metastatic brain tumors originating from lung cancer. Surgical neurology international. 2014;5(Suppl 8):S396-403. doi:10.4103/2152-7806.140197
6. **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
7. **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.
8. **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
9. **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
10. **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 Minh[1]

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 ± 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 ± 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

[1]*Đại 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

được chẩn đoán THK theo mã ICD-10, khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 01/02/2023 đến 30/04/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN bị câm, điếc, hoặc không minh mẫn về tinh thần (điểm MMSE < 17), BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Tất cả BN thoả tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Số BN thực tế tham gia NC là 360 BN.

Thu thập số liệu. Số liệu được thu thập từ đơn thuốc và phỏng vấn trực tiếp BN bằng bảng câu hỏi. Nội dung thu thập gồm:

Đặc điểm chung của BN: Tuổi, nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, vị trí THK, số lượng thuốc trong đơn, TDKMM.

Đặc điểm về thuốc điều trị: nhóm thuốc và phác đồ điều trị.

Bộ câu hỏi MMAS-8: sử dụng để đánh giá mức độ TĐTT và xác định một số lý do dẫn đến không TTĐT. Mức độ TTĐT được phân loại theo thang Morisky ở bảng 1. BN TTĐT khi có mức độ tuân thủ cao. BN có mức độ tuân thủ thấp và trung bình được xem là không TTĐT.

Bảng 1. Phân loại mức độ tuân thủ theo thang Morisky

Mức độ tuân thủ	Điểm số
Tuân thủ cao	8
Tuân thủ trung bình	6 hoặc 7
Tuân thủ thấp	≤ 5

Bộ câu hỏi BMQ: sử dụng để đánh giá niềm tin của BN với thuốc đã được kê đơn, từ đó xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị. NC sử dụng cả 4 phần của bộ câu hỏi gồm: điểm cần thiết, điểm lo lắng, điểm lạm dụng và điểm gây hại. Niềm tin của BN vào thuốc được tính dựa trên tổng điểm của từng phần. Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên thang điểm Likert (trình bày ở bảng 2).

Bảng 2: Thang điểm Likert

Mức điểm Likert	Diễn giải
1	Rất không đồng ý
2	Không đồng ý
3	Không chắc chắn
4	Đồng ý
5	Rất đồng ý

Phân tích và trình bày số liệu: Dữ liệu được xử lý thống kê bằng Microsoft Excel 2016 và SPSS Statistic 25.0. Biến phân loại trình bày tần số và tỉ lệ %. Biến liên tục trình bày giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (SD) (khi có phân phối chuẩn) hoặc giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị - IQR) (không có phân phối chuẩn). Xác định tần số, tỉ lệ %, trung bình, SD, trung vị, khoảng tứ phân vị bằng thống kê mô tả. So sánh tỉ lệ của 2 nhóm độc lập bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2). So sánh giá trị trung bình của 2 nhóm độc lập với biến liên tục có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Independent t - test. So sánh giá trị trung bình của 2 nhóm độc lập với biến liên tục không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann - Whitney. Phân tích hồi quy logistic (Regression Binary Logistic) được sử dụng để đánh giá sự liên quan giữa các yếu tố khảo sát với sự tuân thủ điều trị. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của BN. Từ 01/02/2023 đến 30/04/2023, có 360 BN tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 65,5 ± 11,3; nữ giới chiếm 58,9%. Phần lớn BN có trình độ học vấn từ THCS trở xuống (56,1%) và tỉ lệ BN không đi làm chiếm 65,0%. Đa phần BN có thời gian mắc bệnh > 5 năm (49,2%), 45,2% BN mắc THK gối. Số lượng thuốc trong đơn có trung vị là 4 (3 - 5). 50,6% BN gặp TDKMM trong quá trình điều trị. Kết quả cụ thể được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm chung của BN trong mẫu NC

Đặc điểm		Số BN (N=360)	Tỉ lệ %
Giới tính	Nữ	212	58,9
	Nam	148	41,1
Tuổi	Trung bình ± SD	65,5 ± 11,3	
Nhóm tuổi	≤ 60	109	30,3
	61 - 70	136	37,8
	> 70	115	31,9
Trình độ học vấn	Từ THCS trở xuống	202	56,1
	Trên THCS	158	43,9
Nghề nghiệp	Không đi làm	234	65,0
	Đi làm	126	35,0
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	82	22,8
	1-5 năm	101	28,1
	> 5 năm	177	49,2
Vị trí THK	Gối	164	45,6
	Cột sống	88	24,4
	Đa khớp	80	22,2
	Háng	14	3,9
	Khác	14	3,9
Số lượng thuốc trong đơn	Trung vị (IQR)	4 (3-5)	
TDKMM	Không	178	49,4
	Có	182	50,6
	Khô miệng, đắng miệng	118	32,8
	Buồn nôn	101	28,1
	Đau dạ dày, cồn cào	93	25,8

	Mệt mỏi, khó chịu	82	22,8
	Đau đầu	46	12,8
	Táo bón	29	8,1
	Tiêu chảy	17	4,7

Đặc điểm về điều trị. NSAIDs đường uống là thuốc được sử dụng phổ biến nhất (77,8%), kế đến là thuốc giãn cơ (47,8%) và paracetamol (43,1%). Corticoid được dùng với tỉ lệ hạn chế (1,7%). Kết quả cụ thể được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Các thuốc sử dụng trong điều trị THK trong mẫu NC

Nhóm thuốc/Thuốc	Tần suất (N=360)	Tỉ lệ %
NSAIDs đường uống	282	77,8
Meloxicam	78	21,7
Celecoxib	45	12,5
Naproxen	41	11,4
Ibuprofen	35	9,7
Tiaprofenic acid	32	8,9
Dexibuprofen	31	8,6
Aceclofenac	15	4,2
Piroxicam	5	1,4
Giãn cơ	172	47,8
Eperison	117	32,5
Methocarbamol	55	15,3
Paracetamol	155	43,1
SYSADOA*	134	37,2
Glucosamin	134	37,2
NSAID dùng ngoài	109	30,3
Diclofenac Gel	109	30,3
Paracetamol + tramadol	57	15,8
Corticoid	6	1,7
Methylprednisolon đường uống	6	1,7

*SYSADOA (Symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis): thuốc điều trị triệu chứng THK tác dụng chậm

Đa phần BN (83,6%) dùng phác đồ phối hợp thuốc, phổ biến nhất là phối hợp từ 3 thuốc trở lên (52,5%). Chỉ 16,4% BN dùng đơn trị liệu. Kết quả cụ thể được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Phác đồ điều trị THK

Phác đồ điều trị THK	Tần suất (N=360)	Tỉ lệ %
Đơn trị	59	16,4
Phối hợp 2 thuốc	112	31,1
Phối hợp 3 thuốc	129	35,8
Phối hợp ≥ 4 thuốc	60	16,7

Tỉ lệ tuân thủ điều trị

Điểm MMAS-8 trung vị là 6 (5 - 8). Tỉ lệ BN TTĐT mức độ cao, trung bình và thấp lần lượt là 31,9%; 33,6% và 34,5%. Kết quả mức độ TTĐT điều trị THK được trình này trong bảng 6.

Bảng 6. Kết quả mức độ tuân thủ dùng thuốc điều trị THK

Mức độ tuân thủ	Số BN (N=360)	Tỉ lệ (%)
Tuân thủ cao	115	31,9
Tuân thủ trung bình	121	33,6
Tuân thủ thấp/ kém	124	34,4

Kết quả phỏng vấn bằng bộ câu hỏi MMAS-8 còn giúp xác định được một số lý do dẫn đến không TTĐT. Tỉ lệ BN trả lời "có" cho từng câu hỏi được trình bày trong bảng 7.

Bảng 7. Tỉ lệ BN trả lời "có" trong bộ câu hỏi MMAS-8

STT	Nội dung câu hỏi	Tần suất (N=360)	Tỉ lệ %
1	Thỉnh thoảng ông/bà có quên dùng thuốc điều trị THK không?	139	38,6
2	Trong hai tuần trở lại đây, có khi nào ông/bà không dùng thuốc điều trị THK?	68	18,9
3	Có bao giờ ông/bà giảm hoặc ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ vì cảm thấy tình trạng bệnh tệ hơn khi sử dụng thuốc?	124	34,4
4	Khi đi du lịch hoặc đi xa nhà, thỉnh thoảng ông/bà có quên mang theo thuốc không?	34	9,4
5	Ngày hôm qua, ông/bà có dùng thuốc điều trị THK không?	334	92,8
6	Khi cảm thấy bệnh đã đỡ, thỉnh thoảng ông/bà có ngưng dùng thuốc điều trị THK không?	125	34,7
7	Dùng thuốc mỗi ngày gây bất tiện cho một số người. Có bao giờ ông/bà cảm thấy phiền khi phải tuân thủ chế độ điều trị?	104	28,9
8	Ông/bà có gặp khó khăn khi ghi nhớ thời gian uống tất cả các loại thuốc điều trị THK? ● Không bao giờ/ hiếm khi ● Lâu lâu mới quên 1 lần ● Thỉnh thoảng ● Thường xuyên ● Luôn luôn	 323 7 17 4 9	 89,7 1,9 4,7 1,1 2,5

Lý do phổ biến nhất dẫn đến không TTĐT là "quên dùng thuốc" (38,6%), kế đến là ngưng thuốc khi cảm thấy bệnh đã đỡ (34,7%) hoặc tình trạng bệnh tệ hơn (34,4%).

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm cần thiết và điểm lo lắng giữa BN tuân thủ và không tuân thủ điều trị. Kết quả cụ thể được trình bày trong bảng 8.

Bảng 8. So sánh điểm BMQ giữa nhóm BN tuân thủ và không tuân thủ điều trị

Điểm BMQ	Tổng (N=360)	So sánh điểm BMQ giữa hai nhóm BN		
		Nhóm TTĐT (N=115)	Nhóm không TTĐT (N=245)	p value
Điểm cần thiết	12 (8 – 23)	18,0 (9 – 25)	11,0 (8 – 20)	<0,001
Điểm lo lắng	19 (11 – 21)	17,0 (9 – 21)	19,0 (12,5 – 21)	0,004
Điểm lạm dụng	9 (5 – 12)	9,0 (8 – 12)	10,0 (8 – 12)	0,129
Điểm tác hại	6 (4 – 8)	6,0 (4 – 8)	7,0 (5 – 8)	0,100

Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy gặp TDKMM (OR = 0,609; KTC 95% = 0,372 - 0,997; p = 0,049) và nhận thức của BN về sự cần thiết của thuốc (OR = 1,077; KTC 95% = 1,034 – 1,122; p < 0,001) là các yếu tố liên quan đến TTĐT ở BN THK. Kết quả cụ thể được trình bày trong bảng 9.

Bảng 9. Kết quả hồi quy logistic đa biến

Yếu tố khảo sát	Giá trị tham chiếu	p value	OR	Cl 95% của OR	
				Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Giới tính	Nữ so với Nam	0,341	1,277	0,771	2,115
Trình độ học vấn	Trên THCS so với từ THCS trở xuống	0,129	1,463	0,895	2,393
Nghề nghiệp	Đi làm so với không đi làm	0,635	1,147	0,652	2,018
Thời gian mắc bệnh	≤1 năm	0,488			
	1-5 năm	0,251	0,672	0,340	1,325
	>5 năm	0,331	0,729	0,385	1,380
TDKMM	Có so với không	0,049	0,609	0,372	0,997
Tuổi		0,996	1,000	0,974	1,026
Số lượng thuốc/ đơn		0,498	1,073	0,875	1,316
Điểm cần thiết		<0,001	1,077	1,034	1,122
Điểm lo lắng		0,125	0,964	0,921	1,010
Điểm lạm dụng		0,353	0,958	0,876	1,048
Điểm tác hại		0,695	1,033	0,879	1,214

IV. BÀN LUẬN

NSAIDs đường uống là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (77,8%) trong điều trị THK. Kết quả này phù hợp khuyến cáo của Hội Thấp Khớp Hoa Kỳ năm 2019. NSAIDs đường uống là thuốc được chỉ định đầu tay và khuyên dùng hơn tất cả các nhóm thuốc khác trong điều trị THK [4]. Các NC về điều trị THK cũng cho kết quả tương đồng. NC của Nicholas W và cộng sự với 77,4% BN dùng NSAIDs đường uống [6]. Một NC về mô hình điều trị THK tại Hàn Quốc cho thấy tỉ lệ kê đơn NSAIDs đường uống là 82,5% [7]. Tỉ lệ dùng paracetamol trong NC của chúng tôi chỉ ở mức trung bình (43,1%). Tỉ lệ này thấp hơn so với các NC khác với > 70% BN được chỉ định dùng paracetamol [2][6]. Các hướng dẫn điều trị THK trên thế giới đều cho rằng hiệu quả giảm đau của paracetamol là thấp, không vượt trội so với giả dược. Do đó, thuốc này chỉ thích hợp để điều trị ngắn hạn khi BN không dung nạp hoặc chống chỉ định với NSAIDs [4]. Glucosamin là SYSADOA duy nhất được ghi nhận với tỉ lệ 37,2%. Trong khi đó, NC của Park H.R và cộng sự tại Hàn Quốc cho thấy 43,4% BN dùng SYSAODA (diacerein, chất không xà phòng hóa từ bơ và đậu nành, SYSADOA thảo dược) [7]. Có sự khác biệt về tỉ lệ và các SYSADOA được sử dụng. Điều này có thể do các khuyến cáo về điều trị THK của nhóm SYSADOA vẫn còn mâu thuẫn [1],[4]. Do đó, việc sử dụng nhóm thuốc này tùy thuộc vào sự chấp thuận và đánh giá hiệu quả của từng quốc gia. Glucosamin được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y Tế (BYT) năm 2016 về điều trị THK. Điểm đặc biệt trong NC này là 1,7% BN được kê đơn corticoid đường uống. Theo hướng dẫn của BYT về điều trị THK, corticoid đường toàn thân không được khuyến cáo, thay vào đó là đường tiêm nội khớp. Mặc dù được dùng với tỉ lệ rất thấp nhưng không phù hợp. Cần có sự thận trọng khi kê đơn, tránh lạm dụng corticoid trong điều trị THK.

Có 83,6% BN dùng phác đồ phối hợp thuốc, chủ yếu là phối hợp từ 3 thuốc trở lên (52,5%), chỉ số ít BN sử dụng đơn trị liệu (16,4%). Kết quả này tương đồng với NC của Nicholas W và cộng sự, 76,7% BN sử dụng phác đồ phối hợp thuốc, phổ biến nhất phối hợp từ 3 thuốc trở lên (53,9%) [6]. NC của Part H.R và cộng sự ghi

nhận 68,6% BN THK được kê đơn phác đồ phối hợp [7]. Sử dụng phác đồ phối hợp thuốc trong điều trị THK là phổ biến, giúp mang lại hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, cần xem xét đầy đủ tính hiệu quả, an toàn và cần thiết dựa trên các hướng dẫn điều trị và đáp ứng lâm sàng của BN.

Kết quả NC cho thấy có 31,9% BN TTĐT, 68% BN không TTĐT (trong đó, 33,6% BN tuân thủ trung bình và 34,4% tuân thủ thấp). Tỉ lệ TTĐT trong NC của chúng tôi thấp hơn các NC tuân thủ khác trên BN THK. Nghiên cứu của Laba T.L và cộng sự cho thấy 47% BN THK báo cáo tuân thủ dùng thuốc hoàn toàn [5]. Một NC tại Pháp cho thấy 80% BN tuân thủ dùng glucosamin [1]. Theo NC Park K.K và cộng sự, tỉ lệ TTĐT là 85,7% (trong đó, 65,6% BN tuân thủ nghiêm ngặt và 20,1% tuân thủ tốt) [8]. Tỉ lệ thấp trong NC của chúng tôi có thể do sự khác nhau về bộ câu hỏi đánh giá TTĐT. NC của chúng tôi dùng bộ câu hỏi MMAS-8. Trong khi đó, các NC khác dùng thang đo trực quan. Việc BN tự báo cáo bằng thang đo trực quan có thể dễ làm tăng tỉ lệ tuân thủ hơn so với thực tế [1]. Lý do phổ biến nhất dẫn đến không TTĐT là quên uống thuốc (38,6%), kế đến là "tự ý giảm hoặc ngưng dùng thuốc khi cảm thấy bệnh đỡ hơn (34,7%) hoặc cảm thấy tình trạng bệnh tệ hơn (34,4%). Theo NC của Park K.K và công sự, cho lý do hàng đầu khiến BN không TTĐT là "triệu chứng được cải thiện" (21,5%) [8]. Một NC khác tại Mỹ cho thấy 25% BN quên uống thuốc, 27% BN ngưng thuốc khi cảm thấy đỡ hơn [5]. Có sự tương đồng về kết quả NC của chúng tôi với các NC trên. Quên thuốc và tự ý giảm/ngưng thuốc là các lý do phổ biến dẫn đến không TTĐT. Việc quên dùng thuốc ở BN THK có thể do hầu hết BN tham gia NC là người cao tuổi (69,7% BN > 60 tuổi trong NC của chúng tôi). Đối tượng này thường có trí nhớ kém, dễ quên. Bên cạnh đó, trong điều trị THK BN sử dụng SYSADOA (37,2% BN trong NC của chúng tôi dùng glucosamin). Các thuốc này cần điều trị lâu dài để đạt hiệu quả. Việc giảm hoặc ngừng thuốc có thể làm giảm hiệu quả điều trị, tăng tỉ lệ tái phát.

Phân tích hồi quy logistic cho thấy TDKMM và nhận thức của BN về sự cần thiết của thuốc là các yếu tố liên quan đến TTĐT ở BN THK. BN gặp TDKMM kém tuân thủ hơn (OR = 0,609; CI 95% = 0,372 - 0,997; p = 0,049). Kết quả này tương đồng với NC của Conrozier T và cộng sự (p<0,001) [1]. TDKMM là một rào cản, ảnh hưởng tiêu cực đến việc tuân thủ dùng thuốc của BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi 50,6% BN gặp TDKMM, chủ yếu là các TDKMM trên đường tiêu hóa gây ra do NSAIDs. Yếu tố này có được giảm thiểu bằng cách dùng NSAIDs ức chế chọn lọc COX2 hoặc NSAIDs không chọn lọc phối hợp với PPI [1]. Nên dùng NSAIDs ở liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể [4]. Bên cạnh đó, BN nhận thức được sự cần thiết của thuốc sẽ tuân thủ tốt hơn (OR = 1,077; KTC 95% = 1,034 – 1,122; p < 0,001). Do đo, cần có biện pháp để nâng cao nhận thức và hiểu biết của BN về sự cần thiết của điều trị bằng thuốc, từ đó tăng tuân thủ dùng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Trong điều trị THK BN chủ yếu sử dụng phác đồ phối hợp thuốc (83,6%) và NSAID là nhóm thuốc chính được kê đơn (77,8%). Tỉ lệ tuân thủ điều trị là 31,9%. TDKMM và niềm tin vào sự cần thiết của thuốc là các yếu tố liên quan đến TTĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arden N. K. et al.** Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. Nature Reviews Rheumatology. 2021; 17: 59–66
2. **Conrozier T. et al.** Predictive factors of adherence to an association of glucosamine sulfate, copper, and ginger extracts in patients with symptomatic osteoarthritis: a prospective open-label French noninterventional study (the PREDOA study). Patient Preference and Adherence. 2019; 13: 915–921.
3. **Ho-Pham Lan T. et al.** Prevalence of radiographic osteoarthritis of the knee and its relationship to self-reported pain. PloS one. 2014; 9(4): 94563.
4. **Kolasinski S.L. et al.** 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis & Rheumaatology. 2020; 72(2): 220-233.
5. **Laba T.L. et al.** Patient preferences for adherence to treatment for osteoarthritis: the MEdication Decisions in Osteoarthritis Study (MEDOS). BMC Musculoskelet Disord. 2013; 14:160.
6. **Nicholas W. et al.** Drug utilization in patients with OA: a population-based study. Rheumatology. 2015; 54(5):860-867
7. **Park Ha-Rim et al.** Treatment patterns of knee osteoarthritis patients in Korea. Korean J Intern Med. 2019; 34(5): 1145–1153.
8. **Park K.K. et al.** The Effects of Adherence to Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Factors Influencing Drug Adherence in Patients with Knee Osteoarthritis. Journal of Korean Medical Science. 2016; 31(5): 795–800.

BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI VÙNG KHẨU HẦU NHIỄM HPV TYPE NGUY CƠ CAO

Trần Thị Hương Lý[1], Nguyễn Văn Luân[2], Trần Ngọc Dung[2], Võ Văn Kha[1], Hứa Thị Ngọc Hà[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm HPV không chỉ là yếu tố nguy cơ mà còn là yếu tố tiên lượng trong ung thư khẩu hầu. Đáp ứng điều trị và kết quả sống còn ở nhóm bệnh nhân có nhiễm HPV thường tốt hơn so với nhóm bệnh nhân không nhiễm HPV. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus type nguy cơ cao (high-risk)(HR-HPV) và mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân ung thư khẩu hầu có nhiễm HPV, điều trị tại Bệnh viện ung bướu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư khẩu hầu, loại mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào gai, nhập viện điều trị tại Bệnh viện ung bướu Cần Thơ, từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2023. Xác định sự hiện diện của HR-HPV ở mô sinh thiết cố định bằng formalin đệm trung tính vùi trong parafin bằng kỹ thuật real-time PCR. Ghi nhận các đặc điểm về dân số, giai đoạn bệnh và vị trí khối u của bệnh nhân ung thư khẩu hầu có nhiễm HPV. **Kết quả**: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,73 ± 9,37. Tỷ lệ nam/nữ là 9/1. Tỷ lệ nhiễm HPV type nguy cơ cao ở bệnh nhân ung thư khẩu hầu là 56,7% (17/30 bệnh nhân) và 100% là type HPV16 (30/30 bệnh nhân). Trong 17 bệnh nhân ung thư khẩu hầu có nhiễm HPV16, đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 50-59 tuổi (43,3%); là nam giới (90%); cư trú ở nông thôn (58,8%); vị trí u ở amiđan chiếm cao nhất (58,8%), kế đến là đáy lưỡi (35,3%) và khẩu cái mềm (5,9%). Có 58,8% bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn III và IV và hóa xạ đồng thời là phương pháp điều trị phổ biến nhất (47,1%). **Kết luận**: Tỷ lệ nhiễm HR-HPV ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng khẩu hầu khá cao, chủ yếu là type HPV16. Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng khẩu hầu nhiễm HPV16 chủ yếu là nam giới, đa số được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và amiđan là vị trí thường gặp nhất của khối u.

Từ khóa: HPV type nguy cơ cao, ung thư khẩu hầu, Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ.

SUMMARY

INITIAL STUDY OF THE RATE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE OROPHARYNGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA WITH HIGH RISK HPV INFECTION

Background: HPV infection is not only a risk factor but also a prognostic factor in oropharyngeal cancer. Treatment response and survival outcomes in the patients with HPV-infected are often better than patients without HPV-infected. **Objectives**: Identifying high-risk Human papillomavirus (HR-HPV) prevalence and describe characteristics of oropharyngeal cancer patients with HPV- infected, treated at Can Oncology Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study conducted at Can Tho Oncology Hospital from January 2023 to July 2023 on 30 patients with oropharyngeal cancer who had histology of squamous cell carcinoma (OPSCC). FFPE real-time PCR can be used to determine HPV status. Record demographic characteristics, stage and tumor location of oropharyngeal cancer patients with HPV-infected. **Results:** The median age was 58.73 ± 9.37. The ratio of men to women was 9:1. 56,7% of patients were HR-HPV positive results (17/30), of which 100% was HPV16 (30/30). Among 17 oropharyngeal cancer patients infected with HPV16, the majority of patients were in the age group 50-59 (43.3%); men (90%); rural areas (58.8%); the most common tumor location is the tonsils (58.8%), followed by the base of the tongue (35.3%) and soft palate (5.9%). There are 58.8% of hospitalized patients in stages III and IV and concurrent radiotherapy is the most common treatment method (47.1%). **Conclusion:** The rate of HR-HPV infection in OPSCC patients is high, most of which are HPV16. OPSCC patients with HPV16-infected are mainly men, diagnosed at a late stage and the tonsils.

Keywords: High-risk HPV, oropharyngeal cancer, Can Tho Oncology Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư khẩu hầu đứng hàng thứ tư trong nhóm ung thư đầu cổ trên thế giới, với số ca mới mắc hàng năm là 98.412 người và số ca tử vong là 48.143 người. Tại Việt Nam, ung thư khẩu hầu đứng hàng thứ năm trong nhóm các bệnh lý ung thư đầu cổ [3], [7]. Năm 2020, số ca mắc mới là 503 người ở nam giới và 102 người ở nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 4,9 [8].

Hút thuốc là và uống rượu là hai yếu tố nguy cơ thường gặp ở bệnh nhân ung thư khẩu hầu [1]. Gần đây, một yếu tố nguy cơ quan trọng nữa, thường được đề cập đến là nhiễm HPV [5]. Nhiễm HPV không chỉ là yếu tố nguy cơ mà còn là yếu tố tiên lượng bệnh nhân. Kết quả sống còn và đáp ứng điều trị ở nhóm bệnh nhân có

[1]*Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ*
[2]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
[3]*Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hương Lý
Email: bshuongly@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024
Ngày duyệt bài: 24.7.2024