DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS2026022

Sử dụng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh

Nguyễn Đình Khải, Trần Anh Tú, Trần Trung Đệ, Nguyễn Thị Anh Thi*

Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường tuýp 2 là bệnh mạn tính phổ biến, gây nhiều biến chứng, cần được điều trị thuốc hợp lý. Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu đơn thuốc bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú từ 01/7/2024 đến 30/9/2024. Kết quả: 550 đơn thuốc được khảo sát. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62.9 ± 11.5, nữ chiếm 64.0%. Trung vị số bệnh đồng mắc là 4 (3 - 5), trong đó rối loạn lipid máu (92.0%), tăng huyết áp (82.0%) và hội chứng mạch vành mạn (80.5%) phổ biến nhất. Có 48.7% bệnh nhân đạt HbA1c < 7%. Trung vị số thuốc được kê mỗi đơn là 6 (5 - 7), với 84.0% bệnh nhân được kê ≥ 5 thuốc. Có 25.1% bệnh nhân được chỉ định phác đồ điều trị đái tháo đường có insulin, còn lại sử dụng thuốc uống. Ngoài ra, 70.5% bệnh nhân được kê statin, chủ yếu cường độ trung bình và 40.5% sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Kết luận: Bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 trong nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi và được điều trị đa thuốc. Tỷ lệ sử dụng statin cường độ cao còn thấp.

Từ khoá: *đái tháo đường tuýp 2, sử dụng thuốc, bệnh nhân ngoại trú*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường tuýp 2 (ĐTĐ tuýp 2) là một bệnh mạn tính phổ biến, có xu hướng gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu. Bệnh tiến triển âm thầm nhưng gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng trên tim mạch, thận, mắt và thần kinh, làm tăng tỷ lệ tàn tật và tử vong [1].

Các nghiên cứu (NC) gần đây cho thấy phần lớn bệnh nhân (BN) ĐTĐ tuýp 2 là người lớn tuổi, thường mắc kèm nhiều bệnh lý mạn tính khác. Tình trạng đa bệnh lý này khiến việc điều trị trở nên phức tạp, đòi hỏi sử dụng đồng thời nhiều thuốc và phác đồ điều trị khác nhau để kiểm soát đường huyết và các bệnh đồng mắc. Hệ quả là gánh nặng điều trị, chi phí y tế và nguy cơ gặp các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc gia tăng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của BN [2 - 5].

Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh là bệnh viện cấp chuyên môn kỹ thuật cơ bản, trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh. Mô hình bệnh tật tại bệnh viện chủ yếu là các bệnh mạn tính không lây, trong đó ĐTĐ tuýp 2 chiếm tỷ lệ đáng kể với hơn 200,000 lượt khám ngoại trú mỗi năm. NC này được thực hiện nhằm khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên BN ĐTĐ tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Anh Thi
Email: anhthi201177@gmail.com

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đơn thuốc của BN ĐTĐ tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh từ ngày 01/7/2024 đến ngày 30/9/2024. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đơn thuốc của BN ĐTĐ tuýp 2 ≥ 18 tuổi, được kê ít nhất 01 thuốc.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Phụ nữ có thai hoặc cho con bú; (2) Đơn thuốc của BN không có đầy đủ các cận lâm sàng: Xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói, HbA1c, cholesterol toàn phần, LDL-C, triglycerid, HDL-C, eGFR. Các hồ sơ thiếu cận lâm sàng được loại trừ để đảm bảo tính chính xác và đồng nhất của dữ liệu, tránh sai lệch trong phân tích và đánh giá sử dụng thuốc của đối tượng NC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

NC cắt ngang mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu NC được tính theo công thức Cochran:

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu.
- Z = 1.96 với α = 0.05; độ tin cậy 95%.
- p là tỷ lệ ước tính, chọn p = 0.5.
- d là độ sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chọn d = 0.05.

Thay vào công thức ta có n = 384. Xét cộng thêm 10% hao hụt do mất mẫu, dự kiến sẽ có tối thiểu 423 đơn thuốc được khảo sát.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Ngẫu nhiên đơn giản.

2.2.3. Thu thập dữ liệu từ đơn thuốc

Các thông tin được thu thập từ đơn thuốc của BN ĐTĐ tuýp 2 bao gồm:

- Đặc điểm BN: Tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, bệnh mắc kèm theo mã phân loại bệnh tật (International Classification of Diseases version 10, ICD-10).
- Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói, HbA1c, Cholesterol toàn phần, LDL-C, Triglycerid, HDL-C, eGFR.
- Đặc điểm sử dụng thuốc: Tên hoạt chất, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, số lượng thuốc trên đơn.

2.2.4. Xử lý dữ liệu

Dữ liệu được lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS Statistics phiên bản 26.0.

Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy thuộc vào kiểu phân phối. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%).

2.3. Y đức

NC đã được Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh phê duyệt trước khi tiến hành. Các thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích NC.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

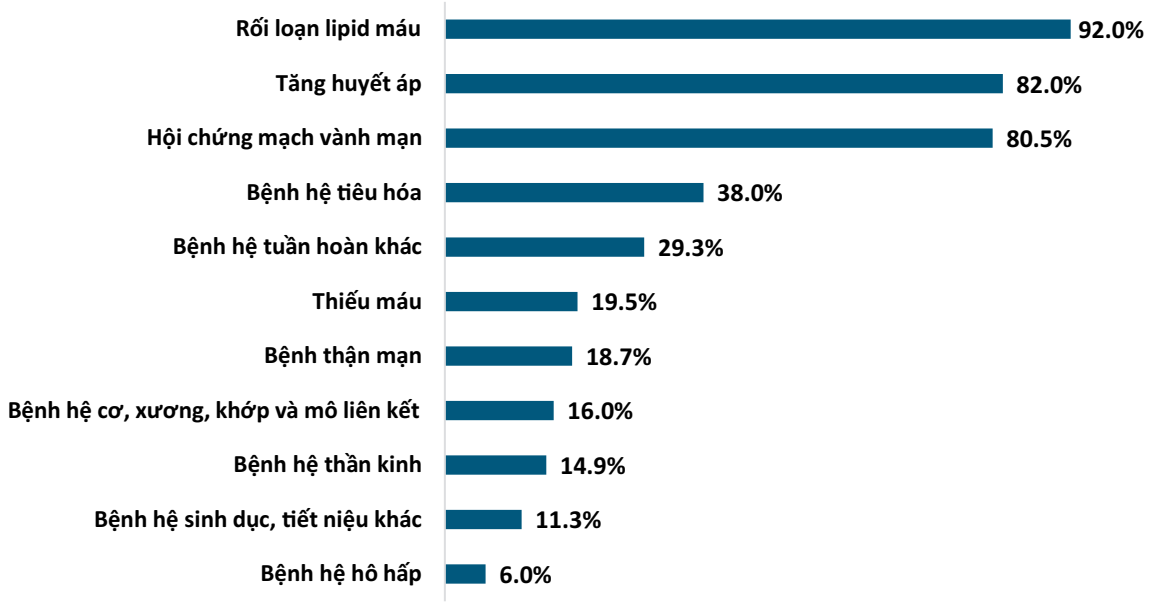
Trong khoảng thời gian từ ngày 01/7/2024 đến ngày 30/9/2024, chúng tôi đã thu thập được 550 đơn thuốc của BN ĐTĐ tuýp 2 điều trị ngoại trú thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ. Các kết quả NC được trình bày lần lượt dưới đây.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 550)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)	62.9 ± 11.5	
< 65 tuổi	307	55.8
≥ 65 tuổi	243	44.2
Giới tính		
Nam	198	36.0
Nữ	352	64.0
BMI (kg/m^2)		
< 23	218	39.6
≥ 23	332	60.4
Số lượng bệnh đồng mắc (trung vị (khoảng tứ phân vị))	4.0 (3.0 - 5.0)	
≤ 4	293	53.3
> 4	257	46.7

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN trong NC là 62.9 ± 11.5 tuổi. Khoảng 1/2 BN (44.2%) là người cao tuổi (≥ 65 tuổi). BN nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam (64.0% so với 36.0%). Đa số BN có BMI từ 23 kg/m^2 trở lên (60.4%). Số lượng bệnh đồng mắc trung vị là 4.0 (3.0 - 5.0). Tỷ lệ BN có nhiều hơn 4 bệnh đồng mắc là 46.7%. Các bệnh đồng mắc phổ biến nhất là rối loạn lipid máu (92.0%), tăng huyết áp (82.0%) và hội chứng mạch vành mạn (80.5%) (Hình 1).



Hình 1. Các loại bệnh đồng mắc ở bệnh nhân trong nghiên cứu (n = 550)

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân (n = 550)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Đường huyết đói (mmol/L) (trung vị (khoảng tứ phân vị))	7.0 (6.0 - 8.3)	
< 4.4	11	2.0
4.4 - 7.2	301	54.7
> 7.2	238	43.3
HbA1c (%) (trung vị (khoảng tứ phân vị))	7.0 (6.2 - 8.2)	
< 7	268	48.7
7 - < 8.5	162	29.5
≥ 8.5	120	21.8
Cholesterol toàn phần (mmol/L) (trung vị (khoảng tứ phân vị))	4.5 (3.8 - 5.3)	
< 5.2	391	71.1
5.2 - 6.2	103	18.7
> 6.2	56	10.2
Triglycerid (mmol/L) (trung vị (khoảng tứ phân vị))	1.9 (1.3 - 2.6)	
< 1.7	242	44.0
≥ 1.7	308	56.0
LDL-C (mmol/L) (trung vị (khoảng tứ phân vị))	2.2 (1.7 - 3.0)	
< 1.8	159	28.9
1.8 - < 2.6	187	34.0
≥ 2.6	204	37.1
HDL (mmol/L) (trung vị (khoảng tứ phân vị))	1.2 (1.0 - 1.4)	
Cao	281	51.1
Thấp	269	48.9
eGFR (mL/phút/1.73m^2) (trung bình ± độ lệch chuẩn)	70.3 ± 18.3	
≥ 90	75	13.6
60 - 89	322	58.5
45 - 59	107	19.5
30 - 44	38	6.9
15 - 29	8	1.5

Nhận xét: Chỉ số đường huyết đói trung vị là 7.0 (6.0 - 8.3) mmol/L. Có 48.7% BN đạt mức HbA1c < 7%. Chỉ số cholesterol trung vị là 4.5 (3.8 - 5.3) mmol/L. Đa số BN có cholesterol toàn phần < 5.2 mmol/L (71.1%). Có 44.0% BN có triglycerid < 1.7 mmol/L. Gần 3/4 BN có LDL-C ≥ 1.8 mmol/L, trong đó 34.0% BN có LDL-C từ 1.8 đến dưới 2.6 mmol/L và 37.1% BN có LDL-C ≥ 2.6 mmol/L. Khoảng 1/2 BN (51.1%) có HDL-C ở mức cao. Đa số BN có eGFR trong khoảng 60 - 89 mL/phút/1.73m^2 (58.5%).

3.3. Đặc điểm đơn thuốc của bệnh nhân

Bảng 3. Đặc điểm đơn thuốc của bệnh nhân (n = 550)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Số lượng thuốc trên đơn (trung vị (khoảng tứ phân vị))	6.0 (5.0 - 7.0)	
< 5 thuốc	88	16.0
≥ 5 thuốc	462	84.0
Nhóm thuốc		
Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	550	100.0
Thuốc tim mạch	534	97.1
Thuốc đường tiêu hóa	176	32.0
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	68	12.4
Thuốc chống rối loạn tâm thần và thuốc tác động lên hệ thần kinh	53	9.6
Khoáng chất và vitamin	34	6.2
Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	24	4.4
Thuốc tác dụng đối với máu	24	4.4
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	23	4.2
Các nhóm thuốc khác	95	17.3

Nhận xét: Số lượng thuốc được kê trên đơn trung vị là 6.0 (5.0 - 7.0) thuốc. Đa số BN được kê ≥ 5 thuốc (84.0%). Các nhóm thuốc được chỉ định nhiều bao gồm: Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết (100.0%), thuốc tim mạch (97.1%) và thuốc đường tiêu hóa (32.0%).

3.4. Đặc điểm sử dụng thuốc hạ đường huyết

Bảng 4. Đặc điểm phối hợp thuốc hạ đường huyết (n = 550)

Phối hợp thuốc hạ đường huyết	Tần số	Tỷ lệ %
Phối hợp thuốc có insulin	**138**	**25.1**
Insulin	16	2.9
Insulin + 1 hoạt chất đường uống	46	8.4
Insulin + 2 hoạt chất đường uống	61	11.1
Insulin + 3 hoạt chất đường uống	14	2.5
Insulin + 4 hoạt chất đường uống	1	0.2
Phối hợp thuốc không có insulin	**412**	**74.9**
1 hoạt chất đường uống	136	24.7
2 hoạt chất đường uống	188	34.2
3 hoạt chất đường uống	80	14.5
4 hoạt chất đường uống	8	1.5

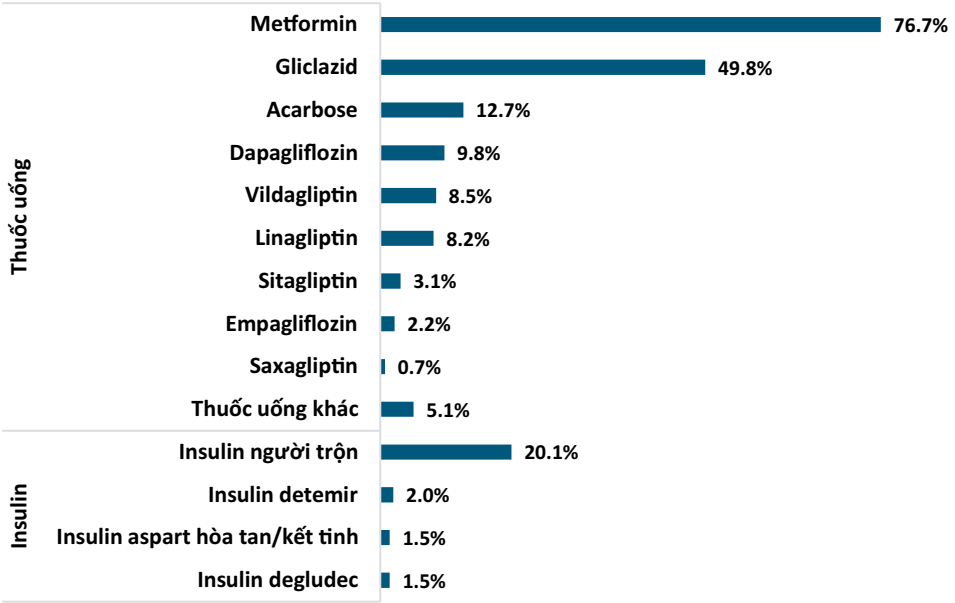
Nhận xét: Phối hợp 2 hoạt chất đường uống được chỉ định nhiều nhất (34.2%).

Bảng 5. Phác đồ thuốc điều trị đái tháo đường tuýp 2 được sử dụng (n = 550)

Phác đồ thuốc hạ đường huyết	Tần số	Tỷ lệ %
Metformin + sulfonylurea	162	29.5
Metformin	103	18.7

Phác đồ thuốc hạ đường huyết	Tần số	Tỷ lệ %
Metformin + sulfonylurea + DPP4-i	37	6.7
Metformin + sulfonylurea + ức chế α-glucosidase	27	4.9
Insulin + metformin	23	4.2
Sulfonylurea	22	4.0
Insulin	16	2.9
Insulin + metformin + DPP4-i	16	2.9
Insulin + metformin + ức chế α-glucosidase	16	2.9
Metformin + SGLT2-i + sulfonylurea	13	2.4
Phác đồ khác	115	20.9

Nhận xét: Metformin + sulfonylurea là phác đồ được chỉ định nhiều nhất (29.5%).

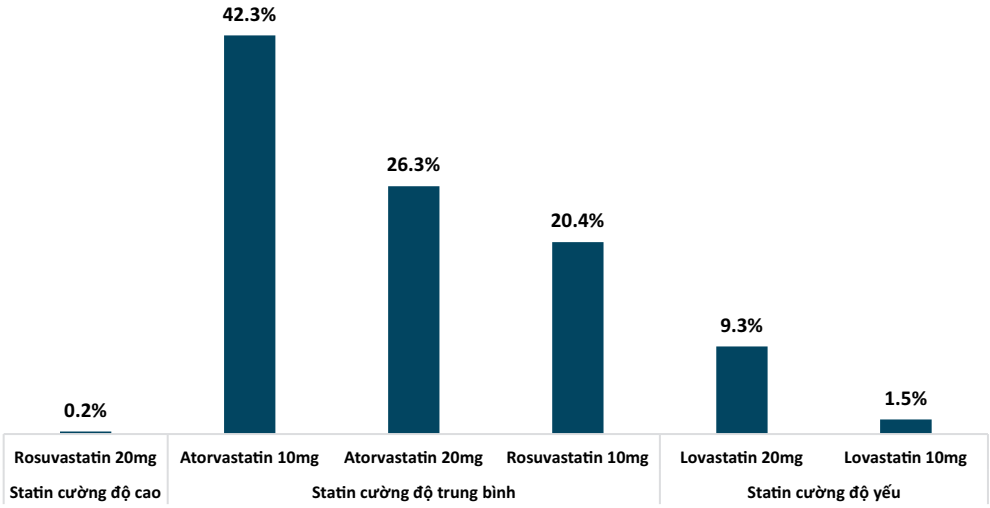


Hình 2. Đặc điểm thuốc hạ đường huyết được sử dụng (n = 550)

Nhận xét: Kết quả NC cho thấy insulin được sử dụng trên 25.1% BN, chủ yếu là insulin người trộn (20.1%). Trong nhóm thuốc uống, metformin được sử dụng nhiều nhất (76.7%), tiếp theo là gliclazid (49.8%). Bên cạnh đó, nhóm DPP4-i có tổng tỷ lệ sử dụng khoảng 20.5% và nhóm SGLT2-i chiếm khoảng 12.0%.

3.5. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc statin

Có 388/550 BN trong NC (70.5%) được chỉ định sử dụng statin. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc này được thể hiện ở Hình 3.



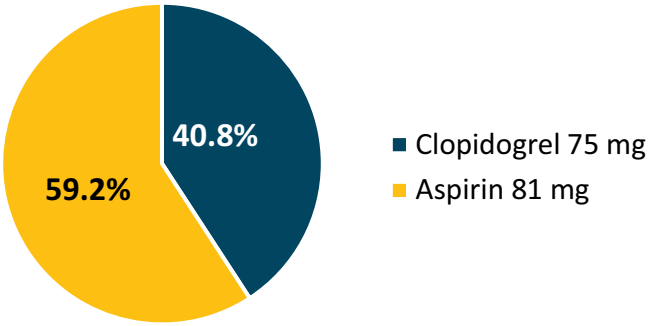
Hình 3. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc statin (n = 388)

Nhận xét: Đa số BN được chỉ định statin cường độ trung bình với các thuốc được kê là atorvastatin 10

mg (42.3%), atorvastatin 20 mg (26.3%) và rosuvastatin 10mg (20.4%). Có 42/388 BN (10.8%) được chỉ định statin cường độ yếu (lovastatin 10 mg - 20 mg) và 1/388 BN (0.2%) được chỉ định statin cường độ cao (rosuvastatin 20 mg).

3.6. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc chống kết tập tiểu cầu

Có 223/550 BN (40.5%) được chỉ định thuốc chống kết tập tiểu cầu. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc này được thể hiện ở Hình 4.



Hình 4. Đặc điểm nhóm thuốc chống kết tập tiểu cầu được sử dụng (n = 223)

Nhận xét: Có 223/550 BN (40.5%) được chỉ định thuốc chống kết tập tiểu cầu. Trong đó, 132/223 BN (59.2%) sử dụng aspirin 81 mg và 91/223 BN (40.8%) sử dụng clopidogrel 75 mg.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi trung bình của BN trong NC là 62.9 ± 11.5, với 44.2% BN ≥ 65 tuổi. Tỷ lệ BN nữ (64.0%) cao hơn BN nam (36.0%). Các đặc điểm này tương đồng với một số NC khác trên BN ĐTĐ tuýp 2 [2, 3]. BN thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23 kg/m^2) chiếm tỷ lệ cao trong NC (60.4%). Trung vị số lượng bệnh mắc kèm của BN trong NC là 4.0 (3.0 - 5.0), với 46.7% BN có trên 4 bệnh. Kết quả này khá tương đồng với NC của Nguyễn Thị Thảo (2023) với số lượng bệnh mắc kèm là 3.5 ± 1.2 và Nguyễn Thị Minh Thuận (2021) với tỷ lệ BN có từ 4 bệnh mắc kèm là 54.86% [4, 6]. Các bệnh mắc kèm phổ biến nhất là rối loạn lipid máu (92.0%), tăng huyết áp (82.0%), hội chứng mạch vành mạn (80.5%) và bệnh thận mạn (18.7%). Kết quả tương tự cũng được ghi nhận ở NC của Nguyễn Thị Thảo (2023), Huong (2023) và Phan Hữu Hên (2023) [2, 4, 7].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

BN có đường huyết đói trong khoảng 4.4 - 7.2 mmol/L chiếm tỷ lệ cao nhất là 54.7%. Có 48.7% BN đạt HbA1c < 7% phù hợp với mục tiêu điều trị theo khuyến cáo chung của Bộ Y tế [1]. Kết quả này tương đồng với NC của Nguyễn Thị Thảo (2023) với 50.6% BN đạt mục tiêu đường huyết HbA1c [4]. Tuy nhiên, có 51.3% BN với HbA1c từ 7% trở lên, điều này có thể được lý giải do phần lớn BN trong NC là người lớn tuổi, có nhiều bệnh lý đi kèm, HbA1c có thể khó kiểm soát hơn và mục tiêu HbA1c có thể cao hơn [1].

Trong NC của chúng tôi, mặc dù phần lớn BN có cholesterol toàn phần < 5.2 mmol/L (71.1%) nhưng tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C, triglycerid và HDL vẫn còn thấp. Kết quả này tương đồng với NC của Nguyễn Như Minh (2024) [5]. Những đặc điểm này phù hợp với rối loạn lipid máu điển hình ở BN ĐTĐ tuýp 2 đã được công bố trong các NC trước đây, và đã được chứng minh làm tăng đáng kể nguy cơ xơ vữa động mạch và biến cố tim mạch, ngay cả khi cholesterol toàn phần không quá cao [8, 9]. Do đó. việc đánh giá đầy đủ, cùng với điều trị bằng statin và thay đổi lối sống đóng vai trò then chốt trong chiến lược kiểm soát nguy cơ tim mạch toàn diện ở BN ĐTĐ tuýp 2.

Nghiên cứu cũng ghi nhận eGFR trung bình của bệnh nhân là 70.3 ± 18.3 mL/phút/1.73m^2, phản ánh mức lọc cầu thận giảm nhẹ đến trung bình. Phân bố theo mức eGFR cho thấy có 58.5% có eGFR giảm nhẹ từ 60 - 89 mL/phút/1.73m^2, đáng lưu ý 27.9% BN có eGFR < 60 mL/phút/1.73m^2 và 1.5% BN có eGFR < 30 mL/phút/1.73m^2, phản ánh nguy cơ tiến triển suy giảm chức năng thận đến giai đoạn cuối cần lọc máu. Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với nhiều NC gần đây, cho thấy tỷ lệ bệnh thận do đái tháo đường đang gia tăng và thường được phát hiện muộn do tiến triển âm thầm [10, 11].

4.3. Đặc điểm kê đơn thuốc của bệnh nhân

NC của chúng tôi ghi nhận trung vị số lượng thuốc

được kê là 6.0 (5.0 - 7.0), với 84.0% BN được điều trị bằng ít nhất 5 thuốc mỗi ngày, tương đồng với nhiều NC đã được công bố trước đây [4 - 6]. Kết quả này có thể do tỷ lệ BN lớn tuổi trong NC cao, đồng thời có nhiều bệnh mắc kèm, cần điều trị với nhiều loại thuốc khác nhau. Nhóm thuốc hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết được chỉ định phổ biến nhất (100.0%), kế đến là nhóm thuốc tim mạch (97.1%). Điều này có thể giải thích do đối tượng NC của chúng tôi là BN ĐTĐ tuýp 2 với bệnh mắc kèm phổ biến là rối loạn lipid máu (92.0%), tăng huyết áp (82.0%) và hội chứng mạch vành mạn (80.5%).

4.4. Đặc điểm sử dụng thuốc hạ đường huyết

Về đặc điểm phác đồ điều trị ĐTĐ tuýp 2, chúng tôi ghi nhận 25.1% BN sử dụng phác đồ có insulin đơn trị/phối hợp và 74.9% BN sử dụng phác đồ thuốc đường uống. Kết quả này tương đồng với NC của Nguyễn Tố Uyên (2024) và Nguyễn Thị Thảo (2023) [4, 12]. Điều này cho thấy sự đa dạng trong phác đồ điều trị ĐTĐ tuýp 2 tại Bệnh viện NC, phản ánh xu hướng cá thể hóa điều trị theo khuyến cáo [1]. Ở nhóm sử dụng insulin, phần lớn BN được phối hợp thêm từ 1 đến 3 hoạt chất đường uống (22.0%) thay vì sử dụng insulin đơn độc (chỉ chiếm 2.9%). Kết quả này khá tương đồng với các NC gần đây, cụ thể là của Nguyễn Thị Thảo (2023) và Huong (2023) [4, 7]. Trong đó, phổ biến nhất là các phác đồ phối hợp insulin với metformin (4.2%). Việc phối hợp này không chỉ giúp tăng hiệu quả kiểm soát đường huyết mà còn giảm liều insulin, hạn chế hạ đường huyết quá mức và cải thiện chất lượng sống cho BN phù hợp với các khuyến cáo hiện hành [1]. Tuy nhiên, NC cũng ghi nhận một tỷ lệ nhỏ BN sử dụng phác đồ phối hợp insulin với từ 3 hoạt chất đường uống trở lên (2.7%), đây là nhóm cần được theo dõi chặt chẽ, do nguy cơ hạ đường huyết, tương tác thuốc và giảm tuân thủ điều trị có thể gia tăng [13, 14]. Ở nhóm không dùng insulin, tỷ lệ BN điều trị bằng đơn trị liệu chiếm 24.7%. Trong đó metformin là phổ biến nhất (18.7%). Điều này phù hợp hướng dẫn chẩn đoán và điều trị với metformin là lựa chọn đầu tay, trừ khi có chống chỉ định [1]. Tỷ lệ BN sử dụng phối hợp hai thuốc đường uống là 34.2%, nổi bật với metformin + sulfonylurea (29.5%). Điều này có thể được giải thích do kinh nghiệm lâm sàng, hiệu quả điều trị đã được chứng minh và chi phí điều trị tương đối thấp. Đáng chú ý, có 16.0% BN đang được điều trị bằng phác đồ phối hợp từ 3 hoạt chất đường uống trở lên, thậm chí có 8 trường hợp dùng tới 4 hoạt chất. Việc điều trị đa phối hợp như vậy thường gặp ở những BN có thời gian mắc bệnh lâu năm, HbA1c cao hoặc nhiều bệnh mắc kèm, khó đạt được mục tiêu kiểm soát bằng 1 - 2 thuốc.

Về đặc điểm sử dụng thuốc hạ đường huyết, kết quả NC cho thấy metformin là thuốc được sử dụng phổ biến nhất (76.7%), tiếp đến là gliclazid (49.8%). Điều này có thể được lý giải do các thuốc vừa nêu được khuyến cáo điều trị đầu tay hoặc lựa chọn khi chi phí là vấn đề chính [1]. Insulin được sử dụng trên 25.1% BN, chủ yếu là insulin người trộn (20.1%). Đáng chú ý, các nhóm thuốc hạ đường huyết thế hệ mới như DPP4-i (vildagliptin, linagliptin, sitagliptin, saxagliptin) và SGLT2-i (dapagliflozin, empagliflozin) được sử dụng với tỷ lệ lần lượt là 20.5% và 12.0%. Kết quả này phản ánh xu hướng cập nhật các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị mới.

NC của chúng tôi cũng ghi nhận có 55.3% (57/103) BN đồng mắc bệnh thận mạn được kê đơn nhóm thuốc SGLT2-i. Theo khuyến cáo KDIGO 2024, SGLT2-i là lựa chọn điều trị hàng đầu trong bệnh thận mạn, áp dụng cho cả trường hợp có hoặc không kèm ĐTĐ nhằm cải thiện chức năng thận và giảm nguy cơ tiến triển bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc này trong thực tế vẫn chưa cao. Nguyên nhân chủ yếu đến từ chi phí điều trị của các thuốc SGLT2-i còn tương đối cao, trong khi tỷ lệ thanh toán của bảo hiểm y tế cho nhóm thuốc này còn hạn chế, khiến BN phải tự chi trả phần lớn chi phí. Đối tượng NC của chúng tôi đa phần là BN có bảo hiểm y tế, lớn tuổi và có nhiều bệnh lý kèm theo. Do đó các bác sĩ thường phải cân nhắc kỹ khi chỉ định và cần có sự đồng thuận của BN trước khi sử dụng nhóm thuốc này vì lo ngại gánh nặng tài chính. Những yếu tố này góp phần làm giảm khả năng tiếp cận và tỷ lệ sử dụng SGLT2-i trong thực hành điều trị thường ngày.

NC của chúng tôi ghi nhận đặc điểm chung, đặc điểm cận lâm sàng, đặc điểm kê đơn thuốc và đặc điểm sử dụng thuốc hạ đường huyết của BN có sự liên quan chặt chẽ với nhau. Tỷ lệ BN cao tuổi (≥ 65 tuổi) chiếm 44.2% và trung vị số lượng bệnh đồng mắc là 4.0 (3.0 - 5.0) góp phần giải thích cho xu hướng phối hợp đa thuốc để đồng thời kiểm soát đường huyết và các bệnh lý đi kèm, thể hiện qua số thuốc trung vị 6.0 (5.0 - 7.0) và tỷ lệ 84.0% BN dùng

≥ 5 thuốc. Thêm vào đó, 51.3% BN có HbA1c ≥ 7%, cho thấy mức độ kiểm soát đường huyết chưa tối ưu. Điều này góp phần giải thích tỷ lệ sử dụng insulin và phối hợp ≥ 3 thuốc đường uống tương đối cao. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của ADA phối hợp điều trị sớm cho BN có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc kiểm soát đường huyết chưa đạt mục tiêu.

4.5. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc statin

Qua NC, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ BN ĐTĐ tuýp 2 được chỉ định sử dụng statin là 388/550 (70.5%). Tuy nhiên, chỉ có 0.2% BN được kê đơn statin cường độ cao, thấp hơn so với các NC gần đây. NC của Nguyễn Như Minh (2024) ghi nhận tỷ lệ BN được kê đơn statin là 87.6%, trong đó 3.2% được chỉ định statin cường độ cao [5]. Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế, tất cả BN ĐTĐ tuýp 2 trong độ tuổi 40 - 75 có LDL-C ≥ 70 mg/dL nên được điều trị ít nhất bằng statin cường độ trung bình. Với những BN có ≥ 1 yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc đã có bệnh lý tim mạch do xơ vữa, nên được chỉ định statin cường độ cao để đạt hiệu quả phòng ngừa biến cố tim mạch tốt nhất [1]. Tỷ lệ chỉ định statin cường độ cao trong NC của chúng tôi thấp có thể xuất phát từ sự thận trọng của bác sĩ lâm sàng trước nguy cơ xảy ra các phản ứng bất lợi liên quan đến statin như đau cơ, yếu cơ, viêm cơ hoặc thậm chí tiêu cơ vân, đặc biệt trong bối cảnh phần lớn BN trong NC là người lớn tuổi và đa bệnh lý kèm theo.

4.6. Đặc điểm sử dụng nhóm thuốc chống kết tập tiểu cầu

NC của chúng tôi ghi nhận 223/550 (40.5%) BN ĐTĐ tuýp 2 được chỉ định sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Trong đó, aspirin 81 mg là lựa chọn phổ biến (59.2%), tiếp theo là clopidogrel 75 mg với tỷ lệ 40.8%. Kết quả này cao hơn so với NC của Mechessa (2020) với tỷ lệ BN sử dụng nhóm thuốc này là 30.49% [15]. Điều này được lý giải có thể do sự khác biệt về các thuốc chống kết tập tiểu cầu được thống kê. Trong NC của Mechessa chỉ thống kê 1 thuốc là aspirin còn NC của chúng tôi là aspirin và clopidogrel. Aspirin được khuyến cáo sử dụng cho phòng ngừa thứ phát ở BN ĐTĐ tuýp 2 có bệnh lý tim mạch do xơ vữa, và clopidogrel được sử dụng thay thế trong trường hợp không dung nạp aspirin [1].

5. KẾT LUẬN

BN ĐTĐ tuýp 2 trong NC chủ yếu là người cao tuổi, đa bệnh lý và được điều trị đa thuốc với các phác đồ đa dạng, kết hợp giữa thuốc uống và insulin. Việc kiểm soát đường huyết và lipid máu đạt mức khá. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng statin cường độ cao còn thấp, cần chuẩn hóa quy trình kê đơn và tăng cường vai trò dược lâm sàng để tối ưu hóa điều trị cho BN.

Bên cạnh các kết quả đạt được, NC của chúng tôi còn một vài hạn chế. Ví dụ, NC thu thập dữ liệu bằng phương pháp hồi cứu đơn thuốc, có thể khó khăn trong việc ghi nhận một số thông tin cần thiết và chưa thể khảo sát sự tuân thủ của BN. Ngoài ra, NC chỉ khảo sát trên đối tượng BN ngoại trú, chưa mô tả toàn diện đặc điểm sử dụng thuốc trên BN ĐTĐ tuýp 2 điều trị tại Bệnh viện NC.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm NC xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Ban Giám đốc cùng toàn thể nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Bình Thạnh đã nhiệt tình hỗ trợ và đồng hành trong suốt quá trình thực hiện NC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế, *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tuýp 2*, 2020

[2] P.H. Hên, N.T.H. Thơ, L.V. Hoàng và N.T. Thức, "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 ngoại trú và đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng tại Bệnh viện Đa Khoa khu vực Củ Chi," *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 527, Số đặc biệt, tr. 273-280, 2023.

[3] Q.N. Dung, D.X. Chữ và V.M. Phương, "Đặc điểm kê đơn thuốc và các vấn đề bất lợi liên quan đến thuốc trong đơn thuốc ngoại trú cho bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu," *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, Tập 39, tr. 23-30, 2023.

[4] N.T. Thảo, N.T.T. Thủy, B.T.L. Quyên, ... và P.T.T. Vân, "Các vấn đề liên quan đến thuốc trên bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị," *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Tập 18, Số đặc biệt, tr. 320-327, 2023.

[5] N.N. Minh, N.L. Nhựt, P.X. Đồng, ... và V.T. Hà, "Vấn đề thuốc liên quan sử dụng statin trên người

bệnh đái tháo đường tuýp 2 ngoại trú tại một bệnh viện hạng I," *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Tập 19, Số đặc biệt, tr. 128-135, 2024.

[6] N.T.M. Thuận và V.T.T. Trâm, "Khảo sát tình hình kê đơn cho bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất năm 2020," *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 25, Số 2, tr. 143-149, 2021.

[7] D.T.L. Huong, N.T. Hang, N.K. Ly, … and N.H. Ly, "Determination of drug-related problems among tuýp 2 diabetes outpatients in a hospital in Vietnam: A cross-sectional study," *PLoS One*, Vol. 18, No. 8, pp. e0289825

[8] S. Ide, Y. Maezawa and K. Yokote, "Updates on dyslipidemia in patients with diabetes," *Journal of diabetes investigation*, Vol. 14, No. 9, pp. 1041-1044, 2023.

[9] S. Kalra and N. Raizada, "Dyslipidemia in diabetes," *Indian heart journal*, Vol. 76 Suppl 1, No. Suppl 1, pp. S80-S82, 2024.

[10] P. Rossing, M L. Caramori, J. C N Chan,… and I. H. de Boer, "Executive summary of the KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: an update based on rapidly emerging new evidence," *Kidney International*, Vol. 102, No. 5, pp. 990-999, 2022

[11] S. K. Sinha and S. B. Nicholas, "Pathomechanisms of Diabetic Kidney Disease," *Journal of clinical medicine*, Vol. 12, No. 23, pp. 7349, 2023.

[12] N.T. Uyên, Đ.V. Mãi, L.T. Hoa và T.T.M. Lệ, "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường tuýp 2 và tương tác thuốc tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Thị xã Buôn Hồ năm 2023," *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 543, Số 2, tr. 170-175, 2024.

[13] R. Koto, A. Nakajima, T. Miwa, and K. Sugimoto, "Multimorbidity, Polypharmacy, Severe Hypoglycemia, and Glycemic Control in Patients Using Glucose-Lowering Drugs for Type 2 Diabetes: A Retrospective Cohort Study Using Health Insurance Claims in Japan," *Diabetes therapy: research, treatment and education of diabetes and related disorders*, Vol. 14, No. 7, pp. 1175-1192, 2023.

[14] S. Ling, F. Zaccardi, C. Lawson, ... and K. Khunti, "Glucose Control, Sulfonylureas, and Insulin Treatment in Elderly People With Type 2 Diabetes and Risk of Severe Hypoglycemia and Death: An Observational Study," *Diabetes Care*, Vol. 44, No. 4, pp. 915-924, 2021.

[15] D. F. Mechessa and B. Kebede, "Drug-Related Problems and Their Predictors Among Patients with Diabetes Attending the Ambulatory Clinic of Gebre Tsadik Shawo General Hospital, Southwest Ethiopia," *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, Vol. 13, pp. 3349-3357, 2020.

Research on drug utilization in type 2 diabetes mellitus outpatients at Binh Thanh General Hospital

Nguyen Dinh Khai, Tran Anh Tu, Tran Trung De, Nguyen Thi Anh Thi

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes mellitus is a common chronic disease, causing many serious complications and requiring rational prescribing. Objective: To study prescription patterns in type 2 diabetes mellitus outpatients at Binh Thanh General Hospital. Material and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted by retrospectively reviewing prescriptions of type 2 diabetes outpatients at Binh Thanh General Hospital from July 1st to September 30th, 2024. Results: The study surveyed 550 prescriptions. The mean age of the patients was 62.9 ± 11.5, with females accounting for 64.0%. The median number of co-morbidities was 4 (3 - 5), of which dyslipidemia (92.0%), hypertension (82.0%), and chronic coronary syndrome (80.5%) were the most common diseases. Nearly half of the patients (48.7%) achieved HbA1c < 7%. The median number of medications prescribed per prescription was 6 (5 - 7), with 84.0% of patients prescribed ≥ 5 medications. More than a quarter (25.1%) of patients were prescribed insulin-based

diabetes treatment regimens, the remainder using oral medications. Additionally, 70.5% of patients were prescribed statins, mainly moderate intensity, and 40.5% used antiplatelet drugs. Conclusion: Type 2 diabetes patients in the study were predominantly elderly and receiving multiple drug therapy. High-intensity statin use remained low.

Keywords: *type 2 diabetes mellitus, drug utilization, outpatients*

Received: 24/10/2025
Revised: 15/12/2025
Accepted for publication: 07/01/2026