

Sử dụng thuốc kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ tại một bệnh viện ở Cần Thơ năm 2025

Mai Thị Thanh Thuờng¹, Nguyễn Thắng^{1,*}, Nguyễn Thị Kim Muôn², Phan Châu Ngọc Thu¹

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thuốc kháng vitamin K (VKA) được sử dụng phổ biến trong dự phòng đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ. Hiệu quả và an toàn của VKA phụ thuộc vào tính hợp lý trong chỉ định, lựa chọn thuốc và điều chỉnh liều theo chỉ số INR. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng sử dụng VKA và xác định các yếu tố liên quan đến tính hợp lý trong điều trị bệnh nhân rung nhĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 156 bệnh nhân. Thực trạng và đánh giá tính hợp lý sử dụng VKA về chỉ định, lựa chọn thuốc, liều dùng, tần suất, tương tác thuốc, tuân thủ và đặc điểm người kê đơn. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng VKA hợp lý chung đạt 65.4%. Sử dụng chưa hợp lý chủ yếu liên quan đến liều dùng (21.2%). Bác sĩ từ 50 tuổi trở lên hoặc thâm niên công tác < 5 năm có liên quan đến tăng nguy cơ kê đơn không hợp lý. Tình trạng nhiều bệnh mắc kèm cũng là yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tỷ lệ sử dụng không hợp lý. **Kết luận:** Công tác dược lâm sàng cần chú trọng tăng cường cá thể hóa điều trị nhất là hiệu chỉnh liều dùng VKA; kết hợp giáo dục bệnh nhân về tuân thủ điều trị nhằm nâng cao tính hợp lý trong sử dụng thuốc.

Từ khóa: thuốc chống đông, thuốc kháng vitamin K, rung nhĩ, sử dụng thuốc hợp lý

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim phổ biến trên lâm sàng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến đột quỵ do thuyên tắc mạch [1]. Để dự phòng nguy cơ này, thuốc chống đông đường uống đóng vai trò quan trọng. Trong đó, VKA vẫn được sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng, tuy nhiên đây là nhóm thuốc có khoảng điều trị hẹp, nhiều nguy cơ tương tác và cần theo dõi, hiệu chỉnh liều chặt chẽ dựa trên chỉ số INR [1, 2]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước ghi nhận tỷ lệ kê đơn chống đông chưa phù hợp với khuyến cáo vẫn còn phổ biến: tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 27.7% đơn thuốc chống đông chưa phù hợp với hướng dẫn [3]; tại Trung Quốc, nghiên cứu của Qian và cộng sự ghi nhận tỷ lệ này lên đến 46.3% [4]. Các số liệu này cho thấy tính hợp lý trong sử dụng thuốc chống đông ở bệnh nhân rung nhĩ vẫn là vấn đề cần được quan tâm, bất kể bối cảnh nguồn lực hay loại thuốc được sử dụng.

Tuy nhiên, các dữ liệu này chủ yếu phản ánh chung nhóm thuốc chống đông (bao gồm cả nhóm thuốc chống đông đường uống không phải kháng vitamin K - NOAC), trong khi dữ liệu riêng về tính hợp lý sử dụng VKA ở bệnh nhân rung nhĩ điều trị ngoại trú tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sử dụng thuốc kháng vitamin K, xác định tỷ lệ sử dụng hợp lý và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân rung nhĩ điều trị ngoại trú tại một bệnh viện ở Cần Thơ năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân: Bệnh nhân rung nhĩ (mã I48 theo ICD-10) bao gồm cả rung nhĩ do bệnh van tim và không do bệnh van tim, đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 01/7/2025 đến 30/9/2025 được kê đơn VKA.

Bác sĩ: Bác sĩ trực tiếp kê đơn VKA cho các bệnh nhân trên trong thời gian nghiên cứu. Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học và chuyên môn của bác sĩ được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có cấu trúc, với sự đồng thuận tham gia của bác sĩ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi. Bệnh nhân có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ngưng VKA trong thời gian nghiên cứu hoặc không cung cấp đủ thông tin và dữ liệu tái khám hơn 2 lần liên tiếp.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thắng

Email: ntthang@ctump.edu.vn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ.

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

Trong đó:

$\alpha = 5\%$, $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$.

$p = 0.5$ do chưa có số liệu tiền cứu tương đồng tại Việt Nam nên nghiên cứu giả định tỷ lệ sử dụng VKA hợp lý ở bệnh nhân rung nhĩ là 50% nhằm bảo đảm thu được cỡ mẫu tối đa.

$d = 0.08$.

Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 151 bệnh nhân; để dự phòng thiếu dữ liệu, cỡ mẫu thực tế thu thập là 156 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Bệnh nhân được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện liên tục. Trong thời gian từ ngày 01/7/2025 đến ngày 30/9/2025, tất cả bệnh nhân đến khám tại Khoa Khám bệnh thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được đưa vào mẫu một cách tuần tự cho đến khi thu thập đủ 156 bệnh nhân. Đối với bác sĩ, nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, tất cả bác sĩ trực tiếp kê đơn VKA cho các bệnh nhân trong mẫu, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia, đều được đưa vào nghiên cứu (26 bác sĩ).

Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới tính, BMI, chỉ số INR, bệnh mắc kèm, chỉ số CHA₂DS₂-VASc, tuân thủ điều trị. Trong đó, chỉ số INR được ghi nhận từ kết quả xét nghiệm máu gần nhất của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu viên tiếp cận và thu thập dữ liệu. Tình trạng tuân thủ điều trị chung được đánh giá toàn diện qua quy trình kết hợp 02 bước: Bước 1 (Đánh giá theo tự báo cáo): Sử dụng Thang đo tuân thủ điều trị chung bản tiếng Việt (GMAS) gồm 11 mục, tổng điểm từ 0 đến 33 phân thành các mức cao (30 - 33), tốt (27 - 29), tuân thủ một phần (17 - 26), thấp (11 - 16), hoặc kém (0 - 10) [5]. Điểm số từ 27 trở lên (mức tốt và cao) được xác định là tuân thủ theo tự báo cáo.

Bước 2 (Đối chiếu thực tế lâm sàng): Những bệnh nhân đạt tiêu chuẩn ở Bước 1 sẽ tiếp tục được đối chiếu dữ liệu lịch hẹn trên hồ sơ bệnh án điện tử. Bệnh nhân được xem là tái khám đúng hẹn khi đến khám đúng ngày hoặc lệch không quá ± 1 ngày so với ngày hẹn trên đơn thuốc.

Kết luận chung về tuân thủ điều trị: Bệnh nhân chỉ được công nhận là tuân thủ điều trị thực tế khi đồng thời thỏa mãn cả 02 điều kiện: Điểm GMAS

≥ 27 và đi tái khám đúng hẹn.

Phỏng vấn được thực hiện bởi nghiên cứu viên đã được tập huấn tại thời điểm tái khám trong thời gian nghiên cứu. Dữ liệu phỏng vấn được liên kết với hồ sơ bệnh án điện tử thông qua mã số bệnh nhân để đảm bảo đồng nhất thông tin lâm sàng và hành vi sử dụng thuốc.

- Đặc điểm bác sĩ: Tuổi, giới tính, trình độ, khoa/phòng đang công tác, thâm niên công tác, số lần đã tham gia đào tạo cập nhật kiến thức về thuốc chống đông trong vòng 1 năm qua (tính đến thời điểm phỏng vấn).

- Đặc điểm thuốc VKA ở bệnh nhân rung nhĩ: Loại thuốc VKA được chỉ định, liều thuốc VKA theo khuyến cáo, tình trạng thay đổi hoạt chất và thay đổi liều thuốc trong điều trị. Thay đổi liều được ghi nhận trong trường hợp thay đổi liều trên cùng một hoạt chất, trong trường hợp có thay đổi hoạt chất thì được đánh giá là thay đổi hoạt chất và không thay đổi liều.

Các giá trị biến số được biểu diễn dưới dạng tần suất và tỷ lệ (%).

- Tỷ lệ sử dụng thuốc chống đông hợp lý ở bệnh nhân rung nhĩ:

Mỗi bệnh nhân được phân tích và đánh giá tính hợp lý sử dụng thuốc chống đông theo các tiêu chí: Chỉ định thuốc, lựa chọn thuốc, liều dùng, tần suất, tương tác thuốc. Mỗi tiêu chí được coi là hợp lý khi phù hợp với các tài liệu tham khảo theo thứ tự ưu tiên sau: tờ hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất; phác đồ chẩn đoán và điều trị của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022; khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rung nhĩ của Hội Tim mạch học Việt Nam được cập nhật vào năm 2022; khuyến cáo của ESC năm 2024 về quản lý và điều trị rung nhĩ. Trong trường hợp có sự khác biệt giữa các tài liệu, ưu tiên áp dụng tài liệu ở mức cao hơn. Đánh giá tương tác thuốc dựa trên 3 cơ sở dữ liệu gồm Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định 5948/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2021 của Bộ Y tế, Lexidrug và Drugs.com. Một tương tác được ghi nhận khi xuất hiện ở ít nhất một trong ba cơ sở dữ liệu; trường hợp mức độ tương tác giữa các cơ sở dữ liệu không đồng nhất, mức độ cao nhất được sử dụng để phân loại. Tương tác thuốc được phân loại không hợp lý khi mức độ được xác định đạt mức nghiêm trọng hoặc chống chỉ định. Tính hợp lý chung được xác định khi tất cả các tiêu chí thành phần đều đạt yêu cầu.

- Xác định các yếu tố liên quan đến sử dụng thuốc không hợp lý:

+ Yếu tố liên quan đến bệnh nhân: Tuổi (< 65 , ≥ 65), giới tính (nam, nữ), BMI (< 23 , ≥ 23), bệnh mắc kèm (< 3 bệnh, ≥ 3 bệnh), CHA2DS2-VASc (cao khi ≥ 2 ở nam và ≥ 3 ở nữ, không cao khi dưới ngưỡng này), INR (đạt mục tiêu khi 2.0 - 3.0 với bệnh nhân không van tim cơ học và 2.5 - 3.5 bệnh nhân có van tim cơ học; không đạt khi nằm ngoài khoảng này), tuân thủ điều trị (tuân thủ, không tuân thủ).

+ Yếu tố liên quan đến bác sĩ: Tuổi (< 50 , ≥ 50), giới tính (nam, nữ), trình độ chuyên môn (đại học, sau đại học), thâm niên công tác (≤ 5 năm, > 5 năm), khoa/phòng công tác (khoa chuyên tim mạch, khoa khác), cập nhật kiến thức trong vòng 1 năm (có, không).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm bệnh nhân rung nhĩ (n = 156)			
Giới tính	Nam	77	49.4
	Nữ	79	50.6
Tuổi	< 65 tuổi	52	33.3
	65 - 74 tuổi	56	35.9
	≥ 75 tuổi	48	30.8
BMI	< 18.5	11	7.1
	18.5 - < 23	89	57.1
	23 - < 25	29	18.6
	≥ 25	27	17.3
Chỉ số INR	Dưới mục tiêu	89	57.1
	Trong khoảng mục tiêu	34	21.8
	Trên mục tiêu	33	21.2
Bệnh mắc kèm	Tăng huyết áp	141	90.4
	Đái tháo đường	28	17.9
	Suy thận	19	12.2
	Bệnh gan	1	0.6
	Suy tim	72	46.2
	Tiền sử đột quỵ	7	4.5
	Bệnh mạch máu	126	80.8
Chỉ số CHA ₂ DS ₂ -VASc	Nguy cơ thấp	0	0.0
	Nguy cơ trung bình	3	1.9
	Nguy cơ cao	153	98.1
Đặc điểm của bác sĩ (n = 26)			

Các biến số có giá trị $p < 0.2$ ở phân tích đơn biến hoặc các yếu tố có ý nghĩa lâm sàng quan trọng gắn liền với đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế được lựa chọn đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm đánh giá các yếu tố liên quan độc lập đến tính hợp lý sử dụng VKA.

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2013 và phần mềm SPSS 22.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt (số 25.017.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 30/6/2025) và được sự chấp thuận của bệnh viện. Thông tin bệnh nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 50 tuổi	24	92.3
	≥ 50 tuổi	2	7.7
Giới	Nam	18	69.2
	Nữ	8	30.8
Trình độ chuyên môn	Đại học	7	26.9
	Sau đại học	19	73.1
Thâm niên	≤ 5 năm	3	11.5
	6 - 9 năm	9	34.6
	≥ 10 năm	14	53.9
Đơn vị công tác	Khoa Tim mạch can thiệp	1	3.8
	Khoa Tim mạch	12	46.2
	Khoa Khám bệnh	4	15.4
	Khoa Rối loạn nhịp tim	3	11.5
	Khoa Phẫu thuật tim	2	7.7
	Khoa khác	4	15.4
Số lần cập nhật kiến thức trong vòng 1 năm	Không	7	26.9
	1 lần	14	53.9
	> 1 lần	5	19.2

Nhận xét: Kết quả cho thấy bệnh nhân rung nhĩ chủ yếu cao tuổi (≥ 65 tuổi chiếm 66.7%), nguy cơ CHA₂DS₂-VASc cao (98.1%), bệnh mắc kèm chủ yếu là tăng huyết áp (90.4%), nhưng INR kiểm soát kém (57.1% dưới mục tiêu, 21.2% trên mục tiêu). Trong số 26 bác sĩ tham gia kê

đơn VKA, đa số dưới 50 tuổi (92.3%), nam giới (69.2%), trình độ sau đại học (73.1%), thâm niên ≥ 10 năm (53.9%), công tác chủ yếu tại Khoa Tim mạch (46.2%) và đã cập nhật kiến thức về thuốc chống đông trong 1 năm qua (73.1%).

Bảng 2. Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân dựa trên phỏng vấn và hành vi tái khám

Tiêu chí đánh giá	Nhóm phân loại	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Kết quả phỏng vấn theo bộ GMAS		156	100
Không đạt mức tuân thủ (27.5%)	Tuân thủ kém	0	0
	Tuân thủ thấp	0	0
	Tuân thủ một phần	43	27.5
Đạt mức tuân thủ (72.5%)	Tuân thủ tốt	53	34
	Tuân thủ cao	60	38.5
Đối chiếu tái khám (áp dụng cho nhóm tuân thủ)		113	100
	Tái khám đúng hẹn	48	42.5
	Tái khám không đúng hẹn	65	57.5
Kết luận chung		156	100
	Tuân thủ điều trị	48	30.8
	Không tuân thủ điều trị	108	69.2

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc kháng vitamin K

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng thuốc kháng vitamin K

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Loại thuốc	Acenocoumarol	156	100
	Warfarin	0	0.0
Liều thuốc	Liều chuẩn	100	64.1
	Liều thấp	55	35.3
	Liều cao	1	0.6
Đổi thuốc	Có	1	0.6
	Không	155	99.4
Đổi liều	Có	58	37.2
	Không	98	62.8

Nhận xét: Kết quả ghi nhận 100% sử dụng acenocoumarol; liều chuẩn theo khuyến cáo chiếm đa số (64.1%), liều thấp 35.3% và liều cao hiếm gặp (0.6%). Tỷ lệ đổi thuốc rất thấp (0.6%) nhưng đổi liều khá phổ biến (37.2%).

3.3. Tỷ lệ hợp lý và một số yếu tố liên quan trong sử dụng thuốc kháng vitamin K ở bệnh nhân rung nhĩ

Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng thuốc chống đông kháng vitamin K hợp lý

Tiêu chí	Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)
Chỉ định thuốc	156 (100%)	0 (0%)
Lựa chọn thuốc	155 (99.4%)	1 (0.6%)
Liều dùng	123 (78.8%)	33 (21.2%)
Tần suất	138 (88.5%)	18 (11.5%)
Tương tác thuốc	147 (94.2%)	9 (5.8%)
Hợp lý chung	102 (65.4%)	54 (34.6%)

Nhận xét: Chỉ định và lựa chọn VKA được đánh giá gần như hoàn toàn hợp lý với tỷ lệ lần lượt là 100% và 99.4%; tương tác thuốc được kiểm soát khá tốt (94.2%). Tuy nhiên, liều dùng và tần suất còn chưa phù hợp ở 21.2% và 11.5% trường hợp.

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc kháng vitamin K không hợp lý

Yếu tố liên quan		Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)	OR (95% CI)	p
Tuổi bệnh nhân	< 65 tuổi	37 (71.2%)	15 (28.8%)	1.480 (0.721 - 3.039)	0.284
	≥ 65 tuổi	65 (62.5%)	39 (37.5%)		
Bệnh mắc kèm	< 3 bệnh	48 (62.3%)	29 (37.7%)	0.766 (0.396 - 1.484)	0.430
	≥ 3 bệnh	54 (68.4%)	25 (31.6%)		
INR	Đạt mục tiêu	27 (79.4%)	7 (20.6%)	2.417 (0.975 - 5.991)	0.052
	Không đạt mục tiêu	75 (61.5%)	47 (38.5%)		
Tuân thủ điều trị	Tuân thủ	29 (60.4%)	19 (39.6%)	0.732 (0.362 - 1.481)	0.385
	Không tuân thủ	73 (67.6%)	35 (32.4%)		
Tuổi bác sĩ	< 50 tuổi	92 (68.1%)	43 (31.9%)	2.353 (0.929 - 5.964)	0.066
	≥ 50 tuổi	10 (47.6%)	11 (52.4%)		
Giới tính bác sĩ	Nam	72 (66.7%)	36 (33.3%)	1.200 (0.591 - 2.436)	0.614
	Nữ	30 (62.5%)	18 (37.5%)		

Yếu tố liên quan		Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)	OR (95% CI)	p
Trình độ bác sĩ	Đại học	28 (63.6%)	16 (36.4%)	0.899 (0.434 - 1.861)	0.774
	Sau đại học	74 (66.1%)	38 (33.9%)		
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	20 (52.6%)	18 (47.4%)	0.488 (0.231 - 1.030)	0.057
	> 5 năm	82 (69.5%)	36 (30.5%)		
Khoa/phòng công tác	Khoa chuyên tim mạch	79 (68.7%)	36 (31.3%)	1.717 (0.826 - 3.571)	0.145
	Khoa khác	23 (56.1%)	18 (43.9%)		
Cập nhật kiến thức	Có	83 (65.9%)	43 (34.1%)	1.118 (0.488 - 2.560)	0.793
	Không	19 (63.3%)	11 (36.7%)		
Phân tích hồi quy logistic đa biến					
Tuổi BS	< 50 tuổi	92 (68.1%)	43 (31.9%)	2.993 (1.126 - 7.954)	0.028
	≥ 50 tuổi	10 (47.6%)	11 (52.4%)		
Thâm niên công tác	≤ 5 năm	20 (52.6%)	18 (47.4%)	0.309 (0.113 - 0.884)	0.022
	> 5 năm	82 (69.5%)	36 (30.5%)		
Bệnh kèm	< 3 bệnh	48 (62.3%)	29 (37.7%)	0.884 (0.443 - 1.765)	0.728
	≥ 3 bệnh	54 (68.4%)	25 (31.6%)		
Tuân thủ	Tuân thủ	29 (60.4%)	19 (39.6%)	0.834 (0.400 - 1.740)	0.629
	Không tuân thủ	73 (67.6%)	35 (32.4%)		
Cập nhật	Có	83 (65.9%)	43 (34.1%)	0.614 (0.204 - 1.849)	0.386
	Không	19 (63.3%)	11 (36.7%)		

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy yếu tố tuổi bác sĩ và thâm niên công tác có liên quan độc lập với tính hợp lý trong kê đơn thuốc. Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu trong mô hình, nhóm bác sĩ < 50 tuổi có khả năng kê đơn hợp lý cao hơn so với nhóm ≥ 50 tuổi (OR =

2.993; 95% CI: 1.126 - 7.954; p = 0.028), trong khi nhóm thâm niên công tác > 5 năm có nguy cơ kê đơn không hợp lý thấp hơn nhóm có thâm niên ≤ 5 năm (OR = 0.309; 95% CI: 0.113 - 0.884; p = 0.022). Các yếu tố còn lại không có ý nghĩa thống kê trong mô hình (p > 0.05).

Bảng 6. Phân tích phân tầng các yếu tố liên quan đến tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng vitamin K

Yếu tố liên quan		Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)	OR (95% CI)	p
Liên quan giữa số bệnh mắc kèm của bệnh nhân, tuổi bác sĩ đến tính hợp lý					
Nhóm có < 3 bệnh mắc kèm	Tuổi bác sĩ <50	44 (67.7%)	21 (32.3%)	4.190 (1.133 - 15.499)	0.024
	Tuổi bác sĩ ≥ 50	4 (33.3%)	8 (66.7%)		
Nhóm có ≥ 3 bệnh mắc kèm	Tuổi bác sĩ <50	48 (68.6%)	22 (31.4%)	1.091 (0.250 - 4.768)	0.908
	Tuổi bác sĩ ≥ 50	6 (66.7%)	3 (33.3%)		
Liên quan giữa tuân thủ của bệnh nhân, tuổi bác sĩ đến tính hợp lý					
Tuân thủ	Tuổi bác sĩ <50	25 (61.0%)	16 (39.0%)	1.172 (0.231 - 5.940)	0.848
	Tuổi bác sĩ ≥ 50	4 (57.1%)	3 (42.9%)		
Không tuân thủ	Tuổi bác sĩ <50	67 (71.3%)	27 (28.7%)	3.309 (1.049 - 10.438)	0.034
	Tuổi bác sĩ ≥ 50	6 (42.9%)	8 (57.1%)		
Liên quan giữa cập nhật kiến thức, thâm niên bác sĩ đến tính hợp lý					

Yếu tố liên quan		Hợp lý n (%)	Không hợp lý n (%)	OR (95% CI)	p
Có cập nhật kiến thức	Thâm niên ≤ 5 năm	6 (40.0%)	9 (60.0%)	0.294 (0.097 - 0.892)	0.024
	Thâm niên > 5 năm	77 (69.4%)	34 (30.6%)		
Không cập nhật kiến thức	Thâm niên ≤ 5 năm	14 (60.9%)	9 (39.1%)	0.622 (0.099 - 3.923)	0.612
	Thâm niên > 5 năm	5 (71.4%)	2 (28.6%)		

Nhận xét: Phân tích phân tầng các yếu tố liên quan đến tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng vitamin K cho thấy ở nhóm bệnh nhân có < 3 bệnh mắc kèm, bác sĩ ≥ 50 tuổi làm tăng nguy cơ sử dụng không hợp lý (OR = 4.190; 95% CI: 1.133 - 15.499; p = 0.024). Ở nhóm bệnh nhân không tuân thủ, tuổi bác sĩ < 50 cũng là yếu tố liên quan thuận với tính hợp lý, với khả năng kê đơn hợp lý cao hơn so với nhóm bác sĩ ≥ 50 tuổi (OR = 3.309; 95% CI: 1.049 - 10.438; p = 0.034). Ở nhóm bác sĩ có cập nhật kiến thức, thâm niên công tác ≤ 5 năm lại liên quan nghịch với tính hợp lý, làm giảm khả năng kê đơn hợp lý với OR = 0.294 (95% CI: 0.097 - 0.892; p = 0.024).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đa số bệnh nhân là cao tuổi, gánh nặng bệnh mắc kèm lớn và kiểm soát INR còn hạn chế. Đặc điểm này phù hợp với xu hướng chung ở bệnh nhân rung nhĩ ngoài thực hành, nơi đa bệnh lý thường gặp và có thể ảnh hưởng đến lựa chọn cũng như chất lượng điều trị chống đông [3, 6]. Việc chỉ có 21.8% bệnh nhân đạt INR mục tiêu cho thấy hiệu chỉnh liều VKA trong ngoại trú vẫn là thách thức đáng kể. Sự chênh lệch giữa tỷ lệ tuân thủ theo phông vấn (72.5%) và hành vi tái khám thực tế phản ánh rào cản lớn trong việc duy trì điều trị dài hạn của bệnh nhân. Sự khác biệt này cho thấy tự báo cáo có thể làm tăng ước lượng tuân thủ, trong khi việc bổ sung đối chiếu tái khám giúp phản ánh sát hơn hành vi tuân thủ trong thực tế. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước cho thấy khoảng 30% bệnh nhân rung nhĩ không tuân thủ chống đông đường uống và tuân thủ tốt có liên quan đến kiểm soát INR/TTR ở bệnh nhân dùng warfarin [2, 7].

Bác sĩ kê đơn đa số dưới 50 tuổi, có trình độ sau đại học và được cập nhật kiến thức trong năm gần đây. Kết quả này cho thấy việc kê đơn VKA tập trung chủ yếu ở nhóm bác sĩ có kinh nghiệm lâm sàng và mức độ tiếp cận cập nhật chuyên môn tương đối cao.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc kháng vitamin K

Việc sử dụng thuốc chống đông cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Soa và cộng sự tại Nghệ An (acenocoumarol chiếm ưu thế so với warfarin), nhưng khác biệt với khảo sát của Bùi Thế Dũng và cộng sự tại TP. Hồ Chí Minh, nơi NOAC chiếm 84.8% còn VKA chỉ 15.2% [3, 6]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến khả năng chi trả, phạm vi bảo hiểm y tế và mức độ sẵn có thuốc tại từng cơ sở. Việc phụ thuộc hoàn toàn vào acenocoumarol cùng tỷ lệ đổi liều cao cho thấy nhu cầu theo dõi sát INR và tương tác thuốc trong thực hành ngoại trú.

4.3. Tỷ lệ hợp lý và một số yếu tố liên quan trong sử dụng thuốc kháng vitamin K ở bệnh nhân rung nhĩ

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ hợp lý gần như hoàn toàn trong chỉ định và lựa chọn VKA, tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Soa và cộng sự, trong đó 95.3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định thuốc dự phòng huyết khối phù hợp với hướng dẫn điều trị và phân tầng nguy cơ theo thang điểm CHA₂DS₂ - VASc [6]. Điều này cho thấy việc áp dụng thang điểm CHA₂DS₂ - VASc trong thực hành lâm sàng đã tương đối thống nhất giữa các cơ sở điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn ghi nhận 1 trường hợp (0.6%) lựa chọn thuốc chưa hợp lý do bệnh nhân có tiền sử tác dụng phụ nghiêm trọng với acenocoumarol nhưng chưa được xem xét chuyển đổi sang hoạt chất chống đông khác phù hợp hơn. Bên cạnh đó,

tính hợp lý về liều chỉ đạt 78.8%, thấp hơn so với chỉ định và lựa chọn thuốc. Cần lưu ý tỷ lệ liều hợp lý này cao hơn tỷ lệ kê liều chuẩn (64.1%) do việc đánh giá đã xét thêm yếu tố cá thể hóa điều trị: Cụ thể nhiều bệnh nhân cao tuổi dùng liều thấp hơn liều khuyến cáo chung và có INR ở mức đạt mục tiêu nên vẫn được xem là hợp lý. Phần lớn các sai sót còn lại chủ yếu liên quan đến hiệu chỉnh liều chưa phù hợp theo chức năng thận, mục tiêu INR, tuổi cao hoặc liều thấp hơn mức cần thiết. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Qian và cộng sự [4], trong đó tỷ lệ sử dụng liều chưa phù hợp của VKA còn đáng kể, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân đòi hỏi sự hiệu chỉnh liều phức tạp dựa trên chỉ số INR và gánh nặng đa bệnh lý kèm theo. Đối với tần suất dùng thuốc, tỷ lệ hợp lý đạt 88.5%. Một số trường hợp chưa phù hợp liên quan đến việc sử dụng acenocoumarol không đúng số lần khuyến cáo trong ngày. Nghiên cứu của Đặng Thị Soa cũng ghi nhận tình trạng dùng VKA chưa đúng tần suất chuẩn, làm ảnh hưởng đến nồng độ thuốc và nguy cơ biến cố huyết khối hoặc chảy máu [6]. Về tương tác thuốc, tỷ lệ hợp lý đạt 94.2%, cho thấy đa số đơn thuốc đã được cân nhắc tương tác. Tuy nhiên vẫn tồn tại 5.8% trường hợp có tương tác chưa được xử trí tối ưu chủ yếu giữa acenocoumarol với thuốc chống loạn nhịp amiodaron. Điều này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Đặng Thị Soa và cộng sự khi các tương tác thường gặp liên quan đến sự phối hợp giữa acenocoumarol với các thuốc điều trị rung nhĩ kèm theo [6]. Mặc dù các tiêu chí riêng lẻ đạt tỷ lệ hợp lý cao, tính hợp lý chung của đơn thuốc chỉ đạt 65.4%, cho thấy chỉ cần một tiêu chí chưa phù hợp cũng làm giảm đánh giá tổng thể. Điều này nhấn mạnh vai trò của dược sĩ lâm sàng trong việc rà soát toàn diện đơn thuốc, đặc biệt ở khâu hiệu chỉnh liều và kiểm soát tương tác.

Trong phân tích đơn biến, các yếu tố tuổi bác sĩ, thâm niên công tác và khoa/phòng công tác có xu hướng liên quan đến tính hợp lý trong kê đơn VKA. Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ còn tuổi bác sĩ và thâm niên công tác là các yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê: bác sĩ < 50 tuổi có khả năng kê đơn hợp lý cao hơn so với nhóm ≥ 50 tuổi (OR = 2.993; 95% CI: 1.126 - 7.954; p = 0.028), trong

khi thâm niên công tác > 5 năm làm giảm nguy cơ kê đơn không hợp lý so với nhóm ≤ 5 năm (OR = 0.309; 95% CI: 0.113 - 0.884; p = 0.022). Kết quả này phản ánh sự tương tác hỗ trợ giữa khả năng cập nhật kiến thức và kinh nghiệm lâm sàng của người kê đơn. Cụ thể, nhóm bác sĩ dưới 50 tuổi có ưu thế trong việc tiếp cận nhanh các hướng dẫn điều trị mới, trong khi thâm niên công tác trên 5 năm đóng vai trò cốt lõi giúp rèn luyện kỹ năng và giảm thiểu sai sót. Do đó, chất lượng kê đơn đạt mức cao ở nhóm bác sĩ có sự kết hợp của cả hai yếu tố này, nhờ đạt được sự cân bằng giữa nền tảng chuyên môn cập nhật và khả năng xử lý linh hoạt các tình huống thực tiễn. Kết quả này cho thấy chất lượng kê đơn VKA chịu ảnh hưởng chủ yếu bởi đặc điểm kinh nghiệm hành nghề của bác sĩ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu định tính của Chaterji và cộng sự tại Singapore, khi kinh nghiệm và đào tạo cá nhân về thuốc chống đông được ghi nhận là các yếu tố chi phối quyết định kê đơn [8]. Điều này gợi ý rằng thực hành chống đông cần được hỗ trợ bởi đào tạo theo tình huống lâm sàng và quy trình hiệu chỉnh liều chuẩn hóa, thay vì chỉ dựa vào cập nhật kiến thức chung. Phân tích phân tầng cho thấy ảnh hưởng của đặc điểm bác sĩ thay đổi theo bối cảnh bệnh nhân. Ở nhóm có < 3 bệnh mắc kèm (OR = 4.190; p = 0.024) và nhóm không tuân thủ điều trị (OR = 3.309; p = 0.034), bác sĩ < 50 tuổi liên quan thuận với tính hợp lý kê đơn; trong khi ở nhóm bác sĩ có cập nhật kiến thức, thâm niên công tác > 5 năm lại làm giảm rõ rệt nguy cơ kê đơn không hợp lý (OR = 0.294; p = 0.024). Kết quả này cho thấy tính hợp lý trong sử dụng VKA không phụ thuộc vào một yếu tố đơn lẻ, mà là sự tương tác giữa kinh nghiệm của bác sĩ và mức độ phức tạp, tuân thủ điều trị của người bệnh. Kết quả gợi ý nguồn lực được lâm sàng nên được ưu tiên tập trung vào hai nhóm nguy cơ cao đã xác định rõ là bác sĩ lớn tuổi khi điều trị bệnh nhân ít bệnh kèm hoặc kém tuân thủ và bác sĩ trẻ mới cập nhật kiến thức nhưng còn thiếu kinh nghiệm thực hành, thay vì áp dụng biện pháp giám sát đồng loạt cho toàn bộ đội ngũ kê đơn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc sử dụng thuốc kháng vitamin K ở bệnh nhân rung nhĩ tại cơ sở khảo sát chủ yếu là acenocoumarol, với tỷ

lệ hợp lý chung đạt 65.4%. Tính chưa hợp lý tập trung nhiều nhất ở khâu hiệu chỉnh liều và tần suất dùng thuốc. Trong các yếu tố khảo sát, tuổi bác sĩ và thâm niên công tác là các yếu tố liên quan độc lập đến tính hợp lý trong kê đơn VKA; ngoài ra, ảnh hưởng của tuổi bác

sĩ còn thể hiện rõ hơn ở nhóm bệnh nhân ít bệnh mắc kèm hoặc không tuân thủ điều trị. Kết quả này cho thấy chất lượng sử dụng VKA chịu tác động đồng thời từ đặc điểm người kê đơn và bối cảnh lâm sàng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] I.C. Van Gelder, M. Rienstra, K.V. Bunting, ... and D. Kotecha, "2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio - Thoracic Surgery (EACTS)," *European Heart Journal*, Vol. 45, No. 36, pp. 3314 - 3414, 2024. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae176.
- [2] M. Ababneh, S.A. Nasser, A. Rababa'h, F. Ababneh, "Warfarin adherence and anticoagulation control in atrial fibrillation patients: a systematic review," *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, Vol. 25, No. 24, pp. 7926 - 7933, 2021. DOI: 10.26355/eurrev_202112_27642.
- [3] B.T. Dung, N.T. Hien, T. Hoa, C.M.N. Han, "Survey of Using Oral Anticoagulants in Patient with Non - valvular Atrial Fibrillation," *Medical Archives*, Vol. 78, No. 1, pp. 16 - 21, 2024. DOI: 10.5455/medarh.2024.78.16 - 21.
- [4] Y. Qian, J. Zhang, J. Li, Z. Weng, "A retrospective study on the evaluation of the appropriateness of oral anticoagulant therapy for patients with atrial fibrillation," *PLoS One*, Vol. 16, No. 11, e0259199, 2021. Doi:10.1371/journal.pone.0259199.
- [5] N.T. Ha, T.H. Van, V.M. Tuan, K. Taxis, T.

- Nguyen, K. Nguyen, "Vietnamese version of the General Medication Adherence Scale (GMAS): translation, adaptation, and validation," *Healthcare*, Vol. 9, No. 11, 1471, 2021. DOI: 10.3390/healthcare9111471.
- [6] Đ.T. Soa, N.H. Lợi, N.N. Hòa, H.T.T. Dương, H. T. Ánh, "Đánh giá sử dụng thuốc trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An," *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 516, Số 1, tr. 332 - 337, 2022. Doi:10.51298/vmj.v516i1.3015.
- [7] S. Salmasi, A. Safari, M.A. De Vera, ... and P. Loewen, "Adherence to oral anticoagulants among patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta - analysis of observational studies," *BMJ Open*, Vol. 10, No. 4, e034778, 2020. DOI: 10.1136/bmjopen - 2019 - 034778.
- [8] S. Chaterji, L.G. Lian, T.Y. Lee, ... and N.C. Tan, "Factors influencing primary care physicians' prescribing behavior of anticoagulant therapy for the management of patients with non - valvular atrial fibrillation in Singapore: a qualitative research study," *BMC Family Practice*, Vol. 22, 101, 2021. DOI: 10.1186/s12875 - 021 - 01453 - 5.

Pattern of vitamin K antagonist use in patients with atrial fibrillation at a hospital in Can Tho in 2025

Mai Thi Thanh Thuong, Nguyen Thang, Nguyen Thi Kim Muon, Phan Chau Ngoc Thu

ABSTRACT

Background: Vitamin K antagonists (VKAs) are commonly used for stroke prevention in patients with atrial fibrillation. The efficacy and safety of VKAs depend on the appropriateness of the indication, drug selection, and dose adjustment based on the INR. **Objectives:** To describe the current status of VKA use and identify factors associated with the appropriateness of treatment in patients with atrial fibrillation. **Materials and method:** A cross - sectional descriptive study was conducted on 156 patients. The status and appropriateness of VKA use were evaluated regarding indication, drug

selection, dosage, frequency, drug interactions, adherence, and prescriber characteristics. Results: The overall rate of appropriate VKA use was 65.4%. Inappropriate use was primarily related to dosage (21.2%). Physicians aged 50 years or older or those with less than 5 years of professional experience were associated with an increased risk of inappropriate prescribing. The presence of multiple comorbidities was also a significant factor associated with the rate of inappropriate use. Conclusion: Clinical pharmacy services should focus on enhancing the individualization of treatment, particularly the adjustment of VKA dosages, and combine this with patient education on treatment adherence to improve the rational use of medication.

Keywords: *anticoagulants, vitamin K antagonists, atrial fibrillation, rational drug use*

Received: 18/5/2026

Revised: 04/7/2026

Accepted for publication: 05/8/2026