

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kalil A.C., Metersky M.L., Klompas M., et al.** (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*, 63(5), e61–e111.
- Miron M., Blaj M., Ristescu A.I., et al.** (2024). Hospital-Acquired Pneumonia and Ventilator-Associated Pneumonia: A Literature Review. *Microorganisms*, 12(1), 213.
- Kohbodi G.A., Rajasurya V., and Noor A.** (2024). Ventilator-Associated Pneumonia. *StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)*.
- Nguyễn Danh Đức, Hoàng Bùi Hải, và Nguyễn Kim Thư** (2023). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 523(2).
- Hoàng Khánh Linh** (2018). Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017 - 2018, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Hà Nội.
- Nguyễn Thị Nguyệt, Nguyễn Thị Thu Thủy, Lê Huyền Phương, et al.** (2022). Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 511(2).
- Nguyễn Văn Dũng và Phạm Thái Dũng** (2022). Căn nguyên vi sinh và kháng kháng sinh ở người bệnh viêm phổi liên quan thở máy được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 518(1).
- Lê Quang Phương và Nguyễn Minh Lực** (2021). Đặc điểm hình ảnh nội soi phế quản và nguyên nhân gây viêm phổi bệnh viện của bệnh nhân thở máy điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 498(1).
- Hà Sơn Bình** (2015). Nhận xét một số yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Bệnh viện Bạch Mai.
- Võ Hữu Ngoan** (2013). Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy tại khoa sản sóc đặc biệt Bệnh viện Chợ Rẫy. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 17(Phụ bản số 1), 213–219.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO BẰNG PHƯƠNG PHÁP XẠ PHẪU GAMMA KNIFE

Nguyễn Đức Liên¹, Phan Thanh Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị của ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTP KTBN) di căn não bằng phương pháp xạ phẫu Gamma Knife. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 79 bệnh nhân UTP KTBN di căn não từ tháng 7/2019 đến 7/2023. Bệnh nhân được lựa chọn di căn não từ 1 – 5 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ ≤ 3 cm, chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60. Bệnh nhân được xạ phẫu bằng máy Gamma Knife thế hệ Icon. Chúng tôi đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát tại u và thời gian sống thêm không tiến triển tại não. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng tại thời điểm 3 tháng là 82,2%. Tỷ lệ đáp ứng tại u liên quan với kích thước u, dạng tổn thương, liều điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ STKTT tại não tại thời điểm 3 tháng là 88,6%; 6 tháng là 77,3%; 1 năm là 74,9%. Thời gian sống thêm không tiến triển tại não có liên quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số toàn trạng Karnofsky và số ổ di căn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kích thước u, dạng tổn thương, liều điều trị

là các yếu tố có giá trị tiên lượng đáp ứng tại u, trong đó chỉ số toàn trạng Karnofsky, số ổ di căn có giá trị tiên lượng thời gian sống thêm không tiến triển tại não. **Từ khóa:** xạ phẫu, di căn não, ung thư phổi không tế bào nhỏ.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR BRAIN METASTASIS FROM NON-SMALL CELL LUNG CANCER AFTER GAMMA KNIFE RADIOSURGERY

Objective: Evaluate the prognostic factors for outcome of Gamma Knife radiosurgery for brain metastasis of non-small cell lung cancer. **Material and Methods:** We analyzed 79 patients with brain metastatic non-small cell lung cancer from July 2019 to July 2023. Selected patients have brain metastases from 1 to 5 tumors, size ≤ 3cm, KPS score ≥ 60. Patients were treated by stereotactic radiosurgery using Leksell Gamma Knife ICON unit (Elekta AB). We evaluated factors related to tumor control outcome and progression-free survival (PFS) in the brain. **Results:** In our study, the response rate at 3 months was 82,2%. Factors associated with response include: tumor size, dose, lesion morphology ($p < 0,05$). The percentage of PFS at 3 months was 88,6%; 6 months was 77,3%; 1 years was 74,9%. PFS was related to statistically significant with Karnofsky Performance status and number of metastatic lesions ($p < 0,05$). **Conclusion:** Tumor size, lesion type, dose are factors that have predictive value of tumor response, of which

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

the Karnofsky score, number of metastatic sites with prognostics values of progression-free survival in the brain. **Keywords:** radiosurgery, brain metastases, non-small cell lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ác tính hay gặp nhất và là nguyên nhân tử vong do ung thư hàng đầu trên thế giới. Theo thống kê của cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC), năm 2022, trên thế giới có khoảng 2,48 triệu người mới mắc và 1,82 triệu trường hợp tử vong, và tại Việt Nam, số liệu này tương ứng là 24,42 nghìn người mới mắc và 22,6 nghìn tử vong¹. Đặc điểm của ung thư phổi tiến triển là thường di căn não, trong đó khoảng 10% bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được chẩn đoán giai đoạn tiến triển có di căn não. Mặt khác, trong số các bệnh nhân di căn não, 40 – 50% có nguồn gốc nguyên phát từ ung thư phổi². Trước đây, di căn não được biết đến là yếu tố tiên lượng xấu, bệnh nhân suy sụp nhanh với các triệu chứng thần kinh và thời gian sống thêm trung bình từ 4 – 6 tuần nếu không điều trị. Phẫu thuật giúp cải thiện triệu chứng và thời gian sống thêm, tuy nhiên dễ gây ra nhiều biến chứng nên chỉ định hạn chế, thường chỉ định trong trường hợp di căn não đơn ổ và có hiệu ứng khối³. Cùng với sự phát triển của xạ toàn não và sử dụng corticoid, thời gian sống thêm cải thiện 4 – 6 tháng⁴. Trong nhiều thập kỷ, xạ toàn não được coi là phương pháp điều trị chuẩn cho tất cả bệnh nhân di căn não. Tuy nhiên, xạ toàn não làm tổn thương nhiều mô não lành và gây ra nhiều di chứng tại não. Xạ phẫu là một phương pháp điều trị hiện đại đối với tổn thương di căn não có nhiều ưu điểm giúp kiểm soát tại chỗ tốt, cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống thêm và giảm các độc tính trên tế bào lành. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị của ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng phương pháp xạ phẫu Gamma Knife.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não
- Số ổ di căn não 1 – 5 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ ≤ 3cm.
- Chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được xạ toàn não trước đó.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy khối u não di căn.
- Bệnh nhân có các bệnh ung thư khác kèm

theo hoặc bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Trong nghiên cứu. chúng tôi đã thu thập được 79 bệnh nhân với tổng số u là 191 khối di căn.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.

- Bệnh nhân được điều trị xạ phẫu bằng hệ thống máy xạ phẫu Leksell Gamma Knife ICON (Elekta AB, Thụy Điển). Liều điều trị: dựa theo nghiên cứu RTOG 90-05 tùy theo số lượng, vị trí, kích thước u

- < 2 cm: 20 – 24 Gy

- 2 – 3 cm: 18 – 20 Gy

- Bệnh nhân được đánh giá định kỳ mỗi 3 tháng.

2.2.4. Các chỉ số đánh giá

- Đáp ứng tại u: dựa theo tiêu chuẩn RANO (Response Assessment in Neuro-Oncology).

- Phân tích mối liên quan của đáp ứng tại u với các yếu tố: kích thước u, dạng tổn thương, liều điều trị.

- Sống thêm không tiến triển tại não: là khoảng thời gian tính từ khi bắt đầu điều trị đến khi tổn thương di căn não tiến triển (tăng kích thước, xuất hiện tổn thương mới).

- Sống thêm toàn bộ: là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu điều trị đến thời điểm theo dõi có thông tin cuối cùng hoặc bệnh nhân tử vong.

- Phân tích mối liên quan giữa sống thêm với một số yếu tố: tuổi, giới, chỉ số Karnofsky, kiểm soát ngoài sọ, mô bệnh học, số ổ di căn, liều xạ.

2.3. Xử lý số liệu: - Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả đáp ứng

3.1.1. Kết quả đáp ứng tại u

Bảng 1. Kết quả đáp ứng tại từng khối u tại thời điểm 3 tháng

Kết quả đáp ứng	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	79/191 (41,4%)
Một phần	78/191 (40,8%)
Giữ nguyên	24/191 (12,6%)
Tiến triển	10/191 (5,2%)

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u tại thời điểm 3 tháng là 41,4%, đáp ứng một phần là 40,8%, giữ nguyên là 12,6%, tiến triển là 5,2%.

3.1.2. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng

Bảng 2. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến đáp ứng tại u

Yếu tố	OR	95% CI	p
Kích thước u (<1cm sv ≥1 cm)	7,775	4,009-15,076	<0,001
Dạng tổn thương (đặc sv dịch)	4,643	2,338-9,22	<0,001
Liều điều trị (<22 Gy sv ≥22 Gy)	2,388	1,316-4,333	0,005

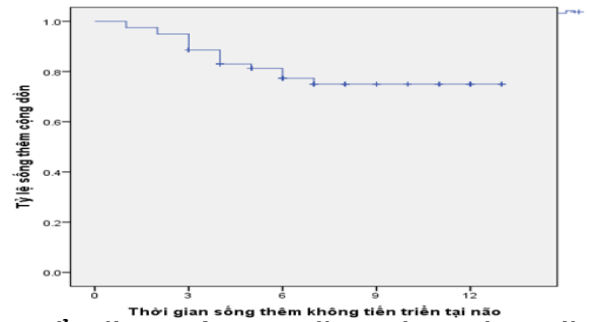
Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến đáp ứng tại u

Yếu tố	B	p
Kích thước u (<1 cm sv ≥1cm)	1,688	<0,001
Dạng tổn thương (đặc sv dịch)	1,174	0,002
Liều điều trị (<22 Gy sv ≥22 Gy)	0,451	0,208

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng tại u liên quan với kích thước u, dạng tổn thương, liều điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Kết quả sống thêm

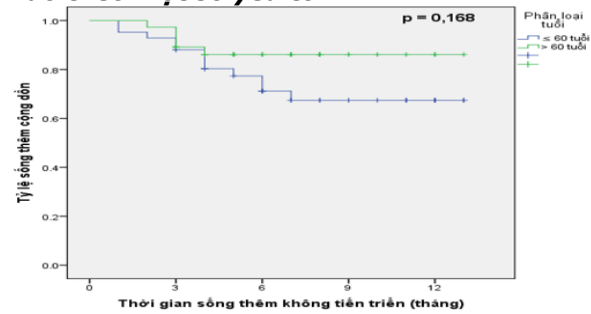
3.2.1. Sống thêm không tiến triển tại não



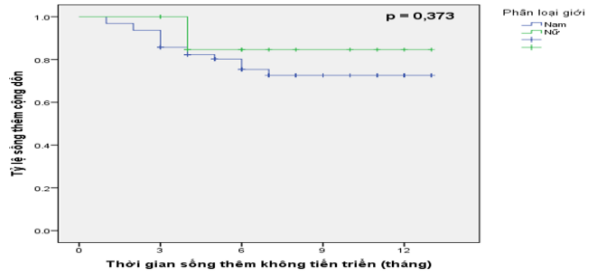
Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển tại não

Nhận xét: Thời gian STKTT tại não trung bình là: $10,7 \pm 0,5$ tháng. Tỷ lệ STKTT tại não tại thời điểm 3 tháng là 88,6%; 6 tháng là 77,3%; 1 năm là 74,9%.

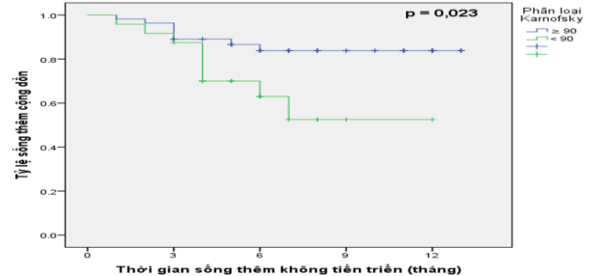
3.2.2. Sống thêm không tiến triển tại não theo một số yếu tố



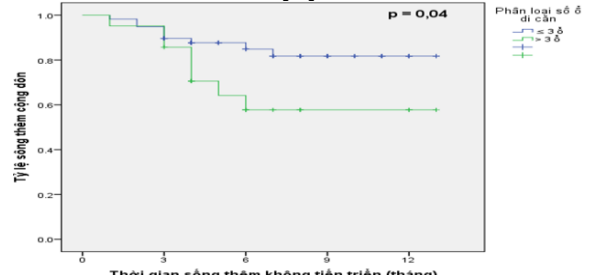
(A)



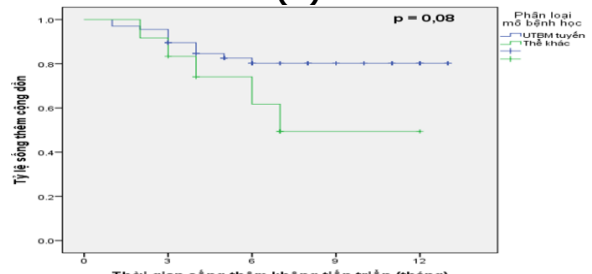
(B)



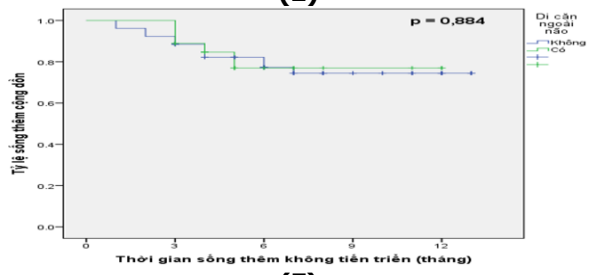
(C)



(D)



(E)



(F)

Biểu đồ 2. Sống thêm không tiến triển tại não theo và một số yếu tố

(A) Liên quan theo nhóm tuổi; (B) Liên quan theo giới; (C) Liên quan theo chỉ số toàn trạng Karnofsky; (D) Liên quan theo số ổ di căn não;

(E) Liên quan theo mô bệnh học; (F) Liên quan theo tình trạng di căn ngoài não.

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển tại não có liên quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số toàn trạng Karnofsky và số ổ di căn ($p < 0,05$). Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sống thêm không tiến triển tại não với tuổi, giới, mô bệnh học, di căn ngoại sọ.

IV. BÀN LUẬN

Các chiến lược chính điều trị di căn não bao gồm phẫu thuật, xạ toàn não và xạ phẫu, đơn thuần hoặc kết hợp. Cho đến nay, chiến lược điều trị nào là tối ưu còn nhiều tranh cãi. Xạ phẫu được đề xuất vào những năm 1950s bởi nhà phẫu thuật thần kinh người Thụy Điển Lars Leksell. Các nghiên cứu cho thấy xạ phẫu là một phương pháp hiệu quả có kết quả kiểm soát tại chỗ rất tốt (70 – 80% sau 1 năm). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát tại u tại thời điểm 3 tháng là 94,8%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 41,4%; đáp ứng một phần là 40,8%; giữ nguyên là 12,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Phạm Văn Thái, tỷ lệ đáp ứng tại não là 72,9% (19,8% đáp ứng hoàn toàn, 53,1% đáp ứng một phần). Trong nghiên cứu của Shymal trên 173 bệnh nhân ung thư phổi di căn não, kết quả chụp phim tại thời điểm 3 tháng sau xạ phẫu cho thấy tỷ lệ kiểm soát u là 76,9% (45,7% khối u giảm kích thước, 31,2% u giữ nguyên), 23,1% u tăng kích thước, 10 bệnh nhân (5,78%) xuất hiện nốt mới⁵. Nghiên cứu của Gerosa và cs hồi cứu trên 504 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não. Kết quả cho thấy tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại 1 năm là 94%⁶. Kết quả đáp ứng này cũng cao hơn so với xạ trị toàn não thường quy với tỷ lệ đáp ứng khoảng 40 – 60%. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên báo cáo bởi Chougule và cộng sự, bệnh nhân được điều trị ngẫu nhiên bằng xạ phẫu Gamma Knife hoặc xạ toàn não và Gamma Knife hoặc xạ toàn não đơn thuần. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ cao hơn trong 2 nhóm xạ phẫu (87% đối với xạ phẫu Gamma Knife đơn thuần và 91% cho xạ phẫu Gamma Knife và xạ toàn não) so với 62% của nhóm chỉ xạ toàn não đơn thuần⁷. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đáp ứng tại u liên quan với kích thước u, dạng tổn thương và liều xạ phẫu (bảng 2, 3). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Pan trên 191 bệnh nhân ung thư phổi cho thấy tỷ lệ kiểm soát u thay đổi phụ thuộc vào thể tích khối di căn với 84,4% ($< 0,5$ cc), 94% (0,5 – 2

cc), 89,1% (2-4 cc), 93,4 % (4-8 cc), 85,7% (8-14 cc), 87,5% (> 14 cc). Tỷ lệ đáp ứng tăng lên với khối u < 2 cc, giảm đi với khối u dạng nang, liều < 14 Gy⁸. Nghiên cứu của Sheehan và cộng sự nhận thấy sau xạ phẫu có 60% u giảm kích thước, 24% giữ nguyên và 16% tăng kích thước. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát tại u bao gồm thể tích khối u ($p = 0,042$), liều điều trị ($p = 0,015$)⁹.

Theo nghiên cứu của Sheehan, các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến sống thêm bao gồm: giới nữ ($p = 0,014$), chỉ số toàn trạng Karnofsky ($p < 0,0001$), ung thư biểu mô tuyến ($p = 0,0028$), bệnh toàn thân ($p = 0,0001$), thời gian từ khi chẩn đoán ung thư phổi đến khi di căn não ($p = 0,0074$)⁹. Nghiên cứu của Shyamal nhận thấy các yếu tố tiên lượng tốt đến kết quả sống thêm là thang điểm RPA nhóm 1 ($p = 0,005$), chỉ số toàn trạng Karnofsky > 70 ($p = 0,007$), tuổi ≤ 65 ($p = 0,041$), kích thước u ≤ 3 cm ($p = 0,023$), kiểm soát u nguyên phát ($p = 0,049$), và số ổ di căn não ($p = 0,044$)⁵. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thái, kết quả sống thêm liên quan với chỉ số Karnofsky ≥ 80 , số ổ di căn. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi¹⁰. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Thời gian STKTT tại não trung bình là: $10,7 \pm 0,5$ tháng, chỉ số Karnofsky ≥ 90 , số ổ di căn ≤ 3 ổ là các yếu tố tiên lượng kết quả sống thêm tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kích thước u, dạng tổn thương, liều điều trị là các yếu tố có giá trị tiên lượng đáp ứng tại u, trong đó chỉ số toàn trạng Karnofsky, số ổ di căn có giá trị tiên lượng thời gian sống thêm không tiến triển tại não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GOLOBOCAN.** Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site.
- Barnholtz-Sloan JS, Sloan AE, Davis FG, Vignea FD, Lai P, Sawaya RE.** Incidence proportions of brain metastases in patients diagnosed (1973 to 2001) in the Metropolitan Detroit Cancer Surveillance System. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology.* Jul 15 2004;22(14):2865-72. doi:10.1200/JCO.2004.12.149
- Al-Shamy G, Sawaya R.** Management of brain metastases: the indispensable role of surgery. *Journal of neuro-oncology.* May 2009;92(3):275-82. doi:10.1007/s11060-009-9839-y
- Coia LR.** The role of radiation therapy in the treatment of brain metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1992;23(1):229-38. doi:10.1016/0360-3016(92)90567-2
- Bir SC, Ambekar S, Bollam P, Nanda A.** Long-term outcome of gamma knife radiosurgery for

- metastatic brain tumors originating from lung cancer. *Surgical neurology international*. 2014;5(Suppl 8):S396-403. doi:10.4103/2152-7806.140197
- Gerosa M, Nicolato A, Foroni R, Tomazzoli L, Bricolo A.** Analysis of long-term outcomes and prognostic factors in patients with non-small cell lung cancer brain metastases treated by gamma knife radiosurgery. *Journal of neurosurgery*. Jan 2005;102 Suppl:75-80. doi:10.3171/jns.2005.102.s_supplement.0075
 - PB C, M B-W, S S.** Randomized treatment of brain metastasis with gamma knife radiosurgery, whole brain radiotherapy or both. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2000;48(suppl 1):114.
 - Pan HC, Sheehan J, Stroila M, Steiner M, Steiner L.** Gamma knife surgery for brain metastases from lung cancer. *Journal of neurosurgery*. Jan 2005;102 Suppl:128-33. doi:10.3171/jns.2005.102.s_supplement.0128
 - Sheehan JP, Sun MH, Kondziolka D, Flickinger J, Lunsford LD.** Radiosurgery for non-small cell lung carcinoma metastatic to the brain: long-term outcomes and prognostic factors influencing patient survival time and local tumor control. *Journal of neurosurgery*. Dec 2002;97(6):1276-81. doi:10.3171/jns.2002.97.6.1276
 - Thái PV.** Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hóa xạ trị. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Nguyễn Hiếu Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình điều trị, tỉ lệ tuân thủ điều trị (TTĐT) và các yếu tố liên quan đến tuân thủ ở bệnh nhân (BN) thoái hóa khớp (THK). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở BN THK tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ tháng 01/02/2023 đến tháng 30/04/2023. Thu thập số liệu từ đơn thuốc và phỏng vấn bệnh nhân bằng bảng câu hỏi. **Kết quả:** Có 360 BN tham gia nghiên cứu. Tỉ lệ nữ giới là 58,9%, tuổi trung bình là $65,5 \pm 11,3$ tuổi. 83,6% BN dùng phác đồ phối hợp thuốc, chủ yếu là phối hợp từ 3 thuốc trở lên. 50,6% BN báo cáo gặp tác dụng không mong muốn (TDKMM). Tỉ lệ TTĐT mức độ cao, trung bình và thấp lần lượt là 31,9%, 33,6% và 34,4%. TDKMM và nhận thức của BN về sự cần thiết của thuốc là các yếu tố liên quan đến TTĐT. **Kết luận:** Đa phần BN dùng phác đồ phối hợp thuốc. Tỉ lệ TTĐT ở BN THK chưa cao. Cần thực hiện các chiến lược can thiệp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị ở BN THK. **Từ khóa:** THK, tuân thủ, MMAS-8

SUMMARY

INVESTIGATION OF TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AT THE DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Objective: To investigate the situation of treatment, medication adherence rates and identify relative factors for adherence in patients with OA. **Study population and methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out in patients with OA at Dong Nai General Hospital from February 01, 2023, to April 30, 2023. Collect data from prescriptions and interview patients using questionnaires. **Results:** Of

the 360 patients, 69,8% were female; mean age $65,5 \pm 11,3$ years. 50,6% of patients reported having adverse effects. The rates of high, moderate, and low medication adherence were 31,9%, 33,6%, and 34,4% respectively. Adverse effects and beliefs about the necessity of the medicine were independently associated with medication adherence. **Conclusion:** Most patients use combination drug regimens. Medication adherence rate in patients with OA was not high. These findings suggest that intervention strategies should be developed to improve medication adherence in OA.

Keywords: osteoarthritis, adherence, MMAS-8

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là dạng viêm khớp phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở người lớn tuổi. THK ảnh hưởng đến khoảng 302 triệu người trên toàn thế giới [4]. Tại Việt Nam, tỉ lệ THK gối trên X-quang khoảng 34,2% dân số trên 40 tuổi [3]. THK gây ra các cơn đau nặng, giảm khả năng vận động và ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Điều trị THK bằng các thuốc giảm triệu chứng là biện pháp phổ biến nhất. Việc tuân thủ điều trị (TTĐT) được chứng minh góp phần làm tăng hiệu quả điều trị, giảm tỉ lệ tái phát và chi phí điều trị. Tuy nhiên, tỉ lệ TTĐT THK vẫn còn thấp [2]. Nghiên cứu (NC) của Laba T.L và cộng sự cho thấy chỉ 47% BN THK báo cáo tuân thủ dùng thuốc hoàn toàn [5]. Do đó, NC này được thực hiện với mục tiêu khảo sát tình hình điều trị dùng thuốc, tỉ lệ TTĐT và các yếu tố liên quan đến tuân thủ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN trên 18 tuổi

¹Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hiếu Minh

Email: minhnguyen@lhu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024