

Khảo sát một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại một bệnh viện đa khoa ở thành phố Hồ Chí Minh

Drug-related problems in patients with acute coronary syndrome at a general hospital in Ho Chi Minh city

Phạm Nguyệt Phú Thảo, Phạm Hồng Thắm*
và Trần Mạnh Hùng

Trường Dược - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát các vấn đề liên quan đến thuốc (DRP), mức độ ảnh hưởng tiềm tàng trên lâm sàng và một số yếu tố liên quan của đơn thuốc xuất viện ở bệnh nhân (BN) mắc hội chứng mạch vành cấp (ACS). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu (NC) cắt ngang mô tả trên đơn thuốc xuất viện của BN ACS tại một bệnh viện đa khoa Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 3/2025 đến tháng 12/2025. DRP được xác định và phân loại theo PCNE v9.1, đánh giá mức độ ảnh hưởng trên lâm sàng bằng công cụ HAMEC, các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Trong 401 đơn thuốc, ghi nhận 461 DRP với 67,1% đơn có ít nhất một DRP. DRP về cách dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (58,6%), chủ yếu do hướng dẫn cách dùng thiếu hoặc chưa phù hợp (51,8%); tiếp theo là DRP về lựa chọn thuốc (29,3%), trong đó phối hợp thuốc chưa phù hợp chiếm 11,9%. Phần lớn DRP được đánh giá có mức độ ảnh hưởng tiềm tàng trên lâm sàng ở mức nhẹ (73,3%). Số lượng bệnh mắc kèm liên quan độc lập với khả năng xuất hiện DRP (OR = 1,296; KTC 95%: 1,104 - 1,521; p=0,001). **Kết luận:** DRP trên đơn thuốc xuất viện ở BN ACS còn khá phổ biến, chủ yếu liên quan đến hướng dẫn cách dùng và lựa chọn thuốc. Cần tăng cường rà soát đơn thuốc và vai trò của dược sĩ lâm sàng nhằm giảm thiểu DRP có thể phòng tránh.

Từ khóa: Hội chứng mạch vành cấp, vấn đề liên quan đến thuốc, đơn thuốc xuất viện.

Summary

Objective: This study aims to investigate drug-related problems (DRP), their potential clinical impact, and associated factors in hospital discharge prescriptions among patients with acute coronary syndrome (ACS). **Subject and method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on discharge prescriptions of patients with ACS at a general hospital in Ho Chi Minh City from March 2025 to December 2025. DRP were identified and classified according to PCNE version 9.1, and their potential clinical impact was assessed using the HAMEC tool. Factors associated with the occurrence of DRP were analyzed using multivariable logistic regression. **Result:** Among 401 prescriptions, 461 DRPs were identified, and 67.1% of prescriptions had at least one DRP. DRP related to medication administration accounted for the largest proportion (58.6%), mainly due to incomplete or inappropriate instructions for medication administration (51.8%), followed by DRP related to drug selection (29.3%), of which inappropriate drug combinations accounted for 11.9%. Most DRPs were classified as having a minor potential clinical impact

Ngày nhận bài: 9/9/2026, ngày chấp nhận đăng: 13/10/2026

* Tác giả liên hệ: hongthamndgd@gmail.com - Trường Dược - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

(73.3%). The number of comorbidities was independently associated with the occurrence of DRP (OR = 1.296; 95% CI: 1.104 - 1.521, $p=0.001$). *Conclusion:* DRP were common in discharge prescriptions for patients with ACS, predominantly involving instructions for medication use and drug selection. Strengthening prescription review and the role of clinical pharmacists is warranted to minimize preventable DRPs.

Keywords: Acute coronary syndrome, drug-related problems, discharge prescriptions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới, chiếm khoảng 32% tổng số ca tử vong năm 2022¹. Hội chứng mạch vành cấp (Acute coronary syndrome – ACS), bao gồm nhồi máu cơ tim ST chênh lên, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định, là biến cố cấp tính nghiêm trọng của bệnh động mạch vành. Tại Việt Nam, nhồi máu cơ tim thuộc nhóm 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Sau giai đoạn cấp, BN cần điều trị dự phòng thứ phát lâu dài nhằm giảm nguy cơ tái phát biến cố tim mạch và cải thiện tiên lượng².

Điều trị sau ACS thường phối hợp nhiều nhóm thuốc như thuốc kháng kết tập tiểu cầu, statin, thuốc chẹn beta, thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin II, cùng các thuốc điều trị bệnh đồng mắc. Phác đồ đa thuốc làm gia tăng nguy cơ xuất hiện các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug-related problems - DRP), có thể ảnh hưởng đến hiệu quả và an toàn điều trị. Đặc biệt, thời điểm xuất viện là giai đoạn chuyển tiếp quan trọng, khi việc lựa chọn thuốc, liều dùng và hướng dẫn sử dụng thuốc cần được rà soát để bảo đảm điều trị dự phòng thứ phát phù hợp. Các thuốc tim mạch cũng được ghi nhận là nhóm thường liên quan đến lỗi kê đơn³. Vì vậy, NC được thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ và đặc điểm DRP, đánh giá mức độ ảnh hưởng tiềm tàng trên lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRP trên đơn thuốc xuất viện của BN ACS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đơn thuốc xuất viện của BN có chẩn đoán xác định tại thời điểm xuất viện là ACS trong giai đoạn từ tháng 3/2025 đến tháng 12/2025 tại một bệnh

viện đa khoa Thành phố Hồ Chí Minh, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Đơn thuốc của BN ≥ 18 tuổi có chẩn đoán ACS được ghi nhận tại thời điểm xuất viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đơn thuốc có chứa thuốc dược liệu.

Đơn thuốc của BN tái nhập viện trong khoảng thời gian NC.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

N: Cỡ mẫu nghiên cứu.

α : Mức ý nghĩa thống kê; $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%).

Z: Hệ số tin cậy ứng với α ; $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$.

d: Độ lệch chuẩn cho phép; $d = 0,05$.

Theo NC của Trần Trúc Linh và cộng sự (2024) tỷ lệ DRP về liều dùng trên đơn thuốc xuất viện của BN ACS là 61,50%⁴. Giả sử, tỷ lệ DRP về liều dùng trong NC của chúng tôi cũng tương tự như trên, $p=0,6150$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu của NC là 364 đơn thuốc.

Cách tiến hành nghiên cứu

Thông tin được thu thập từ phần mềm quản lý bệnh viện, bao gồm đặc điểm BN (tuổi, giới, thể bệnh ACS, bệnh mắc kèm, số lượng bệnh mắc kèm, chức năng thận) và đặc điểm thuốc được kê đơn (hoạt chất, biệt dược, hàm lượng, liều dùng, cách dùng, tần suất,

thời điểm sử dụng và số lượng thuốc). DRP được đánh giá và phân loại dựa theo PCNE v9.1, bao gồm DRP liên quan đến lựa chọn thuốc, cách dùng, liều dùng và tần suất dùng thuốc (Bảng 1).

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá DRP

Phân loại DRP	Định nghĩa
DRP về lựa chọn thuốc	
Thuốc không có chỉ định phù hợp	Thuốc được kê không phù hợp với chẩn đoán hoặc không phù hợp với hướng dẫn.
Chống chỉ định	Thuốc được kê có chống chỉ định đối với tình trạng của BN.
Tương tác thuốc	Tương tác giữa các thuốc trong đơn ở mức độ nghiêm trọng hoặc chống chỉ định.
Trùng lặp thuốc	Thuốc được kê trong đơn có sự trùng lặp về biệt dược, hoạt chất.
Có chẩn đoán, nhưng không được điều trị đầy đủ bằng thuốc	BN có chẩn đoán bệnh, nhưng trên đơn thuốc không có thuốc để điều trị đầy đủ.
Phối hợp thuốc trong điều trị chưa phù hợp	Phối hợp các thuốc trong điều trị tình trạng bệnh của BN chưa phù hợp với hướng dẫn.
DRP về cách dùng thuốc	
Cách dùng không phù hợp với dạng bào chế của thuốc	Cách sử dụng thuốc chưa phù hợp với dạng bào chế theo khuyến cáo từ nhà sản xuất.
Hướng dẫn cách dùng thuốc thiếu hoặc chưa phù hợp	Hướng dẫn cách dùng thuốc về thời điểm dùng thuốc trong ngày (sáng, trưa, chiều, tối) và thời điểm dùng thuốc so với bữa ăn (trước, sau bữa ăn) không được ghi rõ ràng, thiếu hoặc chưa phù hợp so với hướng dẫn.
DRP về liều dùng	
Liều dùng thấp	Liều dùng của thuốc cho 1 lần và/hoặc tổng liều dùng trong 1 ngày thấp hơn hướng dẫn.
Liều dùng cao	Liều dùng của thuốc cho 1 lần và/hoặc tổng liều dùng trong 1 ngày cao hơn hướng dẫn.
DRP về tần suất	
Tần suất thấp	Số lần dùng thuốc trong 1 ngày thấp hơn hướng dẫn.
Tần suất cao	Số lần dùng thuốc trong 1 ngày cao hơn hướng dẫn.

Công cụ đánh giá

Tính phù hợp của tất cả các thuốc được kê cho BN được đánh giá dựa trên các tài liệu tham chiếu gồm tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Dược thư Quốc gia Việt Nam (2022), hướng dẫn điều trị của BYT, khuyến cáo của các hiệp hội ESC (2023), ACC/AHA (2025), tương tác thuốc (Quyết định số 5948/QĐ-BYT, Drugs.com, UptoDate). Trường hợp có sự khác biệt giữa các nguồn, ưu tiên hướng dẫn điều trị và khuyến cáo chuyên ngành phù hợp với đặc điểm

lâm sàng của BN. Mức độ ảnh hưởng tiềm tàng trên lâm sàng của các DRP được đánh giá độc lập bởi hội đồng có 3 chuyên gia, gồm 2 bác sĩ và 1 dược sĩ có ít nhất 05 năm kinh nghiệm. Các DRP được mô tả và tổng hợp kèm theo thông tin khuyến cáo, gửi đến các chuyên gia. Mỗi chuyên gia đánh giá DRP và phân loại mức độ ảnh hưởng theo công cụ HAMEC 05 mức điểm: Mức 1 - không gây hại, mức 2 - nhẹ, mức 3 - trung bình, mức 4 - nghiêm trọng, mức 5 - rất nghiêm trọng⁵.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được quản lý và lưu trữ vào Microsoft Excel 2016. Phần mềm SPSS 27 được sử dụng để thực hiện phân tích và thống kê số liệu. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Phân tích hồi quy logistic bằng phương pháp đưa biến Enter, với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

NC được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành

phố Hồ Chí Minh số 4804/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 24/11/2025.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm BN và thuốc sử dụng trong điều trị ACS

NC khảo sát được 401 đơn thuốc của BN ACS, với độ tuổi trung bình là $62,2 \pm 11,8$ tuổi và nam giới chiếm đa số (70,8%). Nhồi máu cơ tim ST chênh lên là thể bệnh gặp nhiều nhất (52,1%). Rối loạn lipid máu (91,0%) và tăng huyết áp (81,3%) là các bệnh đồng mắc chiếm phần lớn. Statin và thuốc kháng kết tập tiểu cầu có tỷ lệ kê đơn cao nhất, lần lượt là 99,8% và 97,8% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm của BN (n = 401)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi*		62,2 $\pm$ 11,8	
Giới	Nam	284	70,8
	Nữ	117	29,2
Thể bệnh hội chứng mạch vành cấp	Nhồi máu cơ tim ST chênh lên	209	52,1
	Nhồi máu cơ tim ST không chênh lên	168	41,9
	Đau thắt ngực không ổn định	24	6,0
	Số lượng thuốc trong 1 đơn*	7 (6 - 8)	
	≥ 5 thuốc/đơn	373	93,0
	< 5 thuốc/đơn	28	7,0
Nhóm thuốc được kê đơn	Statin	400	99,8
	Kháng kết tập tiểu cầu	392	97,8
	Ức chế men chuyển	239	59,6
	Chẹn thụ thể Angiotensin II	94	23,4
	Chẹn beta	185	46,1
	Đối kháng aldosteron	138	34,4
	Số lượng bệnh mắc kèm*	4 (3-5)	
Bệnh mắc kèm	Rối loạn lipid máu	365	91,0
	Tăng huyết áp	326	81,3
	Trào ngược dạ dày – thực quản	254	63,3
	Suy tim	144	35,9
	Đái tháo đường type 2	119	29,7
	Bệnh thận mạn	68	17,0
	Mức lọc cầu thận (GFR mL/phút)*	80,28 (64,34 - 93,94)	

* Tuổi được trình bày trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; số lượng thuốc trong đơn, số lượng bệnh mắc kèm và GFR được trình bày dưới dạng trung vị (Q1–Q3).

3.2. Đặc điểm và tỷ lệ DRP

Trong 401 đơn thuốc, NC ghi nhận tổng cộng 461 DRP (cụ thể Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm về DRP trong đơn thuốc

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
DRP chung (n = 401)		
Số lượng DRP/đơn thuốc*	1 (0-2)	
Đơn thuốc có ít nhất 1 DRP	269	67,1
Đơn thuốc có 1 DRP	142	35,4
Đơn thuốc có 2 DRP	85	21,2
Đơn thuốc ≥ 3 DRP	42	10,5
Đơn thuốc không có DRP	132	32,9
Các loại DRP (n = 461)		
DRP lựa chọn thuốc	135	29,3
Thuốc không có chỉ định phù hợp	26	5,6
Chống chỉ định	7	1,5
Tương tác thuốc	6	1,3
Trùng lặp thuốc	2	0,4
Có chẩn đoán, nhưng không được điều trị đầy đủ bằng thuốc	39	8,5
Phối hợp thuốc trong điều trị chưa phù hợp	55	11,9
DRP cách dùng	270	58,6
Cách dùng không phù hợp với dạng bào chế của thuốc	31	6,7
Hướng dẫn cách dùng thuốc thiếu hoặc chưa phù hợp	239	51,8
DRP liều dùng	26	5,6
Liều dùng thấp	12	2,6
Liều dùng cao	14	3,0
DRP tần suất	30	6,5
Tần suất thấp	25	5,4
Tần suất cao	5	1,1

Đa số đơn thuốc có ít nhất 1 DRP (67,1%), trong đó đơn thuốc có 1 DRP chiếm tỷ lệ cao nhất (35,4%). Trong 461 DRP được khảo sát, DRP cách dùng thuốc xảy ra phổ biến nhất (58,6%), tiếp đến là DRP lựa chọn thuốc (29,3%). DRP liều dùng (5,6%) và tần suất dùng thuốc (6,5%) chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Mức độ ảnh hưởng của DRP trên lâm sàng

Phần lớn DRP có mức độ ảnh hưởng tiềm tàng trên lâm sàng ở mức nhẹ (73,3%). DRP về cách dùng chủ yếu có mức độ ảnh hưởng nhẹ (97,0%), trong khi DRP về lựa chọn thuốc có mức độ ảnh hưởng đáng lưu ý hơn, với 39,3% ở mức nghiêm trọng và 12,6% ở mức rất nghiêm trọng (Bảng 4).

Bảng 4. Mức độ ảnh hưởng DRP trên lâm sàng

DRP (n=461 DRP)	Không gây hại	Nhẹ	Trung bình	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng
	Số DRP (%)				
Lựa chọn thuốc	0 (0,0)	40 (29,6)	25 (18,5)	53 (39,3)	17 (12,6)
Cách dùng thuốc	0 (0,0)	262 (97,0)	8 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Liều dùng	0 (0,0)	13 (50,0)	9 (34,6)	4 (15,4)	0 (0,0)
Tần suất	2 (6,7)	23 (76,7)	5 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tổng	2 (0,4)	338 (73,3)	47 (10,2)	57 (12,4)	17 (3,7)

3.4. Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRP

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy số lượng bệnh mắc kèm (OR = 1,296; KTC 95%: 1,104 - 1,521; p=0,001) có liên quan đến sự xuất hiện DRP (Bảng 5). Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự xuất hiện DRP với tuổi, giới tính, số lượng thuốc trên đơn và mức lọc cầu thận (p>0,05).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan DRP

Yếu tố liên quan		OR	KTC 95%	p
Tuổi	≥ 65 tuổi	0,654	0,395 - 1,085	0,100
Giới	Nam	0,957	0,567 - 1,617	0,871
Số lượng thuốc/đơn	Đơn thuốc ≥ 5 thuốc	1,783	0,793 - 4,008	0,162
Số lượng bệnh mắc kèm		1,296	1,104 - 1,521	0,001
Mức lọc cầu thận (GFR)		0,989	0,978 - 1,001	0,070

Nhóm tham chiếu: Tuổi < 65, nữ, đơn thuốc < 5 thuốc.

IV. . BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN trong NC là $62,2 \pm 11,8$ tuổi và nam giới chiếm ưu thế (70,8%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ACS⁶. Nhồi máu cơ tim ST chênh lên là thể bệnh thường gặp nhất (52,1%), tương đồng với các NC tại Pakistan và Bangladesh^{7,8}, nhưng khác với một số NC trong nước ghi nhận nhồi máu cơ tim không ST chênh lên chiếm ưu thế hơn^{4,9,10}. Sự khác biệt có thể do đặc điểm quần thể, tiêu chuẩn lựa chọn và mô hình bệnh tật tại từng cơ sở điều trị. Tỷ lệ đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên chiếm 93,0%, phản ánh tính phức tạp của điều trị ACS và các bệnh mắc kèm. Statin và thuốc kháng kết tập tiểu cầu được kê đơn với tỷ lệ cao (lần lượt 99,8% và 97,8%), phù hợp với vai trò quan trọng trong dự phòng thứ phát biến cố tim mạch.

NC ghi nhận 67,1% đơn thuốc có ít nhất một DRP, cao hơn NC của Gona (51,6%) và Trương Trần Anh Thư (61,1%)^{11,12}. DRP về cách dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (58,6%), tiếp theo là DRP lựa chọn thuốc (29,3%), DRP về liều dùng (5,6%) và tần suất (6,5%) ít gặp hơn. Kết quả này khác với một số NC trước, trong đó DRP về lựa chọn thuốc và liều dùng chiếm ưu thế^{4,11,12}. NC này tập trung vào đơn thuốc tại thời điểm xuất viện, trong khi các NC khác được thực hiện trên BN ngoại trú hoặc đánh giá DRP trong cả quá trình điều trị. Mặc dù cùng sử dụng phân loại PCNE, tiêu chí và nguồn thông tin sử dụng để nhận diện DRP có thể khác nhau giữa các NC.

Trong nhóm DRP về cách dùng thuốc, vấn đề thường gặp nhất là thiếu hoặc chưa phù hợp về hướng dẫn thời điểm sử dụng thuốc, chủ yếu liên quan đến PPI (thiếu trước ăn 30 phút) và aspirin (sau ăn). Tỷ lệ kê đơn thuốc kháng kết tập tiểu cầu cao

(97,8%), cùng với việc phối hợp PPI ở nhiều BN, làm gia tăng số lượng thuốc cần hướng dẫn cụ thể về thời điểm sử dụng, dẫn đến tỷ lệ DRP thuộc nhóm này cao. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc chuẩn hóa hướng dẫn sử dụng thuốc trên đơn và tăng cường tư vấn trước xuất viện nhằm hạn chế DRP trong quá trình chuyển tiếp chăm sóc. DRP về lựa chọn thuốc chiếm 29,3%, trong đó phối hợp thuốc chưa phù hợp là vấn đề thường gặp nhất. Việc không phối hợp thuốc kháng kết tập tiểu cầu khi xuất viện ở BN ACS có thể làm giảm hiệu quả dự phòng thứ phát và gia tăng nguy cơ tái phát biến cố tim mạch. Tương tự, việc không kê đơn statin hoặc sử dụng statin cường độ trung bình khi không có lý do lâm sàng phù hợp có thể làm giảm hiệu quả kiểm soát LDL-C và gia tăng nguy cơ tái phát. Chống chỉ định liên quan đến việc sử dụng rosuvastatin 40mg ở BN suy giảm chức năng thận. Việc sử dụng mức liều này cần được đánh giá cẩn trọng và chống chỉ định cho đối tượng người châu Á và suy giảm chức năng thận, vì đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện bệnh lý cơ. Các tương tác thuốc nghiêm trọng bao gồm clopidogrel-esomeprazol và phối hợp kali clorid với spironolacton và/hoặc thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể Angiotensin II. Trong đó, phối hợp kali clorid với các thuốc này có thể làm gia tăng nguy cơ tăng kali máu, cần cẩn trọng khi phối hợp các thuốc, đồng thời theo dõi nồng độ kali và chức năng thận để hạn chế các biến cố bất lợi. DRP về liều và tần suất tuy chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn cần được lưu ý, chủ yếu liên quan đến cường độ statin chưa phù hợp, chưa hiệu chỉnh liều theo chức năng thận và khoảng cách dùng thuốc chưa hợp lý.

Đáng chú ý là tần suất xuất hiện DRP không hoàn toàn phản ánh mức độ ảnh hưởng lâm sàng của DRP. Mặc dù DRP về cách dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất, 97,0% được đánh giá ở mức độ nhẹ. Ngược lại, trong nhóm DRP về lựa chọn thuốc, hơn một nửa DRP được đánh giá nghiêm trọng trở lên (51,9%). Do đó, việc rà soát đơn thuốc trước xuất viện cần ưu tiên các DRP có nguy cơ ảnh hưởng lâm sàng cao, đặc biệt là chống chỉ định, lựa chọn hoặc phối hợp thuốc chưa phù hợp và tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng.

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy số lượng bệnh mắc kèm là yếu tố liên quan độc lập với sự xuất hiện DRP (OR = 1,296; KTC 95%: 1,104 - 1,521; $p=0,001$). Kết quả này phù hợp với các NC trước cho thấy đa bệnh lý có liên quan đến sự gia tăng DRP^{11,13}. BN có nhiều bệnh mắc kèm thường cần phác đồ điều trị phức tạp hơn, đồng thời việc lựa chọn thuốc phải cân nhắc nhiều yếu tố như chỉ định, chống chỉ định, chức năng thận, tương tác thuốc và mục tiêu điều trị của từng bệnh lý. NC chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa DRP với tuổi, giới, số lượng thuốc trên đơn hoặc mức lọc cầu thận. Kết quả này gợi ý rằng mức độ phức tạp của tình trạng đa bệnh lý có thể có vai trò quan trọng hơn số lượng thuốc đơn thuần trong dự báo DRP ở quần thể NC.

NC có một số hạn chế. Do NC được thực hiện tại một trung tâm và tập trung vào đơn thuốc tại thời điểm xuất viện nên chưa thể khái quát hóa kết quả. Việc xác định DRP dựa trên đơn thuốc và hồ sơ bệnh án có thể chưa phản ánh đầy đủ một số hướng dẫn sử dụng thuốc đã được tư vấn trực tiếp nhưng không được ghi nhận. NC chỉ mới đánh giá mức độ ảnh hưởng tiềm tàng của DRP mà chưa theo dõi các kết cục lâm sàng thực tế sau xuất viện. Tuy nhiên, các kết quả từ NC cung cấp cơ sở thực tiễn cho hoạt động rà soát DRP trên đơn thuốc trước xuất viện ở BN ACS.

V. KẾT LUẬN

NC ghi nhận 67,1% đơn thuốc xuất viện của BN ACS có ít nhất một DRP. DRP liên quan đến cách dùng chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi DRP liên quan đến lựa chọn thuốc có tỷ lệ ảnh hưởng nghiêm trọng và rất nghiêm trọng đáng lưu ý. Số lượng bệnh mắc kèm là yếu tố liên quan đến sự xuất hiện DRP. Cần tăng cường rà soát đơn thuốc trước xuất viện, ưu tiên các DRP có mức độ ảnh hưởng tiềm tàng trên lâm sàng cao, đồng thời chuẩn hóa hướng dẫn sử dụng thuốc và tăng cường vai trò của dược sĩ lâm sàng trong quá trình chuyển tiếp chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) *Internet*. Updated 31 July 2025.

- [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Bộ Y tế (2019) *Quyết định 2187/QĐ-BYT "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp"*.
 3. Alharaibi MA, Alhifany AA, Asiri YA et al (2021) *Prescribing errors among adult patients in a large tertiary care system in Saudi Arabia*. *Annals of Saudi Medicine* 41(3): 147-156.
 4. Trần Trúc Linh, Lê Tân Tố Anh, Lý Đăng Khoa, Nguyễn Thắng (2024) *Khảo sát một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại một bệnh viện chuyên khoa tim mạch ở Đồng bằng sông Cửu Long*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 543(2).
 5. Gates PJ, Baysari MT, Mumford V, Raban MZ, Westbrook JI (2019) *Standardising the Classification of Harm Associated with Medication Errors: The Harm Associated with Medication Error Classification (HAMEC)*. *Drug Saf* 42(8): 931-939.
 6. Bộ Y tế (2020) *Quyết định 5332/QĐ-BYT "Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành"*.
 7. Sher A, Bashir M, Humerah S et al (2022) *Prevalence of Acute Coronary Syndrome among Patients Presenting with Chest Pain*. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences* 16(10): 932.
 8. Mobarok H, Shamsul I, Kawser H et al (2025) *Prevalence of acute coronary syndrome among patients presenting*. *Central Medical College Journal* 8(2): 75-81.
 9. Nguyễn Khánh Gia Bảo, Nguyễn Văn Tân, Trần Quỳnh Như, Bùi Thị Hương Quỳnh (2022) *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên người bệnh hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 511(1).
 10. Nguyễn Đình Hùng, Trương Hữu Phương, Nguyễn Thị Sáu, Nguyễn Hương Thảo (2026) *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Trung Vương*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 561(2).
 11. Gona OJ, Shambu SK, Madhan R (2021) *Frequency and nature of drug-related problems in patients with acute coronary syndrome: role of the clinical pharmacist in coronary care practice*. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 51(1): 36-42.
 12. Truong TTA, Phan NK, Vo QV et al (2019) *Drug-related problems in prescribing for coronary artery diseases in Vietnam: cross-sectional study*. *Tropical Medicine & International Health* 24(11): 1335-1340.
 13. Adem F, Abdela J, Edessa D, et al (2021) *Drug-related problems and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis*. *J Pharm Policy Pract* 14(1): 36.