

STUDY ON ADHERENCE TO STATIN THERAPY AND LDL-C CONTROL IN PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Hoang Thi Minh Nguyet^{1*}, Hoang Thi Quynh Nhi¹, Dao Thi Cam Minh²,
Tran Phuoc Minh Dang¹, Nguyen Thi Ngan Thao¹, La Bao Ngoc¹

¹Hue Central Hospital, ²University of Medicine and Pharmacy - Hue university

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 27/8/2024 Revised: 17/11/2024 Published: 19/11/2024	This study was conducted to examine the level of LDL-C control in patients with dyslipidemia taking statins, and to assess medication adherence and relationship between compliance with statin therapy and LDL-C goal attainment. A cross – sectional description was conducted on 109 outpatients diagnosed dyslipidemia, taking statin at Out Patient Department, Hue Central hospital. Over 50% patients experience dyslipidemia from 1 to 5 years. The majority of patients is at low-moderate risk of cardiovascular disease. 45.0% patients managed to achieve target LDL-C levels. The older patients get, the level of LDL-C target is lower ($p<0.01$). Patients achieving LDL-C target decreased as cardiovascular risk increased ($p<0.01$). The percentage of patients with high, good and partial adherence is 49.5%, 48.6% and 1.9% respectively. Patients with good treatment adherence had better levels of LDL-C control ($p=0.069$).
KEYWORDS	
Statin LDL-C control Medication adherence Dyslipidemia Hue Central hospital	

NGHIÊN CỨU SỰ TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC VÀ KIỂM SOÁT LDL-C Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU CÓ SỬ DỤNG STATIN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Minh Nguyệt^{1*}, Hoàng Thị Quỳnh Nhi¹, Đào Thị Cẩm Minh², Trần Phước Minh Đăng¹,
Nguyễn Thị Ngân Thảo¹, La Bảo Ngọc¹

¹Bệnh viện Trung ương Huế, ²Trường Đại Y Dược - ĐH Huế

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 27/8/2024 Ngày hoàn thiện: 17/11/2024 Ngày đăng: 19/11/2024	Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: (1) Khảo sát mức độ kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân rối loạn lipid máu (RLLM) có sử dụng statin; (2) Đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc statin, mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng thuốc và mức độ kiểm soát LDL-C. Qua khảo sát trên 109 bệnh nhân được chẩn đoán RLLM có sử dụng statin được điều trị tại Phòng khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy: Trên 50% bệnh nhân mắc RLLM từ 1-5 năm. Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp đến trung bình chiếm ưu thế (45,0%). Có 45,0% bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C. Tuổi tác càng lớn, đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C càng giảm ($p<0,01$). Bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị LDL-C giảm khi nguy cơ tim mạch tăng ($p<0,01$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị cao, tốt và một phần lần lượt là 49,5%, 48,6% và 1,9%. Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có mức độ kiểm soát LDL-C cao hơn ($p=0,069$).
TỪ KHÓA	
Statin Kiểm soát LDL-C Tuân thủ điều trị Rối loạn lipid máu Bệnh viện Trung ương Huế	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.11018>

* Corresponding author. Email: mnguyet1611@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Điều trị rối loạn lipid máu (RLLM) dựa vào nguy cơ tim mạch của bệnh nhân là một quá trình lâu dài nhằm đạt và duy trì nồng độ LDL-C tối ưu. Tuy nhiên, mục tiêu kiểm soát LDL-C thường không đạt được như yêu cầu [1]-[3]. Theo nghiên cứu quốc tế về rối loạn lipid máu (DYSIS) chỉ có 21,7% các đối tượng nguy cơ rất cao đang được điều trị statin là đạt mức LDL-C dưới 70 mg/dL [4]. Statin là thuốc được lựa chọn đầu tay ở những bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh tim mạch do xơ vữa do có vai trò quan trọng trong giảm LDL-C [5]. Tuân thủ điều trị (TTĐT) được xem là chìa khóa để đạt mục tiêu điều trị và cải thiện kết cục lâm sàng [6]. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy có một số lượng lớn bệnh nhân nguy cơ cao không tuân thủ sử dụng statin. Kết quả từ nghiên cứu của Haiyan Li đánh giá tuân thủ điều trị statin trên 524 bệnh nhân nội trú cho thấy tỷ lệ không tuân thủ lên đến 81,3% [7]. Thực hiện nghiên cứu trong nước với 154 bệnh nhân khám ngoại trú sử dụng liên tục statin trong ít nhất 90 ngày, chỉ có 27,9% bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc hạ lipid máu [8]. Xuất phát từ những thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) Khảo sát mức độ kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân RLLM có sử dụng statin tại Phòng khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Huế; (2) Đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc statin, mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng thuốc và mức độ kiểm soát LDL-C.

2. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 109 bệnh nhân được chẩn đoán RLLM có sử dụng statin được điều trị tại Phòng khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2024 đến tháng 07/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán RLLM và điều trị bằng statin.
- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân có sử dụng liên tục thuốc statin điều trị RLLM trong thời gian ít nhất là 90 ngày trước đây.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, đối thoại trực tiếp.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tính cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 1 tỷ lệ:

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

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu (số bệnh nhân).
- Z: Hệ số tin cậy, Z = 1,96 với độ tin cậy 95%.
- p: Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân RLLM. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Hoa (2023) cho thấy, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân RLLM là 27,9% [8]. Do vậy, chúng tôi chọn p=0,279.

- d: Sai số cho phép, chọn d=0,09. Thay vào công thức, chúng tôi tính được n=95 bệnh nhân. Để tránh những trường hợp mẫu nghiên cứu không đạt yêu cầu, chúng tôi thu thập thêm 10%. Thực tế chúng tôi thu thập được 109 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 04/2024 đến tháng 07/2024 tại Phòng khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Huế. Phòng vấn trực tiếp. Ghi nhận các thông tin theo phiếu khảo sát từ phiếu kết quả xét nghiệm, đơn thuốc và câu trả lời phỏng vấn của bệnh nhân.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, học vấn, hút thuốc lá.
 - Tình trạng bệnh RLLM:
 - + Thời gian mắc RLLM
 - + Phân tầng nguy cơ tim mạch theo ESC 2021
 - + Mức độ kiểm soát LDL-C theo ESC 2021 [5]
 - Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp - trung bình, mục tiêu LDL-C là $<2,6$ mmol/l.
 - Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, mục tiêu LDL-C là giảm $\geq 50\%$ và $<1,8$ mmol/l.
 - Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao, mục tiêu LDL-C là giảm $\geq 50\%$ và $<1,4$ mmol/l.
 - + Số thuốc đang sử dụng.
 - TTĐT của bệnh nhân:
 - + Đánh giá TTĐT theo thang điểm GMAS
- Sử dụng thang đo GMAS gồm 11 câu hỏi, với 4 lựa chọn: luôn luôn, hầu hết, thỉnh thoảng, không bao giờ, cho điểm từ 0-3. Tổng điểm thang đo từ 0-33 điểm, tổng điểm cho thấy mức độ tuân thủ: ≤ 10 (kém), 11-16 (thấp), 17-26 (tuân thủ một phần), 27-29 (tốt) và 30-33 (cao).
- + Một số yếu tố liên quan TTĐT.
 - Liên quan TTĐT và mức độ kiểm soát LDL-C.

2.3. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.
- Sử dụng thống kê mô tả, tính toán các tỷ lệ liên quan đến các đặc điểm của bệnh nhân.
- Sử dụng kiểm định chi - bình phương để xác định yếu tố liên quan của các biến phân loại đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

3. Kết quả nghiên cứu

Qua khảo sát trên 109 bệnh nhân RLLM có sử dụng statin được điều trị tại Phòng khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm chung của bệnh nhân được trình bày tại bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	n	Tỷ lệ %
Tuổi, TB (SD)	65,12 (10,44)	
Giới tính		
Nữ	62	56,9
Nam	47	43,1
BMI (kg/m²), TB (SD)	21,61 (1,98)	
Hút thuốc lá	10	9,2
Trong gia đình có người mắc RLLM	32	29,4

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $65,12 \pm 10,44$. Tỷ lệ nữ (56,9%) cao hơn nam giới (43,1%). BMI trung bình là $21,61 \pm 1,98$. Tỷ lệ bệnh nhân có người thân mắc RLLM là 29,4%.

3.2. Tình trạng bệnh RLLM

Tình trạng RLLM của bệnh nhân được trình bày tại bảng 2. Phần lớn bệnh nhân đã mắc RLLM 1-5 năm (53,2%). Bệnh nhân thuộc phân tầng nguy cơ tim mạch thấp đến trung bình chiếm tỷ lệ

cao (45,0%). Có 45,0% bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C. Đa số bệnh nhân đang sử dụng nhiều loại thuốc (73,4%).

Bảng 2. Tình trạng bệnh RLLM của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	n	Tỷ lệ %
Thời gian mắc RLLM		
< 1 năm	14	12,8
1-5 năm	58	53,2
>=5 năm	37	34,0
Phân tầng nguy cơ tim mạch		
Thấp đến trung bình	49	45,0
Cao	38	34,9
Rất cao	22	20,1
Đạt mục tiêu LDL-C	49	45,0
Số thuốc đang sử dụng		
>=5 thuốc	80	73,4

Các yếu tố liên quan đến mức độ kiểm soát LDL-C được trình bày tại bảng 3.

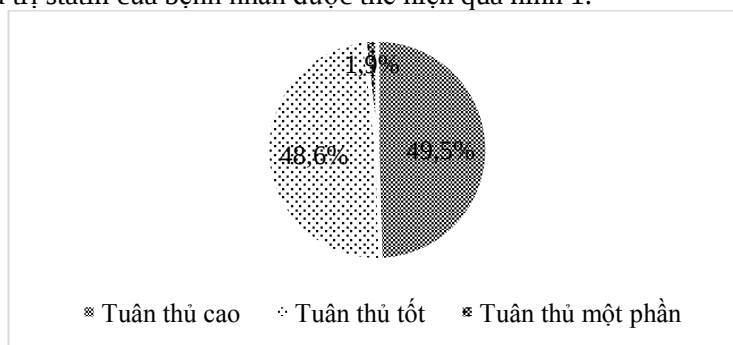
Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến mức độ kiểm soát LDL-C

	Đạt mục tiêu LDL-C n (%)	Không đạt mục tiêu LDL-C n (%)	P
Tuổi (năm)			0,001
<60 tuổi	24 (68,6%)	11 (31,4%)	
≥60 tuổi	26 (35,1%)	48 (64,9%)	
Phân tầng nguy cơ tim mạch			<0,001
Thấp đến trung bình	36 (73,5%)	13 (26,5%)	
Cao	12 (31,6%)	26 (68,4%)	
Rất cao	1 (4,5%)	21 (95,5%)	

Tỷ lệ đạt chỉ số lipid máu đích theo ESC 2021 giảm khi tuổi cao ($p=0,001$). Bệnh nhân đạt được chỉ số lipid máu đích giảm khi nguy cơ tim mạch tăng ($p<0,001$).

3.3. Tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị statin của bệnh nhân được thể hiện qua hình 1.



Hình 1. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Phần lớn bệnh nhân tuân thủ điều trị cao (49,5%) và tuân thủ điều trị tốt (48,6%). Bệnh nhân tuân thủ một phần chiếm tỷ lệ 1,9%.

Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và mức độ kiểm soát LDL-C được trình bày tại bảng 4.

Bảng 4. Tuân thủ điều trị và mức độ kiểm soát LDL-C

Tuân thủ điều trị	Mức độ kiểm soát LDL-C		P
	Đạt	Không đạt	
Tuân thủ cao	29 (53,7%)	25 (46,3%)	0,069
Không tuân thủ cao	20 (36,4%)	35 (63,6%)	

Bệnh nhân tuân thủ điều trị cao đạt được mục tiêu kiểm soát LDL-C tốt hơn ($p=0,069$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là $65,12 \pm 10,44$, chủ yếu là người cao tuổi. Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Trương Văn Lâm (2018) khảo sát hiệu quả của rosuvastatin và atorvastatin ở 89 bệnh nhân RLLM đến khám tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, độ tuổi trung bình là (62 ± 12) tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam (66,3% so với 33,7%) [9]. Điều này cũng phù hợp khi tuổi tác là một yếu tố nguy cơ cao làm gia tăng tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ (56,9%) cao hơn nam giới (43,1%), khác với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Kim Hoa (2023) khi tỷ lệ nam (51,9%) mắc bệnh nhiều hơn bệnh nhân nữ (48,1%). Trong một vài nghiên cứu, sự khác biệt về rối loạn lipid máu ở nam và nữ được xác định là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nồng độ cholesterol toàn phần và triglyceride cao hơn đáng kể ở phụ nữ từ 65 tuổi trở lên và cao hơn đáng kể so với nam giới trong cùng nhóm tuổi ($p < 0,001$), nguyên nhân là do những thay đổi về hormone ở phụ nữ sau thời kỳ mãn kinh [10].

Về yếu tố di truyền RLLM, gần 1/3 số lượng bệnh nhân có người nhà cũng mắc RLLM (32 bệnh nhân – 29,4%). Điều này gợi ý đến bệnh RLLM do nguyên nhân thứ phát có tính chất gia đình khi gia đình, họ hàng có nhiều người mắc RLLM, đặc biệt khi còn trẻ. Đây cũng là yếu tố nguy cơ cao cần chú ý để bệnh nhân khám sức khỏe thường xuyên và phát hiện sớm tình trạng RLLM do RLLM vốn ít có biểu hiện lâm sàng, cũng như bệnh nhân cần biết để tái khám đều đặn, nâng cao tuân thủ điều trị để kiểm soát RLLM.

4.2. Tình trạng bệnh RLLM

Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, có trên 50% bệnh nhân đã mắc RLLM 1-5 năm cho đến thời điểm khảo sát, trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân mắc dưới 1 năm chỉ có 12,8%. Phân tầng nguy cơ tim mạch cho thấy số bệnh nhân có nguy cơ thấp đến trung bình chiếm ưu thế với gần 50%, nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ thấp nhất là 20,2%, khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Giang Phúc Khánh (2023) và nghiên cứu của Barrios (2023) với đa số bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao chiếm lần lượt là 70,7% và 85,8% [3], [11]. Lý giải điều này một phần do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá nguy cơ tim mạch SCORE2 và SCORE2-OP theo ESC 2021, trong đó mức độ nguy cơ được đánh giá dựa trên điểm 2 thang điểm này phân loại theo độ tuổi; với nghiên cứu trên, các mức độ nguy cơ tim mạch rất cao, cao, trung bình, thấp có điểm SCORE lần lượt là <3%, 3-4%, 5-9%, $\geq 10\%$ theo ESC/EAS 2019. Tương tự, nghiên cứu của Trần Thị Kim Hoa có đến 35,1% và 37% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao và rất cao, đánh giá theo phân tầng nguy cơ tim mạch của Hội Tim mạch Việt Nam 2015 khá tương đồng với ESC/EAS 2019 [8].

Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu phần lớn thuộc nhóm nguy cơ tim mạch thấp đến trung bình nên tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị dựa vào LDL-C sau 3 tháng sử dụng statin trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,0%, cao hơn con số 20,7% từ nghiên cứu của Nguyễn Giang Phúc Khánh và 20,5% trong nghiên cứu của Vrablík [3], [12]. Đánh giá nồng độ LDL-C mục tiêu <3,0 mmol/L, < 2,5 mmol/L, < 1,8 mmol/L ứng với nhóm nguy cơ trung bình, cao và rất cao theo Hội Tim mạch Việt Nam 2015, nghiên cứu của Trần Thị Kim Hoa (2023) có 55,2% bệnh nhân đạt đích kiểm soát lipid máu, gần với kết quả chúng tôi ghi nhận được [8]. Nhìn chung, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C trong các nghiên cứu chưa cao, bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân, trong đó có thể kể đến lựa chọn cường độ và liều lượng statin lúc khởi đầu điều trị chưa hợp lý, đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ngoại trú ít được giám sát chặt chẽ việc tuân thủ điều trị, bệnh nhân lo sợ tác dụng phụ của thuốc, hành vi của bệnh nhân như thay đổi lối sống, bỏ thuốc lá, bia rượu, ăn kiêng và giảm cân chưa được chú ý đúng mức.

Có đến 73,4% mẫu nghiên cứu sử dụng từ 5 thuốc trở lên đã bao gồm thuốc điều trị rối loạn lipid máu, phù hợp với mô hình bệnh tật ở bệnh viện tuyến trung ương, nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân mắc đa bệnh lý như bệnh mạch vành, đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh trên cơ – xương – khớp. Thực tế trong 109 bệnh nhân nghiên cứu thì đã có 105 người có bệnh kèm tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường. Đây đều là các đối tượng cần sử dụng liệu pháp phối hợp thuốc hợp lý để dự phòng tiên phát và thứ phát biến cố tim mạch. Nghiên cứu của Giang Thị Thu Hồng (2022) trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 có sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ cũng cho thấy số bệnh nhân được kê đơn gồm 5 thuốc trở lên chiếm ưu thế.

Khảo sát trên 109 bệnh nhân cho kết quả tuổi là yếu tố liên quan đến khả năng đạt được mục tiêu LDL-C. Tỷ lệ đạt chỉ số lipid máu đích theo ESC 2021 giảm khi tuổi cao ($p=0,001$), khá phù hợp với kết quả nghiên cứu từ 7281 bệnh nhân rối loạn lipid máu của 8 nước Châu Á năm 2012 [1]. Tuổi càng cao càng dễ mắc nhiều bệnh lý, người bệnh phải dùng cùng lúc nhiều thuốc, đồng thời trí nhớ giảm sút dễ quên mất hay nhầm lẫn những thông tin về tên thuốc, số lần dùng, thời điểm dùng thuốc trong ngày dẫn đến kém tuân thủ sử dụng thuốc, bên cạnh đó nguy cơ tim mạch cũng tăng theo độ tuổi nên nồng độ LDL-C mục tiêu càng thấp, sẽ khó đạt được. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Giang Phúc Khánh (2023) lại đưa ra kết quả khác biệt, cho rằng cứ tăng 1 tuổi thì khả năng bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị tăng 1,076 lần, tương tự với nghiên cứu của Jonathan và cộng sự [3], [13].

Số bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị LDL-C giảm có ý nghĩa thống kê khi nguy cơ tim mạch tăng là kết luận từ nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể có 73,5% bệnh nhân nguy cơ thấp đến trung bình đạt được chỉ số lipid máu đích, trong khi nhóm có nguy cơ cao và rất cao chỉ có 31,6% và 4,5% bệnh nhân đạt nồng độ LDL-C. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, có cùng mục tiêu LDL-C với chúng tôi, tác giả Nguyễn Giang Phúc Khánh chỉ ra rằng những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp hơn có tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị là 30,6%; cao hơn so với những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao là 16,2% [3]. Nghiên cứu của Barrios trên 1482 bệnh nhân Tây Ban Nha cũng đưa ra kết quả tương đồng, khi có đến 61,2% người thuộc nhóm nguy cơ trung bình đạt nồng độ LDL-C theo ESC 2019, tỷ lệ này giảm còn 28,3% và 21,8% ứng với nhóm nguy cơ cao và rất cao [11]. Vrablík và cộng sự (2023) nhận định nếu cân nhắc tiêu chuẩn của ESC 2016, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C của nhóm nguy cơ cao và rất cao sẽ tăng lên 39% và 72,4% so với tỷ lệ rất thấp 28,1% và 19,4% theo hướng dẫn ESC 2019 [12]. Mặc dù vậy, việc áp dụng mục tiêu điều trị khắt khe hơn được cho là cần thiết và mang lại nhiều lợi ích cho các bệnh nhân có nguy cơ cao gặp biến cố tim mạch, bên cạnh đó cần cá thể hóa lựa chọn thuốc điều trị rối loạn lipid máu và các biện pháp tăng tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân, đặc biệt với các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao. Vì thực tế phân nhóm người bệnh này dễ gặp biến cố tim mạch nghiêm trọng hơn cả nhưng những số liệu nghiên cứu lại cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị khá thấp.

4.3. Tuân thủ sử dụng thuốc

Mặc dù lợi ích của statin đã được công nhận trong 30 năm qua nhưng tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc vẫn không đạt yêu cầu trong thực hành lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân được xem là tuân thủ dao động nhiều từ 17,8% đến 79,2% [14]. Kém tuân thủ giới hạn hiệu quả của statin, làm tăng nguy cơ gặp biến cố tim mạch và tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị [7]. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang đo GMAS gồm 11 câu hỏi (5 câu liên quan đến hành vi bệnh nhân, 4 câu liên quan đến bệnh kèm theo và gánh nặng về thuốc và 2 câu còn lại liên quan đến chi phí điều trị) để đánh giá sự tuân thủ sử dụng statin của bệnh nhân. Nếu phân loại mức độ tuân thủ theo thang điểm GMAS thành 3 nhóm bao gồm tuân thủ cao ($\text{GMAS} \geq 30$), tuân thủ tốt ($27 \leq \text{GMAS} < 30$), tuân thủ một phần ($\text{GMAS} < 27$), kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân của 3 nhóm này lần lượt là 49,5%, 48,6% và 1,9%. Số bệnh nhân tuân thủ sử dụng statin ($\text{GMAS} \geq 27$) chiếm >90%, cao hơn nhiều so với 27,9% bệnh nhân có tuân thủ trong nghiên cứu của Trần Thị Kim Hoa mặc dù trung bình tuổi mẫu nghiên cứu khá tương đồng [8]. Tác giả giải thích rằng một số người tham

gia cảm thấy mức cholesterol của họ đã đủ gần mục tiêu ngưỡng mà statin có thể không có nhiều lợi ích cho họ, một số bệnh nhân mong muốn kiểm soát cholesterol bằng cách thay đổi lối sống như tập thể dục và chế độ ăn uống hoặc phương pháp điều trị thay thế, bao gồm các liệu pháp thảo dược. Riêng với nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được khảo sát sống ở vùng nông thôn hoặc ngoại tỉnh, thời gian phòng vấn theo bộ câu hỏi có phần hạn chế nên có lẽ người bệnh không đủ thời gian nhớ lại hoạt động sử dụng statin của mình, do đó ít khi lựa chọn các mức độ không tuân thủ “Luôn luôn” và “Thường xuyên”. Đây cũng là nhược điểm của các phương pháp đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc gián tiếp.

Phân tích mối liên quan giữa sự tuân thủ sử dụng statin và mức độ kiểm soát LDL-C trên 109 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận được tuân thủ cao sẽ đạt được nồng độ LDL-C mục tiêu ($p=0,069$), với “tuân thủ cao” được định nghĩa là khi điểm GMAS ≥ 30 , tương tự kết quả từ nghiên cứu của Trần Thị Kim Hoa (2023) cho rằng tuân thủ tốt tăng khả năng kiểm soát chỉ số lipid máu lên 2,35 lần [8]. Điều này cũng đã được công nhận qua thử nghiệm lớn ISCHEMIA [13]. Một nghiên cứu khác hồi cứu trên 21239 người sử dụng statin trong 90 ngày kết luận các bệnh nhân tuân thủ tốt trong khoảng thời gian này sẽ dễ đạt được LDL-C mục tiêu gấp 5 lần [15]. Do đó, tuân thủ điều trị statin được xem là yếu tố quan trọng nhằm ngăn ngừa tiên phát các biến cố tim mạch [16].

5. Kết luận

Qua khảo sát trên 109 bệnh nhân RLLM có sử dụng statin được điều trị tại Phòng khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2024 - 07/2024 chúng tôi ghi nhận được: Bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát lipid máu giảm khi tuổi càng cao ($p<0,01$) và nguy cơ tim mạch của bệnh nhân càng tăng ($p<0,01$). Bệnh nhân tuân thủ cao sẽ đạt được nồng độ LDL-C mục tiêu tốt hơn ($p=0,069$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] J. E. Park, C. E. Chiang, M. Munawar *et al.*, "Lipid-lowering treatment in hypercholesterolaemic patients: the CEPHEUS Pan-Asian survey," *Eur J Prev Cardiol*, vol. 19, no. 4, pp. 781-794, 2012.
- [2] M. Aghasizadeh, S. K. Bizhaem, M. Baniyadi *et al.*, "Evaluation of LDL goal achievement in statin consumption, south east of Iran," *Sci Rep*, vol. 11, no. 1, p. 10786, 2021.
- [3] G. P. K. Nguyen and D. K. Dang, "Assessment the results of control ldl-c in the use of drugs in treatment dyslipidemia and some related factors in outcome treatment patients in Can Tho," (in Vietnamese), *Vietnam Medical Journal*, vol. 525, pp. 371-375, 2023.
- [4] A. K. Gitt, D. Lautsch, J. Ferrieres *et al.*, "Low-density lipoprotein cholesterol in a global cohort of 57,885 statin-treated patients," *Atherosclerosis*, vol. 255, pp. 200-209, 2016.
- [5] F. L. J. Visseren, F. Mach, Y. M. Smulders *et al.*, "2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice," *Eur Heart J*, vol. 42, no. 34, pp. 3227-3337, 2021.
- [6] J. A. Cramer, A. Benedict, N. Muszbek *et al.*, "The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: A review," *Int J Clin Pract*, vol. 62, no. 1, pp. 76-87, 2008.
- [7] H. Li, X. Jia, H. Min *et al.*, "Relationships between beliefs about statins and non-adherence in inpatients from Northwestern China: A cross-sectional survey," *Front Pharmacol*, vol. 14, 2023, Art. no. 1078215.
- [8] K. H. Tran, T. Nguyen, S. N. Nguyen *et al.*, "Research on adherence to statin therapy and ldl-c control in outpatient patients treated at An Giang Central General hospital in 2022-2023," (in Vietnamese), *Vietnam Medical Journal*, vol. 2, pp. 348-352, 2023.
- [9] V. L. Truong, "Comparison the effect of rosuvastatin and atorvastatin in patients with dyslipidemia at An Giang central general hospital," (in Vietnamese), *Cantho Journal of Medicine and Pharmacy*, vol. 11-12, pp. 1-7, 2018.
- [10] Z. Li, G. Zhu, G. Chen *et al.*, "Distribution of lipid levels and prevalence of hyperlipidemia: Data from the NHANES 2007-2018," *Lipids Health Dis*, vol. 21, no. 1, p. 111, 2022.
- [11] V. Barrios, X. Pintó, C. Escobar *et al.*, "Real-world attainment of low-density lipoprotein cholesterol goals in patients at high risk of cardiovascular disease treated with high-intensity statins: The TERESA Study," *J Clin Med*, vol. 12, no. 9, 2023, Art.no. 103390.

-
- [12] M. Vrablík, I. Šarkanová, K. Breciková *et al.*, "Low LDL-C goal attainment in patients at very high cardiovascular risk due to lacking observance of the guidelines on dyslipidaemias," *PLoS One*, vol. 18, no. 5, 2023, Art. no. e0272883.
- [13] J. D. Newman, K. P. Alexander, X. Gu *et al.*, "Baseline predictors of low-density lipoprotein cholesterol and systolic blood pressure goal attainment after 1 year in the ischemia trial," *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, vol. 12, no. 11, 2019, Art. no. e006002.
- [14] H. F. Hope, G. M. Binkley, S. Fenton *et al.*, "Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease," *PLoS One*, vol. 14, no. 1, 2019, Art. no. e0201196.
- [15] J. S. Schultz, J. C. O'Donnell, K. L. McDonough *et al.*, "Determinants of compliance with statin therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment in a managed care population," *Am J Manag Care*, vol. 11, no. 5, pp. 306-312, 2005.
- [16] M. Alwhaibi, M. Altoaimi, Y. AlRuthia *et al.*, "Adherence to statin therapy and attainment of LDL cholesterol goal among patients with type 2 diabetes and dyslipidemia," *Patient Prefer Adherence*, vol. 13, pp. 2111-2118, 2019.