DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS.32.2024.703

Tuân thủ dùng thuốc Statin và kiểm soát LDL-C điều trị rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

Thái Thị Dịu* và Nguyễn Thị Mai
Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mặc dù được kê đơn rộng rãi các loại thuốc điều trị lipid hiệu quả cao, có tỷ lệ lớn dân số có giá trị lipid máu không đạt mục tiêu. Thất bại điều trị được cho là do nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng điều quan trọng nhất có lẽ là việc tuân thủ kém với chế độ dùng thuốc là một yếu tố chính trong việc thiếu thành công trong điều trị RLLPM. Mục tiêu nghiên cứu: Nhằm khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc statin và kiểm soát LDL-C và mối liên quan giữa chúng bằng thang điểm GMAS được việt hóa tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai năm 2024. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 310 bệnh nhân khám ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. Kết quả: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là (64.95±10.6), tỷ lệ bệnh nhân nữ (62.6 %) mắc bệnh nhiều hơn bệnh nhân nam (37.4 %). Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu là (30.6 %) và đạt đích LDL-C là (29.7%). Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc statin theo thang điểm GMAS đạt mục tiêu LDL-C (82.1%) cao hơn (17.9 %) những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0. 000. Kết luận:Tuân thủ sử dụng statin và kiểm soát LDL- C điều trị rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.

Từ khóa: *Rối loạn lipid máu, bệnh nhân, tuân thủ sử dụng statin*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM), được đặc trưng bởi nồng độ cholesterol toàn phần (TC), triglycerid (TG) và cholesterol lipoprotein mật độ thấp (LDL-C) trong huyết thanh tăng cao, cùng với nồng độ cholesterol lipoprotein mật độ cao (HDL-C) thấp, là một trong những yếu tố nguy cơ chính góp phần gây ra bệnh tim mạch thông qua sự phát triển và tiến triển của xơ vữa động mạch [1]. Sự gia tăng nồng độ cholesterol trọng lượng phân tử thấp đóng vai trò cốt yếu trong việc gây nên bệnh lý xơ vữa và bệnh thiếu máu cơ tim [2, 3]. Các nghiên cứu quan sát trước đây cho thấy có đến 60-70% những người trưởng thành có nồng độ lipid máu vượt qua mức khuyến cáo. Theo nghiên cứu nước ngoài của tác giả Eman Alefishat (2021) trên 228 bệnh nhân ngoại trú tại phòng khám ở Ả Rập, cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân RLLPM là 19.3% [4]. Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu trong nước tương đối thấp 27.9% và đạt đích LDL-C là 55.2% trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa (2023) tại Bệnh viện Đa khoa An Giang [5]. Các nghiên cứu cho thấy không tuân thủ sử dụng thuốc ngày càng phổ biến (33% - 69%) và gây kết cục xấu. Do đó, để tìm hiểu được một số rào cản hay một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc RLLPM, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc statin, tỷ lệ kiểm soát được LDL-C, và tìm hiểu mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc statin và kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán RLLPM đang sử dụng

Tác giả liên hệ: BSCKII.Thái Thị Dịu
Email: thang38dv@gmail.com

statin được điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán rối loạn lipid máu và điều trị bằng statin tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai từ tháng 3/2024 đến 9/2024
- BN có sử dụng đều đặn thuốc statin điều trị rối loạn lipid máu trong thời gian ít nhất là 90 ngày trước đây (tính đến thời điểm lấy mẫu) [1, 5].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang có các bệnh lý cấp tính, có chỉ định phải nhập viện tại thời điểm phỏng vấn;
- BN mắc các bệnh về rối loạn ý thức;
- Phụ nữ có thai;
- Phụ nữ cho con bú;
- Bệnh nhân hiện gặp vấn đề về rối loạn ngôn ngữ và trí nhớ không thể trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\propto}{2})} X \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Là số bệnh nhân tối thiểu; α: Là xác suất sai lầm loại I, α= 0.05; Z: Là trị số từ bảng phân phối chuẩn với α= 0.05 thì Z=1.96; d là sai số biến cho phép của ước lượng trong nghiên cứu, với d=0.05 và p: Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân rối loạn lipid máu. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa (2023) cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân rối loạn lipid máu là 27.9 %. Do vậy, chúng tôi chọn p=0.279 để đạt cỡ mẫu tối thiểu, đảm bảo tính tin cậy của nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 309 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu

- Chọn bệnh nhân thỏa các tiêu chí đưa vào như trên theo cách chọn mẫu thuận tiện liên tiếp theo trình tự thời gian.
- Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất (bộ câu hỏi có sẵn) và hồ sơ bệnh án ngoại trú.
- Bộ câu hỏi phỏng vấn về tuân thủ sử dụng Statin GMAS. Phiếu điền bộ câu hỏi đưa cho BN tự điền, nội dung ở Bảng 1.

Bảng 1. Thang điểm GMAS (General Medication Adherence Scale) trong việc đánh giá tuân thủ điều trị

STT	Câu hỏi	Không bao giờ (3 điểm)	Thỉnh thoảng/đôi khi (2 điểm)	Thường xuyên (1 điểm)	Luôn luôn (0 điểm)
1	Ông (bà) có gặp khó khăn trong việc nhớ dùng thuốc không?				
2	Ông (bà) có quên dùng thuốc do lịch trình bận rộn như du lịch, hội họp, đám tiệc, đám cưới, đi nhà thờ/chùa không?				
3	Khi cảm thấy khỏe, ông (bà) có ngưng dùng thuốc không?				
4	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc khi gặp các tác dụng không mong muốn như khó chịu ở dạ dày…không?				
5	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc (điều trị rối loạn lipid máu) do phải dùng thêm các thuốc cho bệnh khác không?				
6	Ông (bà) có thấy bất tiện để nhớ dùng thuốc vì chế độ thuốc phức tạp không?				

STT	Câu hỏi	Không bao giờ (3 điểm)	Thỉnh thoảng/đôi khi (2 điểm)	Thường xuyên (1 điểm)	Luôn luôn (0 điểm)
7	Trong tháng qua, có khi nào ông (bà) quên dùng thuốc vì bệnh nặng thêm và dùng thêm thuốc mới không?				
8	Ông (bà) có tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày không?				
10	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc vì (các) thuốc này không đáng với số tiền bỏ ra không?				
11	Ông (bà) có gặp khó khăn để mua (các) thuốc vì chúng đắt tiền không?				
Tổng điểm		**0 - 33 điểm**			

Tuân thủ điều trị (≥27 điểm); Không tuân thủ điều trị (<27 điểm)

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm Excel, sau đó được sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0. Vẽ biểu đồ bằng chương trình Excel 2007. Hai biến định tính dùng phép kiểm Chi Square hoặc Fisher và các phép kiểm khác phù hợp. Với khoảng tin cậy 95%, sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị p< 0.05.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng xét duyệt Đề tài nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	64.95±10.6	
Nhóm 1 (<60 tuổi)	88	28.4
Nhóm 2 (60 ≤ tuổi <70)	123	39.7
Nhóm 3 (70 ≤ tuổi <80)	76	24.5
Nhóm 3 (≥ 80 tuổi)	23	7.4
Nam	116	37.4
Nữ	194	62.6
BMI	23.8±3.2	
Tập thể dục thường xuyên	185	59.7

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không tập thể dục	125	40.3
Đang hút thuốc	51	16.5
Không hút hoặc đã bỏ	259	83.5
Cholesterol toàn phần (CT)	4.49±1.19	
Triglycerid	2.00±1.11	
HLD - C	1.27±0.29	
LDL –C	2.69±0.97	
HA tâm thu trung bình	121.19±11.3	
HA tâm trương trung bình	75.32±6.94	
Bệnh mạn tính đi kèm trung bình	1.69±0.94	
Số lượng thuốc trung bình sử dụng	3.80±1.61	
Bệnh Tăng HA	216	69.7
Bệnh Đái tháo đường	113	36.5
Bệnh tim mạch	179	57.7
Bệnh thận mạn	15	4.8
Bệnh mạch máu não	02	0.6
Không có bệnh mạn tính đi kèm	38	12.2
Nguy cơ tim mạch rất cao	246	79.4
Nguy cơ tim mạch cao	19	6.1
Nguy cơ tim mạch trung bình	36	11.6
Nguy cơ tim mạch thấp	9	2.9
Tổng	**310**	**100**

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu rất cao (64.95±10.6) tuổi. Đa phần bệnh nhân cao tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 71.6 %. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam (62.6 %) so với (37.4 %). BMI trung bình của nhóm nghiên cứu: 23.8±3.2. Tỷ lệ bệnh nhân tập thể dục thường xuyên trong nhóm nghiên cứu (59.7 %) cao hơn nhóm không tập thể dục (40.3 %). Tỷ lệ bệnh nhân đang hút thuốc lá (16.5%), không hút hoặc đã bỏ (83.5%). Chỉ số HA tâm thu trung bình (121.19±11.3), HA tâm trương trung bình (75.32±6.94). Số bệnh mạn tính đi kèm (1.69±.0.94). Số lượng thuốc trung bình sử dụng trong nhóm nghiên cứu (3.80±1.61). Số lượng bệnh nhân mắc bệnh mạn tính đi kèm khá cao, trong đó nhóm bệnh Tăng huyết áp cao nhất tần suất mắc (69.7%) bệnh nhân, kế đến là nhóm bệnh tim mạch (57.7 %), bệnh Đái tháo đường có 113 bệnh nhân (36.5%). Số lượng bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất: 79.4%.

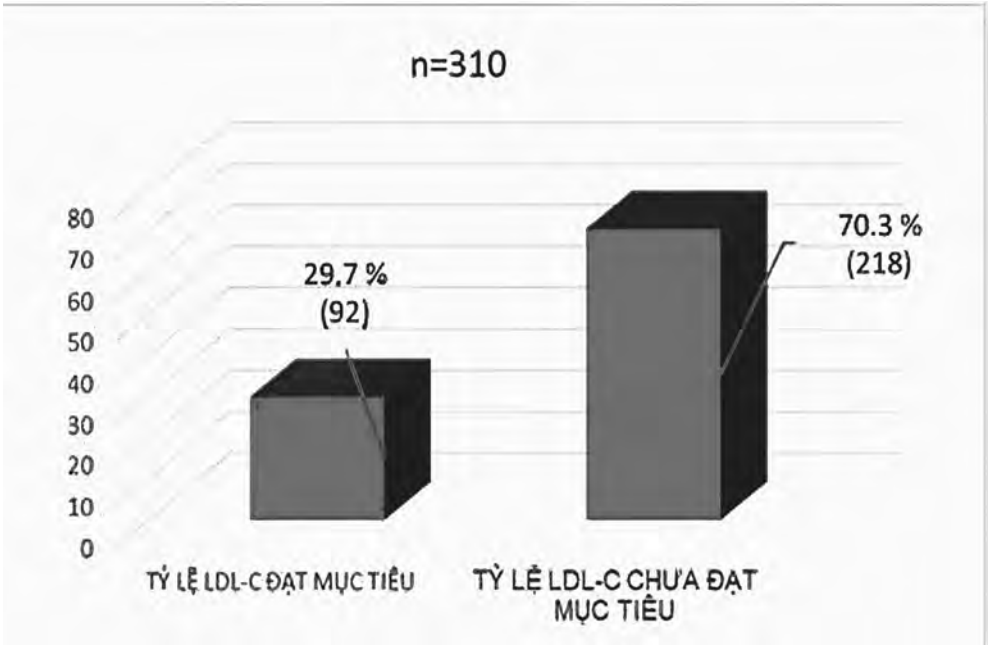
3.2. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng Statin theo thang điểm

Bảng 3. Thang điểm GMAS và tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	
Điểm GMAS trung bình	23.6 ± 3.51	
Tuân thủ điều trị	**95**	**30.6**
Không tuân thủ	125	69.4
Tổng	**310**	**100%**

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ sử dụng statin theo thang điểm GMAS chiếm tỷ lệ 30.6 % .

3.3. Tỷ lệ kiểm soát LDL-C



Hình 1. Biểu đồ tỷ lệ đạt đích điều trị LDL-C theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam 2015

3.4. Mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng Statin với kiểm soát LDL-C

Bảng 4. Liên quan giữa tuân thủ sử dụng statin và kiểm soát LDL-C

Mối liên quan		LDL –C Đạt mục tiêu (n=92)	LDL-C Không đạt mục tiêu (n=218)	p
Tuân thủ	**Có**	78 (82.1%)	17 (17.9%)	**0.000***
	Không	14 (6.5%)	201 (93.5%)	

*Các phép kiểm sử dụng trong bảng 3.13: *Kiểm định Chi bình phương.*

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu rất cao (64.95±10.6) tuổi. Đa phần bệnh nhân cao tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 71,6 %. Có sự tương đồng về tuổi trung bình, độ tuổi mắc bệnh khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước: Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa (2023) nghiên cứu trên 154 bệnh nhân có độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất tới 75.3%, tuổi trung bình là (67.2 ± 12) [5], tác giả Nguyễn Thiện Tuấn (2019), có độ tuổi trung bình (57.2 ± 13.3), nhóm 60-69 tuổi chiếm 54.9% [6]. Nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat tại Jordan tuổi trung

bình phân bố như sau: Tuân thủ thấp (62.49 ± 10.77), tuân thủ trung bình (59.62 ± 10.70) và tuân thủ cao (58.38 ± 10.06) [4]. Trong vòng 10 năm trở lại đây độ tuổi trung bình trẻ hơn so với các nghiên cứu xuất hiện trước đó. Điều này cho thấy độ tuổi bệnh nhân RLLPM có xu hướng ngày càng xuất hiện sớm hơn. Tỷ lệ BN nữ cao hơn BN nam (62.6 %) so với (37.4 %), khi so sánh với các nghiên cửu khác chưa có sự tương đồng: Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa BN nam chiếm tỷ lệ 51.9% cao hơn nữ 48.1 % [5], tác giả Eman Alefishat tại Jordan tỷ lệ nam cao hơn nữ (51.7 % so với 48.3 %) [4], sự khác biệt này một phần do đặc điểm dân số của mỗi vùng, miền. BMI trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi (23.8±3.2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Trần Thị Kim Hoa, BMI trung bình (23.8 ± 2.9) [5], thấp hơn so với tác giả Eman Alefishat: Tuân thủ thấp (30.3 ± 6.8), tuân thủ trung bình (27.8 ± 4.9) và tuân thủ cao (29.1 ± 5.9) [4]. Phần lớn các nghiên cứu ở nước ngoài có BMI cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do thể trạng, chế độ dinh dưỡng ở các nước phát triển cao hơn và tiêu chuẩn chọn bệnh cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân đang hút thuốc lá: 16.5%, không hút hoặc đã bỏ chiếm tỷ lệ 83.5%, khi so sánh với nghiên cứu của tác giá Eman Alefishat tỷ lệ bệnh nhân đang hút thuốc lá 34.6 %, không hút hoặc đã bỏ 65.4 % cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [4]. Nghiên cứu của tác giả Lý Ngọc Tú (2020) tiến hành trên 510 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp có tăng huyết áp tại tỉnh Sóc Trăng cho thấy tỷ lệ đang hút thuốc lá còn khá cao 42.7 % [7]. Kết quả nồng độ các chỉ số lipid máu của nhóm nghiên cứu khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat về nồng độ Cholesterol toàn phần: Tuân thủ thấp (6.01 ± 2.07), tuân thủ trung bình (5.9 ± 2.75) và tuân thủ cao (3.91 ± 19.5) ở nhóm bệnh nhân tuân thủ cao trị số Cholesterol toàn phần đã đạt đích điều trị tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nồng độ Triglycerid trung bình trong nghiên cứu Alefishat: Tuân thủ thấp (3.42 ± 1.40), tuân thủ trung bình (2.95 ± 1.16) và tuân thủ cao (2.82 ± 1.40) đều chưa đạt đích điều trị ở tất cả các nhóm tương đương với nghiên cứu của chúng tôi (2.00 ±1.11). Nồng độ LDL-C trung bình trong nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat: Tuân thủ thấp (4.80 ± 1.86), tuân thủ trung bình (4.99 ± 2.52) và tuân thủ cao (2.76 ± 1.91) đều chưa đạt đích điều trị ở tất cả các nhóm tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (2.69 ± 0.97), tuy nhiên trị số trung bình LDL-C còn ở mức cao so với khuyến cáo [4]. Trong nghiên cứu của chúng tối chỉ số HA tâm thu trung bình: (121.19±11.3), HA tâm trương trung bình: (75.32±6.94), khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa: Huyết áp tâm thu trung bình (125.7 ± 12.4 mmHg), Huyết áp tâm trương trung bình (72.7 ± 8.4 mmHg) cho kết quả khá tương đồng, HA mục tiêu của cả hai nghiên cứu đã được kiểm soát tốt [5]. Số bệnh mạn tính đi kèm (1.69±.0.94) so sánh với nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat: Tuân thủ thấp (3.04 ± 0.99), tuân thủ trung bình (2.99 ± 1.12) và tuân thủ cao (2.59 ± 0.92) cao hơn chúng tôi [4]. Số lượng thuốc trung bình sử dụng trong nhóm nghiên cứu: (3.80±1.61) so sánh với nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat cho thấy có sự tương đồng ở nhóm tuân thủ cao (3.48 ±1.85) [4]. Số lượng bệnh nhân mắc bệnh mạn tính đi kèm trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, trong đó nhóm bệnh Tăng huyết áp cao nhất tần suất mắc 216 (69.7%) bệnh nhân, kế đến là nhóm bệnh tim mạch 179 (57.7 %), bệnh Đái tháo đường có 113 bệnh nhân (36.5%), so sánh nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa cho thấy bệnh tăng huyết áp 154 (100%), bệnh đái tháo đường (61%) chưa tương đồng về tỷ lệ phân bố bệnh mạn tính đi kèm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất: 79.4%, nguy cơ cao chỉ chiếm 6.1% nguy cơ trung bình và thấp chiếm 14.5%, so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa nguy cơ tim mạch rất cao 37 %, nguy cơ cao 35.1% và nguy cơ trung bình 27.9 % thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi ở nguy cơ rất cao (37 % so với 79.4 %) [5].

4.2. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng Statin theo thang điểm

Điểm trung bình thang điểm GMAS của nhóm nghiên cứu (23.6 ± 3.51). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tuân thủ sử dụng statin theo thang điểm GMAS chiếm tỷ lệ 30.6 %, tỷ lệ không tuân thủ còn rất cao 69.4 %, khi so sánh với các nghiên cứu khác: Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa tỷ lệ 27.9 % tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [5], cao hơn nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat (30.6 % so với 19.3 %) [4]. Nghiên cứu

của Võ Thị Dễ (2016), tỷ lệ là 57.3% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Sở dĩ có sự khác biệt trên là do đối tượng trong nghiên cứu đa phần là bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, nên họ thường quan tâm sử dụng thuốc của mình, đến tái khám đều đặn và tuân thủ sử dụng thuốc. Tuân thủ là một hiện tượng đa chiều xác định bởi sự tác động của các yếu tố ảnh hưởng khác nhau (bệnh nhân, yếu tố do bác sĩ và yếu tố do hệ thống chăm sóc y tế). Mặc dù phân loại này rất hữu ích trong việc hiểu sự tuân thủ statin nhưng thường có sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố ảnh hưởng đến việc bệnh nhân có dùng thuốc này hay không dùng thuốc.

4.3. Tỷ lệ kiểm soát LDL –C

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đạt đích điều trị LDL-C theo khuyến cáo rất thấp 29.7 % (92 bệnh nhân) sau ít nhất 03 tháng điều trị thuốc mỡ máu statin; tỷ lệ LDL-C chưa đạt đích còn chiếm tỷ lệ rất cao 70.3 % khi so sánh với các nghiên cứu: Trần Thị Kim Hoa tỷ lệ bệnh nhân đạt đích LDL-C là 55.2 % [5], Nguyễn Hữu Đức, nghiên cứu thực hiện cắt ngang 400 BN cho kết quả: tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C <1,4 mmol/L ở các đối tượng nghiên cứu là 36.8% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Giang Phúc Khánh, nghiên cứu thực hiện mô tả cắt ngang trên 222 bệnh nhân điều trị tại phòng khám ngoại trú của một bệnh viện tại Cần Thơ (2022) tỷ lệ bệnh nhân đạt LDL-C mục tiêu điều trị là 20.7% thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [1], sở dĩ có sự khác biệt là do mô hình bệnh tật tại các vùng, miền ngoài ra còn có vai trò của bác sĩ, bệnh nhân.

4.4. Liên quan giữa tuân thủ sử dụng statin và kiểm soát LDL-C

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc statin theo thang điểm GMAS có khả năng đạt mục tiêu LDL-C 78 (82.1%) cao hơn 17 (17.9 %) những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,000, khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa cho kết quả cao hơn (82.1% so với 69.8 %), p=0.024 [5]. Sự tuân thủ đã được chứng minh là tốt hơn khi bệnh nhân chấp nhận mức độ nghiêm trọng của căn bệnh của mình, tin tưởng vào bác sĩ điều trị và tin tưởng vào phác đồ điều trị. Bên cạnh đó vai trò của bác sĩ rất quan trọng trong việc bám sát khuyến cáo để sử dụng statin liều phù hợp với nguy cơ tim mạch, bệnh đi kèm, cá thể hóa từng bệnh nhân để đạt đích điều trị.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng statn theo thang điểm GMAS đạt (30.6 %). Tỷ lệ đạt đích điều trị LDL-C theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam rất thấp (29.7 %). Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc statin theo thang điểm GMAS đạt mục tiêu LDL-C (82.1%) cao hơn (17.9 %) những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0. 000.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[5] N. G. P. Khánh, "Đánh giá kết quả kiểm soát LDL –C trong sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Cần Thơ", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 18 (525), pp. 371-375, 2023.

[2] Bộ Y tế Việt Nam, *Cập nhật chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu, Hội Tim mạch Học Việt Nam*, 2015.

[3] Berberich, A. J. et al., "A modern approach to dyslipidemia", *Endocrine Reviews*, 43(4), pp.611-653, 2022.

[4] Alefishat, E., Jarab, A. S. et al., "Factors associated with medication non-adherence in patients with dyslipidemia", *In Healthcare*, 9(7), pp. 813, 2021.

[5] T. T. K. Hoa, "Nghiên cứu sự tuân thủ dùng thuốc statin và kiểm soát LDL –C ở bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2022 - 2023", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 8 (2), pp. 348-352, 2023.

[6] N. T. Tuấn và cộng sự, "Rối loạn lipid máu và kết quả kiểm soát LDL-C giữa hai nhóm điều trị Rosuvastatin và Atorvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 26(18), tr.249-253, 2020.

[7] N. N. Tú, *Đánh giá sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp trong ngăn ngừa đội quỵ thiếu máu não thứ phát tại tỉnh Sóc Trăng* , Luận án tiến sĩ, Đại học Y Dược tp Hồ Chí Minh, 2020.

[8] V. T. Dễ và cộng sự, "Khảo sát điều trị, tuân thủ điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh mạch vành tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2007-2008", *Tạp chí Y học thực hành*, 751(2), tr.18-21, 2011.

[9] N. H. Đức, "Nghiên cứu kết quả đạt mục tiêu điều trị Rối loạn lipid máu ở người bệnh Hội chứng vành cấp được can thiệp mạch vành tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị", *Tạp chí Tim mạch Việt Nam*. 11(25), pp. 56-64, 2023.

Adherence to Statin therapy and LDL-C control in the Treatment of dyslipidemia at Thong Nhat General Hospital of Dong Nai province

Thai Thi Diu and Nguyen Thi Mai

ABSTRACT

Background:Despite being widely prescribed highly effective lipid-lowering drugs, a large *proportion of the population with high blood lipid levels do not reach their lipid targets. Treatment failure is attributed to various reasons, but non-adherence to drug therapy is considered a major factor in unsuccessful treatment of high blood lipids. Objectives: To investigate adherence to statin therapy and its relationship with LDL-C control using the Vietnamese version of the GMAS score, at Thong Nhat General Hospital in 2024. Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 310 outpatients at Thong Nhat General Hospital. Results: The average age in the study was (64.95±10.6) years, with a higher proportion of female patients (62.6 %) than male patients (37.4 %). The treatment adherence rate in the study was (30.6 %) and the LDL-C target was achieved in (29.7 %). Adherence to statin therapy was associated with a higher likelihood of achieving LDL-C target than non-adherence (82.1% than 17.9 %); a statistically significant difference with p=0.000. Conclusions: Adherence to statin therapy is related to LDL-C attainment.*

Keywords: *dyslipidemia, patient, adherence to the use of statin*

Received: 03/10/2024
Revised: 12/11/2024
Accepted for publication: 13/11/2024