

bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn UBND Thành phố đã cấp kinh phí cho đề tài mã số 01C-08/02-2021-3, nghiên cứu thuộc chương trình KH&CN cấp thành phố và Viện Nghiên cứu hệ gen - Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam đã giúp đỡ thực hiện đề tài và cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. (2022). Global tuberculosis report 2022, Geneva: World Health Organization.
2. Pang Y., Lu J., Su B., et al. (2017). Misdiagnosis of tuberculosis associated with some species of nontuberculous mycobacteria by Gene Xpert MTB/RIF assay. *Infection*, 45(5), 677–681.
3. Emerson J. B., Adams R. I., Román C. M. B. et al. (2017). Schrödinger's microbes: Tools for distinguishing the living from the dead in microbial ecosystems. *Microbiome* 5, 86.
4. Bộ y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao.
5. Mandell L. A., Wunderink R. G., Anzueto A., et al. (2007). Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-

acquired pneumonia in adults. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 44 Suppl 2(Suppl 2), S27–S72.

6. Wang Y., Shang X., Wang L., et al. (2021). Clinical characteristics and chest computed tomography findings related to the infectivity of pulmonary tuberculosis, *BMC Infectious Disease*, 21(1):1197.
7. Zhiyi L. (2022). The Value of GeneXpert MTB/RIF for Detection in Tuberculosis: A Bibliometrics-Based Analysis and Review. *J Anal Methods Chem*. 2022 Oct 15:2022:2915018.
8. Choi Y., Hong S.R., Jeon B.Y., et al. (2015). Conventional and real-time PCR targeting 16S ribosomal RNA for the detection of Mycobacterium tuberculosis complex. *Int J Tuberc Lung Dis*, 19, 1102–8.
9. Choi Y., Hong S.R., Jeon B.Y., et al. (2015). Conventional and real-time PCR targeting 16S ribosomal RNA for the detection of Mycobacterium tuberculosis complex. *Int J Tuberc Lung Dis*, 19, 1102–8.
10. Huh H. J., Koh W. J., Song D. J., et al. (2015). Evaluation of the Cobas TaqMan MTB test for the detection of Mycobacterium tuberculosis complex according to acid-fast-bacillus smear grades in respiratory specimens. *Journal of clinical microbiology*, 53(2), 696–698.

## TỶ LỆ CÁC LOẠI THUỐC ĐƯỢC KÊ CHO BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LONG AN NĂM 2023

Bùi Nguyễn Thy Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>2</sup>, Bùi Tùng Hiệp<sup>3</sup>,  
Bùi Đặng Minh Trí<sup>3</sup>, Bùi Đặng Phương Chi<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các loại thuốc được kê đơn cho bệnh nhân suy thận mạn có đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An năm 2023. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thực hiện nghiên cứu trên 360 hồ sơ bệnh án và 250 đơn thuốc của bệnh nhân STM có ĐTĐ điều trị ngoại trú tại Khoa Nội của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả:** nhóm thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất là biguanid (43,3%), insulin (40,8%), sulfonylure (38,8%). Các nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm chẹn kênh calci (41,2%), nhóm

ARB (32,2%), nhóm lợi tiểu (27,5%) và nhóm ACEI (26,4%). Các phối hợp thuốc hạ huyết áp có ACEI/ARB chiếm tỷ lệ cao (56,9%), nhưng tỷ lệ sử dụng có ACEI/ARB lại khác nhau ở các giai đoạn suy thận mạn. Hầu hết bệnh nhân sử dụng nhóm statin (53,6%), trong đó atorvastatin được sử dụng nhiều nhất (52,5%). Tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐTĐ có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu là 31,7% và tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị thiếu máu tăng lên có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn STM: từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 62,5% ở giai đoạn 4. **Kết luận:** Bệnh nhân suy thận mạn có đái tháo đường được điều trị ngoại trú thường dùng kết hợp nhiều loại thuốc như hạ đường huyết, hạ huyết áp, hạ mỡ máu, nhóm thuốc điều trị thiếu máu.

**Từ khóa:** suy thận mạn có đái tháo đường, điều trị ngoại trú, tỉ lệ các loại thuốc được kê đơn

### SUMMARY

**RATE OF MEDICINES PRESCRIBED FOR OUTPATIENT TREATMENT FOR CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS WITH DIABETES AT LONG AN PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2023**

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Long An

<sup>2</sup>Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Nguyễn Thy Dung

Email: buinguyenththydung@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

**Objective:** Determine the rate of drugs prescribed for chronic kidney failure patients with diabetes treated as outpatients at Long An Provincial General Hospital in 2023. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study. Conducted research on 360 medical records and 250 prescriptions of STD patients with diabetes treated as outpatients at the Department of Internal Medicine of Long An Provincial General Hospital from January 1, 2023 to December 31, 2023. **Results:** The most commonly used hypoglycemic drugs are biguanide (43.3%), insulin (40.8%), sulfonylurea (38.8%). The most commonly used drug groups are calcium channel blockers (41.2%), ARBs (32.2%), diuretics (27.5%), and ACEIs (26.4%). Antihypertensive drug combinations with ACEI/ARB account for a high proportion (56.9%), but the rate of use with ACEI/ARB is different in stages of chronic kidney failure. Most patients used statins (53.6%), of which atorvastatin was used the most (52.5%). The proportion of CKD patients with diabetes using drugs to treat anemia was 31.7% and the rate of using drugs to treat anemia increased with statistical significance according to CKD stage, from 0% in stage 1 to 62.5% in stage 4. **Conclusion:** Chronic kidney failure patients with diabetes treated as outpatients often use a combination of drugs such as hypoglycemia, hypotension, lowering blood fat, group of drugs to treat anemia.

**Keywords:** chronic kidney failure with diabetes, outpatient treatment, proportion of prescribed drugs

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những biến chứng mạn tính thường gặp nhất, sự gia tăng số lượng bệnh nhân STM giai đoạn cuối do ĐTĐ là một vấn đề có tính thời sự toàn cầu. Tại Việt Nam, theo thống kê của một số tác giả, tỷ lệ biến chứng thận – tiết niệu nói chung do ĐTĐ là 30%. ĐTĐ là bệnh tăng đường huyết mạn tính do thiếu insulin tương đối hay tuyệt đối. Nếu không kiểm soát tốt, sau một thời gian tiến triển âm thầm, bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm trong đó có biến chứng trên thận [1]. Việc thực hiện quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú vẫn còn nhiều tồn tại: kê đơn theo tên thương mại đối với trường hợp thuốc không có nhiều hoạt chất; nội dung ghi hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh cũng còn sai sót; hay hàm lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng, thông tin người bệnh chưa đầy đủ [2]. Việc kê đơn không đúng dẫn đến việc điều trị không hiệu quả và không an toàn, bệnh không khỏi hoặc kéo dài, làm cho bệnh nhân lo lắng, chưa kể đến chi phí điều trị cao. Vì vậy, nhằm có cái nhìn tổng quát về thực trạng kê đơn thuốc cho bệnh nhân STM có ĐTĐ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ các loại thuốc được kê đơn cho bệnh

nhân suy thận mạn có đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An năm 2023".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả "hồ sơ bệnh án" và "đơn thuốc" của bệnh nhân (BN) STM có ĐTĐ điều trị ngoại trú tại Khoa Nội của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An từ 01/01/2023 đến 31/12/2023.

### \* Tiêu chí chọn mẫu

- Hồ sơ bệnh án: của bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ có STM từ giai đoạn 1 - 4 và có đầy đủ thông tin cần thiết theo "Phiếu thu thập thông tin".

- Đơn thuốc: đơn thuốc kê điều trị cho bệnh nhân STM có ĐTĐ và đơn thuốc phải còn nguyên vẹn, chữ rõ, đọc được.

### \* Tiêu chí loại trừ

- Hồ sơ bệnh án: của bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính như: nhiễm khuẩn nặng, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, ung thư, suy thận cấp hoặc đợt cấp STM, suy gan, xơ gan, viêm phổi cấp, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, bệnh dạ dày – ruột cấp tính.

- Đơn thuốc: đơn thuốc rách nát, mờ chữ, không đọc được...

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* **Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp cắt ngang mô tả. Chỉ thu thập thông tin trên "hồ sơ bệnh án" và "đơn thuốc", nghiên cứu không can thiệp trên bệnh nhân.

### \* Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được.

p là tỷ lệ xuất hiện của các biến cố (tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐTĐ trong quần thể dân số nghiên cứu), lấy p = 0,135 (theo nghiên cứu của Trần Văn Vũ về bệnh STM [3], tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐTĐ tốp 2 là 13,5% nên chọn p = 0,135).

d: sai số của nghiên cứu, d = 0,05.

Chọn  $\alpha = 0,05$  nên  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$  (độ tin cậy 95%). Áp dụng công thức trên, ta có cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là: n = 180 (180 hồ sơ bệnh án và 180 đơn thuốc).

### \* Chỉ số nghiên cứu

- Số lượng và tỉ lệ thuốc trong một đơn thuốc theo giai đoạn STM.

- Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc trên bệnh nhân STM có ĐTĐ.

- Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ đường huyết

- Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ huyết áp

- Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị RLLM thu thập được nhập bằng phần mềm Excel 2016
- Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị thiếu máu và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Số lượng và tỷ lệ thuốc trong một đơn thuốc theo giai đoạn STM**

Số thuốc trong một đơn	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)				
	Tổng (n=360)	GĐ 1 (n=8)	GĐ 2 (n=144)	GĐ 3 (n=176)	GĐ 4 (n=32)
1	2 (0,6%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
2	32 (8,9%)	0 (0,0%)	16 (11,1%)	14 (8,0%)	2 (6,3%)
3	68 (18,9%)	4 (50,0%)	24 (16,7%)	40 (22,7%)	0 (0,0%)
4	78 (21,7%)	2 (25,0%)	32 (22,2%)	34 (19,3%)	10 (31,3%)
5	54 (15,0%)	2 (25,0%)	18 (12,5%)	28 (15,9%)	6 (18,8%)
6	68 (18,9%)	0 (0,0%)	40 (27,8%)	24 (13,6%)	4 (12,5%)
7	30 (8,3%)	0 (0,0%)	10 (6,9%)	16 (9,1%)	4 (12,5%)
8	10 (2,8%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	8 (4,5%)	0 (0,0%)
9	10 (2,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (4,5%)	2 (6,3%)
10	8 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,3%)	4 (12,5%)
<b>Số thuốc trung bình trong đơn</b>					
<b>Số lượng</b>	4,78 ± 1,90	3,75 ± 0,89	4,51 ± 1,60	4,86 ± 2,01	5,75 ± 2,29
<b>p</b>	< 0,05				

Khi mức độ suy thận càng nặng, số thuốc cần sử dụng cho bệnh nhân STM có ĐTD càng tăng (p = 0,003 < 0,05).

**\* Các nhóm dược lý**

**Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc trên bệnh nhân STM có ĐTD**

Nhóm thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thuốc hạ đường huyết	360	100,0
Thuốc hạ huyết áp	299	83,1
Thuốc trị rối loạn lipid máu	228	63,3
Thuốc điều trị thiếu máu	114	31,7
Thuốc cơ xương khớp	100	27,8
Thuốc chống kết tập tiểu cầu	70	19,4
Thuốc tiêu hóa	49	13,6
Kháng sinh	33	9,2
Các nhóm thuốc khác	87	24,2

Bệnh nhân STM có ĐTD phải sử dụng nhiều nhóm thuốc khác nhau, thường gặp nhất là 03 nhóm: thuốc hạ đường huyết (100%), thuốc hạ huyết áp (83,1%), thuốc trị rối loạn lipid máu (63,3%).

**\* Thuốc hạ đường huyết**

**Bảng 3. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ đường huyết**

Nhóm thuốc	Tổng (n=360)	Giai đoạn STM				p
		GĐ 1 (n=8)	GĐ 2 (n=144)	GĐ 3 (n=176)	GĐ 4 (n=32)	
Insulin và các dẫn xuất (insulin 70/30)	147(40,8%)	1(12,5%)	36(25,0%)	86(48,9%)	24(75,0%)	<0,01
Nhóm biguanid (metformin)	163(45,3%)	7(87,5%)	100(69,4%)	52(29,5%)	4(12,5%)	<0,01
Nhóm sulfonylure	129(35,8%)	5(62,5%)	62(43,1%)	60(34,1%)	2(6,3%)	<0,01
Gliclazid	125(34,7%)	5(62,5%)	58(40,3%)	60(34,1%)	2(6,3%)	
Glimepirid	4(1,1%)	0(0,0%)	4(2,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Nhóm ức chế enzym DPP-4 (vildagliptin)	14(3,9%)	0(0%)	2(1,4%)	10(5,7%)	2(6,3%)	
Nhóm ức chế enzym alpha – glucosidase (acarbose)	16(4,4%)	0 (0,0%)	6(4,2%)	10(5,7%)	0 (0,0%)	

Các nhóm thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất ở bệnh nhân STM có ĐTD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An là biguanid (43,3%), insulin (40,8%), sulfonylure (38,8%). Tỷ lệ sử dụng nhóm sulfonylure ở bệnh nhân STM có ĐTD trong đề tài giảm từ 62,5% ở

giai đoạn 1 xuống 34,1% ở giai đoạn 3 và 6,3% ở giai đoạn 4. Điều này có thể giải thích do sulfonylure và các chất chuyển hóa có hoạt tính giảm thanh thải khi chức năng thận suy giảm, đặc biệt là các sulfonylure thế hệ 1 như

clorpropamid, tolazamid và tolbutamid. Thuốc thuộc nhóm sulfonylure được sử dụng là gliclazid (glipizid) và glimepirid với tỷ lệ lần lượt là 34,7% và 1,1.

**\* Thuốc hạ huyết áp**

**Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ huyết áp**

Nhóm thuốc hạ huyết áp	Tổng (n=360)	Giai đoạn STM				p
		GĐ 1 (n=8)	GĐ 2 (n=144)	GĐ 3 (n=176)	GĐ 4 (n=32)	
<b>Chẹn kênh calci</b>	148 (41,2%)	4 (50,0%)	56 (38,9%)	68 (38,6%)	20 (62,5%)	
Amlodipin	110 (30,6%)	4 (50,0%)	38 (26,4%)	50 (28,4%)	18 (56,3%)	0,190
Nifedipin	12 (3,3%)	0 (0,0%)	6 (4,2%)	6 (3,4%)	0 (0,0%)	
Lacidipin	6 (1,7%)	0 (0,0%)	4 (2,8%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	
Felodipin	20 (5,6%)	0 (0,0%)	8 (5,6%)	10 (5,7%)	2 (6,3%)	
<b>ARB/ACEI</b>	205 (56,9%)	1 (12,5%)	80 (55,6%)	100 (56,8%)	24 (75,0%)	0,013
<b>ARB</b>	116 (32,2%)	0 (0,0%)	44 (30,6%)	56 (31,8%)	16 (50,0%)	0,035
<b>ACEI</b>	95 (26,4%)	1 (12,5%)	36 (25,0%)	50 (28,4%)	8 (25,0%)	0,72
<b>Chẹn beta</b>	66 (18,3%)	0 (0,0%)	10 (6,9%)	44 (25,0%)	12 (37,5%)	0,001
<b>Lợi tiểu</b>	99 (27,5%)	1 (12,5%)	26 (18,0%)	58 (33,0%)	14 (43,8%)	
Thuốc lợi tiểu quai (furosemid)	35 (9,7%)	1 (12,5%)	2 (1,4%)	26 (14,8%)	6 (18,8%)	
Thuốc lợi tiểu thiazid (indapamid)	24 (6,7%)	0 (0,0%)	14 (9,7%)	10 (5,7%)	0 (0,0%)	
Thuốc lợi tiểu thiazid (HCTZ)	34 (9,4%)	0 (0,0%)	10 (6,9%)	18 (10,2%)	6 (18,8%)	
Thuốc lợi tiểu giữ kali (spironolacton)	6 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,3%)	2 (6,2%)	
<b>Chủ vận alpha</b>	6 (1,7%)	0 (0,0%)	6 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Trong đề tài, 100% bệnh nhân ĐTD thuộc tít 2 và nhóm ARB được sử dụng nhiều hơn so với ACEI trong kiểm soát huyết áp, có 56,9% bệnh nhân trong nghiên cứu này được chỉ định sử dụng

nhóm thuốc ACEI/ARB. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định thuốc lợi tiểu quai lại thấp hơn so với lợi tiểu thiazid với tỷ lệ lần lượt là 9,7% và 16,1%.

**\* Thuốc điều trị rối loạn lipid máu**

**Bảng 5. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị RLLM**

Nhóm thuốc điều trị RLLM	Tổng (n=360)	Giai đoạn STM			
		GĐ 1 (n=8)	GĐ 2 (n=144)	GĐ 3 (n=176)	GĐ 4 (n=32)
<b>Nhóm statin</b>	193 (53,6%)	4 (50,0%)	70 (48,6%)	97 (55,1%)	22 (68,8%)
Atorvastatin	189 (52,5%)	4 (50,0%)	68 (47,2%)	95 (54,0%)	22 (68,8%)
Simvastatin	4 (1,1%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)
Atorvastatin + Ezetimibe	15 (4,2%)	0 (0,0%)	5 (3,5%)	7 (4,0%)	3 (9,4%)
Simvastatin + Ezetimibe	5 (1,4%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)
<b>Nhóm fibrat</b>	16 (4,4%)	0 (0,0%)	6 (4,2%)	8 (4,5%)	2 (6,3%)

Trong 360 đơn thuốc của bệnh nhân STM có ĐTD, các nhóm thuốc hạ lipid máu được sử dụng là nhóm statin (53,6%) và nhóm fibrat (fenofibrat) là (4,4%), trong đó đa số bệnh nhân sử dụng nhóm statin, nhóm còn lại ít sử dụng. Trong nhóm statin, có 2 thuốc được sử dụng gồm atorvastatin và simvastatin. Trong đó, atorvastatin được sử dụng nhiều nhất 52,5%, kể đến là simvastatin chỉ có mặt trong một số ít đơn thuốc với tỷ lệ khoảng 1,1%.

**\* Thuốc điều trị thiếu máu**

**Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị thiếu máu**

Thuốc điều trị thiếu máu	Tổng (n=360)	Giai đoạn STM				p
		GĐ 1 (n=8)	GĐ 2 (n=144)	GĐ 3 (n=176)	GĐ 4 (n=32)	
Bệnh nhân có dùng thuốc điều trị thiếu máu	114(31,7%)	0(0,0%)	22(15,3%)	72(40,9%)	20(62,5%)	<0,01
Có sử dụng thuốc bổ sung acid folic/sắt	107(29,7%)	0(0,0%)	22(15,3%)	67(38,1%)	18(56,3%)	
Có sử dụng thuốc ESA	38(10,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	18(10,2%)	20(62,5%)	
Dùng phối hợp sắt và nhóm ESA	31(8,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	13(7,4%)	18(56,3%)	

Tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐTD có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu là 31,7% và tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị thiếu máu tăng lên có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn STM: từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 62,5% ở giai đoạn 4 ( $p < 0,01$ ). Tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐTD có sử dụng nhóm thuốc bổ sung acid folic/sắt tăng lên có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn STM: từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 56,3% ở giai đoạn 4 ( $p < 0,01$ ). Có 10,6% bệnh nhân STM có ĐTD sử dụng thuốc ESA. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng thuốc ESA tăng từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 62,5% ở giai đoạn 4 ( $p < 0,01$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Các nhóm thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất ở bệnh nhân STM có ĐTD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An là biguanid (43,3%), insulin (40,8%), sulfonylure (38,8%). Khi mức độ STM càng nặng, tỷ lệ sử dụng insulin càng tăng ( $p < 0,01$ ), trong khi tỷ lệ sử dụng của biguanid (metformin) và sulfonylure giảm có ý nghĩa thống kê (với cùng kết quả là  $p < 0,01$ ), tương tự kết quả nghiên cứu của Koro [4]. Tỷ lệ sử dụng metformin giảm từ 87,5% ở giai đoạn 1 xuống 29,5% ở giai đoạn 3 và 12,5% ở giai đoạn 4. Điều này có thể giải thích do metformin gây ra tác dụng phụ nhiễm toan acid lactic khi nồng độ trong máu cao, do đó cần thận trọng khi sử dụng metformin cho bệnh nhân STM (metformin được đào thải bởi thận). Vì vậy, theo Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration – FDA) đã khuyến cáo không sử dụng metformin ở nam giới với  $S_{Cr} \geq 1,5$  mg/dL hoặc ở phụ nữ với  $S_{Cr} \geq 1,4$  mg/dL; Dược thư Anh và Hội Thận Nhật Bản cũng đề nghị ngừng sử dụng metformin nếu  $eGFR < 30$  ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> [5].

Thuốc thuộc nhóm sulfonylure được sử dụng là gliclazid (glipizid) và glimepirid với tỷ lệ lần lượt là 34,7% và 1,1%. Glipizid là sulfonylure được sử dụng nhiều nhất do chất chuyển hóa của glipizid không có hoạt tính và không cần điều chỉnh liều trong STM [5], [6]. Glimepirid ít được chỉ định hơn do chất chuyển hóa có hoạt tính của thuốc này có thể tích tụ ở bệnh nhân STM làm tăng nguy cơ hạ đường huyết quá mức [6].

Tăng huyết áp làm đẩy nhanh tiến triển của STM và làm tăng nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch. Các thuốc kiểm soát huyết áp đã được chứng minh làm chậm quá trình tổn thương thận ở bệnh nhân ĐTD [7]. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng các thuốc chẹn kênh calci nondihydropyridin và ACEI/ARB có hiệu quả kháng albumin niệu nhiều hơn so với các thuốc

hạ áp khác, và cả so với thuốc chẹn kênh calci dihydropyridin ở bệnh nhân STM có ĐTD [8]. Tuy vậy, đề tài này và các khảo sát ở Mỹ cho thấy các thuốc chẹn kênh calci dihydropyridin được sử dụng phổ biến, đặc biệt là amlodipin, trong khi nhóm nondihydropyridin ít được sử dụng. Cho đến nay, chưa đủ cơ sở khoa học chứng minh thuốc chẹn beta có lợi ích đặc biệt trong bảo vệ thận [9]. Tuy nhiên, do bệnh nhân STM có ĐTD trong đề tài cần phối hợp nhiều thuốc hạ huyết áp để kiểm soát huyết áp nên các thuốc chẹn beta được sử dụng với tỷ lệ khá cao. Thuốc lợi tiểu có thể làm tăng tác dụng có lợi của thuốc ACEI và ARB trong điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân STM có ĐTD. Nhóm ACEI/ARB ức chế hoạt động của angiotensin II, làm giảm bài tiết albumin trong nước tiểu, và trì hoãn sự tiến triển tử tiểu đạm vi lượng sang tiểu đạm đại lượng do ĐTD [9].

Mặc dù có nhiều thuốc khác nhau làm giảm LDL nhưng chỉ có sử dụng statin (đơn trị hoặc kết hợp với ezetimib) có bằng chứng thuyết phục làm giảm nguy cơ tim mạch trong STM. Kết quả thống kê trên những người mắc ĐTD cũng cho thấy lợi ích tim mạch đáng kể từ việc sử dụng statin. Nghiên cứu CARDS ghi nhận việc sử dụng statin làm giảm đáng kể các trường hợp tử vong do tim mạch ở bệnh nhân ĐTD tốp 2 có chức năng thận chưa giảm rõ rệt. Bên cạnh đó, đã có các nghiên cứu cho thấy pravastatin làm giảm nguy cơ biến cố tim mạch ở bệnh nhân ĐTD có STM giai đoạn 1-3 [4]. Trong đề tài, hầu hết bệnh nhân STM có ĐTD sử dụng nhóm statin trong điều trị (53,6%). Qua đó cho thấy statin là lựa chọn đầu tay của các bác sĩ lâm sàng khi điều trị RLLM ở nhóm bệnh nhân này.

Thiếu máu là một biến chứng thường gặp của bệnh nhân STM có ĐTD, có thể ở giai đoạn suy thận vừa và nặng hoặc trên bệnh nhân mới bắt đầu có tổn thương thận. Trong đề tài, tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐTD có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu là 31,7% và tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị thiếu máu tăng lên có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn STM: từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 62,5% ở giai đoạn 4 ( $p < 0,01$ ). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Maurizio Li Vecchi và cộng sự năm 2007 [10]. Theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận – tiết niệu” của Bộ Y tế năm 2015, bổ sung sắt luôn được nhấn mạnh như là một trong những điểm quan trọng của điều trị thiếu máu ở người bệnh suy thận mạn. Hơn nữa, bổ sung sắt có thể có những lợi ích ngoài khía cạnh huyết học, bao gồm cải thiện các chức năng nhận thức, miễn dịch, điều nhiệt, thích nghi với luyện tập thể lực.

Các vitamin nhóm B [đặc biệt B<sub>6</sub>, B<sub>9</sub> (acid folic), B<sub>12</sub>] là các đồng yếu tố thiết yếu trong sinh sản hồng cầu. Tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐĐT có sử dụng nhóm thuốc bổ sung acid folic/sắt tăng lên có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn STM: từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 56,3% ở giai đoạn 4 (p < 0,01). Bệnh nhân STM thường xuyên bị thiếu máu thứ phát do thận giảm sản xuất erythropoietin. Thiếu máu trong STM có thể gây giảm vận chuyển và sử dụng oxy, phì đại tâm thất, suy tim sung huyết, giảm khả năng nhận thức và thị lực. Kiểm soát tình trạng thiếu máu bằng các thuốc kích thích tạo hồng cầu (ESA) có thể cải thiện khả năng vận động, chất lượng cuộc sống, khả năng nhận thức ở bệnh nhân STM và có thể làm chậm sự tiến triển của bệnh thận [8].

## V. KẾT LUẬN

Dựa trên quá trình khảo sát từ 01/01/2023 đến 31/12/2023 của 360 hồ sơ bệnh án và 250 đơn thuốc của bệnh nhân STM có ĐĐT điều trị ngoại trú tại Khoa Nội của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An chúng tôi nhận thấy: ba nhóm thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất là biguanid (43,3%), insulin (40,8%), sulfonylure (38,8%). Các nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm chẹn kênh calci (41,2%), nhóm ARB (32,2%), nhóm lợi tiểu (27,5%) và nhóm ACEI (26,4%). Các phối hợp thuốc hạ huyết áp có ACEI/ARB chiếm tỷ lệ cao (56,9%), nhưng tỷ lệ sử dụng có ACEI/ARB lại khác nhau ở các giai đoạn suy thận mạn. Hầu hết bệnh nhân sử dụng nhóm statin (53,6%), trong đó atorvastatin được sử dụng nhiều nhất (52,5%). Tỷ lệ bệnh nhân STM có ĐĐT có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu là 31,7% và tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị thiếu máu tăng lên có ý nghĩa thống

kê theo giai đoạn STM: từ 0,0% ở giai đoạn 1 lên 62,5% ở giai đoạn 4.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Quân** (2020), Đái tháo đường và điều trị, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.349 – 368.
2. **Tổ chức Y tế Thế giới** (2005), Hướng dẫn kê đơn tốt, Chương trình hành động về thuốc thiết yếu, tr. 6-52.
3. **Trần Văn Vũ** (2015), “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn”, Luận án tiến sĩ y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 35-38.
4. **Koro C.E., Lee B.H., Bowlin S.J.** (2016), “Antidiabetic medication use and prevalence of chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes mellitus in the United States”, *Clinical therapeutics*, 31(11), pp. 2608-2617.
5. **National Kidney Foundation** (2012), “KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 update”, *American Journal of Kidney Diseases*, 60(5), pp. 850-886.
6. **Ioannidis I.** (2019), “Diabetes treatment in patients with renal disease: Is the landscape clear enough?”, *World journal of diabetes*, 5(5), pp. 651–658
7. **Mogensen C.E.** (2020), “Long-term antihypertensive treatment inhibiting progression of diabetic nephropathy” update 2020, *British Medical Journal*, 285(6343), pp. 685-688.
8. **Parving H.H., Andersen A.R., Smidt U.M.** (1987), “Effect of antihypertensive treatment on kidney function in diabetic nephropathy”, *British Medical Journal*, 294(6585), pp. 1443–1447.
9. **Levin A., Rocco M.** (2007), “KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease”, *American Journal of Kidney Diseases*, 49(2), pp. S10-S179.
10. **Maurizio Li Vecchi, Fuiano, Francesco M., Mancuso D.** (2007), “Prevalence and severity of anaemia in patients with typ 2 diabetic nephropathy and different degrees of chronic renal insufficiency”, *Nephron Clinical Practice*, 105(2), pp. c62–c67.

## NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁT HIỆN POLYP ĐẠI TRÀNG ỨNG DỤNG THUẬT TOÁN TRÍ TUỆ NHÂN TẠO

Vũ Thị Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>2,3</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên mù đơn có đối chứng so sánh tỉ lệ phát hiện, tỉ lệ bỏ sót polyp (PDR,

PMR), adenoma (ADR, AMR), số adenoma trên mỗi cuộc soi (APC) và số adenoma trên mỗi bệnh nhân có adenoma (APP) giữa nội soi đại tràng (NSĐT) truyền thống – nhóm chứng và nội soi đại tràng có hỗ trợ của trí tuệ nhân tạo (AI) – nhóm can thiệp. Bác sĩ nội soi rút dây quan sát đại tràng 02 lần mỗi lần tối thiểu 6 phút (không tính thời gian làm thủ thuật). Lần rút dây 1 có/không có sự hỗ trợ của trí tuệ nhân tạo dựa trên bốc thăm ngẫu nhiên. Lần rút dây 2 không có trí tuệ nhân tạo. Polyp phát hiện trong quá trình soi được ghi nhận về: vị trí phát hiện, hình dạng theo phân loại Paris, kích thước và kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** nghiên cứu thu tuyển được 74 bệnh nhân trong đó

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

<sup>3</sup>Phòng khám Đa khoa Hoàng Long

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024