

Thực trạng sử dụng thuốc kháng đông và các biến cố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi mắc rung nhĩ không do bệnh van tim

Trần Ngọc Mạnh^{1,*}, Phan Quang Nghĩa¹, Nguyễn Hồng Quốc¹, Bùi Minh Trang¹

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Rung nhĩ không do bệnh van tim là một tình trạng thường gặp ở người cao tuổi, với tỷ lệ mắc gia tăng theo độ tuổi. Người từ 75 tuổi trở lên có nhiều vấn đề về sức khỏe hơn, việc sử dụng thuốc kháng đông cần thận trọng hơn. Do vậy, việc tìm hiểu thực trạng và các biến cố liên quan sử dụng thuốc kháng đông ở nhóm tuổi này giúp có thêm cơ sở cho việc chỉ định thuốc kháng đông an toàn và hiệu quả.

Mục tiêu: Khảo sát biến cố và các yếu tố liên quan sử dụng thuốc kháng đông.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ. Thông tin được thu thập từ hồ sơ điện tử và gọi điện thoại phỏng vấn tất cả bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên đang khám tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) từ 01/01/2022 đến 31/7/2023 được chẩn đoán rung nhĩ không do bệnh van tim, thời điểm kết thúc nghiên cứu 31/7/2024.

Kết quả: Trong 98 bệnh nhân được chọn, tỷ lệ bỏ khám chiếm 30%. Nam bỏ khám nhiều hơn nữ có ý nghĩa ($p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân sử dụng NOAC có tỷ lệ dùng liều thuốc thấp hơn liều khuyến cáo chiếm 45%. Nhóm dùng thuốc kháng vitamin K có tỷ lệ INR trong khoảng điều trị chỉ đạt 22%. Biến cố nặng giữa nhóm dùng NOAC so với nhóm dùng thuốc kháng vitamin K không có sự khác biệt (4,8% so với 4,2%. $p = 0,83$).

Kết luận: Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định dùng thuốc kháng đông đúng theo khuyến cáo. Tuy nhiên, INR trong khoảng điều trị thấp, liều NOAC thấp hơn liều khuyến cáo chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ bỏ khám cao, đặc biệt là nam giới.

Từ khóa: kháng đông, NOAC, thuốc kháng vitamin K, rung nhĩ, người cao tuổi

Abstract

THE CURRENT STATE OF ANTICOAGULANT USAGE AND ASSOCIATED COMPLICATIONS IN ELDERLY PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION

Tran Ngoc Manh, Phan Quang Nghia, Nguyen Hong Quoc, Bui Minh Trang

Ngày nhận bài: 27-11-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 03-02-2025 / Ngày đăng bài: 06-02-2025

*Tác giả liên hệ: Trần Ngọc Mạnh. Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: manh12121982@gmail.com

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Non-valvular atrial fibrillation (NVAf) is a common condition in the elderly, with incidence increasing with age. Anticoagulation therapy plays a key role in significantly reducing the risk of thromboembolic events in these patients. However, individuals aged 75 years and older often present with multiple comorbidities, requiring a more cautious approach in the management of anticoagulant uses. Therefore, investigating the current status and complications associated with anticoagulant use in this age group can provide a foundation for more effective anticoagulant prescription.

Objective: To investigate the complications and contributing factors related to anticoagulant management.

Methods: This cohort study was conducted by reviewing electronic health records and conducting telephone interviews with patients aged 75 years or older who were diagnosed with non-valvular atrial fibrillation and attended the Heart Institute between January 1, 2022, and July 31, 2023. The study concluded on July 31, 2024. Patients on concomitant antiplatelet therapy or with stage 4 or 5 chronic kidney disease were excluded.

Results: A total of 98 patients were included in the analysis. The dropout rate for follow-up visits was higher in male patients compared to female patients with statistical significance ($p < 0.001$). In the group using NOACs, 45% were on suboptimal doses, lower than the recommended doses. In the group using vitamin K antagonists, only 22% maintained an INR within the therapeutic range. There was no significant difference in the incidence of severe complications between the NOAC group and the VKA group (4.8% vs. 4.2%, $p = 0.83$).

Conclusion: Most patients in the study were prescribed anticoagulants. However, the INR was often below the therapeutic range, and a high proportion of NOAC doses were lower than the recommended doses. The dropout rate was high, especially among men.

Keywords: anticoagulants; NOAC; antivitamin K; atrial fibrillation; elderly

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các nghiên cứu, tỷ lệ mắc rung nhĩ ở người trên 75 tuổi lên tới 6-8% [1,2]. Tỷ lệ đột quỵ hàng năm ở người cao tuổi tăng theo điểm số: 0,5% mỗi năm (0 điểm), 1,5% mỗi năm (1 điểm), 2,5% mỗi năm (2 điểm), 5% mỗi năm (3 điểm), 6% mỗi năm (4 điểm), và 7% mỗi năm (5-6 điểm) [3,4]. Những bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên là một trong những yếu tố nguy cơ chảy máu cao [5]. Tỷ lệ chảy máu hàng năm khi sử dụng thuốc chống đông đường uống (OAC) là 2%-5% đối với chảy máu nghiêm trọng, 0,5%-1% đối với chảy máu gây tử vong, và 0,2%-0,4% đối với chảy máu nội sọ [6]. Đối với bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, NOACs cho thấy hiệu quả tốt hơn và an toàn tương đương hoặc hơn so với warfarin, ngay cả ở những người có chức năng thận suy giảm mức độ trung bình và tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân cũng thấp hơn khi sử dụng NOACs liều chuẩn so với warfarin [7]. Ở bệnh nhân rung nhĩ, theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu không nên trì hoãn sử dụng thuốc kháng đông cho dù tuổi cao hay vì lý do nguy cơ chảy máu cao và NOAC được ưu tiên hơn thuốc kháng vitamin K [8]. Do các vấn đề về khả năng chi trả của NOAC đối với một số bệnh nhân bị rung

nhĩ, thuốc kháng vitamin K vẫn phù hợp do chi phí thấp hơn đối với những bệnh nhân không đủ khả năng chi trả cho NOAC. Khoảng 21% bệnh nhân bị rung nhĩ không do bệnh van tim vẫn đang được dùng warfarin. NOAC được phát triển để giải quyết những nhược điểm của thuốc kháng vitamin K. Cả 4 thử nghiệm lâm sàng quan trọng so sánh từng NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban và rivaroxaban) với warfarin đều cho thấy tính vượt trội hoặc không kém hơn warfarin trong việc phòng ngừa đột quỵ hoặc thuyên tắc hệ thống ở những bệnh nhân bị rung nhĩ không do bệnh van tim. Liều các loại NOAC được khuyến cáo: Rivaroxaban 20mg/ngày (giảm liều còn 15mg/ngày khi $30 \leq CrCl < 50$ ml/p), Dabigatran 150mg/110mg x 2 lần/ngày khi $CrCl \geq 30$ ml/p, Apixaban 5mg x 2 lần/ngày (giảm liều còn 2,5mg x 2 lần/ngày khi có 2 trong 3 đặc điểm: tuổi ≥ 80 , cân nặng < 60 kg, Creatinine huyết thanh $\geq 1,5$ mg/dL (133 μ mol/L)) [9]. Tỷ lệ tuân trị NOAC trên thế giới cao $> 80\%$, của tác giả Mai Thị Xuân Mỹ là 73% [10,11].

Rung nhĩ không do bệnh van tim là một vấn đề sức khỏe quan trọng và thường gặp ở người cao tuổi đặc biệt là những người từ 75 tuổi trở lên, tỷ lệ mắc rung nhĩ gia tăng theo độ tuổi. Tình trạng này làm gia tăng nguy cơ đột quỵ và tử vong.

Người từ 75 tuổi trở lên có nhiều vấn đề về sức khỏe như tình trạng suy yếu, suy giảm trí nhớ, nhiều bệnh lý đi kèm như suy thận, bệnh xương khớp phải dùng thuốc giảm đau, bệnh tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường... Một thách thức lớn trong điều trị rung nhĩ ở nhóm bệnh nhân này là việc đảm bảo hiệu quả của biện pháp phòng ngừa thuyên tắc trong khi vẫn kiểm soát được nguy cơ xuất huyết. Trên thế giới và ở Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào về thực trạng sử dụng thuốc kháng đông ở nhóm đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để khảo sát thực trạng sử dụng thuốc kháng đông và các biến cố liên quan ở bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên bị rung nhĩ không do bệnh van tim với các mục tiêu như sau:

Xác định tỷ lệ loại thuốc kháng đông được sử dụng, tỷ lệ bỏ khám, tỷ lệ chuyển đổi nhóm thuốc, tỷ lệ các biến cố gồm tử vong, xuất huyết não và nhồi máu não.

Mô tả các đặc điểm có liên quan đến các biến cố nhồi máu não, xuất huyết nặng gồm tuổi, điểm nguy cơ thuyên tắc huyết khối, nguy cơ chảy máu, bệnh đi kèm, thuốc có liên quan, kết quả INR.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân (BN) đang khám tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) từ 01/01/2022 đến 31/7/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân ≥ 75 tuổi được chẩn đoán rung nhĩ không do bệnh van tim.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

BN có dùng kèm thuốc kháng kết tập tiểu cầu, bệnh nhân bị suy thận nặng giai đoạn 4, 5 (eGFR $< 30 \text{ mL/ph/1,73m}^2$).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ

tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu lấy từ hồ sơ bệnh án và điện tử, phỏng vấn bệnh nhân qua điện thoại ghi nhận biến cố trong suốt thời gian dùng thuốc kháng đông cho đến ngày kết thúc nghiên cứu 31/7/2024.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Chảy máu: theo định nghĩa BARC [5]. Chúng tôi chia nhóm như sau: chảy máu mức độ nhẹ = BARC loại 1, chảy máu mức độ trung bình = BARC loại 2 và chảy máu mức độ nặng = BARC loại 3, loại 5.

Tử vong chung: tất cả những trường hợp tử vong trong bệnh viện hoặc ngoài bệnh viện mà có liên quan đến bệnh (bao gồm trường hợp đột tử tại nhà, không tính các nguyên nhân do tai nạn).

Tử vong có liên quan biến cố chảy máu hoặc nhồi máu não: tất cả các trường hợp được chẩn đoán tử vong mà có liên quan chảy máu nặng hoặc nhồi máu não.

Đột quy: tất cả những trường hợp được chẩn đoán tại cơ sở y tế là đột quy nhồi máu não.

Biến cố nặng: gồm nhồi máu não, chảy máu nặng.

Nguy cơ chảy máu: dựa theo thang điểm HASBLED, phân nhóm bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao (HASBLED > 2 điểm) và nhóm không có nguy cơ chảy máu cao.

Chức năng thận: dựa vào độ thanh thải creatine để chia nhóm chức năng thận bình thường, chức năng thận giảm nặng ($30 \text{ mL/p} \leq \text{eGFR} < 60 \text{ mL/p}$).

Chuyển đổi kháng đông: đang dùng NOAC chuyển sang thuốc kháng vitamin K và ngược lại (không tính chuyển đổi thuốc trong cùng nhóm NOAC hoặc kháng vitamin K).

TTR-INR: tỷ lệ giá trị INR trong khoảng 2-3, gọi là đạt khi TTR $> 65\%$.

Thời gian dùng thuốc kháng đông (năm): tính từ thời điểm dùng thuốc và ≥ 75 tuổi đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Cách tính: lấy tổng số tháng sử dụng thuốc kháng đông/12.

Rung nhĩ không do bệnh van tim: là rung nhĩ ở người bệnh không có hẹp van 2 lá từ mức độ trung bình trở lên hoặc van nhân tạo cơ học.

Bỏ khám: tất cả những trường hợp không tái khám tại Viện

Tim TPHCM > 6 tháng tính từ lần khám cuối đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2.2.4. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 20. Tính tần suất và tỷ lệ % cho các biến số định tính.

Tính giá trị trung bình (hoặc trung vị) và độ lệch chuẩn (hoặc khoảng tứ vị) cho các biến số định lượng.

So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ dựa vào χ^2 test. So sánh sự khác biệt giữa các giá trị trung bình hoặc trung vị dựa vào T test, ANOVA test hoặc U Mann-Whitney test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Từ 1/1/2022 đến 31/7/2023 chúng tôi thu thập được 98 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn. Có 29 bệnh nhân bỏ khám, chiếm tỷ lệ 30%. Trong nhóm này tỷ lệ dùng thuốc kháng vitamin K là 38% (n= 11), tỷ lệ dùng NOAC là 62% (n= 18) không có sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm tái khám ($p = 0,91$). Tỷ lệ chỉ khám 1 lần chiếm 51,7% (n= 15). Có 2 trường hợp chuyển đổi kháng đông chiếm 6,8% không khác biệt với nhóm tái khám $p = 0,6$. Có 1 trường hợp không được chỉ định dùng kháng đông chiếm 3,4% có đặc điểm là nam giới, 91 tuổi, có bệnh thận mạn giai đoạn 3, không có bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, có tiền căn tiểu máu khi dùng NOAC ở tuyến trước.

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân tái khám

Bệnh nhân có địa chỉ ở tỉnh chiếm 2/3 dân số, nữ nhiều hơn nam, điểm CHA2DS2-VASc=3 chiếm nhiều nhất. Nhóm sử dụng thuốc kháng vitamin K có tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ chảy máu cao chiếm 33% so với 17% nhóm sử dụng NOAC sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,1$) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số chung và các yếu tố nguy cơ

		NOAC n= 42	Thuốc kháng vitamin K n= 27
Tuổi		81 (75-96)	81 (75-92)
Giới	Nam	14 (33,3%)	10 (37%)
	Nữ	28 (66,7%)	17 (63%)

		NOAC n= 42	Thuốc kháng vitamin K n= 27
BMI	Cân nặng trung bình	39 (93%)	24 (89%)
	Nhẹ cân	3 (7%)	3 (11%)
Địa chỉ	TPHCM	13 (31%)	8 (30%)
	Tỉnh	29 (69%)	19 (70%)
	2	11 (26%)	9 (33%)
CHA2DS2-VASc (không tính giới)	3	18 (43%)	13 (48%)
	4	11 (26%)	2 (7,6%)
	5	2 (5%)	2 (7,6%)
	6	0	1 (3,8%)
HASBLED	1-2	35 (83%)	18 (67%)
	>2	7 (17%)	9 (33%)

Bảng 2. Bệnh đi kèm và chức năng thận

		NOAC n= 42	Thuốc kháng vitamin K n= 27
Bệnh đi kèm		42 (100%)	27 (100%)
Tăng huyết áp		23 (55%)	13 (48%)
Đái tháo đường		6 (14%)	4 (15%)
Nhồi máu não		0	0
Chức năng thận (eGFR)	$\geq 60 \text{ ml/p/1,73m}^2$	28 (67%)	15 (56%)
	30-59 ml/p/1,73m ²	14 (33%)	12 (44%)
	<30 ml/p/1,73m ²	0	0

Có sự tương đồng về tỷ lệ các bệnh đi kèm, tỷ lệ bệnh suy thận (Bảng 2).

Bảng 3. Thời gian dùng và loại thuốc kháng đông

	NOAC n=42	Thuốc kháng vitamin K, n=27
Thời gian dùng kháng đông (năm)	2,8 (0,25-8)	4,75 (0,42-14)
Rivaroxaban 15	19 (45,3%)	
Rivaroxaban 20	7 (16,7%)	
Rivaroxaban 10	1 (2,4%)	
Dabigatran 110	8 (19,0%)	
Dabigatran 150	0 (0%)	
Apixaban 2,5	3 (7,1%)	
Apixaban 5	4 (9,5%)	
INR-TTR >65%		6 (22%)
Đúng liều NOAC	23 (55%)	

Ở nhóm sử dụng NOAC tỷ lệ dùng liều thuốc thấp hơn liều khuyến cáo chiếm đến 45%. Trong khi nhóm dùng thuốc kháng vitamin K tỷ lệ INR trong khoảng điều trị chỉ đạt 22%. Rivaroxaban là thuốc được sử dụng nhiều nhất trong các NOAC chiếm 65% (Bảng 3).

Bảng 4. Tỷ lệ biến cố giữa hai nhóm kháng đông

	NOAC n= 42 (61%)	Thuốc kháng vitamin K n= 27 (39%)	p
Biến cố nặng	2 (4,8%)	1 (3,7%)	0,83
Chảy máu nhẹ	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,75
Chảy máu trung bình	0	1 (3,7%)	0,21
Chảy máu não	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,75
Nhồi máu não	1 (2,4%)	0	0,42
Tử vong do biến cố chảy máu hoặc nhồi máu não	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,75
Tử vong chung	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,75

Bảng 5. Đặc điểm các trường hợp biến cố nặng

	NOAC		Thuốc kháng vitamin K	
	Chảy máu não	Nhồi máu não	Chảy máu não	Nhồi máu não
Số trường hợp	1	1	1	0
Tuổi	88	80	75	
Giới	Nam	Nữ	Nam	
Địa chỉ	TPHCM	TPHCM	Tỉnh	
BMI	Bình thường	Nhẹ cân	Bình thường	
Điểm CHA2DS2 - VASc	2	3	3	
Nguy cơ chảy máu cao	Không	Có	Có	
CrCl (mL/p)	61	37	55	
Thời gian dùng kháng đông (năm)	0,33	2	0,6	
Loại kháng đông	Dabigatran 110mg x 2	Apixaban 2,5mg x 2	Acenocoumarol	
Ung thư	Có	Không	Không	
TTR-INR			Không đạt	

Nhóm NOAC có 1 biến cố chảy máu não gây tử vong, 1

biến cố nhồi máu não không gây tử vong. Nhóm sử dụng thuốc kháng vitamin K có 3 biến cố, 1 biến cố chảy máu nhẹ, 1 biến cố chảy máu trung bình và 1 biến cố chảy máu não gây tử vong. Không có sự khác biệt về tỷ lệ biến cố cũng như tử vong giữa 2 nhóm (Bảng 4).

Đặc điểm BN chảy máu não ở nhóm dùng thuốc kháng vitamin K là nam, 75 tuổi, thời gian dùng kháng đông 7 tháng, thuộc nhóm nguy cơ chảy máu cao, TTR không đạt, đợt khám liền trước có INR >5 không rõ nguyên nhân (Bảng 5).

Đặc điểm bệnh nhân có biến cố nặng ở nhóm dùng NOAC: có 1 trường hợp tử vong do chảy máu não khi đang dùng Dabigatran 220mg/ngày, thời gian dùng thuốc 4 tháng, 88 tuổi, bệnh đi kèm là ung thư bàng quang đã điều trị. Một trường hợp nhồi máu não khi đang dùng Apixaban liều 5mg/ngày có đặc điểm 80 tuổi, có nhiều bệnh đi kèm, CHA2DS2-VASc 4 điểm, thuộc nhóm nguy cơ chảy máu cao, nhẹ cân, thời gian dùng kháng đông là 2 năm (Bảng 5).

3.2. Đặc điểm nhóm bệnh nhân bỏ khám

Bảng 6. Đặc điểm dân số chung

	Nhóm NOAC n= 18	Nhóm kháng vitamin K n= 11	Chung	p
Tuổi	81 (75-96)	81 (75-96)	81 (75-96)	0,62
Giới	Nam	14	7	21 (72%)
	Nữ	4	4	8 (28%)
Địa chỉ	TPHCM	7	5	12 (41,4%)
	Tỉnh	11	6	17 (58,6%)

Tương đương độ tuổi, giới và địa lý giữa 2 nhóm, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ ở cả 2 nhóm (Bảng 6).

Bảng 7. Yếu tố liên quan tỷ lệ bỏ khám

	Tái khám	Bỏ khám	Tổng cộng	p
Nữ	45	8	53	0,001
Nam	24	21	44	
Thuốc kháng vitamin K	27	11	38	0,91
NOAC	42	18	60	
Có chuyển đổi kháng đông	3	2	5	0,6

Tỷ lệ nam bỏ khám nhiều hơn nữ có ý nghĩa $p=0,01$. Tỷ lệ dùng loại thuốc kháng đông và có chuyển đổi thuốc kháng đông không có sự khác biệt (Bảng 7).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cung cấp cái nhìn rõ ràng về đặc điểm và kết quả lâm sàng giữa các nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông. Với tỷ lệ bỏ khám chiếm 30%. Trong khi tỷ lệ không tuân thủ thuốc NOAC trong nghiên cứu của tác giả Mai Thị Xuân Mỹ là 27% [10]. Điều này phản ánh một thách thức lớn trong việc giáo dục sự tuân thủ điều trị cho nhóm bệnh nhân này, đặc biệt ở nam giới. Cần tập trung giáo dục nhiều hơn với nam giới và tìm hiểu các yếu tố có liên quan như sự quan tâm hiểu biết về sức khỏe của người bệnh hay mức độ suy yếu từ đó đưa ra giải pháp. Tỷ lệ bỏ khám cao hơn ở nhóm bệnh nhân từ các tỉnh (58,6%) cũng nhấn mạnh những hạn chế về đường xa, sức khỏe không tốt để có thể đi xa nhiều lần, điều này gợi mở nhu cầu phát triển các biện pháp hỗ trợ tiếp cận y tế như hệ thống khám chữa bệnh từ xa.

Về tỷ lệ biến cố, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sử dụng NOAC và nhóm sử dụng thuốc kháng vitamin K ($p=0,32$). Trong cả hai nhóm, các biến cố nặng (tử vong, nhồi máu não và xuất huyết não) đều được ghi nhận với tỷ lệ tương tự. Cụ thể, nhóm NOAC có 2 trường hợp biến cố nặng, trong khi nhóm kháng vitamin K ghi nhận 1 trường hợp. Điều này cho thấy rằng cả hai loại thuốc đều có nguy cơ xảy ra biến cố nặng, dù tỷ lệ này thấp và không có sự khác biệt thống kê rõ rệt.

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là tỷ lệ sử dụng liều NOAC thấp hơn khuyến cáo cao (45%), điều này có thể làm giảm hiệu quả điều trị, có thể do bác sĩ quá thận trọng về nguy cơ chảy máu trên dân số bệnh nhân này, khuyến cáo bác sĩ mạnh dạn kê đúng liều theo khuyến cáo mới mang lại hiệu quả cao nhất. Ngược lại, trong nhóm sử dụng thuốc kháng vitamin K, chỉ 22% bệnh nhân đạt mức INR-TTR $>65\%$, cho thấy cần có các biện pháp quản lý tốt hơn như giáo dục thường xuyên bệnh nhân và thân nhân về cách dùng thuốc, các yếu tố ảnh hưởng lên thuốc để đảm bảo hiệu quả điều trị. Việc kiểm soát không tối ưu INR có liên quan đến tăng nguy cơ biến cố. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc kháng vitamin K chiếm 39%, điều này có thể giải thích do điều kiện kinh tế của người bệnh.

Ngoài ra, phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến biến cố nặng cho thấy rằng tuổi cao và bệnh đi kèm, chẳng hạn như ung thư là những yếu tố cần được xem xét kỹ lưỡng trước khi quyết định dùng thuốc kháng đông.

5. KẾT LUẬN

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định dùng thuốc kháng đông. Tuy nhiên INR trong khoảng điều trị thấp, liều NOAC thấp hơn liều khuyến cáo chiếm tỉ lệ cao. Tỷ lệ bỏ khám cao, đặc biệt là nam giới.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Phòng nghiên cứu khoa học, Phòng kế hoạch tổng hợp, Ban lãnh đạo Viện Tim TPHCM đã giúp đỡ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Trần Mạnh Ngọc

<https://orcid.org/0009-0000-4392-2919>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Trần Ngọc Mạnh

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Trần Ngọc Mạnh, Bùi Minh Trang

Giám sát nghiên cứu: Trần Ngọc Mạnh, Bùi Minh Trang

Nhập dữ liệu: Trần Ngọc Mạnh

Quản lý dữ liệu: Phan Quang Nghĩa, Nguyễn Hồng Quốc

Phân tích dữ liệu: Trần Ngọc Mạnh

Viết bản thảo đầu tiên: Trần Ngọc Mạnh

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Bùi Minh Trang

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh, số 1646/VT-HĐĐĐ ngày 27/8/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Emelia JB, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;141(2):e33.
- Engdahl J, Andersson L, Mirskaya M, Rosenqvist M. Stepwise screening of atrial fibrillation in a 75-year-old population: implications for stroke prevention. *Circulation*. 2013;127(8):930-7.
- Alshehri AM, Abdullah M. Stroke in atrial fibrillation: Review of risk stratification and preventive therapy. *Journal of Family Community Medicine*. 2019;26(2):92-97.
- Li YG, Lee SR, Choi EK, Lip GY. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants have better efficacy and equivalent safety compared to warfarin in elderly patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Korean Circulation Journal*. 2018;72(2):105-112.
- Ndrepepa G, Schuster T, Hadamitzky M, Byrne RA, Mehilli J, Neumann F, et al. Validation of the Bleeding Academic Research Consortium definition of bleeding in patients with coronary artery disease undergoing percutaneous coronary intervention. *Circulation*. 2012;125(11):1424-31.
- Rubboli A, Becattini C, Verheugt F. Incidence, clinical impact and risk of bleeding during oral anticoagulation therapy. *World Journal of Cardiology*. 2011;3(11):351-358.
- Kim IS, Kim HJ, Kim TH, Uhm JS, Joung B, Lee MH, et al. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants have better efficacy and equivalent safety compared to warfarin in elderly patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiol*. 2018;72(2):105-112.
- Van G, Rienstra M, Bunting KV, Casado R, Caso V, Crijns HJ, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European Heart Journal*. 2024;45(36):3314-3414.
- Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, Benjamin EJ, Chyou JY, Cronin EM, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2024;149(1):e1-e156.
- Mai Thị Mỹ Xuân, Lê Thị Hồng Diệu, Lương Hải Đăng, Hoàng Tố Nga. Đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc kháng đông đường uống ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại khoa khám bệnh cán bộ cao cấp, bệnh viện Trung Ương Quân đội 108. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(2):249-252.
- Shani M, Comaneshter D, Lustman A. Adherence to Oral Anticoagulant Medications. *The Israel Medical Association Journal*. 2021;23(9):580-583.