

chúng tôi cao hơn. Điều này có thể lý giải vì địa điểm thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh – một trong những bệnh viện tuyến cuối trên cả nước. Phần lớn người bệnh khi đến khám đã có những than phiền về suy giảm nhận thức rất lâu, từ vài tháng đến vài năm và đã tiếp nhận điều trị ở nhiều cơ sở y tế các tuyến. Nên đa số người bệnh đến khám tại Phòng khám chuyên khoa Thần kinh đã có tình trạng suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ thật sự chứ không phải than phiền chủ quan. Những điều này cho thấy tầm quan trọng của việc tầm soát và chẩn đoán sớm sa sút trí tuệ trên nhóm người có than phiền suy giảm trí nhớ.

V. KẾT LUẬN

Suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ là bệnh lý thường gặp ở nhóm người cao tuổi, ưu thế ở nữ giới và nhóm người có trình độ học vấn thấp. Đánh giá chức năng nhận thức bằng thang điểm MMSE trên người có than phiền suy giảm trí nhớ, ở điểm cắt 25 ghi nhận 90% các trường hợp có suy giảm chức năng nhận thức bao gồm cả suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Thị Vân Trang, Nguyễn Thị Mai Thơ, Vũ TC, Trịnh Xuân Nam, Trần Bá Biên và cộng sự** (2003). "Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo thang điểm MINI – COG ở người bệnh tại Khoa Nội A, Bệnh Viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An năm 2023". VMJ. 530(1). doi:10.51298/vmj. v530i1.6608

2. **Nguyễn Kim Việt** (2009). "Nghiên cứu đặc điểm sa sút trí tuệ tại cộng đồng". Tạp chí Y Học Thực Hành. 10(679), pp. 16-18.
3. **Nguyễn Thị Minh Ngọc, Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên, Nguyễn Trần Tố Trân và cộng sự** (2021). "Tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ, sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan theo thang điểm MoCA ở người bệnh cao tuổi tại phòng khám lão khoa, Bệnh Viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 25(2), pp. 182-187.
4. **Nguyễn Văn Anh, Phạm Thành Trung, Tống Mai Trang và cộng sự** (2022). "Giá trị tầm soát sa sút trí tuệ khi kết hợp thang điểm MMSE và thang vẽ đồng hồ (CDT)". Tạp chí Y học Việt Nam. 10(679), pp. 328-333.
5. **Canavan M, O'Donnell MJ** (2022). "Hypertension and Cognitive Impairment: A Review of Mechanisms and Key Concepts". Front Neurol.13. Accessed September 15, 2023.
6. **Han F, Luo C, Lv D, Tian L, Qu C** (2022). "Risk Factors Affecting Cognitive Impairment of the Elderly Aged 65 and Over: A Cross-Sectional Study". Front Aging Neurosci.14:903794. doi:10.3389/fnagi.2022.903794
7. **Peterson DJ, Gargya S, Kopeikin KS, Naveh-Benjamin M** (2017). "The impact of level of education on age-related deficits in associative memory: Behavioral and neuropsychological perspectives". Cortex. 91,pp. 9-24. doi:10.1016/j.cortex.2016.12.020
8. **Ungvari Z, Toth P, Tarantini S, et al** (2021). "Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health". Nature Reviews Nephrology.17(10),pp.639-654. doi: 10.1038/s41581-021-00430-6

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TRƯỚC KHI VÀO VIỆN Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỜNG CỰC ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUỐC GIA

Lê Thị Thanh Huyền¹, Đặng Thị Mai¹, Phạm Thị Thu Hiền¹,
Nguyễn Thị Ngọc¹, Nguyễn Minh Phúc¹, Đông Thị Hảo¹,
Nguyễn Thị Hoàng Yến¹, Nguyễn Thị Thành Đạt¹, Đoàn Thị Thu Huyền²

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ điều trị trước khi vào viện ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLCXC) điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bạch Mai. Đây là một nghiên cứu cắt ngang trên 121 người bệnh RLCXC tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả cho thấy: người bệnh có tuổi trung bình

là 41,78 ± 15,77, phần nhiều là nữ giới (59,5%), có mức độ không tuân thủ cao. Trong đó, mức độ tuân thủ kém có tỷ lệ 36,4% và mức độ tuân thủ trung bình là 19,8%. Điểm tuân thủ trung bình theo thang Morisky là 5,63 ± 2,83 (0 – 8). Lý do bỏ thuốc ở những người bệnh không tuân thủ điều trị chủ yếu là do tác dụng không mong muốn của thuốc (56,4%), không nhớ uống thuốc do: đi chơi, đi làm hoặc công việc quá bận (46,2%) và hết thuốc chưa đi lĩnh (41,3%). Từ các kết quả có thể thấy cần tăng cường giáo dục kiến thức về bệnh và thực hành tuân thủ điều trị cho người bệnh RLCXC. **Từ khóa:** tuân thủ điều trị, rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

SUMMARY

TREATMENT ADHERENCE STATUS AMONG

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Huyền

Email: huyenle06101979@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER BEFORE ADMISSION AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

We conducted a study with the goal of describing the current status of treatment adherence among patients with bipolar disorder treated at the Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. This is a cross-sectional study which included 121 patients with bipolar disorder at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. The results showed that patients had an average age of 41.78 ± 15.77 years, most were women (59.5%), and they had a high level of non-adherence. The proportion of low adherence was 36.4% and medium adherence was 19.8%. The average adherence score according to the Morisky scale was 5.63 ± 2.83 (0 – 8). The reasons for stopping medication among poor adherence patients were mainly due to adverse effect reactions (56.4%), forgetting to take medication when going out, going to work or being too busy (46.2%) and running out of medicine (41.3%). From the results, it can be seen that it is necessary to improve education about disease awareness and to practice treatment adherence for patients with bipolar disorder.

Keywords: treatment adherence, bipolar disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực là một rối loạn mãn tính được đặc trưng bởi sự tái phát của các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ, trầm cảm và hỗn hợp [1]. Tỷ lệ mắc rối loạn cảm xúc lưỡng cực trong suốt cuộc đời ước tính là 1%. Hiện nay, để điều trị rối loạn cảm xúc có nhiều liệu pháp như: liệu pháp hóa dược, liệu pháp sốc điện, kích thích từ xuyên sọ hoặc liệu pháp tâm lý. Trong đó liệu pháp hóa dược đóng vai trò then chốt và sự tuân thủ điều trị đóng vai trò quan trọng cho sự thành công hay thất bại của liệu pháp hoá dược. Tuy nhiên, không tuân thủ điều trị ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực là tình trạng phổ biến. Các nghiên cứu báo cáo khoảng 20 – 60% người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực tuân thủ kém hoặc không tuân thủ các thuốc đã được kê đơn [2]. Kết quả là hơn 30% số ca nhập viện do không tuân thủ dùng thuốc [3], [4]. không tuân thủ đã được chứng minh là yếu tố làm giảm khả năng lao động, tăng tỷ lệ tái phát, tăng tỷ lệ nhập viện và tăng tỷ lệ tự sát ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực [5].

Ở Việt Nam, cho đến nay chưa có đề tài nào nghiên cứu về sự tuân thủ điều trị ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Thực trạng tuân thủ điều trị trước khi vào viện ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực điều trị ở Viện Sức khỏe Tâm thần – Bạch Mai*" với mục tiêu: *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị trước khi vào viện ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn cảm xúc lưỡng cực (F31) theo tiêu chuẩn ICD 10.

Có thông tin đầy đủ (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng) cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến hoạt động chức năng não; Người bệnh có tổn thương thực thể não kèm theo; Người bệnh lạm dụng chất hoặc nghiện chất hoặc sử dụng các chất tác động tâm thần; Người bệnh không có khả năng hiểu, trả lời trong quá trình thu thập thông tin và thực hiện thang đo tâm lý, không tuân thủ quá trình nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: Dự kiến từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức "Ước tính một tỷ lệ trong quần thể":

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

Trong đó: n: Là cỡ mẫu nghiên cứu.

p: Là tỷ lệ triệu chứng rối loạn tâm thần ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Do tỷ lệ các triệu chứng theo nghiên cứu trước đó không đồng nhất nên lấy $p = 0,5$.

α : Là sai số loại I, ước tính trong nghiên cứu = 0,05 (độ tin cậy là 95%).

$Z_{1-\alpha/2}$: Là hệ số tin cậy = 1,96, với $\alpha = 0,05$.

d: Là độ chính xác mong muốn giữa mẫu và quần thể = 0,1

Theo công thức trên tính cỡ mẫu tối thiểu là $n = 96,04$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 96 người bệnh. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 121 người bệnh RLCXLC

***Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Chọn mẫu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ đến khi ít nhất đủ mẫu tối thiểu.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu. Biến số, chỉ số nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới tính, thang điểm đánh giá tuân thủ dùng thuốc Morisky-8.

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Phiếu khảo sát được thiết kế riêng, phù hợp với nghiên cứu

Thang điểm đánh giá tuân thủ dùng thuốc

Morisky-8 là thang phòng vấn có cấu trúc để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị (MMAS). Thang được sử dụng rộng rãi cho nhiều bệnh lý mạn tính bao gồm cả RLCXLC. Thang Morisky-8 có độ nhạy là 0,81 và độ tin cậy cao với hệ số Cronback alpha = 0,61. Thang gồm 08 câu hỏi. Từ câu 1 đến câu 4 và từ câu 6 đến câu 8 trong thang đo là câu hỏi "có/không". Mỗi câu trả lời "không" được tính 1 điểm. Điểm đánh giá dựa trên câu trả lời "không" của người bệnh. Mỗi câu trả lời "không" từ câu 1 đến câu 4 và từ câu 6 đến câu 8 trong thang đo được tính 1 điểm. Riêng câu hỏi số 5: "Ngày hôm qua anh chị có uống thuốc không?". Nếu trả lời "không" được tính "0 điểm". Trả lời là "có" được tính "1 điểm". Mức độ tuân thủ điều trị được đánh giá trên tổng điểm của các câu hỏi:

+ Tuân thủ điều trị/ tuân thủ điều trị tốt là khi tổng điểm = 8 điểm

+ Không tuân thủ điều trị/ Tuân thủ điều trị trung bình hoặc kém là khi tổng điểm < 8 điểm. Trong đó: tuân thủ điều trị trung bình khi tổng điểm đạt 7 – 6 điểm. Tuân thủ điều trị kém khi tổng điểm đạt 5 – 0 điểm [5]. Trong nghiên cứu này, hệ số Cronback alpha = 0,907

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Mọi thông tin trong hồ sơ được đảm bảo giữ bí mật.

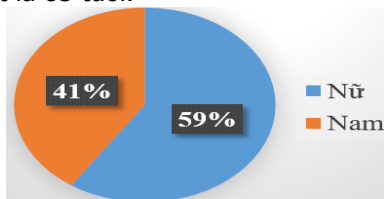
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của người bệnh RLCXLC (n = 121)

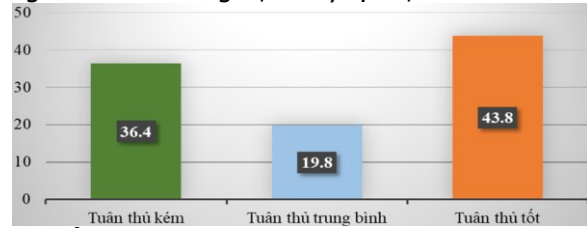
Nhóm tuổi	n	%
< 20 tuổi	6	5,0
20 – 39 tuổi	61	50,4
40 – 59 tuổi	34	28,1
≥ 60 tuổi	20	16,5
Tổng	121	100,0
Tuổi trung bình (tuổi) (Min – Max)	41,78 ± 15,77 (16 – 85)	

Nhận xét: Phần lớn người bệnh RLCXLC trong nghiên cứu ở nhóm tuổi 20 – 39 (50,4%), tiếp đó là nhóm tuổi 40 – 59 (28,1%). Tuổi trung bình là 41,78 ± 15,77, thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 85 tuổi.



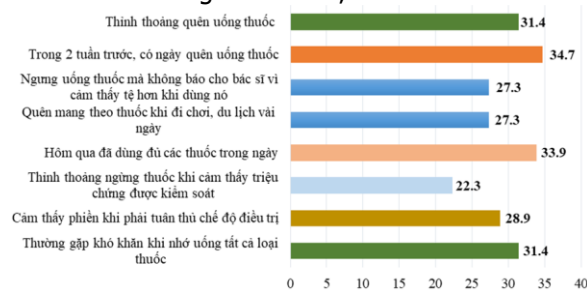
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của người

bệnh RLCXLC (n = 121)
Nhận xét: Đa số người bệnh RLCXLC trong nghiên cứu là nữ giới, với tỷ lệ 59,5%.



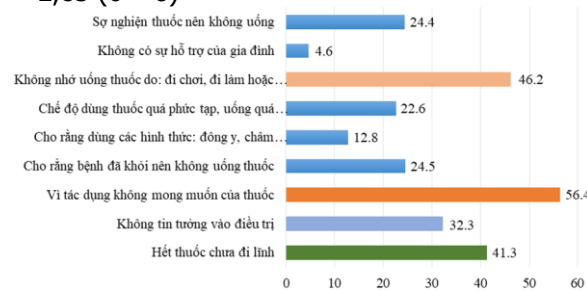
Biểu đồ 3.2. Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh RLCXLC (n = 121)

Nhận xét: Theo thang điểm Morisky, người bệnh RLCXLC có mức độ tuân thủ có mức độ tuân thủ kém và tuân thủ trung bình khá cao, tỷ lệ lần lượt là 36,4% và 19,8%. Tổng tỷ lệ tuân thủ kém và trung bình là 56,2%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (n = 121)

Nhận xét: Theo thang điểm Morisky, phần nhiều người bệnh RLCXLC trong 2 tuần trước có ngày quên thuốc (34,7%), thường gặp khó khăn khi nhớ uống tất cả các loại thuốc và thình thoảng quên uống thuốc với tỷ lệ tương đương nhau là 31,4%. Trung bình điểm Morisky là 5,63 ± 2,83 (0 – 8)



Biểu đồ 3.4. Lý do bỏ thuốc của người bệnh

Nhận xét: Đa số người bệnh bỏ thuốc vì tác dụng không mong muốn của thuốc (56,4%), tiếp đó là vì không nhớ uống thuốc do: đi chơi, đi làm hoặc công việc quá bận (46,2%) và hết thuốc chưa đi lĩnh (41,3%)

IV. BÀN LUẬN

*** Đặc điểm về tuổi**

Kết quả của chúng tôi cho thấy phần lớn

người bệnh RLCXLC trong nghiên cứu ở nhóm tuổi 20 – 39 (50,4%), tiếp đó là nhóm tuổi 40 – 59 (28,1%). Tuổi trung bình là $41,78 \pm 15,77$, thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 85 tuổi (bảng 3.1). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Habte Belete và cộng sự (2020) khi nhận thấy nhóm tuổi 25 – 34 gặp nhiều nhất với tỷ lệ là 38,5%, tiếp đó là nhóm tuổi 35 – 44 với tỷ lệ 26% [6]. Tobias A. Rowland và Steven Marwaha nhận định độ tuổi trung bình khởi RLCXLC dường như là vào đầu những năm 20 tuổi và thường là nằm trong khoảng từ 20 – 30 tuổi. Một nghiên cứu đoàn hệ của Jojanneke S Kroon và cộng sự (2013) từ năm 1996 – 2007 trên 800000 người bệnh ở Hà Lan cho thấy RLCXLC thường khởi phát ở độ tuổi từ 15 – 24 tuổi [7]. Tuy nhiên, ước tính tuổi khởi phát rất khó chính xác đối với RLCXLC do các triệu chứng thường xuất hiện mờ nhạt và âm thầm. Chỉ đến khi các triệu chứng xuất hiện rõ ràng và rầm rộ thì người bệnh hoặc người nhà người bệnh mới đưa đến khám tại cơ sở tâm thần. Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy sở dĩ nhóm tuổi 20-39 chiếm tỷ lệ cao nhất là bởi đây là nhóm lứa tuổi có kiến thức về bệnh tật, tự chủ về tài chính và có khả năng tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, được gia đình quan tâm và nhận biết. Còn nhóm đối tượng trẻ tuổi < 20 (5,0%) có thể chưa được chẩn đoán đúng rối loạn bệnh, thậm chí không biết đến chuyên khoa tâm thần (rất phổ biến ở Việt Nam), và nhóm tuổi từ 60 trở lên, đây là nhóm tuổi mắc nhiều bệnh lý tuổi già, dễ bị chồng lấp triệu chứng với các bệnh lý cơ thể, thiếu sự quan tâm đúng mức từ người nhà, thiếu tự chủ trong vấn đề tìm đến các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần.

***Đặc điểm về giới tính.** Trong số 121 bệnh nhân nghiên cứu, nam giới là 49 bệnh nhân chiếm 40,5%, nữ giới chiếm 59,5% (biểu đồ 1). Tỷ lệ này cho thấy nữ giới mắc RLCXLC cao hơn nam giới. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Habte Belete và cộng sự (2020) khi cho biết tỷ lệ nữ giới mắc RLCXLC cao hơn nam giới, tỷ lệ lần lượt là 57% và 43% [6] Tuy nhiên một nghiên cứu đánh giá tổng quan trên 20 nghiên cứu khác của Adriana D (2010) cho biết mặc dù một số ít nghiên cứu không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ mắc RLCXLC ở nam giới và nữ giới nhưng phần lớn các nghiên cứu còn lại đều báo nguy cơ gia tăng ở phụ nữ mắc rối loạn lưỡng cực II, hưng cảm, RLCXLC giai đoạn hỗn hợp, đặc biệt là RLCXLC giai đoạn trầm cảm thì tỷ lệ nữ giới mắc cao hơn nam giới gấp 2 lần. Các tác giả cũng nhận định rằng nữ giới có nguy cơ mắc nhiều hơn nam giới là do phải chịu nhiều

sự tác động trong cuộc sống hơn nam giới, nhất là thời kỳ thai sản [8].

***Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.** Tuân thủ điều trị được Tổ chức y tế thế giới (WHO) định nghĩa như sau: "Tuân thủ điều trị lâu dài là mức độ hành vi của bệnh nhân đối với việc uống thuốc, theo đuổi chế độ ăn kiêng và/ hoặc thay đổi lối sống tương ứng với khuyến cáo của nhân viên y tế" [9]. "Tuân thủ điều trị dùng thuốc là khi người bệnh dùng thuốc đúng chỉ định của bác sĩ bao gồm: dùng đúng số viên thuốc trong 1 lần uống; số lần uống trong 1 ngày và dùng hết số ngày trong tháng". [10] Trong khuôn khổ của nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng khái niệm tuân thủ điều trị là tuân thủ điều trị bằng thuốc tức là việc thực hiện đúng loại thuốc, liều lượng và thời gian uống theo đơn bác sĩ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức độ tuân thủ của người bệnh RLCXLC theo thang điểm Morisky không cao. Mức độ tuân thủ kém và tuân thủ trung bình có tỷ lệ lần lượt là 36,4% và 19,8%. Tổng tỷ lệ tuân thủ kém và trung bình là 56,2% (biểu đồ 3.3). Theo thang điểm Morisky, phần nhiều người bệnh RLCXLC trong 2 tuần trước có ngày quên thuốc (34,7%), thường gặp khó khăn khi nhớ uống tất cả các loại thuốc và thỉnh thoảng quên uống thuốc với tỷ lệ tương đương nhau là 31,4%. Điểm trung bình thang Morisky là $5,63 \pm 2,83$. Thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 8 điểm (biểu đồ 3.4). Thang điểm Morisky - 8 mục cũng đã được xác nhận có giá trị vượt trội và độ tin cậy cao ở những người bệnh mắc các bệnh mạn tính khác. Đây có lẽ là một phương pháp tự báo cáo được chấp nhận nhiều nhất đối với tuân thủ sử dụng thuốc. Do đó nhân viên y tế cần chú trọng hơn đến việc đánh giá, sàng lọc tuân thủ điều trị để có kế hoạch can thiệp kịp thời. Mức độ không tuân thủ trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp hơn nghiên cứu của một số tác giả khác. Nghiên cứu của N. Selvakumar và cộng (2018) cho biết tỷ lệ tuân thủ mức độ trung bình chiếm 31,9% và tỷ lệ mức độ tuân thủ kém chiếm tới 60,6% còn tỷ lệ tuân thủ tốt chỉ chiếm 7,5% [5]. Nghiên cứu của Jose Manuel Montes và cộng sự (2013) cho biết tỷ lệ tuân thủ ở mức độ kém và trung bình ở người bệnh rối loạn lưỡng cực I là 72,9%. Nhìn chung, tỷ lệ không tuân thủ điều trị của người bệnh RLCXLC nằm trong khoảng từ 20–66% [5]. Xem xét lý do bỏ thuốc của người bệnh RLCXLC, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh bỏ thuốc do tác dụng không mong muốn của thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 56,4%, tiếp đến là do không nhớ uống thuốc do đi chơi, đi làm (46,2%). Trong khi đó nguyên nhân bỏ thuốc do

không có sự hỗ trợ của gia đình chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,6 %. Trong nghiên cứu của tác giả Sajatovic (2011) lại chỉ ra quên thuốc là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến việc không tuân thủ điều trị (55%), tiếp đến là nguyên nhân do tác dụng phụ của thuốc chiếm 20%. Do đó các bác sỹ lâm sàng cần đặc biệt chú ý đến những tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị để có thể tư vấn cách giải quyết tác dụng phụ có thể gặp, đề xuất nghiên cứu các giải pháp hỗ trợ nhắc nhở người bệnh uống thuốc đúng giờ giúp gia tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 121 người bệnh RLCXL tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy: người bệnh có tuổi trung bình là $41,78 \pm 15,77$, phần nhiều là nữ giới (59,5%), có mức độ không tuân thủ cao. Trong đó, mức độ tuân thủ kém có tỷ lệ 36,4% và mức độ tuân thủ trung bình là 19,8%. Điểm tuân thủ trung bình theo thang Morisky là $5,63 \pm 2,83$ (0 – 8). Lý do bỏ thuốc ở những người bệnh không tuân thủ điều trị chủ yếu là do tác dụng không mong muốn của thuốc (56,4%), không nhớ uống thuốc do: đi chơi, đi làm hoặc công việc quá bận (46,2%) và hết thuốc chưa đi lĩnh (41,3%).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loots E., Goossens E., Vanwesemael T. và cộng sự.** (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19), 10213.
2. **Levin J.B., Aebi M.E., Howland M. và cộng sự.** (2020). The Relationship between Medication Attitudes and Medication Adherence Behavior in Adults with Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 208(2), 87–93.
3. **McDonnell P.J. và Jacobs M.R.** (2002). Hospital Admissions Resulting from Preventable Adverse Drug Reactions. *Ann Pharmacother*, 36(9), 1331–1336.
4. **Osterberg Lars và Blaschke Terrence** (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*, 353(5), 487–497.
5. **Selvakumar N., Menon V., và Kattimani S.** (2018). A Cross-sectional Analysis of Patterns and Predictors of Medication Adherence in Bipolar Disorder: Single Center Experience from South India. *Clin Psychopharmacol Neurosci*, 16(2), 168–175.
6. **Belete H., Ali T., và Legas G.** (2020). Relapse and Clinical Characteristics of Patients with Bipolar Disorders in Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J*, 2020, 8986014.
7. **Kroon J.S., Wohlfarth T.D., Dieleman J. và cộng sự.** (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*, 15(3), 306–313.
8. **Diflorio A. và Jones I.** (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*, 22(5), 437–452.
9. **Chakrabarti S.** (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World J Psychiatry*, 6(4), 399–409.
10. **Kim Bảo Giang** (2017). Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện đa khoa huyện Cẩm Khê, Phú Thọ năm 2015-2016. *Ạp Chí Tế Công Cộng*, 44, 30–35.

TRẦM CẢM VÀ LO ÂU Ở NGƯỜI BỆNH TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH

Trần Thanh Vỹ^{1,3}, Huỳnh Kim Thông², Huỳnh Thúy Vy²,
Hồ Tất Bằng^{1,2}, Lâm Thảo Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở người bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 77

người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, sử dụng thang đánh giá Trầm cảm và lo âu bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression Scale). **Kết quả:** Độ tuổi trung vị là 71 tuổi (65-76). Nam giới chiếm 71,43%. Tỷ lệ trầm cảm và lo âu lần lượt là 25,97% và 23,38%. Trong các trường hợp trầm cảm, mức độ nhẹ, vừa và nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 60%, 25% và 15%. Tương tự, mức độ nhẹ, vừa và nặng của lo âu lần lượt là 77,78%; 16,67% và 5,55%. **Kết luận:** Người bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa số là nam giới nhập viện điều trị khi đã xuất hiện những biểu chứng như loét và hoại tử chi. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở người bệnh cao hơn đáng kể so với dân số chung. Việc triển khai các chương trình chăm

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, Đại học Y Dược TPHCM
²Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Thông
Email: hkthong.ytcc20@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024
Ngày duyệt bài: 5.8.2024