

Phân tích thực trạng kê đơn thuốc chống đông trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội

Analysis of the current situation of anticoagulant prescription in outpatients at Hanoi Heart Hospital

Nguyễn Hữu Duy¹, Hoàng Nguyễn Kim Thoa¹,
Vũ Quỳnh Nga² và Nguyễn Thị Liên Hương^{1*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,
²Bệnh viện Tim Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích thực trạng kê đơn thuốc chống đông trên bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện trên đối tượng là bệnh nhân ngoại trú được kê đơn thuốc chống đông tại cơ sở 1 - Bệnh viện Tim Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 tháng 12/2022. Phương pháp chọn mẫu phân tầng được áp dụng dựa theo số lượt bệnh nhân khám hàng tháng. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án ngoại trú. **Kết quả:** Tổng cộng 385 bệnh nhân được lựa chọn vào trong nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,0 \pm 12$ tuổi. Đa số bệnh nhân được điều trị bằng thuốc đối kháng vitamin K (VKA), chiếm 70,2%. Hai chỉ định phổ biến nhất của liệu pháp chống đông là rung nhĩ và van tim cơ học, chiếm hơn 95% tổng số bệnh nhân. Trong số các bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông đường uống trực tiếp (DOAC), có 72,7% được kê đơn với liều phù hợp. Các vấn đề liên quan đến thuốc chống đông được ghi nhận bao gồm: không điều chỉnh liều theo chức năng thận và sử dụng liều thấp hơn khuyến cáo. Tỷ lệ đơn kê VKA phù hợp trong nghiên cứu là 82,0%. Các biến cố được ghi nhận bao gồm: chảy máu nhẹ (12,7%), chảy máu cần can thiệp hoặc nhập viện (7%), và huyết khối (2,1%). **Kết luận:** Việc sử dụng thuốc chống đông ở bệnh nhân ngoại trú cần được giám sát chặt chẽ và điều chỉnh liều cá thể hóa nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị và hạn chế biến cố bất lợi.

Từ khóa: Thuốc chống đông, ngoại trú, VKA, DOAC.

Summary

Objective: To analyze the clinical characteristics of outpatients prescribed anticoagulants and assess the current prescribing practices of anticoagulant therapy at Hanoi Heart Hospital. **Subject and method:** A retrospective descriptive study was conducted on outpatients who were prescribed anticoagulants at Facility 1 of Hanoi Heart Hospital from January 2022 to December 2022. Stratified sampling was employed based on the monthly number of outpatient visits. Data were collected from outpatient medical records. **Result:** A total of 385 patients, representative of the outpatient population at the hospital, were included in the study. The mean age of the patients was 62.0 ± 12 years. The majority of patients (70.2%) were treated with vitamin K antagonists (VKA). The two most common indications for anticoagulant therapy were atrial fibrillation and mechanical heart valves, accounting for over 95% of the study population. Among patients prescribed direct oral anticoagulants (DOAC), 72.7% received

Ngày nhận bài: 01/08/202, ngày chấp nhận đăng: 23/12/2025

* Tác giả liên hệ: duynh@hup.edu.vn - Trường Đại học Dược Hà Nội

appropriate dosing. Documented drug-related problems (DRPs) included failure to adjust dosage according to renal function and underdosing. For patients on VKA therapy, 82.0% of dose decisions were appropriate. No statistically significant difference was observed between target INR groups. Reported adverse events included minor bleeding (12.7%), clinically significant bleeding requiring intervention or hospitalization (7%), and thromboembolic events (2.1%). *Conclusion:* Anticoagulant use in the outpatient setting requires close monitoring and individualized dose adjustment to ensure treatment efficacy and minimize adverse events.

Keywords: Anticoagulants, outpatients, VKA, DOAC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn cầu. Thuốc chống đông đường được sử dụng ngày càng rộng rãi trong dự phòng và điều trị các bệnh lý huyết khối. Tuy nhiên, OACs có chỉ số điều trị hẹp và được Viện thực hành sử dụng thuốc an toàn (ISMP) xếp vào nhóm thuốc nguy cơ cao do tiềm ẩn nguy cơ gây hại nghiêm trọng khi xảy ra sai sót trong sử dụng¹. Tại Hoa Kỳ, thuốc chống đông là nguyên nhân hàng đầu của biến cố bất lợi do thuốc khi chiếm hơn 30% các lượt khám cấp cứu vì biến cố bất lợi ở người cao tuổi. Trong số các trường hợp gặp biến cố bất lợi, hơn 50% trường hợp phải nhập viện và một nửa trong số đó được đánh giá là có thể phòng tránh. Do đó, tối ưu hóa kê đơn thuốc chống đông đường uống là vấn đề cần đặc biệt chú ý².

Trong thực hành lâm sàng, việc kê đơn VKA và DOAC có những điểm khác biệt quan trọng. Với VKA, liều dùng phải được cá thể hóa dựa vào chỉ số INR, yêu cầu theo dõi xét nghiệm định kỳ để duy trì hiệu quả chống đông và hạn chế nguy cơ chảy máu. Ngược lại, DOAC thường sử dụng liều cố định, không cần theo dõi INR thường quy, nhưng đòi hỏi hiệu chỉnh liều theo đặc điểm của bệnh nhân. Những khác biệt này làm gia tăng thách thức trong kê đơn và đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải cân nhắc kỹ đặc điểm từng bệnh nhân.

Bệnh viện Tim Hà Nội là cơ sở chuyên khoa tim mạch với số lượng lớn bệnh nhân ngoại trú điều trị bằng thuốc chống đông đường uống. Đặc điểm bệnh nhân đa dạng với tỷ lệ người cao tuổi cao, nhiều bệnh kèm theo, suy giảm chức năng gan thận... làm gia tăng độ phức tạp trong kê đơn và nguy cơ biến cố bất lợi. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến

hành nghiên cứu nhằm mô tả phân tích thực trạng kê đơn thuốc chống đông tại bệnh viện và đề xuất biện pháp giúp tối ưu hóa sử dụng nhóm thuốc này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ngoại trú sử dụng thuốc chống đông tại cơ sở 1 bệnh viện Tim Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân trên 18 tuổi.

Bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông đường uống.

Bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Cơ sở 1 – Bệnh viện Tim Hà Nội tái khám trong khoảng thời gian từ tháng tháng 1 đến tháng 12 năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chuyển quản lý ngoại trú tại bệnh viện khác

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu trên bệnh án điện tử. Thông tin về đặc điểm bệnh nhân, chẩn đoán, thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng, thông tin về biến cố huyết khối và chảy máu trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 được thu thập dựa trên hệ thống bệnh án điện tử của bệnh viện.

2.2.1. Một số căn cứ sử dụng trong nghiên cứu

Căn cứ xác định chức năng thận:

Chức năng thận được đánh giá tại thời điểm chỉ định thông qua công thức Cockcroft-Gault khi có đầy đủ thông số tuổi, cân nặng và creatinin huyết thanh. Trong trường hợp bệnh nhân không được chỉ định làm xét nghiệm creatinin, giá trị creatinin gần nhất được sử dụng để tính chức năng thận.

$$\text{Clcr (mL/phút)} = \frac{(\text{140} - \text{tuổi}) \times \text{cân nặng (kg)}}{\text{Creatinin huyết thanh (mg/dL)} \times 72} \times 0,85 \text{ (nếu là nữ)}$$

2.2.2. Căn cứ đánh giá liều dùng thuốc chống đông trong nghiên cứu

Việc đánh giá liều thuốc chống đông phụ thuộc vào đặc điểm dược lý của từng nhóm. Với VKA, liều được điều chỉnh dựa trên chỉ số INR mục tiêu. Trong khi đó, DOAC sử dụng liều cố định và không cần xét nghiệm thường quy, nhưng cần hiệu chỉnh theo chức năng thận.

Với thuốc DOAC, nghiên cứu đánh giá liều dùng căn cứ trên tờ thông tin sản phẩm lưu hành tại bệnh viện. Bệnh nhân được tính toán chức năng thận, để đánh giá hiệu chỉnh liều phù hợp.

Đối với thuốc VKA, nhóm nghiên cứu rà soát hướng dẫn điều trị của Hội chuyên môn (Hội tim mạch học Việt Nam, Mỹ, châu Âu) về mục tiêu INR với các chỉ định chống đông. Các yếu tố cụ thể nhằm xác định INR mục tiêu được đồng thuận bởi 02 các bác sĩ chuyên khoa nội tim mạch tại bệnh viện Tim Hà Nội. Liều dùng VKA được đánh giá phù hợp nếu được thay đổi phù hợp theo kết quả INR và mục tiêu của bệnh nhân.

2.2.3. Phân loại biến cố chảy máu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá biến cố chảy máu theo phân loại của Hội Huyết học Quốc tế (ISTH) ³, cụ thể:

Chảy máu nhẹ: bầm tím, chảy máu cam, chảy máu chân răng nhỏ, không ảnh hưởng sức khỏe.

Chảy máu trung bình: chảy máu nhiều hơn, cần can thiệp, nhưng không nguy hiểm tính mạng

Chảy máu nặng: nguy hiểm đến tính mạng, cần nhập viện cấp cứu, như xuất huyết nội tạng (não, tiêu hóa), đòi hỏi dùng thuốc giải độc (nếu có).

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Excel 2010 và R 4.2.0. Thực hiện thống kê mô tả để trình bày đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Các biến liên tục trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn; trung vị và khoảng tứ phân vị 25%; 75% nếu có phân phối không chuẩn. Các biến phân loại được mô tả theo tỷ lệ phần trăm trên tổng số bệnh nhân hoặc tổng số lượt kê đơn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n, %) (n = 385)
Tuổi	
< 65	221 (57,4)
65-74	109 (28,3)
≥ 75	55 (14,3)
Giá trị trung bình $\pm$ SD	62 $\pm$ 12
Giới tính	
Nam	183 (47,5)
Nữ	202 (52,5)
Bệnh mắc kèm	
Suy tim	289 (75,1)
Tăng huyết áp	159 (41,3)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n, %) (n = 385)
Rối loạn mỡ máu	180 (46,8)
Bệnh mạch vành đã đặt stent và/hoặc CABG	45 (11,7)
Bệnh mạch vành mạn chưa can thiệp	49 (12,7)
Thuốc dùng kèm	
Sử dụng đồng thời NSAIDs	17 (4,4)
Sử dụng đồng thời chống kết tập tiểu cầu	22 (5,7)

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 62, bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên chiếm khoảng 14%. Bệnh lý mạn tính mắc kèm ghi nhận nhiều nhất bao gồm suy tim (75%), tăng huyết áp (41,3%), rối loạn mỡ máu (46,8%). Thuốc chống kết tập tiểu cầu bao gồm aspirin, clopidogrel và cilostazol được ghi nhận dùng đồng thời ở trên 22 bệnh nhân. Lý do sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu bao gồm kẹt van hoặc bán kẹt van tim cơ học, cầu chủ - vành hoặc stent động mạch vành, bệnh mạch vành mạn bao gồm tắc hoàn toàn mạn tính.

3.2. Phân tích chỉ định của thuốc chống đông

Nghiên cứu của chúng tôi có 250 bệnh nhân sử dụng VKA, 95 bệnh nhân sử dụng DOAC và 40 trường hợp có sự chuyển đổi giữa hai nhóm chống đông. Đặc điểm chỉ định thuốc chống đông được trình bày trong bảng sau:

Bảng 2. Chỉ định của thuốc chống đông

Chỉ định	DOAC (n = 95)	VKA (n = 250)	Chuyển đổi VKA - DOAC (n = 40)	Tổng (n = 385)
Chỉ định trong tờ HDSD				
Dự phòng huyết khối trên bệnh nhân rung nhĩ không do van tim	90 (94,7)	83 (33,2)	39 (97,5)	212 (55,1)
Dự phòng tái phát thuyên tắc tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi	4 (4,2)		1 (2,5)	5 (1,2)
Dự phòng huyết khối trên bệnh nhân van tim nhân tạo		164 (65,6)		164 (42,6)
Chỉ định trong HDĐT				
Điều trị huyết khối thất trái	1 (1,1)	3 (1,2)		4 (1)

Đa phần chỉ định chống đông trong nghiên cứu là chỉ định được phê duyệt trong tờ hướng dẫn sử dụng. Hai chỉ định nhiều nhất trong nghiên cứu là dự phòng huyết khối trên bệnh nhân rung nhĩ không do van tim và bệnh nhân có van tim nhân tạo. Tất cả bệnh nhân có van tim nhân tạo được dự phòng bằng VKA. Tỷ lệ bệnh nhân dự phòng tái phát tái phát thuyên tắc tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi chỉ chiếm 1,2%. Nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận 4 (1%) bệnh nhân sử dụng chống đông để điều trị huyết khối thất trái.

3.3. Phân tích liều dùng của thuốc DOAC

Tổng số bệnh nhân được phân tích tính phù hợp về liều dùng của DOAC là 134 bệnh nhân với 1187 lượt kê đơn. Nghiên cứu đánh giá liều dùng trên tất cả các lượt kê đơn này, cụ thể như sau:

Bảng 3. Đánh giá tính phù hợp về liều dùng của thuốc DOAC

Phân loại	VTE/PE (n = 45)	Rung nhĩ (n = 1142)	Tổng (n = 1187)
Phù hợp khuyến cáo	45 (100%)	818 (71,6%)	863 (72,7%)
Liều thấp so khuyến cáo		259 (22,7%)	259 (21,8%)
Apixaban 2,5mg mỗi 12h		1 (0,1%)	1 (0,1%)
Rivaroxaban 10mg mỗi 24h		110 (9,6%)	110 (9,3%)
Rivaroxaban 15mg mỗi 24h		148 (13%)	148 (12,5%)
Không hiệu chỉnh liều		26 (2,3%)	26 (2,2%)
Dabigatran 150mg mỗi 12h		1 (0,1%)	1 (0,1%)
Rivaroxaban 20mg mỗi 24h		25 (2,2%)	25 (2,1%)
Không có trong tờ thông tin sản phẩm		8 (0,7%)	8 (0,7%)
Không đánh giá được		17 (1,5%)	17 (1,4%)

* VTE/PE: huyết khối tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi

Tổng số lượt kê đơn DOAC phù hợp về liều dùng là 863 lượt, chiếm tỷ lệ 72,7%. Tất cả bệnh nhân được chỉ định DOAC cho chỉ định điều trị và dự phòng VTE/PE đều dùng liều phù hợp. Trong khi đó, chỉ có 71,6% bệnh nhân rung nhĩ được sử dụng liều DOAC phù hợp. Tỷ lệ đơn kê liều dùng thấp hơn so với khuyến cáo là 22,7%, trong đó, tỷ lệ cao nhất đối với hoạt chất rivaroxaban. Tỷ lệ đơn kê không được hiệu chỉnh liều theo chức năng thận và các yếu tố hiệu chỉnh liều khác là 2,2%, tỷ lệ cao nhất cũng nhìn thấy ở hoạt chất rivaroxaban.

3.4. Phân tích liều dùng của thuốc VKA

Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện phân tích sự thay đổi liều dùng trên 2671 lượt đơn kê VKA có thông tin về liều dùng. Kết quả được thể hiện trong bảng 4.

Bảng 4. Đánh giá tính phù hợp về liều dùng của thuốc VKA

Liều dùng VKA	Mục tiêu INR		Tất cả (n = 2671)
	2 - 3 (n = 1703)	2,5-3,5 (n = 968)	
Phù hợp	1437 (84,4)	753 (77,8)	2190 (82,0)
Không thay đổi khi INR thấp hơn mục tiêu	143 (8,4)	144 (14,9)	287 (10,7)
Không thay đổi khi INR cao hơn mục tiêu	123 (7,2)	71 (7,3)	194 (7,3)

Tỷ lệ lượt kê đơn VKA được kê đơn phù hợp là 82%, trong đó nhóm bệnh nhân có mục tiêu INR 2-3 có tỷ lệ kê đơn phù hợp cao hơn. Với bệnh nhân có mục tiêu INR 2,5 – 3,5; các trường hợp kê đơn chưa phù hợp đa phần là do không thay đổi liều khi INR thấp hơn ngưỡng mục tiêu.

3.5. Đánh giá biến cố huyết khối và chảy máu của bệnh nhân

Bảng 5. Biến cố chảy máu của bệnh nhân trong nghiên cứu

Biến cố	DOAC (n = 95)	VKA (n = 250)	Chuyển đổi DOAC - VKA N=40	Tổng (n= 385)
Biến cố chảy máu				
Chảy máu nhẹ	9 (9,5)	36 (14,4)	4 (10)	49 (12,7)
Chảy máu trung bình	-	25 (10)	2 (5)	27 (7)
Huyết khối				
Kẹt van tim		2 (0,8)	1 (2,5)	3 (0,8)
Huyết khối nhĩ trái	1 (1,1)	2 (0,8)		3 (0,8)
Nhồi máu não		2 (0,8)		2 (0,5)

Chúng tôi ghi nhận được 76 bệnh nhân xuất hiện biến cố chảy máu và 8 bệnh nhân xuất hiện biến cố huyết khối. Biến cố chảy máu cần xử trí hoặc nhập viện xảy ra ở khoảng 7% bệnh nhân trong nghiên cứu. Trong đó, tất cả các trường hợp đều đang dùng VKA ngay trước thời điểm xảy ra biến cố. Trong khi đó, các biến cố huyết khối ghi nhận trong nghiên cứu bao gồm kẹt van hoặc bán kẹt van tim cơ học (2 ca); huyết khối nhĩ trái (2 ca); nhồi máu não (4 ca, trong đó, 2 ca nhồi máu não có chuyển dạng xuất huyết). Tỷ lệ biến cố huyết khối cũng cao nhất ở nhóm sử dụng VKA.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu là 62, với tỷ lệ bệnh nhân ≥ 75 tuổi thấp (14,3%). Mức tuổi trung bình trong nghiên cứu có sự khác biệt do thu nhận bệnh nhân dùng VKA và DOAC. Nghiên cứu trên bệnh nhân rung nhĩ hoặc chỉ thu nhận bệnh nhân sử dụng DOAC thường có mức tuổi trung bình cao hơn. Trong khi đó, nghiên cứu có nhiều đối tượng bệnh nhân thay van tim nhân tạo hoặc chỉ thu nhận bệnh nhân sử dụng VKA thường có mức tuổi trung bình thấp hơn.

Hai chỉ định chiếm tỷ lệ cao nhất là dự phòng huyết khối ở bệnh nhân rung nhĩ không do van tim và dự phòng huyết khối trên bệnh nhân có van tim nhân tạo. Kết quả này phù hợp với các hướng dẫn điều trị hiện nay. Trên bệnh nhân rung

nhĩ không do van tim, DOAC được ưu tiên hơn VKA nhờ cân bằng được yếu tố hiệu quả – an toàn cân bằng và tiện lợi khi sử dụng thuốc cũng như theo dõi hiệu quả điều trị. Trong khi VKA là bắt buộc trên bệnh nhân van tim cơ học hoặc hẹp hai lá do thấp do DOAC không được khuyến cáo cho nhóm bệnh nhân này^{4,5}.

Chỉ định điều trị huyết khối thất trái chiếm 1% bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó đa phần bệnh nhân sử dụng VKA. Đồng thuận chuyên gia của AHA năm 2022 khuyến cáo khởi trị VKA cho điều trị huyết khối thất trái sau nhồi máu cơ tim 3 tháng⁶. Gần đây, một số bằng chứng từ thử nghiệm lâm sàng nhỏ cho thấy sử dụng DOAC có thể thay thế VKA và tương đương về hiệu quả, an toàn⁷. Tuy nhiên, chúng ta cần nhiều bằng chứng hơn để có thể mở rộng thêm chỉ định này đối với DOAC.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 72,7% lượt đơn kê DOAC được đánh giá là phù hợp với khuyến cáo về liều dùng trong tờ thông tin sản phẩm. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu được thực hiện tại 1 số trung tâm tim mạch của các nước^{8,9}. Mặc dù vậy, liều thấp hơn so với khuyến cáo được ghi nhận một số thuốc như rivaroxaban, nguyên nhân có thể do lo ngại của bác sĩ liên quan đến nguy cơ chảy máu. Một số bệnh nhân rung nhĩ được kê liều 10mg mỗi 24 giờ nhưng không yếu tố hiệu chỉnh liều (dùng đồng thời thuốc ức chế P₂Y₁₂ và Clcr < 50ml/phút). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ nhỏ

bệnh nhân chưa được chỉnh liều theo chức năng thận đối với rivaroxaban hoặc dabigatran. Bác sĩ có thể chưa đánh giá hết các yếu tố hiệu chỉnh liều của bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân có sự thay đổi Clcr trong các lượt thăm khám. Việc ứng dụng hệ thống hỗ trợ kê đơn, ví dụ như cảnh báo chức năng thận và liều dùng chưa phù hợp có thể giúp cải thiện hiệu quả trong kê đơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ phù hợp liều VKA đạt 82,0%. Tuy nhiên, tồn tại khác biệt theo mục tiêu INR: nhóm bệnh nhân INR mục tiêu 2-3 có tỷ lệ phù hợp cao hơn. Nhóm bệnh nhân có INR mục tiêu 2,5 – 3,5 có tỷ lệ không thay đổi liều khi INR dưới ngưỡng mục tiêu cao. Điều này phản ánh lo ngại bác sĩ khi duy trì INR cao cho bệnh nhân, làm gia tăng nguy cơ chảy máu. Mặc dù vậy, các bệnh nhân cần mục tiêu INR cao (VD: van 2 lá cơ học, van động mạch phổi cơ học...) có nguy cơ huyết khối cao. Do đó, các bác sĩ cần lưu ý điều chỉnh liều để INR đạt mục tiêu, nhằm cân bằng hiệu quả giữa lợi ích và nguy cơ.

Tỷ lệ bệnh nhân gặp biến cố huyết khối được ghi nhận trong nghiên cứu là 2%, cao hơn một chút so với kết quả ghi nhận trong các thử nghiệm lâm sàng nhưng thấp hơn so với nghiên cứu trên bệnh nhân châu Á^{10, 11}. Tỷ lệ biến cố huyết khối trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn ở nhóm chỉ sử dụng VKA so với nhóm chỉ sử dụng DOAC. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nguy cơ huyết khối nền của hai nhóm bệnh nhân không tương đồng. Các bệnh nhân sử dụng VKA với chỉ định van tim cơ học hoặc rung nhĩ có hẹp van hai lá vừa tới nặng có nguy cơ huyết khối cao hơn so với bệnh nhân rung nhĩ không có bệnh lý van tim, đối tượng chính được sử dụng DOAC trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng kê đơn thuốc chống đông tại trên bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội cho thấy 1 số vấn đề cần cải thiện như hiệu chỉnh liều thuốc DOAC phù hợp theo chức năng thận và liều VKA nhằm đạt INR mục tiêu. Việc sử dụng thuốc chống đông cần được giám sát chặt chẽ và điều chỉnh liều cá thể hóa nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị và hạn chế biến cố bất lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ISMP, ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings. 2018.
2. Anticoagulation F (2019) *Core elements of anticoagulation stewardship programs administrative oversight Gap Analysis: Hospitals and skilled nursing facilities*.
3. International Society on Thrombosis and Haemostasis, The ISTH bleeding classification.
4. Van Gelder IC et al (2024) *2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*. Eur Heart J 45(36): 3314-3414.
5. Joglar JA et al (2024) *2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines*. Circulation 149(1): 1-156.
6. Levine GN et al (2022) *Management of Patients at Risk for and With Left Ventricular Thrombus: A Scientific Statement From the American Heart Association*. Circulation 146(15): 205-223.
7. Al-Abcha A et al (2025) *Direct oral anticoagulants versus warfarin for the treatment of left ventricular thrombus: a multicenter retrospective observational study*. The American Journal of Cardiology 238: 21-24.
8. Antoniazzi S et al (2019) *Appropriateness of prescription of oral anticoagulant therapy in acutely hospitalized older people with atrial fibrillation. Secondary analysis of the SIM-AF cluster randomized clinical trial*. Br J Clin Pharmacol 85(9): 2134-2142.
9. Hirsh Raccach B et al (2019) *Appropriateness of direct oral anticoagulant dosing and its relation to drug levels in atrial fibrillation patients*. J Thromb Thrombolysis 47(4): 550-557.
10. Chiang CE, Wang KL, and Lip GY (2014) *Stroke prevention in atrial fibrillation: an Asian perspective*. Thromb Haemost 111(5): 789-797.
11. Nguyễn Quốc Kính, T.M.C. (2011) *Đánh giá hiệu quả điều trị bằng thuốc chống đông kháng Vitamin K ở bệnh nhân sau thay van tim cơ học*. Tạp chí Tim mạch học.