DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS2026021

Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Nguyễn Sĩ Long[1], Phạm Hồng Thắm[2], Nguyễn Thị Thu Hương[1,*]
[1]Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng
[2]Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, việc điều trị gout ngoại trú vẫn còn nhiều thách thức do thiếu hụt các dữ liệu đánh giá thực trạng kê đơn và tính tuân thủ hướng dẫn điều trị. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tính hợp lý và an toàn trong sử dụng thuốc, từ đó đưa ra cơ sở cải thiện chất lượng điều trị. Mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định; (2) Xác định tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý và mức độ tương tác thuốc trên đơn thuốc điều trị gout. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 560 đơn thuốc ngoại trú chẩn đoán gout (M10 theo ICD-10) từ 01/9/2024 đến 31/3/2025. Tính hợp lý được đánh giá dựa vào hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế, NICE 2022 và ARC 2020. Kết quả: Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (87.5%), tuổi trung bình 59.2 ± 13.48. Các thuốc thường dùng nhất là allopurinol (69.1%), colchicin (33.4%) và NSAIDs ức chế COX-2 (20.9%). Tỷ lệ đơn thuốc hợp lý về chỉ định, phối hợp và thời gian dùng đều đạt mức cao (> 89%), tuy nhiên tỷ lệ hợp lý về liều dùng còn thấp (68.4%). Tương tác thuốc mức độ nghiêm trọng chiếm tỷ lệ đáng kể, dao động từ 19.3% (Medscape) đến 30.0% (Drugs.com). Kết luận: Sử dụng thuốc điều trị gout tại bệnh viện nhìn chung tuân thủ tốt hướng dẫn về chỉ định và phối hợp. Tuy nhiên, cần chú trọng hiệu chỉnh liều và tăng cường giám sát tương tác thuốc để tối ưu hóa an toàn cho bệnh nhân.

***Từ khóa**: bệnh gout, allopurinol, colchicin, sử dụng thuốc hợp lý, tương tác thuốc*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gout là một rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tăng acid uric huyết thanh, dẫn đến lắng đọng tinh thể monosodium urate (MSU) tại khớp và mô liên kết, gây viêm khớp cấp và có thể tiến triển thành viêm khớp mạn, hạt tophi, tổn thương khớp hoặc suy thận [1]. Từ đầu thế kỷ XXI, tỷ lệ mắc gout tăng nhanh trên toàn cầu, không chỉ ở các nước phát triển mà còn ở các quốc gia đang phát triển. Tỷ lệ hiện mắc dao động từ 1.0 - 6.8% và xu hướng tăng tại châu Á ngày càng rõ [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An (2023 - 2024) ghi nhận nồng độ acid uric trung bình 452.4 ± 125 µmol/L, tỷ lệ tăng acid uric cao ở bệnh nhân gout mạn ngay cả khi đã được điều trị, cho thấy sự cần thiết phải đánh giá lại cách kê đơn [3]. Điều trị bệnh gout bao gồm nhóm thuốc hạ acid uric máu (allopurinol, febuxostat), nhóm tăng thải acid uric (probenecid) và thuốc chống viêm (NSAIDs, colchicin, corticoid) giúp kiểm soát cơn gout cấp và dự phòng tái phát [4]. Tuy nhiên, việc kê đơn ngoại trú trong điều trị bệnh gout vẫn chủ yếu dựa vào kinh nghiệm lâm sàng, chưa tuân thủ đầy đủ hướng dẫn của Bộ Y tế (2014) [4], ACR (2020) [5] và NICE (2022) [6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá thực trạng kê đơn các thuốc điều trị gout ngoại trú còn tương đối hạn chế. Chưa có các số liệu cập nhật và đầy đủ về tính hợp lý trong việc lựa chọn thuốc, liều lượng, cách phối hợp thuốc và sự tuân thủ các hướng dẫn điều trị hiện hành. Ngoài ra, bệnh gout thường đi kèm với các bệnh lý chuyển hóa và tim mạch, làm tăng tính phức tạp trong việc lựa chọn thuốc và kiểm soát tương tác. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu đánh giá thực trạng sử dụng thuốc điều trị gout nhằm nâng cao tính hợp lý và an toàn trong kê đơn là cần thiết. Nghiên cứu được thực hiện với các

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hương
Email: Email:huongntt1@hiu.vn

mục tiêu cụ thể sau:

- Khảo sát đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định (giai đoạn 2024 - 2025).
- Xác định tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý và mức độ tương tác thuốc trên đơn thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định (giai đoạn 2024 - 2025).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đơn thuốc của bệnh nhân có chẩn đoán bệnh gout được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian từ 01/9/2024 - 31/3/2025 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Đơn thuốc của bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Đơn thuốc của bệnh nhân được chẩn đoán xác định là mắc bệnh gout bởi bác sĩ, dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng. Mã bệnh theo ICD-10 là M10.
- Đơn thuốc có kê đơn ít nhất 1 thuốc điều trị bệnh gout theo hướng dẫn Bộ Y tế ("Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp", số 361/QĐ-BYT, ngày 25 tháng 01 năm 2014).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đơn thuốc không đủ thông tin.
- Đơn thuốc của phụ nữ có thai và đang cho con bú.
- Đơn thuốc kê đơn thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền.
- Đơn thuốc của bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn 5 (eGFR < 15 mL/phút/1.73m²) hoặc đang phải lọc máu, vì việc quản lý acid uric và lựa chọn thuốc ở nhóm này rất khác biệt và phức tạp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, mô tả, không can thiệp dựa trên thông tin từ đơn thuốc ngoại trú.

2.2.2. Cỡ mẫu

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị tới hạn của phân phối chuẩn ứng với mức tin cậy 95% (α = 0.05), tương ứng Z = 1.96.

α: Mức ý nghĩa thống kê.

d: Độ sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể. Chọn d = 0.05.

p: Giá trị tỉ lệ ước tính tổng thể, p = 0.3452. Giá trị p được lấy từ kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ của Bùi Đặng Minh Trí (2021) [7] - trong đó tỷ lệ sử dụng colchicin ở nhóm bệnh nhân ngoại trú là 34,52%. Thế số vào công thức với p = 0.3452, thu được cỡ mẫu tối thiểu là n = 348 mẫu.

2.3. Phương pháp chọn mẫu

Từ dữ liệu đơn thuốc tại bệnh viện, chọn ngẫu nhiên các đơn thuốc trong khoảng thời gian từ 01/9/2024 - 31/3/2025 thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Dự kiến có khoảng 600 đơn thuốc mỗi tháng của bệnh nhân ngoại trú có chẩn đoán bệnh gout. Lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống với hệ số k = 5, tức là chọn 1 đơn thuốc sau mỗi 5 đơn thuốc được sắp xếp theo trình tự thời gian (lấy trong vòng 6 tháng mỗi tháng 120 đơn).

2.4. Nội dung nghiên cứu

Mục tiêu 1: Khảo sát đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Từ danh sách đơn thuốc thỏa điều kiện, tiến hành phân tích các nội dung như sau:

- Đặc điểm bệnh nhân gout điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định: Tuổi, giới tính.
- Đặc điểm điều trị: Có hay không có bệnh mắc kèm, loại bệnh mắc kèm.
- Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị: Nhóm thuốc điều trị bệnh gout, thuốc điều trị bệnh mắc kèm, phác đồ điều trị bệnh gout.

Mục tiêu 2: Xác định tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý và mức độ tương tác thuốc trên đơn thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

- Xác định tỷ lệ sử dụng các loại thuốc điều trị bệnh gout bao gồm:

  Tỷ lệ nhóm thuốc điều trị bệnh gout: Thuốc giảm acid uric máu, thuốc tăng thải acid uric, thuốc chống viêm (NSAIDs, corticoid, colchichin).

  Tỷ lệ các phác đồ điều trị bệnh gout được sử dụng trên bệnh nhân: Phác đồ đơn trị/phối hợp.

  Xác định tỷ lệ sử dụng các loại thuốc điều trị

bệnh kèm: Tăng huyết áp, cơ xương khớp khác, đái tháo đường….

- Xác định tỷ lệ sử dụng hợp lý thuốc điều trị bệnh gout: Hợp lý về chỉ định, phối hợp thuốc, thời gian sử dụng, liều dùng (mg/ngày).

Đánh giá chi tiết từng tiêu chí trên được thực hiện bằng cách đối chiếu từng đơn thuốc với các hướng dẫn điều trị, bao gồm Quyết định số 361/QĐ-BYT năm 2014 của Bộ Y tế Việt Nam, khuyến cáo từ NICE 2022 và ACR 2020 [4 - 6]. Đơn thuốc được coi là "hợp lý" khi:

Chỉ định thuốc: Phù hợp với chẩn đoán gout tại thời điểm kê đơn và đúng chỉ định theo hướng dẫn của Bộ Y tế (Quyết định số 361/QĐ-BYT, 2014), NICE 2022 và ACR 2020.

Phối hợp thuốc: Không phối hợp các thuốc chống chỉ định, không dùng kết hợp hai thuốc thuộc cùng nhóm tác dụng.

Thời gian sử dụng: Đảm bảo đúng thời gian điều trị khuyến cáo cho từng thuốc, không kéo dài hoặc rút ngắn quá mức so với hướng dẫn.

Liều dùng: Liều lượng được kê phù hợp với giới hạn khuyến nghị của hướng dẫn.

Các trường hợp không nằm trong các tiêu chí trên sẽ được xếp vào nhóm "không hợp lý".

- Phân tích tương tác thuốc trong đơn: Tỷ lệ đơn có tương tác thuốc - thuốc, tỷ lệ mức độ tương tác, phân loại cơ chế tương tác thuốc, thống kê các cặp tương tác thuốc.

Đánh giá tương tác thuốc bằng các công cụ kiểm tra tương tác thuốc đã được công nhận và phổ biến trong lâm sàng như: Medscape, Drugs.com. Mỗi cặp thuốc được đối chiếu kết quả giữa các nguồn, ghi nhận mức độ nghiêm trọng (chống chỉ định, nghiêm trọng, trung bình, nhẹ) và cơ chế tương tác (dược lực học hoặc dược động học). Trong trường hợp kết quả giữa các cơ sở dữ liệu không đồng nhất, mức độ cao nhất được ghi nhận để đảm bảo tính thận trọng trong đánh giá.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và SPSS 22.0. Các biến phân loại được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Dùng phép kiểm hồi quy logistic đa biến để tìm mối liên quan giữa các yếu tố đến kiểm soát mức acid uric. Khác biệt giữa các nhóm bằng các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0.05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng theo Quyết định số 178/PCT-HĐĐĐ-SDH ngày 16/8/2024 và được cho phép thực hiện tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	490	87.5
Nữ	70	12.5
Nhóm tuổi		
18 - 30	19	3.4
31 - 50	111	19.8
51- 65	231	41.3
trên 65	199	35.5
Tuổi trung bình	59.2 ± 13.48	
Giá trị nhỏ nhất - Giá trị lớn nhất	26 - 95	
Bệnh mắc kèm		
Không bệnh kèm	131	23.4
Có bệnh kèm	429	76.6
Tổng	**560**	**100**
Loại bệnh mắc kèm		
Bệnh thận mạn	66	11.8

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	276	49.3
Viêm chu vai	2	0.4
Thoái hóa khớp gối	60	10.7
Rối loạn lipid máu	190	33.9
Thiểu năng tuần hoàn não	9	1.6
Viêm khớp	2	0.4
Suy tĩnh mạch	9	1.6
Trào ngược dạ dày - thực quản	118	21.1
Đái tháo đường tuýp 2	94	16.8

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 59.2 ± 13.48, bệnh nhân có nhóm tuổi từ 51 đến 65 chiếm tỷ lệ 41.3%. Bệnh nhân giới tính nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (87.5% so với 12.5 %). Bệnh nhân có bệnh mắc kèm với 76.6% với bệnh tăng huyết áp (49.3%).

3.2. Khảo sát đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định năm 2024

3.2.1. Số lượng thuốc trong đơn

Bảng 2. Tỷ lệ số lượng thuốc trong đơn

Số lượng thuốc trong đơn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đơn có 1 thuốc	17	3.0
Đơn có 2 thuốc	43	7.6
Đơn có 3 thuốc	77	13.8
Đơn có 4 thuốc	88	15.8
Đơn có 5 thuốc	86	15.3
Đơn có trên 5 thuốc	249	44.5
Số lượng thuốc trung bình trên đơn	5.30 ± 2.19 (1 - 12)	
Tổng	**560**	**100**

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận số thuốc trung bình trên đơn 5.30 ± 2.19, đơn có từ 1 đến 12 thuốc trên đơn. Đơn có 1 thuốc chiếm tỷ lệ 3.0%, đơn có từ 2 thuốc trở lên chiếm 97.0% trong đó đơn có trên 5 thuốc chiếm 44.5%.

3.2.2. Tỷ lệ phác đồ trong điều trị gout

Bảng 3. Tỷ lệ phác đồ trong điều trị gout

Phác đồ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Phác đồ đơn trị	290	51.8
Phác đồ phối hợp	270	48.2
Tổng	**560**	**100**

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận phác đồ đơn trị chiếm tỷ lệ cao hơn so với phối hợp (51.8% so với 48.2%, tương ứng).

3.2.3. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị gout trong mẫu nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị gout trong mẫu nghiên cứu

Thuốc điều trị gout trong mẫu nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm thuốc chống viêm	**187**	**33.4**
Colchicin	187	33.4
Thuốc kháng viêm không steroid	**24**	**4.2**
Ketoprofen	16	2.8
Diclofenac	8	1.4
Nhóm thuốc ức chế chọn lọc COX-2	**117**	**20.9**
Meloxicam	41	7.3
Celecoxib	42	7.5

Thuốc điều trị gout trong mẫu nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Etodolac	7	1.3
Etoricoxib	27	4.8
Corticoid	**70**	**12.4**
Methylprednisolon	61	10.8
Prednisolone	9	1.6
Nhóm thuốc ức chế tổng hợp acid uric	**393**	**70.1**
Allopurinol	387	69.1
Febuxostat	6	1.0
Nhóm thuốc tăng thải acid uric	0	0
Thuốc giảm đau bổ trợ	**97**	**17.3**
Paracetamol	72	12.8
Paracetamol - Codein	13	2.3
Paracetamol - Tramadol	12	2.2

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận các nhóm thuốc được chỉ định phổ biến nhất bao gồm: Colchicin (33,4%); nhóm NSAIDs chọn lọc hoặc ưu thế COX-2 (20.9%) với celecoxib (7.5%) và meloxicam (7.3%); nhóm corticoid (12.4%) với methylprednisolon là chủ yếu (10.8%). Về nhóm thuốc hạ acid uric máu, thuốc ức chế tổng hợp acid uric chiếm tỷ lệ cao (70.1%), trong đó allopurinol là lựa chọn hàng đầu (69.1%) so với febuxostat (1.0%). Ngoài ra, tỷ lệ sử dụng thuốc giảm đau bổ trợ là 17.3%, bao gồm paracetamol đơn chất (12.8%) và dạng phối hợp với opioid (4.5%).

3.2.4. Tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị bệnh mắc kèm

Bảng 5. Tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị bệnh mắc kèm

Nhóm thuốc điều trị bệnh mắc kèm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tiêu hóa	205	6.9
Nhóm hạ đường huyết	179	6.0
Nhóm vitamin - khoáng chất	126	4.2
Nhóm tim mạch	1117	37.6
Nhóm tuyến tiền liệt	13	0.4
Nhóm hormon	77	2.6
Nhóm kháng sinh	13	0.4
Nhóm cơ xương khớp	858	28.9
Nhóm thần kinh	186	6.2
Nhóm hô hấp	24	0.8

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là thuốc tim mạch với tỷ lệ 37.6%, chiếm hơn 1/3 tổng số thuốc điều trị bệnh mắc kèm.

3.3. Xác định tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý và mức độ tương tác thuốc trên đơn thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định năm 2024

3.3.1. Tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý

Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý

Tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thuốc chỉ định		
Hợp lý	518	92.5
Không hợp lý	42	7.5
Phối hợp thuốc		
Hợp lý	544	97.1
Không hợp lý	16	2.9

Tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian sử dụng thuốc		
Hợp lý	503	89.8
Không hợp lý	57	10.2
Liều chỉ định		
Hợp lý	383	68.4
Không hợp lý	177	31.6
Tổng	**560**	**100**

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận đơn thuốc hợp lý theo chỉ định (92.5%), đơn thuốc có phối hợp hợp lý (97.1%), đơn thuốc hợp lý theo thời gian sử dụng thuốc (89.8%) và đơn thuốc hợp lý theo liều dùng (68.4%).

3.3.2. Tỷ lệ và mức độ tương tác thuốc trong đơn

Bảng 7. Tỷ lệ và mức độ tương tác thuốc

Tương tác thuốc	Medscape		Drugs.com	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đơn thuốc có tương tác	375	66.4	344	61.4
Đơn thuốc không tương tác	185	33.6	216	38.6
Tổng	**560**	**100**	**560**	**100**
Mức độ tương tác thuốc				
Chống chỉ định	0	0	0	0
Nghiêm trọng	**108**	**19.3**	**168**	**30.0**
Đơn có 1 cặp tương tác	91	16.3	123	21.9
Đơn có 2 cặp tương tác	13	2.2	35	6.3
Đơn có 3 cặp tương tác	2	0.4	7	1.3
Đơn có từ 4 cặp tương tác	2	0.4	3	0.5
Trung bình	**332**	**59.3**	**300**	**53.6**
Đơn có 1 cặp tương tác	132	23.6	114	20.4
Đơn có 2 cặp tương tác	84	15.0	68	12.1
Đơn có 3 cặp tương tác	43	7.7	46	8.2
Đơn có từ 4 cặp tương tác	73	13.0	72	12.4

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận đơn thuốc có tương tác theo Medscap (66.4%), theo Drugs (61.4%) với mức độ tương tác nghiêm trọng theo Medscape (19.3%) và Drugs 30.0%.

3.3.3. Một số cặp tương tác thuốc của thuốc điều trị gout với các thuốc khác

Bảng 8. Một số cặp tương tác thuốc của thuốc điều trị gout với các thuốc khác

Cặp tương tác	Cơ chế	Hậu quả lâm sàng
Allopurinol - Hydrochlorothiazid	PK - Giảm thải trừ allopurinol	Tăng nguy cơ độc tính allopurinol, suy thận
Allopurinol - Lisinopril	PD - Tăng nguy cơ quá mẫn	Tăng nguy cơ suy thận, hạ HA quá mức
Allopurinol - Perindopril	PD - Tăng nguy cơ quá mẫn	Tăng nguy cơ suy thận, hạ HA quá mức
Colchicin - Atorvastatin	PK - Ức chế chuyển hóa	Tăng nguy cơ tiêu cơ vân, độc tính cơ
Colchicin - Fenofibrat	PD - Hiệp đồng độc tính	Tăng độc tính cơ, tiêu cơ vân
Colchicin - Rosuvastatin	PD - Hiệp đồng độc tính	Nguy cơ tiêu cơ vân
Diclofenac - Celecoxib	PD - Tăng tác dụng ức chế COX, gây tăng độc tính tiêu hóa	Tăng nguy cơ loét, xuất huyết tiêu hóa

Cặp tương tác	Cơ chế	Hậu quả lâm sàng
Ketoprofen - Celecoxib	PD - Tăng tác dụng ức chế COX, tăng độc tính tiêu hóa và tim mạch	Tăng độc tính tiêu hóa, tăng nguy cơ biến cố tim mạch
Ketoprofen - Meloxicam	PD - Tăng độc tính thận và tiêu hóa do ức chế prostaglandin không chọn lọc	Tăng độc tính thận, tăng nguy cơ loét tiêu hóa

Ghi chú: PD: Pharmacodynamics - dược lực; PK: Pharmacokinetics - dược động; HA: Huyết áp

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận các tương tác thuốc chủ yếu liên quan đến thận, cơ và tiêu hóa do cơ chế cộng gộp dược lực/dược động.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân gout ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định chủ yếu là nam giới (87.5%) với tuổi trung bình 59.2 ± 13.48, tập trung nhiều ở nhóm tuổi 51 - 65 (41.3%). Đặc điểm này phù hợp với cơ cấu bệnh gout thường gặp ở nam giới trung niên và cao tuổi do ảnh hưởng của yếu tố hormon và lối sống. Tỷ lệ bệnh mắc kèm cao (76.6%) phản ánh đặc điểm đa bệnh lý của nhóm bệnh nhân này và là một yếu tố gây nhiễu, làm phức tạp quá trình điều trị gout. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đặng Hồng Khanh trên 102 bệnh nhân cho thấy bệnh lý mắc kèm thường gặp trên bệnh nhân gout cũng có sự tương đồng, với tỷ lệ tăng huyết áp chiếm chiếm tỷ lệ 74.5%, tiếp theo là các bệnh đái tháo đường (25.5%) và suy thận (16.7%)[8].

4.2. Khảo sát đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định năm 2024

Tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, tỉ lệ nhóm thuốc ức chế tổng hợp acid uric được kê đơn phổ biến với 70.1%, trong đó allopurinol chiếm 69.1%, phản ánh sự tuân thủ khuyến cáo ACR 2020 về lựa chọn thuốc ức chế xanthine oxidase là điều trị đầu tay [5]. Theo ACR, allopurinol nên được bắt đầu với liều thấp (≤ 100 mg/ngày) và tăng dần mỗi 2 - 4 tuần cho đến khi đạt acid uric máu < 6 mg/dL, kể cả ở bệnh nhân suy thận mạn đều có thể điều chỉnh an toàn và hiệu quả [5]. Nhóm thuốc chống viêm với colchicin (33.4%), kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Bùi Đặng Minh Trí tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ với tỷ lệ colchicin (34.52%). Việc ưu tiên colchicin phù hợp với khuyến cáo của ACR 2020, tuy nhiên cần lưu ý hiệu chỉnh liều chặt chẽ trên nhóm bệnh nhân có suy giảm chức năng thận [5] khi đây là lựa chọn hàng đầu trong gout cấp, đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh thận mạn hoặc nguy cơ tim mạch [5, 9]. Nhóm NSAIDs chọn lọc hoặc ưu thế COX-2 (20.9%) trong đó celecoxib và meloxicam được kê nhiều hơn etoricoxib, etodolac và NSAIDs không chọn lọc. Tỷ lệ sử dụng nhóm NSAIDs chọn lọc hoặc ưu thế COX-2 phản ánh xu hướng giảm biến cố tiêu hóa so với NSAIDs không chọn lọc tương đồng với nghiên cứu của N. Kragh và cộng sự năm 2025 [10] và phân tích tổng hợp của M. Li và cộng sự (2020) [11], tuy nhiên cần cân nhắc kỹ trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao. Corticoid chiếm 12.4%, chủ yếu methylprednisolone (10.8%), được chỉ định khi bệnh nhân chống chỉ định hoặc không dung nạp colchicin/NSAID, tương đồng nghiên cứu tại Hàn Quốc (11.8%) [12].

Ngoài ra, nhóm thuốc điều trị bệnh mắc kèm chiếm tỷ lệ đáng kể, trong đó thuốc tim mạch (37.6%) và nhóm cơ - xương - khớp (28.9%) được kê nhiều, phù hợp với bằng chứng dịch tễ ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa cao ở bệnh nhân gout [13, 14].

Mặc dù ACR 2020 đưa ra khuyến nghị mạnh mẽ về việc phối hợp thuốc chống viêm dự phòng (như colchicin hoặc NSAIDs) khi bắt đầu điều trị bằng thuốc hạ acid uric nhằm hạn chế bùng phát cơn gout cấp [5], kết quả nghiên cứu lại cho thấy thực trạng ngược lại. Cụ thể, phác đồ đơn trị vẫn chiếm ưu thế với 51.8%, trong khi phác đồ phối hợp chỉ đạt 48.2%. Điều này có thể nhóm đơn trị là những bệnh nhân đã dùng allopurinol ổn định (sau giai đoạn dự phòng 3 - 6 tháng), lúc này việc dùng đơn trị là hợp lý; hoặc bác sĩ có thể e ngại việc phối hợp thêm NSAIDs/Colchicin trên bệnh nhân đa bệnh lý (suy thận, tim mạch) sẽ làm tăng độc tính và có thể làm giảm sự tuân thủ của bệnh nhân ngoại trú do việc dùng quá nhiều thuốc một lúc.

4.3. Xác định tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý và mức độ tương tác thuốc trên đơn thuốc điều trị gout trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định năm 2024

Kết quả tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định cho thấy kê đơn điều trị gout nhìn chung hợp lý, song vẫn có 7.5% đơn chưa hợp lý, chủ yếu do chỉ dùng paracetamol hoặc NSAID đơn trị mà không có nhóm thuốc ức chế tổng hợp acid uric, phản ánh xu hướng điều trị triệu chứng thay vì kiểm soát nguyên nhân bệnh. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2014), NICE (2022), ACR (2020) [4 - 6], việc kiểm soát acid uric huyết thanh < 6 mg/dL là mục tiêu điều trị cốt lõi giúp giảm tái phát và biến chứng [5]. Ngoài ra, 76.3% sai sót liên quan đến việc kê liều allopurinol thấp hơn khuyến cáo, dẫn đến nguy cơ không đạt mục tiêu điều trị, trong khi 6.2% kê liều cao gây tăng độc tính ở bệnh nhân suy thận [15]. Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng khi khoảng 11.8% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có bệnh thận mạn, do đó việc điều chỉnh liều theo chức năng thận là bắt buộc.

Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác cao (61 - 66%) phản ánh đặc điểm đa bệnh lý và đa thuốc của bệnh nhân gout ngoại trú. Dù đa số tương tác ở mức trung bình, tỷ lệ nghiêm trọng vẫn đáng kể, làm tăng nguy cơ biến cố bất lợi nếu không được theo dõi. Sự khác biệt giữa Medscape và Drugs.com cho thấy cần phối hợp nhiều nguồn khi đánh giá tương tác. Trong nghiên cứu này, các cặp tương tác thuốc nghiêm trọng được ghi nhận như allopurinol - perindopril (10.5%) và colchicin - atorvastatin (10.0%). Các tương tác ghi nhận cho thấy nhóm thuốc điều trị gout và các thuốc dùng kèm có nguy cơ gây độc tính cộng gộp. Cơ chế chủ yếu liên quan đến thay đổi dược động học, hiệp đồng độc tính trên cơ và tăng ức chế prostaglandin, làm gia tăng nguy cơ suy thận, tiêu cơ vân và biến cố tiêu hóa/tim mạch [13, 15]. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của dược sĩ lâm sàng trong việc sàng lọc, đánh giá và tư vấn nhằm giảm thiểu nguy cơ tương tác thuốc và nâng cao an toàn điều trị. Đề tài thực hiện các đánh giá về tỉ lệ thuốc điều trị gout, hợp lý kê đơn và tương tác thuốc trên các cơ sở tra cứu khác nhau nhưng chưa đánh giá mối liên hệ giữa phác đồ và đáp ứng lâm sàng, tác động thực tế của tương tác.

5. KẾT LUẬN

Việc sử dụng thuốc điều trị gout tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định đạt tỷ lệ hợp lý cao về chỉ định và phối hợp thuốc, tuy nhiên cần tối ưu hóa việc hiệu chỉnh liều theo chức năng thận và kiểm soát chặt chẽ các tương tác thuốc nghiêm trọng. Vai trò phối hợp của dược sĩ lâm sàng trong việc rà soát đơn thuốc và tư vấn điều trị là giải pháp thiết yếu nhằm hạn chế các biến cố bất lợi, đảm bảo an toàn và nâng cao chất lượng quản lý bệnh nhân gout ngoại trú.

LỜI CÁM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cám ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Nhân Dân Gia Định đã tạo mọi điều kiện thuận lợi để nghiên cứu này được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] N. Dalbeth, A. L. Gosling, A. Gaffo, and A. Abhishek, "Gout," *Lancet*, vol. 397, no. 10287, pp. 1843-1855, May 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(21)00569-9.

[2] K. M. Asghari et al., "Gout: global epidemiology, risk factors, comorbidities and complications: a narrative review," *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 25, no. 1, p. 1047, 2024, doi: 10.1186/s12891-024-08180-9.

[3] N. T. Thúy, N. T. P. Thủy, T. T. H. Trang, và N. T. T. Thủy, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An," *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 544(3), 2024.

[4] Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, 2014.

[5] J. D. FitzGerald et al., "2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout," *Arthritis Care & Research*, vol. 72, no. 6, pp. 744-760, 2020, doi: 10.1002/acr.24180.

[6] NICE Guideline, "*Gout: diagnosis and management*," 2022.

[7] B. Trí, Đ. Phúc, and N. Hưng, "Thực trạng sử dụng thuốc điều trị gút ở bệnh nhân ngoại trú," *Tạp chí Y học Cộng đồng*, số. 64, Mar. 2021, doi: 10.52163/yhcd.v64i3.60.

[8] Đ. H. Khanh, "Đánh giá chất lượng cuộc sống

bệnh nhân gút tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh Viện Bạch Mai năm 2019," *Tạp chí Y học Cộng đồng*, vol. 63, 2020.

[9] P. Richette et al., "2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout," *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 76, no. 1, pp. 29-42, 2017, doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209707.

[10] N. Kragh et al., "Evaluation of Real-World Treatment Patterns and Healthcare Resource Utilization in Patients with Chronic Refractory Gout in the United States," *Advances in Therapy*, vol. 42, no. 7, pp. 3173-3185, 2025, doi: 10.1007/s12325-025-03189-5.

[11] M. Li, C. Yu, and X. Zeng, "Comparative efficacy of traditional non-selective NSAIDs and selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors in patients with acute gout: a systematic review and meta-analysis," *BMJ Open*, vol. 10, no. 9, p. e036748, 2020, doi: 10.1136/bmjopen-2019-036748.

[12] J. W. Kim, S. G. Kwak, and S. H. Park, "Prescription pattern of urate-lowering therapy in Korean gout patients: data from the national health claims database," *Korean Journal of Internal Medicine*, vol. 33, no. 1, pp. 228-229, 2018, doi: 10.3904/kjim.2016.429.

[13] P. Cox, S. Gupta, S. S. Zhao, and D. M. Hughes, "The incidence and prevalence of cardiovascular diseases in gout: a systematic review and meta-analysis," *Rheumatology International*, vol. 41, no. 7, pp. 1209-1219, 2021, doi: 10.1007/s00296-021-04876-6.

[14] P. Drivelegka, V. Sigurdardottir, A. Svärd, L. T. H. Jacobsson, and M. Dehlin, "Comorbidity in gout at the time of first diagnosis: sex differences that may have implications for dosing of urate lowering therapy," *Arthritis Research & Therapy*, vol. 20, no. 1, p. 108, 2018, doi: 10.1186/s13075-018-1596-x.

[15] T. R. Mikuls, "Gout," *New England Journal of Medicine*, vol. 387, no. 20, pp. 1877-1887, 2022, doi: 10.1056/NEJMcp2203385.

Drug utilization patterns of antigout medications among outpatients at Gia Dinh People's Hospital, Vietnam

Nguyen Si Long, Pham Hong Tham, Nguyen Thi Thu Huong

ABSTRACT

Background: In Vietnam, outpatient management of gout remains challenging due to a lack of empirical data on prescribing patterns and adherence to clinical guidelines. This study was conducted to evaluate the rationality and safety of drug utilization, providing a basis for improving the quality of treatment. Objectives: (1) To survey the characteristics of drug utilization among outpatients with gout at Gia Dinh People's Hospital; (2) To determine the rate of rational drug use and the prevalence of drug-drug interactions (DDIs) in gout prescriptions. Materials and methods: A cross-sectional, retrospective study was conducted on 560 outpatient prescriptions diagnosed with gout (ICD-10: M10) from September 1, 2024, to March 31, 2025. The rationality of prescriptions was assessed based on the guidelines of the Ministry of Health (Vietnam), NICE 2022, and ACR 2020. Results: The majority of patients were male (87.5%), with a mean age of 59.2 ± 13.48 years. The most frequently prescribed medications were allopurinol (69.1%), colchicine (33.4%), and COX-2 selective NSAIDs (20.9%). Rationality rates for indication, combination therapy, and duration of treatment were high (> 89%); however, the rate of appropriate dosing was lower at 68.4%. The prevalence of major drug-drug interactions ranged from 19.3% (Medscape) to 30.0% (Drugs.com). Conclusion: Drug utilization for gout at the hospital generally adheres well to clinical guidelines regarding

indication and combination therapy. Nevertheless, more focus should be placed on dose adjustment and enhanced monitoring of drug-drug interactions to optimize patient safety.

Keywords: *gout, allopurinol, colchicine, rational drug use, drug-drug interactions*

Received: 03/11/2025
Revised: 25/11/2025
Accepted for publication: 01/12/2025