưa ra các phân tầng nguy cơ tim mạch khác nhau, bệnh nhân sẽ được phân loại theo mức nguy cơ cao nhất.

Ước tính nguy cơ tim mạch cho người lớn có vẻ ngoài khỏe mạnh bằng SCORE2 (40 - < 70 tuổi) và SCORE2-OP (≥ 70 tuổi) qua trang mdcalc.com, lựa chọn vùng nguy cơ cao⁴.

Chỉ định sử dụng statin được xem là phù hợp khi bệnh nhân thuộc nhóm có khuyến cáo điều trị statin theo hướng dẫn ESC và thực tế đã được kê đơn statin. Những trường hợp có chỉ định phù hợp sẽ tiếp tục được đánh giá về tính hợp lý của liều dùng.

Quy ước về cường độ statin được biểu diễn trong Bảng 1.

Bảng 1. Các mức cường độ của statin²⁻³

Thuốc	Cường độ statin		
	Yếu (Giảm LDL-C 20-25%)	Trung bình (Giảm LDL-C 30-49%)	Mạnh (Giảm LDL-C $\geq 50\%$)
Lovastatin	10 - 20mg	40 - 80mg	
Pravastatin	10 - 20mg	40 - 80mg	
Simvastatin	10mg	20 - 40mg	
Fluvastatin	20 - 40mg	80mg	
Pitavastatin		1 - 4mg	
Atorvastatin	5 mg	10 - 20mg	40 - 80mg
Rosuvastatin		5 - 10mg	20 - 40mg

Mục tiêu LDL-C và cường độ statin phù hợp được thể hiện trong Bảng 2.

Bảng 2. Đích LDL-C cần đạt của từng phân tầng nguy cơ và căn cứ đánh giá tính phù hợp về chỉ định và cường độ statin⁵⁻⁷

Phân tầng nguy cơ tim mạch	Mục tiêu LDL-C điều trị	Chỉ định và cường độ statin phù hợp theo từng phân tầng nguy cơ
Rất cao	Giảm LDL-C $\geq 50\%$ so với ban đầu ^a và mục tiêu LDL-C $< 1,4$ mmol/L (< 55 mg/dL) ^b	Dùng statin cường độ mạnh ^c

Phân tầng nguy cơ tim mạch	Mục tiêu LDL-C điều trị	Chỉ định và cường độ statin phù hợp theo từng phân tầng nguy cơ
Cao	Giảm LDL-C $\geq 50\%$ so với ban đầu ^a và mục tiêu LDL-C $< 1,8$ mmol/L (< 70 mg/dL) ^b	Dùng statin cường độ mạnh ^c
Thấp - trung bình	LDL-C $< 2,6$ mmol/L (< 100 mg/dL)	Không bắt buộc dùng statin, trừ bệnh nhân ĐĐT ^d Đối với các trường hợp có chỉ định điều trị statin, cường độ statin được đánh giá là phù hợp khi mức % giảm LDL-C đạt yêu cầu so với mục tiêu LDL-C 2,6mmol/L (100mg/dL)

Chú thích:

^a Do nghiên cứu mang tính hồi cứu và không có dữ liệu về tiền sử sử dụng statin hay giá trị LDL-C nền, giá trị LDL-C tại thời điểm nhập viện được quy ước là LDL-C ban đầu trước điều trị.

^b Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh: Mục tiêu LDL-C 2,6mmol/L (100mg/dL) ⁵⁻⁶.

^c Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh: Đối với các trường hợp có chỉ định điều trị statin, cường độ statin được đánh giá là phù hợp khi mức % giảm LDL-C đạt yêu cầu so với mục tiêu LDL-C 2,6mmol/L (100mg/dL).

^d Bệnh nhân ĐĐT có nguy cơ tim mạch trung bình yêu cầu sử dụng statin cường độ trung bình ⁹.

Các trường hợp bệnh nhân không dùng thuốc nhưng được đánh giá là phù hợp bao gồm:

Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh có nguy cơ cao - rất cao theo SCORE2 và SCORE2-OP đã đạt đích LDL-C $< 2,6$ mmol/L (100 mg/dL) ⁶;

Bệnh nhân ≥ 40 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh có nguy cơ thấp - trung bình theo SCORE2 và SCORE2-OP có LDL-C $> 2,6$ mmol/L (100mg/dL), cần ưu tiên thay đổi lối sống hơn ⁶.

Bệnh nhân tăng creatine kinase (CK) > 4 lần giới hạn trên bình thường được ngừng statin trong 6 tuần cho đến khi nồng độ CK và triệu chứng về bình thường ⁵;

Bệnh nhân tăng triglyceride máu nặng > 10 mmol/L (880 mg/dL) cần dùng fibrat hơn để phòng ngừa viêm tụy cấp ⁵.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.4.1. Các biến phân loại được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%), trong khi các biến liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). So sánh sự khác biệt giữa các nhóm được thực hiện bằng phép kiểm Chi-bình phương

hoặc Fisher's exact test (khi thích hợp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Toàn mẫu (n = 230)
Tuổi, TB $\pm$ SD	62,6 $\pm$ 9,0
40 - <70 tuổi	172 (74,8%)
≥ 70 tuổi	58 (25,2%)
Giới tính, n (%)	
Nam	151 (65,7%)
Nữ	79 (34,3%)
Tình trạng bệnh lý, n (%)	
ASCVD	131 (57,0%)
Đái tháo đường	78 (33,9%)
Tăng huyết áp	151 (65,7%)
Bệnh thận mạn	04 (1,7%)
LDL-C (n = 135*)	
TB $\pm$ SD (mmol/l)	3,2 $\pm$ 0,9
Min - Max	0,42 - 5,44
Đang hút thuốc lá	05 (2,2%)

Đặc điểm	Toàn mẫu (n = 230)
Khoa	
Nội tim mạch (A2-A)	103 (44,8%)
Đột quỵ não (A7-C)	96 (41,7%)
Nội tiết (A14)	31 (13,5%)
Chú thích: *Chỉ 135 bệnh nhân được làm xét nghiệm LDL-C	

Bệnh nhân được phân loại vào 3 nhóm nguy cơ độc lập theo phân tầng nguy cơ tim mạch cao nhất là: Có ASCVD, mắc ĐTĐ không có ASCVD và bệnh nhân có vẻ ngoài khỏe mạnh. Đặc điểm giá trị LDL-C của bệnh nhân và tỷ lệ kê đơn statin theo phân tầng nguy cơ tim mạch được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm giá trị LDL-C và tỷ lệ kê đơn statin theo phân tầng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân

Nhóm nguy cơ	Phân tầng nguy cơ	n	Đích LDL-C dựa theo khuyến cáo			Kê statin n (%)
			n (%)		Không đo	
			Được đo			
			Đạt	Chưa đạt		
ASCVD (n = 131)	Rất cao	131	01 (0,8%)	48 (26,6%)	82 (62,6%)	120 (91,6%)
ĐTĐ không ASCVD (n = 42)	TB	04	0 (0%)	02 (50,0%)	02 (50,0%)	0 (0%)
	Cao	34	03 (8,8%)	24 (70,6%)	7 (20,6%)	22 (64,7%)
	Rất cao	04	0 (0%)	0 (0%)	04 (100%)	02 (50,0%)
SCORE2/ SCORE2-OP (n = 57)	Thấp-TB	18	7 (38,9%)	11 (61,1%)	0 (0%)	01 (5,6%)
	Cao	20	1 (5,0%)	19 (95,0%)	0 (0%)	05 (25,0%)
	Rất cao	19	1 (5,3%)	18 (94,7%)	0 (0%)	07 (38,9%)

Tổng số 157/230 bệnh nhân (68,3%) được kê đơn statin trong quá trình điều trị nội trú. Bảng 5 trình bày các đặc điểm liên quan đến việc kê đơn statin

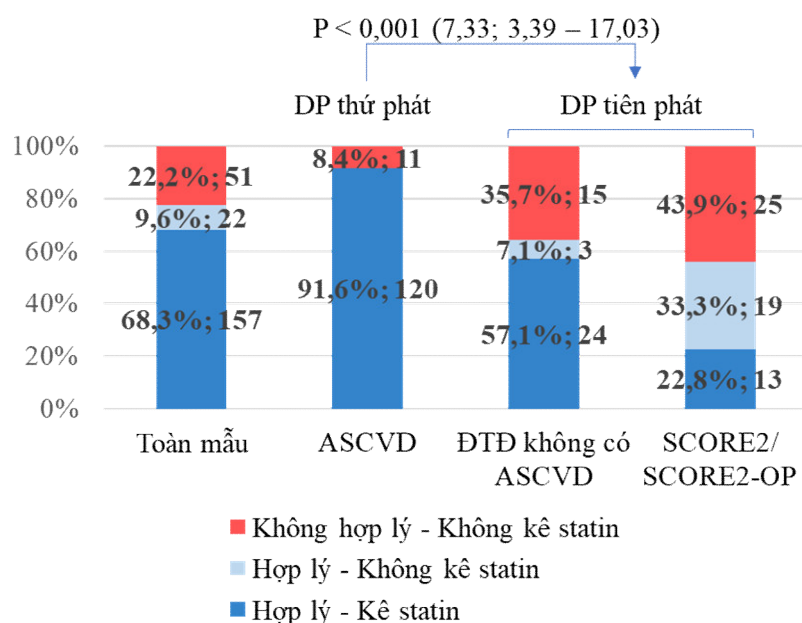
Bảng 5. Đặc điểm kê đơn statin

Đặc điểm	n (%) (n = 157)
Mục đích dự phòng	
Tiền phát	37 (23,6%)
Thứ phát	120 (76,4%)
Cường độ statin	
Yếu	01 (0,6%)
Trung bình	91 (58,0%)
Mạnh	65 (41,4%)
Hoạt chất	
Atorvastatin	18 (11,5%)
Rosuvastatin	138 (87,9%)
Simvastatin	01 (0,6%)
Khoa	
Nội tim mạch (A2-A)	56 (35,7%)
Đột quỵ não (A7-D)	78 (49,7%)
Nội tiết (A14)	23 (14,6%)

3.2. Tính phù hợp của việc kê đơn statin

Tính phù hợp về chỉ định statin

Đánh giá tính phù hợp về chỉ định statin theo nhóm nguy cơ tim mạch của bệnh nhân được trình bày trong Hình 1.



Hình 1. Tính phù hợp của việc kê đơn statin theo nhóm nguy cơ

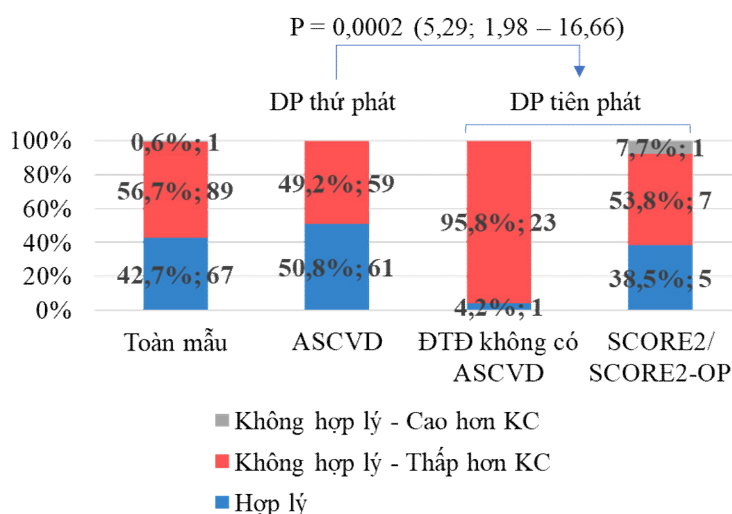
Đánh giá tính phù hợp về chỉ định statin theo khoa lâm sàng được trình bày trong Bảng 6.

Bảng 6. Tính phù hợp của việc kê đơn statin theo khoa lâm sàng

Nhóm nguy cơ	Khoa	n	Hợp lý n (%)	P-value (OR; 95%CI)
ASCVD	Toàn mẫu	131	120 (91,6%)	
	A2-A	44	39 (88,6%)	0,51 (0,58; 0,14 – 2,56)
	A7-C	83	77 (92,8%)	0,53 (1,49; 0,34 – 6,24)
	A14	04	04 (100%)	1 (∞; 0,06 – ∞)
ĐTD không ASCVD	Toàn mẫu	42	27 (64,3%)	
	A2-A	18	07 (38,9%)	0,004 (0,14; 0,02 – 0,64)
	A7-C	01	0 (0%)	0,36 (0; 0 – 21,67)
	A14	23	20 (87,0%)	0,001 (10,6; 2,08 – 76,64)
SCORE2 / SCORE2-OP	Toàn mẫu	57	32 (56,1%)	
	A2-A	41	26 (63,4%)	0,14 (2,83; 0,75 – 11,59)
	A7-C	12	04 (33,3%)	0,10 (0,31; 0,06 – 1,37)
	A14	04	02 (50,0%)	(0,77; 0,05 – 11,37)

Tính phù hợp về cường độ statin

Đánh giá tính phù hợp về chỉ định statin theo nhóm nguy cơ được trình bày trong Hình 2.



Hình 2. Tính phù hợp của việc kê đơn cường độ statin theo nhóm nguy cơ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 230 bệnh nhân nội trú tại ba khoa của Bệnh viện TỰ QUỠ 108: Nội tim mạch (44,8%), Đột quỵ (41,7%) và Nội tiết (13,5%). Đây đều là các khoa tiếp nhận nhiều bệnh nhân có ASCVD và đái tháo đường, qua đó phản ánh nhu cầu sử dụng statin cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim và cộng sự, trong đó khoa Tim mạch (32,0%) và khoa Nội tiết (26,6%) là nơi có tỷ lệ kê đơn statin cao nhất¹⁰.

Về tình trạng bệnh lý, hơn một nửa số bệnh nhân có ASCVD, trong khi tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt chiếm 65,7% và 33,9%. Đây là các bệnh lý thường song hành với rối loạn lipid máu và làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Arnold và cộng sự khi tập trung vào ba nhóm: Người trưởng thành có ASCVD, bệnh nhân 40 - 75 tuổi mắc đái tháo đường nhưng không có ASCVD, và bệnh nhân có LDL-C > 190mg/dL¹¹.

Một hạn chế quan trọng của nghiên cứu là chỉ có 135/230 bệnh nhân (58,7%) được làm xét nghiệm LDL-C, mặc dù đây là mục tiêu điều trị then chốt. Việc thiếu dữ liệu này phản ánh thực tế rằng việc xét nghiệm lipid máu chưa được thực hiện thường quy và chưa được ưu tiên trong thực hành tại Bệnh viện, gây khó khăn cho việc kiểm soát và điều chỉnh điều trị. Giá trị LDL-C trung bình $3,2 \pm 0,9$ mmol/L cao hơn mức

bình thường của người khỏe mạnh (2,6mmol/L), trong khi đa số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao và rất cao vốn cần đạt đích thấp hơn nhiều, có thể tới 1,4mmol/L⁴⁻⁷. Điều này gợi ý phần lớn bệnh nhân chưa đạt được mục tiêu LDL-C tuyệt đối.

Phân tích theo phân tầng nguy cơ cho thấy 62,6% bệnh nhân ASCVD và toàn bộ bệnh nhân đái tháo đường không ASCVD nguy cơ rất cao không được làm xét nghiệm LDL-C khi nhập viện. Đây là những đối tượng được khuyến cáo mạnh mẽ (mức I) cần vừa giảm $\geq 50\%$ so với baseline vừa đạt LDL-C < 1,4mmol/L (<55mg/dL)⁴⁻⁷. Việc đo LDL-C ngay từ khi nhập viện, đồng thời ghi nhận tiền sử dùng statin, sẽ giúp cá thể hóa điều trị tích cực hơn và có thể cân nhắc phối hợp thêm ezetimibe hoặc PCSK9i ở những trường hợp chưa đạt đích.

Trong số bệnh nhân có xét nghiệm LDL-C, đa số cũng không đạt mục tiêu, với tỷ lệ thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Arnold và cộng sự, nơi có 37% bệnh nhân ASCVD và 27% bệnh nhân đái tháo đường đạt LDL-C < 1,8mmol/L¹¹. Mặc dù cỡ mẫu còn nhỏ, kết quả này phản ánh việc kiểm soát LDL-C ở Bệnh viện chưa được chú trọng đúng mức và nhấn mạnh nhu cầu nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai.

Về đặc điểm kê đơn, đa số bệnh nhân (76,4%) được sử dụng statin trong điều trị dự phòng thứ phát, phù hợp với việc hơn một nửa đối tượng nghiên cứu có ASCVD; sự hiện diện của xơ vữa động mạch có thể là yếu tố thúc đẩy bác sĩ chỉ định statin

nhiều hơn. Tuy nhiên, trái với khuyến cáo rằng bệnh nhân ASCVD cần được điều trị bằng statin cường độ mạnh⁵⁻⁷, tỷ lệ sử dụng statin mạnh trong nghiên cứu chỉ đạt 41,4%. Về hoạt chất, phần lớn bệnh nhân (87,9%) được kê đơn rosuvastatin, khác biệt so với một số nghiên cứu khác cho thấy xu hướng ưu tiên simvastatin¹² hoặc atorvastatin¹³⁻¹⁴. Một phân tích hệ thống và gộp dữ liệu của Zhang và cộng sự (2020) cho thấy rosuvastatin có hiệu quả giảm LDL-C mạnh nhất, điều này có thể giải thích sự ưu tiên của bác sĩ trong lựa chọn statin¹⁵.

4.2. Tính phù hợp của kê đơn statin

Tính phù hợp về chỉ định statin

Kết quả nghiên cứu cho thấy so với dự phòng tiên phát, các bác sĩ có xu hướng ưu tiên dự phòng thứ phát hơn ($p < 0,05$). Ở nhóm bệnh nhân ASCVD, mức kê đơn statin đạt 91,6%, tại bệnh viện cao hơn đáng kể so với 62% trong nghiên cứu của Arnold tại hệ thống y tế Mỹ¹¹, và tương đồng với 92,5% trong một nghiên cứu tại Việt Nam tại khoa chuyên điều trị tim mạch. Mặc dù statin được khuyến cáo mạnh mẽ cho nhóm bệnh nhân này, vẫn còn 8,4% trường hợp không được chỉ định, cho thấy khoảng cách nhất định giữa thực hành và khuyến cáo.

Ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường không có ASCVD, mặc dù đã được các hướng dẫn trong và ngoài nước³⁻⁷ và đặc biệt là Hướng dẫn của Bộ Y tế⁷ quy định rõ rằng bệnh nhân đái tháo đường 40-75 tuổi bất kể nguy cơ tim mạch xơ vữa 10 năm là bao nhiêu, cần được điều trị statin cường độ trung bình, nhưng vẫn có 35,7% trường hợp trong nghiên cứu chưa được kê đơn. Con số này gần với dữ liệu của Mỹ, nơi chỉ 54% bệnh nhân đái tháo đường 40-75 tuổi dùng statin¹¹. Phân tích theo từng khoa cho thấy khoa Nội tiết chú trọng hơn đến phòng ngừa tiên phát bằng statin cho bệnh nhân đái tháo đường so với khoa Nội tim mạch.

Ở nhóm bệnh nhân không có bệnh nền rõ ràng, statin được khuyến cáo cho đối tượng nguy cơ rất cao (mức I) và cần nhắc ở nhóm nguy cơ cao (mức IIa)⁶. Tuy nhiên, mức sử dụng statin trong nhóm này vẫn còn thấp, khi 43,9% bệnh nhân chưa được chỉ định theo khuyến cáo. Nguyên nhân có thể bao gồm yếu tố khách quan như phần mềm

bệnh viện chưa tích hợp công cụ SCORE2, hoặc yếu tố chủ quan là bác sĩ chưa quen sử dụng công cụ này, dẫn đến việc đánh giá nguy cơ chủ yếu dựa vào kinh nghiệm lâm sàng thay vì chuẩn hóa theo hướng dẫn.

Tính phù hợp về cường độ statin

Ở nhóm bệnh nhân ASCVD - vốn thuộc nguy cơ rất cao và được khuyến cáo sử dụng statin cường độ mạnh³⁻⁶ - tỷ lệ kê đơn hợp lý chỉ đạt 50,8%. Đây là khoảng trống đáng lưu ý, bởi khuyến cáo yêu cầu vừa giảm LDL-C $\geq 50\%$ so với mức nền vừa đạt $< 1,4 \text{ mmol/L}$ ⁴⁻⁶. Kết quả này thấp hơn so với 62,5% trong một nghiên cứu tại bệnh viện hạng 2 ở Việt Nam¹⁴, nhưng cao hơn tỷ lệ 34% trong nghiên cứu tại Mỹ¹¹.

Ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường không ASCVD, sự khác biệt còn rõ rệt hơn. Trong khi nhóm đối tượng này có 90,5% bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao - rất cao, cần sử dụng statin cường độ mạnh³⁻⁷, thì chỉ có 4,2% bệnh nhân được kê cường độ statin hợp lý. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với 53,8% trong nghiên cứu của Elnaem và cộng sự (2019)⁸.

Đối với bệnh nhân được phân tầng bằng SCORE2/SCORE2-OP, tỷ lệ kê đơn hợp lý chỉ đạt 38,5%, với hơn một nửa dùng statin dưới mức khuyến cáo. Dù Hội Tim mạch học Việt Nam đã hướng dẫn áp dụng công cụ này theo vùng nguy cơ cao của châu Âu, ESC vẫn nhấn mạnh rằng lý tưởng nhất mỗi quốc gia cần có thuật toán nguy cơ riêng⁵. Việc áp dụng thang điểm chưa chuyên biệt cho người Việt Nam, cùng quan điểm nguy cơ nhiều hơn lợi ích trong dự phòng tiên phát, có thể khiến bác sĩ thận trọng hơn khi lựa chọn cường độ statin.

Trong thực hành, bác sĩ cũng thường e ngại dùng statin liều cao do thiếu bằng chứng trong nước về mối liên quan LDL-C và biến cố tim mạch, đồng thời lo ngại nguy cơ vượt trội hơn lợi ích ở bệnh nhân đã gần đạt hoặc đạt mục tiêu tuyệt đối. Tuy nhiên, theo khuyến cáo của ESC, bệnh nhân nguy cơ cao và rất cao không chỉ cần đạt LDL-C tuyệt đối mà còn phải giảm $\geq 50\%$ so với mức nền. Các thử nghiệm lâm sàng cũng cho thấy "LDL-C càng thấp càng tốt" và không ghi nhận ngưỡng dưới gây hại⁴⁻⁶. Do đó, tuân thủ phác đồ hiện hành có thể mang lại lợi ích lâm sàng rõ rệt hơn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng statin và lựa chọn cường độ điều trị vẫn chưa tương xứng với mức độ nguy cơ tim mạch, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân dự phòng tiên phát. Khoảng cách giữa thực hành lâm sàng và khuyến cáo điều trị hiện hành vẫn còn rõ rệt. Do đó, cần tăng cường đào tạo chuyên môn, tích hợp công cụ phân tầng nguy cơ (SCORE2), thực hiện xét nghiệm lipid máu định kỳ và tuân thủ hướng dẫn điều trị để nâng cao hiệu quả dự phòng biến cố tim mạch trong thực hành

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization (2023) *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Geneva: World Health Organization.
- Feingold KR (2025) *Guidelines for the Management of High Blood Cholesterol*. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al. (eds) *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDTText.com, Inc.
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL et al (2019) *2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*. *J Am Coll Cardiol* 139(25): 1082-1143.
- Hội Tim mạch học Việt Nam (2024) *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về điều trị rối loạn lipid máu*.
- Mach F, Baigent C, Catapano AL et al (2019) *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: 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* 41(1): 111-188.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. (2021) *2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. *European Heart Journal* 42(34): 3227-3337.
- Marx N, Federici M, Schütt K et al (2023) *2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC)*. *European Heart Journal* 44(39): 4043-4140.
- Elnaem MH, Nik Mohamed MH, Huri HZ (2019) *Pharmacist-led academic detailing improves statin therapy prescribing for Malaysian patients with type 2 diabetes: Quasi-experimental design*. *PLOS ONE* 14(9): 0220458.
- Bộ Y tế (2020) *Quyết định số 5481/QĐ-BYT về việc ban hành Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*.
- Kim HS, Kim H, Lee H, Park B, Park S, Lee SH, Cho JH, Song H, Kim JH, Yoon KH & Choi IY (2016) *Analysis and comparison of statin prescription patterns and outcomes according to clinical department*. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics* 41(1): 70-77.
- Arnold J, Acharya D, Boricha H et al (2025) *Real-world prescribing in accordance to ACC/AHA guidelines for lipid-lowering therapy in high-risk primary and secondary prevention of ASCVD: Real-World Prescribing for Lipid-Lowering Therapy*. *Am J Prev Cardiol* 23:101067.
- Chaiyakunapruk N, Asuphol O, Dhippayom T et al (2011) *Statins utilisation pattern: A retrospective evaluation in a tertiary care hospital in Thailand*. *The International journal of pharmacy practice* 19(2): 129-135.
- Al Souheil F & Chahine B (2023) *Statin Prescription Patterns Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study in Lebanon*. *Drugs - real world outcomes* 10(1): 159-166.
- Nguyễn Vĩnh Nguyên, Nguyễn Như Hồ, Nguyễn Ngọc Khôi (2023) *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân nhập viện do hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Bà Rịa*. *Tạp chí Y học Việt Nam* 523(2).
- Zhang X, Xing L, Jia X et al (2020) *Comparative Lipid-Lowering/Increasing Efficacy of 7 Statins in Patients with Dyslipidemia, Cardiovascular Diseases, or Diabetes Mellitus: Systematic Review and Network Meta-Analyses of 50 Randomized Controlled Trials*. *Cardiovasc Ther*: 398706.