

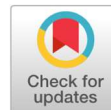


ISSN : 1859-1779

Nghiên cứu Dược học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh - Dược học;29(2):61-67

<https://doi.org/10.32895/hcjm.p.2026.02.07>



Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng đông đường uống trong điều trị rung nhĩ tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh

Lê Thị Thu Sương¹, Nguyễn Quốc Hòa^{2,*}

¹ Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh, Đồng Nai, Việt Nam

² Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Mở đầu: Rung nhĩ (RN) làm gia tăng nguy cơ đột quỵ và thuyên tắc huyết khối. Thuốc kháng đông đường uống đóng vai trò then chốt trong dự phòng biến cố này.

Mục tiêu: Khảo sát việc sử dụng thuốc kháng đông, tính phù hợp, biến cố bất lợi liên quan thuốc và kết cục điều trị sau 3 tháng theo dõi ở bệnh nhân RN.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân RN (01/7/2023-30/6/2024) tại khoa Nội Tim mạch-Lão học, bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh. Nguy cơ huyết khối đánh giá theo thang CHA2DS2-VASc. Tính phù hợp (chỉ định và liều dùng) dựa theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam (2022).

Kết quả: Nghiên cứu gồm 401 bệnh nhân với 58,6% nữ, tuổi trung vị 73 (64 - 84). Theo thang điểm CHA2DS2-VASc, có 90,5% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao thuyên tắc huyết khối. Chỉ định kháng đông chiếm 87,3%, trong đó rivaroxaban và acenocoumarol lần lượt 66,8% và 32,4%. Tỷ lệ phù hợp chung sử dụng kháng đông đạt 47,4%. Xuất huyết tiêu hóa chiếm 12/350 (3,4%) bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông. Sau 3 tháng xuất viện, 289/401 (72,1%) bệnh nhân tái khám ghi nhận 14 trường hợp thuyên tắc mạch.

Kết luận: Cần thực hiện chế độ liều dùng kháng đông phù hợp với phác đồ điều trị, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi và chức năng thận suy giảm.

Từ khóa: rung nhĩ; kháng đông đường uống; CHA2DS2-VASc; HAS-BLED

Abstract

THE USE OF ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION AT LONG KHANH REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Le Thi Thu Suong, Nguyen Quoc Hoa

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is a common cardiac arrhythmia that substantially increases the risk of stroke and thromboembolism, in which oral anticoagulants play a pivotal role in event prevention.

Ngày nhận bài: 17-12-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 11-02-2026 / Ngày đăng bài: 28-02-2026

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Quốc Hòa. Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

E-mail: ngqhoa@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Objective: Assessment of anticoagulant use, treatment appropriateness, anticoagulant-related adverse events, and 3-month clinical outcomes in patients with AF.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in patients with AF between July 1, 2023, and June 30, 2024 at the Cardiology–Geriatrics Department of Long Khanh Regional General Hospital. Thromboembolic risk was assessed using the CHA2DS2-VASc score. Appropriateness of anticoagulant therapy (indication and dosage) was evaluated by the recommendations of the Vietnam National Heart Association in 2022.

Results: A total of 401 patients were included, with 58.6% being female and a median age of 73 years (64–84). According to the CHA₂DS₂-VASc score, 90.5% of patients were classified as having a high risk of thromboembolism. Anticoagulant therapy was indicated in 87.3% of cases, with rivaroxaban and acenocoumarol accounting for 66.8% and 32.4% of prescriptions, respectively. The overall rate of appropriate anticoagulant use was 47.4%. Among patients receiving anticoagulant therapy, gastrointestinal bleeding occurred in 12/350 cases (3.4%). During the 3-month follow-up after discharge, 289/401 patients (72.1%) attended follow-up visits, and 14 thromboembolic events were documented.

Conclusion: Appropriate anticoagulant dosing regimens in accordance with treatment guidelines are necessary, particularly in older adult patients and those with impaired renal function.

Keywords: atrial fibrillation; oral anticoagulants; CHA2DS2-VASc; HAS-BLED

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là một rối loạn nhịp nhanh trên thất với hoạt động điện hỗn loạn tại tâm nhĩ, dẫn tới co bóp tâm nhĩ không hiệu quả, hệ quả làm tăng nguy cơ nhồi máu não, suy tim, rối loạn nhận thức và tử vong [1]. RN làm tăng 5 lần nguy cơ đột quỵ và tỷ lệ này còn tăng theo tuổi [2]. Bệnh nhân RN cần sử dụng thuốc kháng đông đường uống để giảm biến cố huyết khối và tỷ lệ tử vong [3]. Tuy nhiên, nhóm thuốc này tiềm ẩn nhiều nguy cơ, đặc biệt nguy cơ xuất huyết và tương tác thuốc. Đây là một trở ngại cho các nhà lâm sàng khi chỉ định thuốc và gây lo ngại cho bệnh nhân khi sử dụng [4]. Tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh, cùng với sự phát triển của can thiệp tim mạch, tỷ lệ sử dụng thuốc kháng đông ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng sử dụng nhóm này ở bệnh nhân tim mạch, đặc biệt là bệnh nhân RN. Nhằm tối ưu hiệu quả dự phòng huyết khối và giảm nguy cơ xuất huyết, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng đông, đánh giá tính phù hợp cũng như khảo sát các biến cố bất lợi và kết cục điều trị của việc sử dụng kháng đông trên bệnh nhân RN tại khoa Nội tim mạch – Lão học của bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán RN tại khoa Nội Tim mạch - Lão học của bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh trong khoảng thời gian từ 01/7/2023 đến 30/6/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán RN ghi nhận từ hồ sơ bệnh án (HSBA) khoa Nội Tim mạch - Lão học của Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không thu thập đủ dữ liệu thực hiện nghiên cứu; bệnh nhân sử dụng kháng đông đường tiêm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả thông qua HSBA đối với các trường hợp điều trị RN từ 01/7/2023 đến 30/6/2024.

2.2.2. Cỡ mẫu

$$N = 1,96^2 \times \frac{p(1-p)}{\epsilon^2}$$

N: số lượng bệnh án tối thiểu cần nghiên cứu.

ε : sai số mong muốn, với $\varepsilon = 5\%$. p: tỷ lệ bệnh nhân RN có sử dụng kháng đông từ nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Anh Thư năm 2018 với $p = 0,54$.

Từ đó, tính được cỡ mẫu $n = 382$, lấy thêm 10% tổng số bệnh án có chẩn đoán RN để dự phòng các trường hợp không đạt tiêu chuẩn lựa chọn, nên cần tối thiểu 421 bệnh án đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Cách lấy mẫu

Trong danh sách bệnh nhân có chẩn đoán RN lựa chọn ngẫu nhiên 421 bệnh nhân bằng hàm RAND trong Excel 2016.

2.2.4. Các biến số nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập các biến số về đặc điểm của bệnh nhân (tuổi, giới tính, bệnh kèm, chức năng thận, số ngày nằm viện) và các biến số liên quan như sau:

a) Nguy cơ đột quy (CHA2DS2-VASc): Thấp (0 điểm ở nam, 0-1 điểm ở nữ); trung bình (1 điểm ở nam hoặc 2 điểm ở nữ); cao (≥ 2 ở nam và ≥ 3 ở nữ).

b) Nguy cơ xuất huyết (HAS-BLED): Nguy cơ xuất huyết thấp (0-2 điểm); nguy cơ xuất huyết cao (≥ 3 điểm).

Điểm CHA2DS2-VASc và HAS-BLED được thu thập từ hồ sơ bệnh án; các trường hợp chưa được ghi nhận đầy đủ, các thang điểm này được tác giả tính toán dựa trên những thông tin lâm sàng và cận lâm sàng có sẵn trong hồ sơ.

c) Tính phù hợp chung: Sử dụng kháng đông phù hợp khi phù hợp cả về chỉ định và liều dùng.

- Phù hợp về chỉ định: Thuốc chỉ định đúng với khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam về chẩn đoán và xử trí RN 2022.

- Phù hợp về liều dùng: Những trường hợp phù hợp về chỉ định được tiến hành đánh giá về liều dùng.

+ Kháng đông thế hệ mới (NOAC): Liều dùng phù hợp khi liều dùng của cả quá trình điều trị phù hợp với liều khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam. Khi thanh thải creatinin (CrCl) 15-49 ml/phút cần giảm liều hay CrCl <15 ml/phút thì không khuyến cáo sử dụng NOAC [1].

+ Kháng đông kháng vitamin K (VKA): Liều dùng tùy thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân, bệnh nền và mục tiêu

kháng đông (INR = 2-3; van hai lá cơ học, INR = 2,5-3,5). Kết quả của xét nghiệm giá trị INR 2 lần liên tiếp ngay trước khi xuất viện nằm trong khoảng mục tiêu được đánh giá là phù hợp.

d) Biến cố bất lợi liên quan đến thuốc kháng đông: Bệnh nhân xảy ra các tình trạng xuất huyết (chảy máu chân răng, xuất huyết tiêu hóa, niêm mạc, dưới da...) trong quá trình điều trị nội trú khi sử dụng thuốc kháng đông.

e) Kết cục điều trị: Xuất hiện các biến cố đột quy não, nhồi máu cơ tim hoặc tắc mạch trong vòng 3 tháng kể từ khi xuất viện. Khảo sát trên những bệnh nhân tái nhập viện/tái khám tại bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh trong vòng 3 tháng sau khi xuất viện.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25. Thống kê mô tả bao gồm trung vị, khoảng tứ phân vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất và tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian 01/7/2023 đến 30/6/2024 tại khoa Nội tim mạch – lão học bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh thu nhập được 421 HSBA. Sau khi đối chiếu với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, ghi nhận 401 HSBA để đưa vào nghiên cứu.

3.1. Tình hình sử dụng thuốc kháng đông trên bệnh nhân rung nhĩ

Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, chiếm 58,6%. Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với độ tuổi trung vị là 73 (64-84) và thời gian nằm viện trung vị là 6 (4-9) ngày. Tỷ lệ bệnh nhân mắc ≥ 4 bệnh kèm rất cao, chiếm 85,5%. Có 73,1% bệnh nhân có mức lọc cầu thận cần giảm liều kháng đông trên lâm sàng (Bảng 1).

Có đến 90,5% bệnh nhân thuộc nguy cơ cao đột quy. Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có nguy cơ xuất huyết thấp với điểm HAS-BLED trung vị là 1, điểm thấp nhất là 0 và điểm cao nhất là 5. Bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông đường uống chiếm 87,3% và chỉ có 3 loại kháng đông được chỉ định. Trong đó, rivaroxaban được chỉ định nhiều nhất với 66,8% lượt sử dụng và chỉ có 3 trường hợp chỉ định dabigatran chiếm 0,8% (Bảng 2).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (N=401)

Đặc điểm		Số lượng (%) Trung vị (khoảng tứ phân vị)
Tuổi		73 (64 - 84)
Nhóm tuổi	≥65	298 (74,3)
	<65	103 (25,7)
Giới tính	Nữ	235 (58,6)
	Nam	166 (41,4)
Số bệnh mắc kèm	5 (4 - 7)	
Phân loại bệnh kèm	<4	58 (14,5)
	≥4	343 (85,5)
CrCl (ml/phút)	≥50	108 (26,9)
	15 - 49	272 (67,8)
	<15	21 (5,2)
Số ngày nằm viện	6 (4 - 9)	

Bảng 2. Phân bố nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2-VASc và nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HAS-BLED (N=401)

Thang điểm		n (%)
CHA2DS2-VASc	Nguy cơ thấp	7 (1,7)
	Nguy cơ trung bình	31 (7,7)
	Nguy cơ cao	363 (90,5)
HAS-BLED	Nguy cơ xuất huyết thấp	375 (93,5)
	Nguy cơ xuất huyết cao	26 (6,5)
Sử dụng kháng đông	Có	350 (87,3)
	Không	51 (12,7)
Số lượng lượt chỉ định kháng đông (n = 361)	Rivaroxaban	241 (66,8)
	Acenocoumarol	117 (32,4)
	Dabigatran	3 (0,8)

3.2. Tính phù hợp của việc sử dụng thuốc kháng đông

Tỷ lệ phù hợp trong việc chỉ định thuốc kháng đông đường uống nhằm dự phòng huyết khối ở bệnh nhân RN được trình bày cụ thể trong Bảng 3.

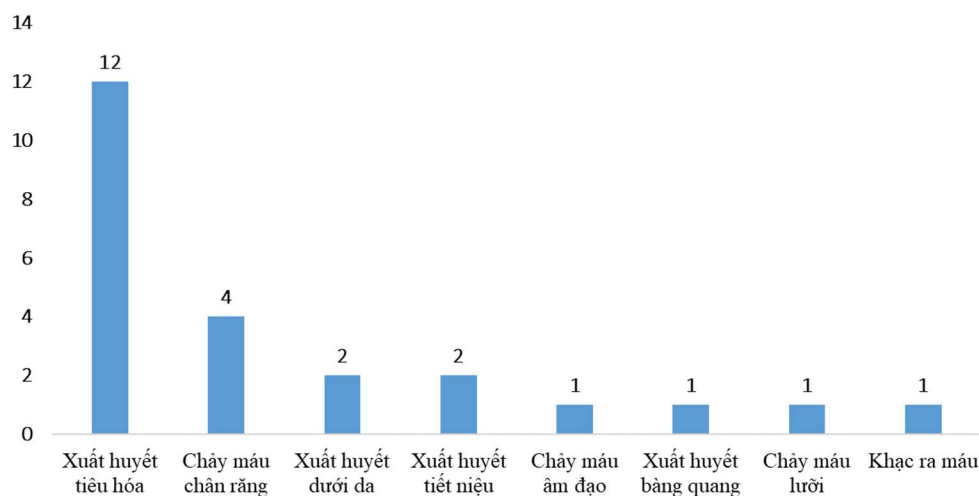
Bảng 3. Tính phù hợp về sử dụng kháng đông đường uống (N=401)

	n	(%)
Phù hợp về chỉ định (n=401)		
Sử dụng kháng đông	350	87,3
Không phù hợp	7	1,8
Phù hợp	343	85,5
Không sử dụng kháng đông	51	12,7
Không phù hợp	28	7,0
Phù hợp	23	5,7
Phù hợp về liều dùng (n=343)		
Phù hợp	167	48,7
Không phù hợp	176	51,3
Liều thấp hơn khuyến cáo	110	32,1
Liều cao hơn khuyến cáo	66	19,2
Phù hợp chung (n = 401)	193	47,4%

Nhận xét: Tỷ lệ chỉ định kháng đông trong điều trị RN phù hợp với khuyến cáo rất cao chiếm 91,2%. Tuy nhiên, có 2 bệnh nhân chỉ định rivaroxaban với CrCl <15 ml/phút, 5 bệnh nhân chuyển đổi kháng đông từ nhóm NOAC sang VKA không dùng đồng thời cả hai nhóm đến khi INR đạt ngưỡng điều trị (INR = 2-3) và 28 trường hợp cần sử dụng kháng đông (7%) nhưng không được chỉ định thuốc. Trong số 117 bệnh nhân RN sử dụng VKA, có 102 trường hợp (87,2%) thực hiện xét nghiệm đánh giá INR trong thời gian nghiên cứu. Xét nghiệm đông máu thông qua giá trị INR với INR trung vị là 2, ít nhất 1 lần và nhiều nhất 4 lần. Chỉ 19,6% bệnh nhân có INR đạt mục tiêu điều trị khi sử dụng VKA. Tỷ lệ chỉ định liều dùng phù hợp chiếm 48,7%. Có 47,4% trường hợp bệnh nhân phù hợp cả về chỉ định, liều dùng và phối hợp thuốc trên lâm sàng.

3.3. Biến cố bất lợi liên quan thuốc kháng đông và kết cục điều trị sau khi xuất viện

Nghiên cứu ghi nhận 24/350 (6,9%) trường hợp biến cố xuất huyết khi sử dụng thuốc kháng đông. Các loại xuất huyết (Hình 1) được ghi nhận trên lâm sàng.



Hình 1. Các biến cố bất lợi liên quan thuốc kháng đông (N=24)

Trong vòng 3 tháng theo dõi kể từ khi xuất viện có 289/401 (72,1%) bệnh nhân quay trở lại cơ sở điều trị để tái khám. Trong đó, có 4,8% trường hợp nhập viện do các biến cố về thuyên tắc huyết khối; đột quỵ não chiếm 1,7%, các trường hợp còn lại là nhồi máu cơ tim và thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch/động mạch.

4. BÀN LUẬN

Qua phân tích 401 bệnh nhân RN tại bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh, phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều thuộc nguy cơ đột quỵ cao (90,5%) và nguy cơ xuất huyết thấp (93,5%). Kết quả này củng cố cơ sở khoa học cho việc sử dụng thuốc kháng đông ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, với lợi ích vượt trội so với nguy cơ xuất huyết. Kháng đông đường uống được chỉ định với tỷ lệ cao (87,3%), rivaroxaban là kháng đông được chỉ định nhiều nhất (66,8%). Việc sử dụng NOAC với lợi ích lâm sàng rõ rệt, khuyến nghị từ các hướng dẫn điều trị và không cần phải thực hiện các xét nghiệm quá nghiêm ngặt nên các nhà lâm sàng lựa chọn kê đơn nhiều hơn [5]. Tuy nhiên, nhóm VKA vẫn giữ vai trò nhất định trong các trường hợp RN do bệnh lý van tim và các trường hợp suy thận nặng khi không thể dùng NOAC [6].

Nghiên cứu ghi nhận thực tế trên lâm sàng không phải tất cả các trường hợp RN đều sử dụng kháng đông. Cụ thể, các bệnh nhân đang có tình trạng xuất huyết tiến triển hoặc bác sĩ điều trị đánh giá nguy cơ huyết khối thấp theo thang điểm CHA2DS2-VASc không cần chỉ định kháng đông. Do đó, những trường hợp không sử dụng kháng đông (5,7%) trong

nghiên cứu được xem là hoàn toàn phù hợp với hướng dẫn lâm sàng hiện hành [1]. Ngoài ra, có 7,0% bệnh nhân mặc dù đáp ứng tiêu chuẩn dự phòng huyết khối nhưng không được chỉ định kháng đông mà không rõ nguyên nhân. Đây là một khoảng trống điều trị đáng chú ý vì có thể làm gia tăng nguy cơ đột quỵ và thuyên tắc huyết khối. Phát hiện này cho thấy khoảng cách giữa khuyến cáo và thực hành lâm sàng vẫn còn hiện hữu, nhấn mạnh vai trò của dược sĩ lâm sàng trong giám sát và hỗ trợ tối ưu hóa chỉ định kháng đông [7].

Tỷ lệ chỉ định liều kháng đông phù hợp trong điều trị RN chưa cao, chủ yếu ở những bệnh nhân suy giảm chức năng thận nhưng chưa được hiệu chỉnh liều thích hợp [8]. Kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Mạnh và cộng sự (2025) tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh ở nhóm bệnh nhân sử dụng NOAC có đến 45% trường hợp dùng liều dùng thấp hơn liều khuyến cáo [9]. Cần tăng cường tuân thủ hướng dẫn cập nhật, hiệu chỉnh liều theo chức năng thận, cân nặng, tuổi và bệnh đồng mắc, đồng thời xây dựng quy trình giám sát chặt chẽ, tăng cường vai trò của dược sĩ lâm sàng nhằm hỗ trợ bác sĩ trong việc quyết định liều dùng.

Theo kết quả nghiên cứu, chỉ 19,6% trường hợp dùng VKA đạt mục tiêu INR, cho thấy việc theo dõi và điều chỉnh liều còn chưa tối ưu. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy và cộng sự (2024) tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với khoảng điều trị INR 2,0-3,0 chỉ có 30% lượt đo INR đạt mục tiêu điều trị [10]. Việc chưa đạt mục tiêu có thể do VKA cần thời gian (2-7 ngày) hiệu chỉnh liều trong khi thời gian nằm viện ngắn, làm giảm khả năng điều chỉnh [11].

Kết cục sau 3 tháng theo dõi, có 4,8% trường hợp gặp biến cố huyết khối. Các trường hợp chỉ định kháng đông phù hợp nhưng vẫn xảy ra các biến cố cần tiến hành theo dõi và đánh giá toàn diện về sự tuân thủ điều trị, tương tác giữa thuốc - thực phẩm [12]. Những bệnh nhân nguy cơ đột quỵ cao, cần làm rõ lý do không sử dụng kháng đông và xem xét dự phòng nếu không có chống chỉ định, đồng thời tăng cường tư vấn để nâng cao tuân thủ [1].

Nghiên cứu đã góp phần phản ánh thực trạng và phát hiện những tồn tại trong sử dụng thuốc kháng đông, làm cơ sở định hướng tối ưu hóa chiến lược phòng ngừa huyết khối tại bệnh viện. Tuy nhiên, do thiết kế mô tả cắt ngang hồi cứu và chỉ khảo sát trên bệnh nhân nội trú, kết quả vẫn còn hạn chế về khả năng phản ánh đầy đủ thực tế lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân có nguy cơ huyết khối cao và được kê đơn kháng đông đường uống, tuy nhiên tỷ lệ sử dụng phù hợp còn thấp. Cần theo dõi chức năng thận để hiệu chỉnh liều và tăng cường kiểm soát INR ở bệnh nhân dùng VKA.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh và Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện để thực hiện nghiên cứu.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu này.

ORCID

Lê Thị Thu Sương

<https://orcid.org/0009-0002-6172-3512>

Nguyễn Quốc Hòa

<https://orcid.org/0000-0002-7192-5145>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Lê Thị Thu Sương, Nguyễn Quốc Hòa.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Lê Thị Thu Sương, Nguyễn Quốc Hòa.

Thu thập dữ liệu: Lê Thị Thu Sương.

Giám sát nghiên cứu: Lê Thị Thu Sương, Nguyễn Quốc Hòa.

Nhập dữ liệu: Lê Thị Thu Sương.

Quản lý dữ liệu: Lê Thị Thu Sương.

Phân tích dữ liệu: Lê Thị Thu Sương.

Viết bản thảo đầu tiên: Lê Thị Thu Sương, Nguyễn Quốc Hòa.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Lê Thị Thu Sương, Nguyễn Quốc Hòa.

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 được thông qua Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 847/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 18/02/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo của phân hội nhĩ tim Việt Nam - Hội tim mạch Việt Nam (VSH/VNHA) về chẩn đoán & xử trí Rung nhĩ. Hội tim mạch học Việt Nam; 2022.
2. Elsheikh S, Hill A, Irving G, Lip GYH, Abdul-Rahim AH. Atrial fibrillation and stroke: State-of-the-art and future directions. Curr Probl Cardiol. 2024;49(1C):102181.
3. Capodanno D, Capranzano P, Giacchi G, Calvi V, Tamburino C. Novel oral anticoagulants versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation: a meta-analysis of 50,578 patients. Int J Cardiol. 2013;167(4):1237-41.
4. Piran S, Schulman S. Treatment of bleeding complications in patients on anticoagulant therapy. Blood. 2019;133(5):425-435.
5. Jia B, Lynn HS, Rong F, Zhang W. Meta-analysis of efficacy and safety of the new anticoagulants versus warfarin in patients with atrial fibrillation. J Cardiovasc Pharmacol. 2014;64(4):368-74.

6. Wei H, Cui C, Cui X, Liu Y, Li D. Cost-effectiveness analysis of dabigatran, rivaroxaban and warfarin in the prevention of stroke in patients with atrial fibrillation in China. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):96.
7. Laugesen IG, Mygind A, Grove EL, Bro F. Reasons for omitting anticoagulant treatment in patients with atrial fibrillation: an audit of patient records in general practice. *BMC Prim Care.* 2025;26(1):166.
8. Berger J, Balfour DC, 3rd, Biskupiak JE, Dunn J, Liotta DB, Merli GJ, et al. Research to real-world application: experts weigh in on the underuse of anticoagulants. *Am J Manag Care.* 2014;20(14 S):s312-8.
9. Trần Ngọc Mạnh, Phan Quang Nghĩa, Nguyễn Hồng Quốc, Bùi Minh Trang. 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. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2025;8(1):114-120.
10. Nguyễn Thị Thu Thủy, Nguyễn Hạnh Duyên, Phạm Văn Huy, Nguyễn Khánh Huyền, Nguyễn Thị Liên Hương, Nguyễn Đức Trung. Nghiên cứu kết quả điều trị chống đông của thuốc kháng vitamin K ở bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy.* 2024;19(10):1-7.
11. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Guide to Warfarin Therapy. *Circulation.* 2003;107(12):1692-1711.
12. Adhikari R, Sah SK, Gajurel RM, Poudel CM, Prasad P, Timsina S, Shakya S. Anticoagulation Control and Associated Factors in Patients with Atrial Fibrillation Receiving Warfarin at a Tertiary Care Hospital in Nepal. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2025;31:1-11.