

Phân tích thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Thanh Nhàn 2024

Analysis of the current status of medication use in the treatment of type 2 diabetes mellitus at Thanh Nhan Hospital

Nguyễn Thị Mai Anh², Nguyễn Thị Thu Nhung¹,
Nguyễn Hữu Duy¹, Phạm Thị Hồng Nhung²,
Bùi Thị Kim Dung^{2*}, Lại Thanh Hà²

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,
²Bệnh viện Thanh Nhàn

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp thông qua dữ liệu kê đơn/ bệnh án ngoại trú của các bệnh nhân. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tái khám định kỳ hàng tháng trong thời gian từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Nghiên cứu thực hiện phương pháp chọn mẫu hệ thống với cỡ mẫu được tối ưu ($n = 396$). **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,8 \pm 10,0$. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao trong nghiên cứu là 62,4%. Phác đồ có insulin (58,8%) nhiều hơn phác đồ đường uống (41,2%). Tỷ lệ phác đồ không được nâng bậc điều trị so với phác đồ ban đầu khi $HbA1c \geq 8,5\%$ đối với phác đồ đường uống là 18,2% và phác đồ chứa insulin là 38,8%. Tỷ lệ kê đơn SGLT-2i trên bệnh nhân có yếu tố cần kê đơn chưa cao: ở bệnh nhân mắc kèm suy tim có tỷ lệ kê đơn liên tục cao nhất (7,7%), kê đơn ít nhất 1 lần là 69,2 % bệnh nhân. Về phác đồ điều trị tăng huyết áp, nhóm thuốc dùng nhiều nhất là ARB (59,7%) tiếp theo là lợi tiểu (56,1%); phác đồ dùng nhiều nhất là phác đồ ARB + lợi tiểu (30,9%). Về thuốc quản lý lipid máu, Tỷ lệ dùng statin mạnh trên bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao và rất cao có tỷ lệ lần lượt là 7,1 và 9,7%. **Kết luận:** Thuốc hạ đường huyết cần được thay đổi phù hợp hơn với giá trị HbA1c, đặc biệt với bệnh nhân chưa đạt mục tiêu điều trị. Cường độ statin nên được cải thiện để phòng ngừa biến chứng tim mạch

Từ khóa: Đái tháo đường, Bệnh viện Thanh Nhàn.

Summary

Objective: To analyze the current status of medication use in the treatment of type 2 diabetes mellitus (T2DM) at Thanh Nhan Hospital. **Subject and method:** A retrospective, non-interventional study was conducted based on outpatient prescription and medical record data. The study population included patients with T2DM who had monthly follow-up visits between January 1, 2024, and December 31, 2024. A systematic sampling method was employed, with an optimized sample size ($n = 396$). **Result:** The mean age of participants was 67.8 ± 10.0 years. The proportion of patients classified as having very high cardiovascular risk was 62.4%. Insulin-based regimens (58.8%) were more common than oral-only regimens (41.2%). Among patients with $HbA1c \geq 8.5\%$, 18.2% of oral therapy regimens and 38.8% of insulin-containing regimens were not appropriately intensified. The prescription rate of SGLT2 inhibitors among eligible patients remained suboptimal: in those with concomitant heart failure,

Ngày nhận bài: 01/8/2025, ngày chấp nhận đăng: 14/10/2025

* Tác giả liên hệ: maianh9072@gmail.com - Bệnh viện Thanh Nhàn

69.2% received the drug at least once, and 7.7% were prescribed it continuously. For antihypertensive therapy, angiotensin II receptor blockers (ARBs) were most frequently used (59.7%), followed by diuretics (56.1%); the most common regimen was the ARB + diuretic combination (30.9%). Regarding lipid-lowering therapy, the proportion of patients at high and very high cardiovascular risk receiving high-intensity statins was 7.1% and 9.7%, respectively. *Conclusion:* Antidiabetic treatment regimens should be more appropriately adjusted according to HbA1c levels, particularly in patients who have not achieved glycemic targets. The use of high-intensity statins should be enhanced to prevent cardiovascular complications.

Keywords: Diabetes mellitus, Thanh Nhan Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường từ lâu đã được biết đến là một trong những bệnh lý không lây nhiễm, gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm. Trong đó, đái tháo đường típ 2 là phổ biến nhất, đồng thời cũng là gánh nặng lớn nhất trong việc điều trị và quản lý bệnh nhân đái tháo đường^{1, 2}. Muốn kiểm soát tốt các biến chứng do đái tháo đường típ 2 gây ra thì ngoài việc kiểm soát tốt đường huyết còn phải quản lý tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch khác như kiểm soát huyết áp, lipid máu³⁻⁵. Từ các nghiên cứu đã được thực hiện, nhận thấy mức độ tuân thủ khuyến cáo trong quản lý và kê đơn cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 còn hạn chế^{6, 7}. Bên cạnh đó, trên thị trường ngày càng có nhiều thuốc điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường được đưa vào sử dụng, đa dạng về hoạt chất, hàm lượng và dạng bào chế mang lại nhiều thuận lợi xong cũng gây khó khăn cho việc lựa chọn và sử dụng thuốc hợp lý.

Bệnh viện Thanh Nhàn là một trong các bệnh viện thuộc phân nhóm Bệnh viện đa khoa hạng I trên địa bàn Hà Nội, là đơn vị y tế cung cấp dịch vụ thăm khám, điều trị nội ngoại trú cho tất cả các chuyên khoa⁸. Những năm gần đây, số lượng bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được quản lý và điều trị tại bệnh viện khá lớn. Để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành đề tài: "Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là dữ liệu kê đơn/ bệnh án điện tử của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều

trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán đái tháo đường típ 2, đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn; tái khám định kỳ hàng tháng trong thời gian từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 tương ứng với các thời điểm từ T₁ đến T₁₂.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có ít nhất 1 lần tái khám thiếu thông tin về thuốc hạ đường huyết; bệnh nhân không có xét nghiệm HbA1c hoặc glucose nào trong năm 2024.

2.1. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp thông qua dữ liệu kê đơn/ bệnh án ngoại trú của các bệnh nhân.

Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu:

Cỡ mẫu:

Chúng tôi đã tiến hành tính toán quy mô cỡ mẫu dựa trên độ chính xác tuyệt đối 5% và độ tin cậy 95%. Do các chỉ tiêu nghiên cứu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ, quy mô mẫu này được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{0,05^2} \approx 385$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

p: Tỷ lệ dự kiến (lấy p = 0,5 để cỡ mẫu tối đa).

d: Độ chính xác tuyệt đối (5% → d = 0,05).

α: mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: hệ số tin cậy ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$)

Cỡ mẫu trong nghiên cứu $n \geq 385$ bệnh nhân là có tính đại diện cho quần thể.

Phương pháp lấy mẫu:

Sau khi sàng lọc bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thu thập được danh sách 792 bệnh nhân → Chọn mẫu hệ thống với khoảng mẫu $k = 2$, lấy cỡ mẫu dư 3% → 396 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

Quy ước trong nghiên cứu

Phân tầng nguy cơ tim mạch, thận trên bệnh nhân ĐTD

Trong nghiên cứu, chúng tôi quy ước bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa (BTMDXV) nếu có tiền sử nhồi máu cơ tim, đột quy, bất kỳ thủ thuật tái thông mạch máu nào, tai biến mạch não thoáng qua, đau thắt ngực không ổn định, cắt cụt chi, bệnh mạch vành có/không có triệu chứng, bệnh động mạch ngoại biên. Bệnh nhân có nguy cơ cao BTMDXV khi ≥ 55 tuổi, có chẩn đoán tăng huyết áp và rối loạn lipid máu ⁴].

Bệnh nhân có bệnh thận mạn khi có chẩn đoán bệnh thận mạn hoặc có eGFR < 60 mL/phút/ $1,73\text{m}^2$ ít nhất 3 tháng ⁹.

Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao nếu bệnh nhân có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ (tuổi ≥ 55 tuổi, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu hoặc béo phì). Nguy cơ tim mạch rất cao nếu bệnh nhân có BTMDXV hoặc có tổn thương cơ quan đích nghiêm trọng (eGFR

< 30 mL/ph/ $1,73\text{m}^2$, phì đại thất trái hoặc có bệnh võng mạc) hoặc có 3 yếu tố nguy cơ chính (tuổi ≥ 55 , tăng huyết áp, rối loạn lipid máu) ⁵.

Quy ước về nâng bậc hoặc hạ bậc điều trị khi xét thay đổi phác đồ

Trong nghiên cứu, chúng tôi chỉ đánh giá nâng bậc/hạ bậc điều trị khi phác đồ không thay đổi trong 3 tháng trước thời điểm HbA1c $\geq 8,5\%$ so với phác đồ tại thời điểm HbA1c $\geq 8,5\%$. Trong đó, phác đồ được gọi là nâng bậc điều trị khi đơn sau thêm thuốc hoặc/và tăng liều ít nhất 1 thuốc so với đơn trước. Phác đồ được gọi là hạ bậc điều trị khi đơn sau bỏ bớt thuốc hoặc/và giảm liều ít nhất 1 thuốc so với đơn trước.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm Microsoft Excel 365 và SPSS 16.0:

Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%).

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ SD với biến số phân bố chuẩn hoặc tứ phân vị cho biến số phân bố không chuẩn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân được ghi nhận tại thời điểm T1 và đặc điểm cận lâm sàng ghi nhận lần đầu của 396 bệnh nhân trong nghiên cứu được mô tả ở Bảng 1 dưới đây:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (n,%) (n = 396)
Tuổi	Trung bình $\pm$ SD	67,8 (10,0)	
	18-64 tuổi	129	32,6
	≥ 65 tuổi	267	67,4
Giới tính	Nam	176	44,4
	Nữ	220	55,6
Bệnh mắc kèm	Tăng huyết áp	275	69,4
	Rối loạn lipid máu	347	87,6
	Suy tim	5	1,3

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (n,%) (n = 396)
	Bệnh thận mạn	9	2,3
	Bệnh tim mạch do xơ vữa	58	14,6
Nguy cơ tim mạch	Nguy cơ cao	141	35,6
	Nguy cơ rất cao	247	62,4
HbA1c (%) (n = 396)	< 7	107	27,0
	7 - 7,9	107	27,0
	8 - 8,4	34	8,6
	≥ 8,5	148	37,4
	Median (IQR)	7,80 (6,90 - 9,30)	
eGFR (mL/min/1,73m ²) (n = 395)	≥ 90	45	12,5
	60 - 89	199	55,4
	45 - 59	80	22,3
	30 - 44	29	8,1
	< 30	6	1,7

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu có tỷ lệ nữ giới (55,6%) cao hơn tỷ lệ nam giới. Độ tuổi trung bình là 67,8 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm: rối loạn lipid máu (87,6%) và tăng huyết áp (69,4%); Trong đó, đa số bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao. Tỷ lệ bệnh nhân có giá trị HbA1c ≥ 8,5% là 37,4%. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân bệnh nhân có mức lọc cầu thận > 60 mL/phút/1,73m² là 67,9%.

3.2. Phân tích sự thay đổi phác đồ điều trị trên bệnh nhân có HbA1c ≥ 8,5%

Trong 4752 đơn thuốc điều trị đái tháo đường thu thập được, phác đồ chứa insulin chiếm ưu thế hơn (58,8%) so với phác đồ đường uống (41,2%). Khi phân tích sự thay đổi phác đồ ở bệnh nhân chưa đạt mục tiêu HbA1c, có 60 phác đồ hạ đường huyết được giữ nguyên trong vòng 3 tháng trước thời điểm HbA1c ≥ 8,5%, sự thay đổi phác đồ khi HbA1c không đạt mục tiêu được trình bày dưới Bảng 2.

Bảng 2. Thay đổi phác đồ điều trị khi HbA1c ≥ 8,5%

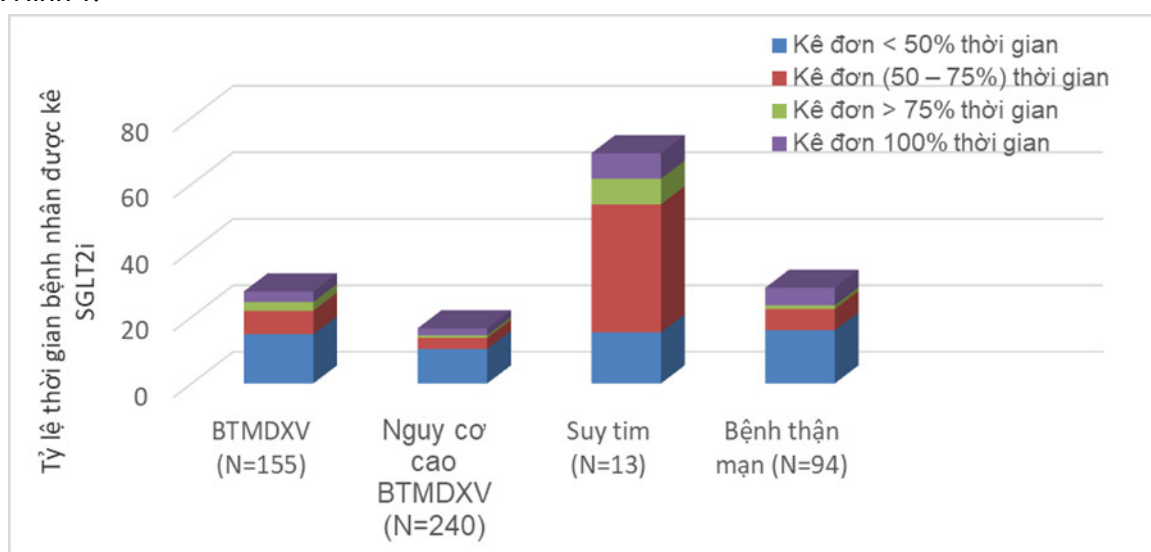
Phác đồ trong 3 tháng trước	Phác đồ khi HbA1c ≥ 8,5%		Lượt kê đơn (n, %)
Phác đồ đường uống (n = 11)	Nâng bậc điều trị		6 (54,5)
	Hạ bậc điều trị		1 (9,1)
	Không rõ*		3 (27,3)
	Không thay đổi		1 (9,1)
Phác đồ có insulin (n = 49)	Nâng bậc điều trị		23 (46,9)
	Hạ bậc điều trị		10 (20,4)
	Không rõ*	Tăng liều insulin	5 (10,2)
		Không tăng insulin	2 (4,1)
	Không thay đổi		9 (18,4)

*Không rõ: Vừa thêm thuốc/ tăng liều ít nhất một hoạt chất đồng thời cũng bớt thuốc/ giảm liều ít nhất một hoạt chất.

Nhận xét: Có tới 38,8% phác đồ chứa insulin chưa được nâng bậc điều trị, tỷ lệ này cao hơn so với phác đồ đường uống (18,2%). Tỷ lệ phác đồ được nâng bậc điều trị phù hợp với khuyến cáo là 54,5% trong phác đồ đường uống và 46,9% đối với phác đồ chứa insulin.

3.3. Phân tích đặc điểm kê đơn thuốc ĐTD có lợi ích trên tim mạch, thận

Bên cạnh việc kiểm soát HbA1c, hướng dẫn điều trị của BYT và ADA cũng nhấn mạnh về mục tiêu bảo vệ sức khỏe tim mạch, thận cho bệnh nhân mắc đái tháo đường, thông qua việc sử dụng các nhóm thuốc đã được chứng minh có lợi ích trên tim mạch và thận. Vì thế, chúng tôi tiến hành phân tích đặc điểm kê đơn SGLT-2i trên bệnh nhân có BTMDXV, nguy cơ cao BTMDXV, suy tim và bệnh thận mạn, kết quả được trình bày tại Hình 1.



Hình 1. Đặc điểm kê đơn SGLT-2i trên bệnh nhân cần bảo vệ tim mạch, thận

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ kê đơn SGLT-2i trên bệnh nhân đái tháo đường có yếu tố cần kê đơn chưa cao. Ở bệnh nhân mắc kèm suy tim có tỷ lệ kê đơn SGLT-2i liên tục cao nhất là 7,7% và kê đơn ít nhất 1 lần chiếm 69,2%.

3.4. Đặc điểm kê đơn thuốc hạ huyết áp trên bệnh nhân trong nghiên cứu

3.4.1. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp

Nhóm nghiên cứu phân tích tỷ lệ kê đơn các nhóm hoạt chất ở 3325 đơn thuốc có chứa thuốc hạ huyết áp với kết quả nghiên cứu được trình bày ở Bảng 3:

Bảng 3. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD típ 2

Nhóm hoạt chất	Lượt kê đơn (n, %) (n = 3325)
Chẹn thụ thể angiotensin (ARB)	1985 (59,7)
Lợi tiểu	1864 (56,1)
Chẹn kênh calci	1187 (35,7)
Ức chế men chuyển (ACEi)	1032 (31,0)
Chẹn beta	878 (26,4)
Ức chế thụ thể alpha - 2	(0,6)

Nhận xét: Nhóm hoạt chất hạ huyết áp được sử dụng phổ biến nhất là ARB (59,7%), tiếp theo là nhóm lợi tiểu (56,1%).

3.4.2. Đặc điểm các phác đồ kiểm soát huyết áp

Nhóm nghiên cứu thu thập được 3325 đơn thuốc có kê đơn thuốc hạ huyết áp cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mắc kèm tăng huyết áp được mô tả dưới Bảng 4.

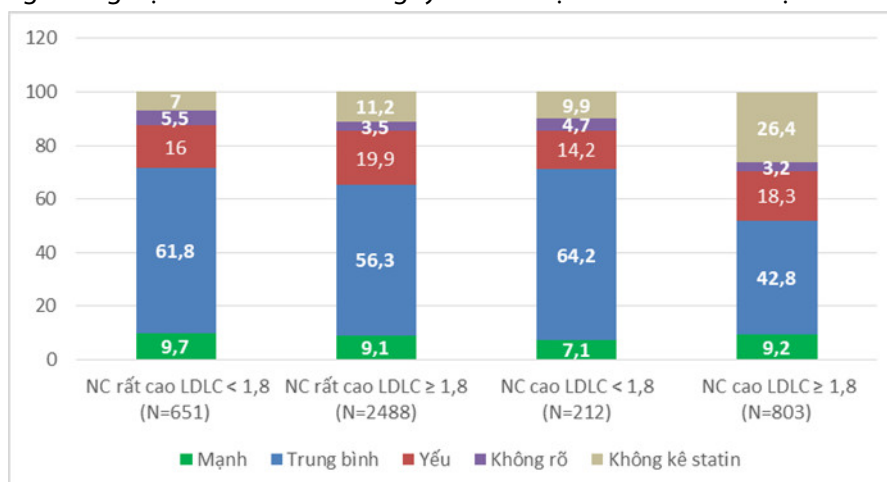
Bảng 4. Các phác đồ kiểm soát huyết áp

Phác đồ	Nhóm thuốc	Lượt kê đơn (n,%) (n = 3325)
Đơn độc	ACEi/ ARB	547 (16,5)
	Chẹn kênh Ca	186 (5,6)
	Khác	37 (1,1)
Phối hợp 2 thuốc	ACEi/ ARB + lợi tiểu	1030 (31,0)
	ACEi/ ARB + Chẹn Ca	480 (14,4)
	Khác	173 (5,2)
Phối hợp 3 thuốc	ACEi/ ARB + chẹn beta + Lợi tiểu	390 (11,7)
	ACEi/ ARB + Chẹn Ca + Lợi tiểu	167 (5,0)
	Khác	119 (3,6)
Phối hợp 4 thuốc	ACEi/ ARB + Chẹn beta + Chẹn Ca+ lợi tiểu	190 (5,7)
Phối hợp 5 thuốc	ARB/ ACEi + chẹn alpha-2 + chẹn beta + chẹn Ca + lợi tiểu	6 (0,2)

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, phác đồ 2 thuốc là phác đồ hạ huyết áp chiếm ưu thế (50,6%). Trong đó phác đồ của ACEi/ ARB + lợi tiểu là phác đồ được sử dụng nhiều nhất chiếm 31,0%.

3.5. Đặc điểm sử dụng statin trên bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và rất cao

Theo khuyến cáo, mục tiêu LDL-C của bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và rất cao lần lượt là 1,8 và 1,4 mmol/L^{10, 11}. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân đạt LDL-C dưới 1,4 mmol/L khá thấp. Do đó, chúng tôi sử dụng ngưỡng LDL-C 1,8mmol/L để so sánh cường độ statin trên các nhóm bệnh nhân. Kết quả về tỷ lệ sử dụng cường độ statin trên BN có nguy cơ tim mạch theo LDL-C được thể hiện dưới Hình 2:



Hình 2. Đặc điểm sử dụng statin trên bệnh nhân có nguy cơ tim mạch

Nhận xét: Tỷ lệ kê đơn statin trên 4 nhóm bệnh nhân này khá cao (73,6 - 92,9%) trong đó chủ yếu là kê đơn statin trung bình. Tỷ lệ kê đơn statin mạnh trên bệnh nhân nguy cơ cao và rất cao chưa đạt mục tiêu LDL-C lần lượt là 7,1% và 9,7%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,8 \pm 10,0$. Đa số bệnh nhân có bệnh mắc kèm, trong đó tăng huyết áp chiếm 69,4%; rối loạn lipid máu lên tới 87,6% và phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch rất cao (62,4%). Do đó, việc tối ưu hóa điều trị kiểm soát đường huyết, lipid máu và huyết áp là hết sức cần thiết để giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong ở nhóm bệnh nhân này^{4,5}. Về giá trị HbA1c ghi nhận lần đầu của 396 bệnh nhân có trung vị là 7,8%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có HbA1c < 7% và $\geq 8,5\%$ lần lượt là 27% và 27,4%. Nghiên cứu của Lê Thị Thu (2024) tại bệnh viện Hữu Nghị có các con số này tích cực hơn với 42,5% bệnh nhân có HbA1c < 7% và 17,7% có HbA1c $\geq 8,5\%$ ¹². Trong một nghiên cứu khác tại Thái Lan ghi nhận năm 2018 có 35,6% bệnh nhân có HbA1c < 7%¹³. Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân đạt và chưa đạt mục tiêu ở các nghiên cứu khác nhau có thể phụ thuộc vào đặc điểm bệnh nhân, phác đồ điều trị và mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân là khác nhau. Trong nghiên cứu có 359 (90,7%) bệnh nhân được làm xét nghiệm Creatinin ít nhất 1 lần trong năm 2024. Trong đó, bệnh nhân có mức lọc cầu thận ≥ 60 mL/phút/ $1,73\text{m}^2$ chiếm 67,9% và bệnh nhân có eGFR < 30 mL/phút/ $1,73\text{m}^2$ chiếm 1,7%, tuy đây là con số nhỏ nhưng đây là đối tượng bệnh nhân cần lưu ý khi sử dụng thuốc, đặc biệt là Metformin được chống chỉ định khi eGFR < 30 mL/phút/ $1,73\text{m}^2$ ¹⁴.

Về đặc điểm phác đồ hạ đường huyết: Trong nghiên cứu, phác đồ có insulin (58,8%) được sử dụng nhiều hơn phác đồ đường uống (41,2%). Tỷ lệ đơn thuốc trong nghiên cứu có insulin cao hơn một số nghiên cứu gần đây ở Việt Nam^{7,15,16}. Sự khác biệt này có thể do liên quan đến quan điểm kê đơn của bác sĩ hoặc do thời gian mắc ĐTĐ típ 2. Khi đánh giá chuyển tiếp điều trị, chúng tôi chỉ đánh giá trên các

đơn được duy trì điều trị trong 3 tháng trước và chưa đạt mục tiêu điều trị ($\text{HbA1c} \geq 8,5\%$). Trong đó, tỷ lệ nâng bậc điều trị với phác đồ đường uống là 54,5% và phác đồ đường tiêm là 46,9%. Trong đó vẫn có tỷ lệ hạ bậc điều trị với 9,1% phác đồ uống và 20,4% phác đồ chứa insulin, gợi ý bác sĩ không nên trì hoãn việc nâng bậc phác đồ trên bệnh nhân chưa đạt mục tiêu HbA1c.

Về đặc điểm kê thuốc đái tháo đường có lợi trên tim mạch thận: Trong các hướng dẫn điều trị hiện nay như ADA (2024) hoặc BYT (2020) đều khuyến cáo sử dụng thuốc có lợi ích trên tim mạch thận (SGLT-2i hoặc nhóm đồng vận chuyển GLP-1) cho bệnh nhân đái tháo đường có yếu tố cần kê đơn^{4,5}. Trong đó, thuốc đồng vận chuyển thụ thể GLP-1 là thuốc được ưu tiên khi bệnh nhân có eGFR < 30 mL/phút/ $1,73\text{m}^2$ do có nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn và giảm biến cố tim mạch tốt hơn¹⁷. Trong nghiên cứu, không ghi nhận tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc này, có thể vì do thuốc này có chi phí đắt hơn so với các thuốc khác trong điều trị đái tháo đường. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng SGLT-2i trên bệnh nhân đái tháo đường mắc kèm BTMDXV, nguy cơ cao BTMDXV và bệnh thận mạn còn chưa cao với tỷ lệ 16,7 - 69,2% bệnh nhân được kê đơn ít nhất 1 lần. Trong đó bệnh nhân mắc kèm suy tim là nhóm bệnh nhân có tỷ lệ kê đơn SGLT2i cao nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thu tại bệnh viện Hữu Nghị (2024)¹².

Về đặc điểm phác đồ hạ huyết áp: Trong nghiên cứu, 2 nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp được dùng nhiều nhất là ARB (59,7%) và lợi tiểu (56,1%). Kết quả này phù hợp với các nhóm thuốc trong phác đồ khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam 2024¹⁸. Phác đồ kiểm soát huyết áp chủ yếu là phác đồ phối hợp các nhóm thuốc có cơ chế khác nhau, trong đó dùng nhiều nhất là phác đồ ARB + lợi tiểu (30,9%). Kết quả này có sự khác biệt so với một nghiên cứu tại Nepal khi kết quả cho thấy phác đồ hạ huyết áp đơn độc lại cao hơn rất nhiều (66,67%)¹⁹.

Về đặc điểm kê đơn thuốc hạ lipid máu: Kiểm soát LDL-c là yếu tố then chốt trong điều trị bệnh nhân đái tháo đường vì LDL-c cao liên quan trực tiếp đến nguy cơ xơ vữa động mạch và biến cố tim mạch. Ở

người đái tháo đường, quá trình oxy hóa LDL diễn ra mạnh hơn, làm tổn thương nội mạc mạch máu sớm và nặng hơn so với người không mắc bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy giảm mỗi 1mmol/L LDL-c có thể giảm 20 - 25% nguy cơ biến cố tim mạch lớn. Liệu pháp statin đã được chứng minh làm giảm các biến cố tim mạch, đồng thời làm giảm tỷ lệ đột quỵ gây tử vong và không gây tử vong nên hầu hết các hướng dẫn lâm sàng đều khuyến nghị dùng statin cho bệnh nhân đái tháo đường²⁰. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kê đơn statin mạnh theo khuyến cáo còn khá thấp: Trên bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao và rất cao có tỷ lệ lần lượt là 7,1% và 9,7%. Bác sĩ có thể cân nhắc tăng cường độ statin dựa vào mức độ dung nạp để có thể tăng hiệu quả kiểm soát lipid cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu nhận trên cơ mẫu được tính toán giúp đại diện cho quần thể bệnh nhân đái tháo đường của bệnh viện Thanh Nhàn. Từ đó, giúp phân tích các vấn đề liên quan đến kê đơn trong điều trị đái tháo đường. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Với thiết kế nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi chưa xác định mục tiêu điều trị HbA1c trên từng cá thể bệnh nhân, tuân thủ điều trị; do đó chưa đánh giá được tính phù hợp và hiệu quả điều trị của phác đồ điều trị đái tháo đường trên tất cả bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này bước đầu đã chỉ ra thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Tỷ lệ phác đồ được nâng bậc điều trị phù hợp với khuyến cáo là 54,5% trong phác đồ đường uống và 46,9% đối với phác đồ chứa insulin. Bên cạnh đó, tỷ lệ kê đơn SGLT-2i ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch - thận còn hạn chế.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi có đề xuất bác sĩ điều trị cần thay đổi phác đồ hạ đường huyết phù hợp cho bệnh nhân chưa đạt mục tiêu HbA1c; bệnh viện cần đáp ứng nhu cầu kê đơn thuốc SGLT-2i để tăng hiệu quả bảo vệ sức khỏe tim mạch thận cho bệnh nhân. Ngoài ra, cường độ statin sử dụng cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cần được cải thiện để phòng biến chứng tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thy Nhac Vũ và cộng sự (2023) *Phân tích gánh nặng bệnh đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam: Nghiên cứu đa trung tâm tại một số Bệnh viện tuyến quận Thành phố Hồ Chí Minh*. Tạp chí Y học Việt Nam, 530(1).
2. Zhang P and Gregg E (2017) *Global economic burden of diabetes and its implications*. Lancet Diabetes Endocrinol 5(6): 404-405.
3. Yki-Järvinen H (2000) Management of type 2 diabetes mellitus and cardiovascular risk: lessons from intervention trials. Drugs 60(5): 975-83.
4. American Diabetes Association, Standard of Medical care in Diabetes. Diabetes care, 2024. 47.
5. Bộ Y tế (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường típ 2*.
6. Demoz GT et al (2019) *Prescribing pattern of statins for primary prevention of cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes: Insights from Ethiopia*. BMC Res Notes 12(1): 386.
7. Tống Thanh Huyền và cộng sự (2021) *Khảo sát thực trạng giám sát HbA1c và lựa chọn thuốc điều trị đái tháo đường cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được quản lý ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 16.
8. Bệnh viện Thanh Nhàn, Giới thiệu về Bệnh viện Thanh Nhàn.
9. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int, 2024. 105(4s): S117-S314.
10. European Society of Cardiology, ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 2021.
11. Hội tim mạch học Việt Nam (2024) *Khuyến cáo của hội tim mạch học Việt Nam Điều trị rối loạn lipid máu 2024*.
12. Lê Thị Thu (2024) *Phân tích thực trạng sử dụng thuốc quản lý nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị*. Trường Đại học Dược Hà Nội.
13. Sakboonyarat B et al (2021) *National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in*

- Thailand from 2011 to 2018. Scientific Reports*, 211(1): 14260.
14. Bộ Y tế (2019) *Hướng dẫn thực hành dược lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm*.
 15. Nguyễn Thúy Liên (2017) *Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường typ 2 trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Bắc Giang*. Trường Đại học Dược Hà Nội.
 16. Nguyễn Văn Pho and N.T.T. Hương (2022) *Khảo sát thực trạng kê đơn thuốc điều trị bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại huyện Châu Thành, tỉnh Đồng Tháp năm 2021*.
 17. Górriz JL et al (2022) *Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist Use in People Living with Type 2 Diabetes Mellitus and Chronic Kidney Disease: A Narrative Review of the Key Evidence with Practical Considerations*. *Diabetes Ther* 13(3): 389-421.
 18. Hội Tim mạch quốc gia Việt Nam và Phân hội tăng huyết áp Việt Nam (2022) *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022*.
 19. Dahal P et al (2016) *Assessment of Prescription Patterns in Hypertensive and Diabetic Patients Visiting Private Tertiary Care Hospital of Dharan Municipality, Nepal*. *Sunsari Technical College Journal* 2(1): 44-47.
 20. Taylor F et al (2013) *Statins for the primary prevention of cardiovascular disease*. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(1): Cd004816.