

niệu và nhiễm khuẩn hô hấp. *Pseudomonas putida* là loài vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất trong chi *Pseudomonas* (ngoại trừ *Pseudomonas aeruginosa*). *Pseudomonas* spp. kháng cao nhất với Trimethoprim/ sulfamethoxazole, Ticarcillin/ clavulanic acid và Levofloxacin; nhạy cảm cao nhất với Amikacin.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adesola Adejobi, et al.**, Antibiotic resistance pattern of *Pseudomonas* spp. from patients in a tertiary hospital in South-West Nigeria, *Germes* (2021) Jun; 11(2): 238–245.
2. **Hüsniü Bavkal, et al.**, Clinical features, risk factors, and antimicrobial resistance of *pseudomonas putida* isolates. *Medicine* (Baltimore). (2022) Dec 2; 101(48): e32145.
3. **Chan Ho Cho and Sang-Bumm Lee**, Comparison of clinical characteristics and antibiotic susceptibility between *Pseudomonas aeruginosa* and *P. putida* keratitis at a tertiary

- referral center: a retrospective study. *BMC Ophthalmology* (2018) 18:204
4. **Richa Gupta, et al.**, Incidence of Multidrug-Resistant *Pseudomonas* Spp. in ICU Patients with Special Reference to ESBL, AMPC, MBL and Biofilm Production. *J Glob Infect Dis.* (2016) Jan-Mar; 8(1): 25–31
  5. **Amy L. Leber**, *Clinical Microbiology Procedures Handbook*, 2016: ASM Press.
  6. **Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)**, *Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing* 32nd ed. CLSI supplement M100. (2022).
  7. **Seong Eun Kim, et al.**, Nosocomial *Pseudomonas putida* Bacteremia: High Rates of Carbapenem Resistance and Mortality. *Chonnam Medical Journal* (2012); 48(2): 91-95.
  8. **Brittan S. Scales, et al.**, Microbiology, Genomics, and Clinical Significance of the *Pseudomonas fluorescens* Species Complex, an Unappreciated Colonizer of Humans. *Clin Microbiol Rev.* (2014) Oct; 27(4): 927–948.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM, VÀ TÌNH HÌNH TUÂN THỦ CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Loan<sup>1</sup>, Lê Thị Thuận<sup>1</sup>, Bùi Thị Ánh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Nhung<sup>1</sup>, Vũ Xuân Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Dũng<sup>2</sup>, Mai Thanh Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là bệnh lý tiêu hóa phổ biến, hay tái phát. Điều trị bệnh này phức tạp, và phụ thuộc nhiều vào sự tuân thủ điều trị của người bệnh, tuy nhiên sự tuân thủ điều trị và tái khám của bệnh nhân chưa được quan tâm đúng mức. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát đặc điểm của bệnh nhân VLDDTT, và thực trạng tuân thủ điều trị của họ tại bệnh viện TWQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 356 bệnh nhân VLDDTT có triệu chứng lâm sàng được chọn ngẫu nhiên dựa vào kết quả nội soi và hồ sơ khám ngoại trú, từ 8/2023 đến 5/2024. Bệnh nhân tuân thủ điều trị khi điểm MMAS-8  $\geq$  6 điểm, và tuân thủ tái khám khi có tái khám trong vòng 12 tuần. Các chỉ số chung (tuổi, giới), kinh tế xã hội (nghề nghiệp, bảo hiểm y tế...) và đặc điểm lâm sàng (viêm, loét và nguyên nhân bệnh) được ghi nhận và phân tích thống kê. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $51,4 \pm 12,8$  tuổi; Nam/Nữ 2/1; Trong nhóm nghiên cứu, 69,1% có tiền sử VLDDTT, 86% kèm theo bệnh lý mạn tính và 14,9% sống một

mình; Đồng thời, 53,4% người bệnh có học vấn đại học trở lên, 40,2% bộ đội/công chức, và 54,2% sống và làm việc ở Hà Nội. Có 175/356 bệnh nhân điều trị dịch vụ. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đầy chướng bụng (56,7%), đau bụng (49,4%) và rối loạn tiêu hóa (34,8%); với tổn thương viêm loét chủ yếu ở dạ dày (97,8%); nguyên nhân chủ yếu do rượu bia (39,3%) và vi khuẩn *Helicobacter Pylori* (33,1%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 87,6%, với điểm MMA-8 trung bình là  $7,67 \pm 0,53$ . Ngược lại, tỷ lệ tái khám là 39,9%, với nguyên nhân chủ yếu trì hoãn tái khám là bệnh ổn định (84,6%). **Kết luận:** Người bệnh VLDDTT có ý thức tuân thủ điều trị thuốc cao, nhưng tỷ lệ tái khám còn thấp do thấy bệnh ổn định sau điều trị. Cần có những biện pháp tuyên truyền lợi ích của kiểm tra bệnh sau điều trị, nhằm tối ưu hiệu quả điều trị bệnh. **Từ khóa:** Tuân thủ điều trị, tuân thủ tái khám, viêm loét dạ dày tá tràng, bệnh viện TWQĐ 108

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS AND ADHERENCE STATUS OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER PATIENTS AT MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108

**Objective:** Gastric and duodenal ulcers (GDU) are prevalent gastrointestinal disorders known for their recurrence. Effective treatment relies heavily on patient adherence, yet adherence rates and follow-up behaviors are often overlooked. This study aims to investigate the demographic and adherence

<sup>1</sup>Bệnh viện TWQĐ 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Dệt May

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình

Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024

characteristics of GDU patients at Military Central Hospital 108. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study analyzed 356 GDU patients with clinical symptoms randomly selected based on endoscopy results and outpatient records from August 2023 to May 2024. Patients were considered adherent if their MMAS-8 score was  $\geq 6$  points and were compliant with follow-up if they attended re-examinations within 12 weeks. General demographics (age, gender), socioeconomic factors (occupation, health insurance), and clinical features (inflammation, ulceration, etiology) were recorded and statistically analyzed. **Results:** The average age was  $51.4 \pm 12.8$  years, male-to-female ratio was 2:1. In the study group, 69.1% had a history of GDU, 86% had concurrent chronic diseases, and 14.9% lived alone. 53.4% had attained higher education, 40.2% were military or civil servants, and 54.2% resided and worked in Hanoi. Self-payment was provided to 175 out of 356 patients. Common clinical symptoms included dyspepsia (56.7%), abdominal pain (49.4%), and gastrointestinal disorders (34.8%). Most ulcers were found in the stomach (97.8%), primarily caused by alcohol consumption (39.3%) and Helicobacter pylori infection (33.1%). The treatment adherence rate was 87.6%, with a mean MMAS-8 score of  $7.67 \pm 0.53$ . Conversely, the follow-up examination rate was 39.9%, mainly delayed due to stabilized health conditions (84.6%). **Conclusion:** GDU patients demonstrate high medication adherence but low follow-up examination post-treatment due to perceived health stability. Public awareness campaigns highlighting the benefits of post-treatment check-ups are crucial to optimizing treatment effectiveness.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là bệnh lý tiêu hóa phổ biến, hay tái phát và có thể dẫn tới nhiều biến chứng nguy hiểm như xuất huyết tiêu hóa, thủng...[9]. Helicobacter Pylori (HP) là nguyên nhân chính với tỷ lệ nhiễm rất cao ở Việt Nam (trên 50% dân số [7]), ngoài ra còn do sử dụng các thuốc chống viêm giảm đau và chống đông... Bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng thường gặp các triệu chứng đau bụng thượng vị và quanh rốn, ợ hơi ợ chua, buồn nôn nôn và rối loạn tiêu hóa [6]. Điều trị VLDDTT còn gặp nhiều khó khăn, và hiệu quả điều trị phụ thuộc nhiều vào sự tuân thủ điều trị thuốc và tái khám [4, 6], đòi hỏi từng cơ sở y tế phải có chiến lược hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc, và theo dõi tuân thủ điều trị bệnh nhân để có giải pháp điều chỉnh. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, số lượng người bệnh viêm dạ dày tá tràng do vi khuẩn HP điều trị ngoại trú, điều trị phân tán tại nhiều phòng khám. Hiện chưa có nghiên cứu đánh giá toàn diện sự tuân thủ điều trị của nhóm bệnh nhân này tại bệnh viện. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện

Trung ương Quân đội 108" với hai mục tiêu:

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng, kinh tế xã hội của bệnh nhân VLDDTT

- Mô tả thực trạng sự tuân thủ điều trị thuốc và tái khám của bệnh nhân VLDDTT tại bệnh viện TWQĐ 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi, khám và điều trị ngoại trú VLDDTT tại bệnh viện TWQĐ 108 từ 08/2023-05/2024

**Tiêu chuẩn lựa chọn** (các tiêu chuẩn): Từ 18 tuổi; Có triệu chứng bệnh lý dạ dày-tá tràng; Được chẩn đoán VLDDTT qua nội soi

**Tiêu chuẩn loại trừ** (Ít nhất 1 tiêu chuẩn): Dưới 18 tuổi; Không đủ năng lực hành vi dân sự; Không thể liên lạc được (trực tiếp hoặc điện thoại) trong thời gian nghiên cứu; Ung thư dạ dày hoặc tá tràng; Xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có phân tích

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước tính tỷ lệ của một quần thể với độ chính xác tuyệt đối theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới:

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

Nghiên cứu của Lê Thị Xuân Thảo, tỉ lệ tuân thủ điều trị là 73% [4], vì vậy nghiên cứu chúng tôi chọn  $p = 0,73$ ; lấy  $d = 0,05$ ;  $\alpha = 5\%$ , độ tin cậy 95%, và dự kiến 10% bệnh nhân mất theo dõi. Thay vào công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu  $n \geq 355$ .

Cách chọn mẫu: Lựa chọn ngẫu nhiên bệnh nhân VLDDTT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, dựa vào danh sách bệnh nhân nội soi dạ dày tá tràng và khám điều trị ngoại trú tại các phòng khám, lấy đủ số lượng mẫu nghiên cứu là 356 người bệnh.

**2.3. Quy trình thu thập số liệu:** Tất cả các bệnh nhân VLDDTT trong nghiên cứu được giới thiệu về nghiên cứu, cung cấp thông tin liên quan theo bộ câu hỏi soạn sẵn, gồm 2 giai đoạn:

- Lần 1: Thu thập thông tin chung (Bộ câu hỏi đặc điểm chung: gồm tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, triệu chứng lâm sàng, bệnh kết hợp và số điện thoại liên hệ). Tình trạng VLDDTT và tình trạng HP qua nội soi (được ghi nhận bởi thành viên nhóm nghiên cứu)

- Lần 2 (Trong vòng 2-4 tuần, sau lần 1): Thu thập bộ câu hỏi theo thang điểm tuân thủ điều trị Morisky 8 mục [8]; Đồng thời ghi nhận sự tái khám và kết quả điều trị (triệu chứng lâm

sàng, nội soi và tình trạng HP)

- Lần 3 (Trong vòng 6-12 tuần, sau lần 1): Ghi nhận tình trạng tái khám; và kết quả điều trị (lâm sàng, nội soi-nếu có)

**2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu chính**

- Đặc điểm tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn và sự chăm sóc của người thân

- Tuân thủ điều trị thuốc được lượng giá bằng thang Morisky phiên bản 8 câu hỏi (MMAS-8) [8], gồm 8 câu hỏi, trong đó có Lựa chọn trả lời là có/không cho mục 1 đến mục 7 và mục 8 là thang 5 điểm theo Likert 5. Từ mục 1 đến mục 7 ngoại trừ mục 5, mỗi câu trả lời "không" được đánh giá là 1 điểm, câu trả lời "có" được đánh giá 0 điểm. Riêng mục 5 câu trả lời "có" được đánh giá 1 điểm và câu trả lời "không" được đánh giá 0 điểm. Đối với mục 8, chia thang điểm lượng giá lần lượt 1; 0,75; 0,5; 0,25, 0 điểm. Tính tổng số điểm của 8 câu hỏi, và tuân thủ điều trị khi điểm MMA-8 ≥ 6 điểm. Đồng thời, trong nhóm tuân thủ điều trị, phân loại: tuân thủ cao – 8điểm, tuân thủ trung bình 6-7,75 điểm.

**2.5. Xử lý số liệu:** Dùng các phép kiểm Mann –Whitney để so sánh 2 số trung bình của các biến liên tục có phân phối không chuẩn và phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher exact test được dùng so sánh 2 tỉ lệ. Giá trị p < 0,05 được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các phép thống kê được thực hiện trên phần mềm Graphpad-prism 10.2.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=356)**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình	M ± SD (Min-Max)	51,4±12,8 (18-83)	
Giới tính	Nam	236	66,3
	Nữ	120	33,7
Tiền sử VLDDTT	Có	246	69,1
	Không	110	30,9
Bệnh mạn tính kèm theo	Có	306	86
	Không	50	14
Có người chăm sóc	Có	303	85,1
	Sống 1 mình	53	14,9

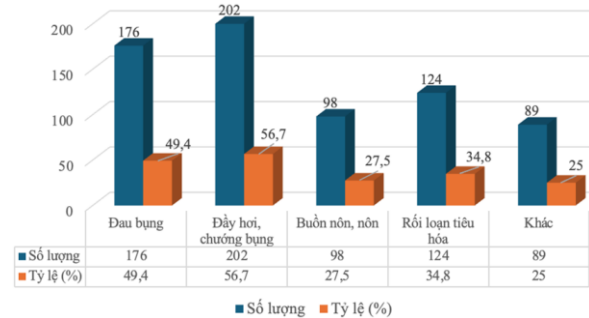
**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51,4 tuổi; với tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử VLDDTT (69,1%); và có bệnh lý mạn tính kèm theo (86%). Trong 356 bệnh nhân, có 14,9% sống một mình.

**Bảng 2: Đặc điểm kinh tế xã hội của người bệnh (n=356)**

Tiêu chí đánh giá		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trình độ học vấn	Dưới đại học	166	46,6
	Đại học, sau đại học	190	53,4
Nghề nghiệp	Bộ đội/công chức	143	40,2
	Hưu trí	118	33,1
	Nghề tự do	95	26,7
Đối tượng khám	Dịch vụ	175	49,2
	Bảo hiểm y tế	181	50,8
Nơi sống	Hà Nội	193	54,2
	Tỉnh khác	163	45,8

**Nhận xét:** Trong quần thể nghiên cứu, có 53,4% người bệnh có trình độ học vấn đại học và sau đại học; 40,2% là bộ đội và công chức. Có 175/356 bệnh nhân (49,2%) đi khám và điều trị dịch vụ, tự chi trả toàn bộ quá trình khám và điều trị bệnh.

**3.2. Đặc điểm bệnh lý VLDDTT trong nhóm nghiên cứu**



**Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân (n=356)**

**Nhận xét:** Triệu chứng đầy hơi và đau bụng là chủ yếu (lần lượt 56,7% và 49,4%). Tiếp theo là rối loạn tiêu hóa, chiếm 34,8%.

**Bảng 3: Đặc điểm bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng, và nguyên nhân (n=356)**

Vi khuẩn Helicobacter Pylori được chẩn đoán dựa vào xét nghiệm Ure test qua nội soi, hoặc test thở với Cacbon-14; Nguyên nhân rượu, sử dụng thuốc hoặc nguyên nhân khác được xác định dựa trên tiền sử sử dụng trong vòng 10 ngày

Biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại tổn thương	Viêm dạ dày-tá tràng	348	97,8
	Loét dạ dày-tá tràng	46	12,9
Nguyên nhân	Vi khuẩn Helicobacter Pylori	118	33,1
	Rượu bia	140	39,3
	Thuốc chống viêm, giảm đau	80	22,5
	Khác	50	14

**Nhận xét:** Người bệnh chủ yếu là viêm dạ dày-tá tràng (97,8%); Trong đó nguyên nhân chính là rượu bia (39,3%) và vi khuẩn HP (33,1%).

**3.3. Tình hình tuân thủ điều trị và tái khám**

**Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị theo thang điểm MMAS-8**

Biến nghiên cứu	Số lượng	%	Mean±SD
Tuân thủ dùng thuốc	312	87,6	7,67±0,53
Không tuân thủ dùng thuốc	44	12,4	4,84±0,91

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh VLDDTT là 87,6%, với điểm trung bình của thang điểm MMAS-8 là 7,67.

**Bảng 5: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tái khám:**

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tái khám trong vòng 12 tuần (n=356)	Có	142 39,9
	Không	214 60,1
Lý do không tái khám (n=214)	Bệnh ổn định	181 84,6
	Bận công việc, hoặc nguyên nhân khác	33 15,4

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ tái khám sau điều trị là 39,9%; Trong đó 84,6% bệnh nhân không tái khám do bệnh ổn định, hết các triệu chứng khó chịu sau điều trị.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi lấy ngẫu nhiên 356 bệnh nhân VLDDTT, dựa vào kết quả nội soi dạ dày tá tràng và hồ sơ khám điều trị ngoại trú tại phòng khám, nhằm đánh giá sự tuân thủ điều trị của nhóm bệnh nhân này, được đánh giá ghi nhận tại thời điểm bệnh nhân hết thuốc theo đơn của bệnh viện, và đánh giá sự tuân thủ tái khám trong vòng 12 tuần.

Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là 51,4 tuổi (từ 18 tuổi tới 83 tuổi). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác như Trần Ngọc Huy (46,5 ± 14)[6], nhưng tương đồng với tác giả Vũ Văn Khiên với nhóm bệnh nhân loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện TWQĐ 108 [2]. Đồng thời, người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam (66,3%). Kết quả này khác với báo cáo của một số tác giả khác khi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn [4, 6], tuy nhiên vẫn tương đồng với quần thể bệnh nhân tại bệnh viện, theo báo cáo của tác giả Đào Nguyên Khai [2], tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Sự khác nhau này có thể do sự khác nhau về tập dân cư giữa các vùng miền, hoặc các cơ sở y tế.

Tiền sử bệnh lý VLDDTT và bệnh lý mạn tính kết hợp trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi là 69,1% và 86%. Những tỷ lệ này cũng tương tự với các báo cáo khác [2, 4, 6], điều này cho thấy bệnh lý này có tỷ lệ tái phát cao, và gây ra

bởi nhiều nguyên nhân, trong đó có sự tương tác với một số bệnh lý mạn tính, gây ra bởi thuốc, những stress tâm lý hoặc rối loạn giấc ngủ. Có 80/356 bệnh nhân (chiếm 22,5%) bị VLDDTT liên quan tới sử dụng thuốc giảm đau chống viêm (Bảng 3). Ngoài ra, nhiều bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp... đều cần duy trì ổn định bệnh bằng thuốc, do đó nó có thể gây ra VLDDTT hoặc ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị thuốc VLDDTT. Đồng thời, nguyên nhân chính gây ra VLDDTT trong nghiên cứu này là sử dụng rượu bia (39,3%) và do vi khuẩn HP (33,1%), ủng hộ những quan điểm về các nhóm nguyên nhân chính gây ra bệnh lý VLDDTT ([2, 4, 6, 9]. Như vậy, nguy cơ về rượu bia, và tỷ lệ kháng kháng sinh cao trong phác đồ điều trị HP hiện này có thể là một rào cản với sự tuân thủ điều trị thuốc VLDDTT, ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị bệnh và tăng nguy cơ tái phát bệnh.

Trong tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng của bệnh lý VLDDTT, và triệu chứng đầy chướng bụng (56,7%), đau bụng (49,4%) và rối loạn tiêu hóa (34,8%) gặp nhiều nhất (Biểu đồ 1). Đây cũng là những triệu chứng khó chịu nhất, ảnh hưởng tới cuộc sống, sinh hoạt và làm việc của bệnh nhân [4, 6], buộc người bệnh phải đi khám và điều trị bệnh lý. Ngược lại, sau đợt điều trị, nhiều bệnh nhân ổn định bệnh, giảm hoặc hết hoàn toàn các triệu chứng khó chịu, lúc đó họ sẽ ngại đi khám lại hoặc trì hoãn khám lại. Đây cũng là nguyên nhân của 84,6% bệnh nhân không đi tái khám sau điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 5). Điều này gây khó khăn cho công tác kiểm tra, đánh giá và giám sát bệnh sau điều trị; là nguyên nhân gây tăng tỷ lệ tái phát bệnh này. Đồng thời, số bệnh nhân còn lại không đi tái khám (15,4%) với lý do bận công việc hoặc nguyên nhân khác, cũng gây khó khăn trong đánh giá hiệu quả điều trị bệnh và tăng nguy cơ xuất hiện tái phát hoặc biến chứng của bệnh. Bên cạnh đó, chúng tôi thấy rằng, trong quần thể nghiên cứu, có 40,2% là đối tượng bộ đội/công chức, 49,2% khám và điều trị dịch vụ và 45,8% sống và làm việc ở tỉnh khác ngoài Hà Nội. Điều này cũng có thể là nguyên nhân gây ảnh hưởng tới sự tái khám của bệnh nhân, do tính chất công việc, hoặc do điều kiện địa lý. Như vậy, trong nghiên cứu này, chỉ có 142/356 bệnh nhân (chiếm 39,9%) tuân thủ tốt về tái khám sau điều trị. Cần có những biện pháp giáo dục, tư vấn cho bệnh nhân VLDDTT để giúp họ hiểu hơn về lợi ích của sự tái khám sau điều trị, từ đó tăng cường sự tuân thủ về tái khám.

Cuối cùng, tỷ lệ tuân thủ điều trị là 87,6%, với điểm MMAS-8 trung bình là  $7,67 \pm 0,53$  điểm. So sánh với sự tuân thủ điều trị của một số bệnh khác như tuân thủ điều trị thuốc ung thư (45,8%) [5] hoặc tăng huyết áp (64,75%) [3], tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở người bệnh VLDDTT cao hơn. Kết quả này cũng tương tự với một số tác giả khác về đối tượng bệnh nhân VLDDTT như Trần Ngọc Huy 84,1% [6], Bùi Đăng Phương Chi 94,19% [1]; cao hơn so với tác giả Lê Thị Xuân Thảo 73% [4]. Kết quả này cho thấy, người bệnh VLDDTT có sự tuân thủ điều trị thuốc ngày càng tốt hơn. Điều này có thể liên quan tới sự hiểu biết, nắm bắt thông tin của bệnh nhân liên quan tới bệnh. Tuy nhiên, người bệnh chấp hành uống thuốc tỷ lệ cao dẫn tới số bệnh nhân ổn định, hết triệu chứng khó chịu sau điều trị cao; điều này thúc đẩy sự trì hoãn tái khám của phần lớn bệnh nhân sau điều trị. Đây là một vấn đề cần quan tâm hơn, khi trao đổi và tư vấn điều trị cho bệnh nhân, thể giúp bệnh nhân có thể thực sự kiểm soát được bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh VLDDTT điều trị ngoại trú tại bệnh viện TWQĐ 108 có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao, nhưng sự tuân thủ về tái khám còn rất thấp. Cần tuyên truyền, trao đổi nhiều hơn về quy trình điều trị, và lợi ích của tuân thủ tái khám để tăng tỷ lệ này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Đăng Phương Chi, et al.**, Sự tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị viêm loét dạ dày - tá tràng. Tạp chí Y học công cộng, 2021. 63(02): p. 16-21.
2. **Đào Nguyên Khải, Vũ Văn Khiên, Phạm Thị Thu Hồ**, Nguyên nhân, mức độ và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu tiêu hóa. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2018. 13(08).
3. **Đỗ Thị Hiền, Phạm Trường Sơn, Lê Thị Bình**, Đánh giá sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2020. 15(Số đặc biệt tháng 11).
4. **Lê Thị Xuân Thảo, et al.**, Tuân thủ điều trị diệt trừ Helicobacter Pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2017. 21(02).
5. **Nguyễn Thị Loan, et al.**, Đánh giá không tuân thủ dùng thuốc và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư gan điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2021. 16(3): p. 148-153.
6. **Trần Ngọc Huy, Phạm Việt Mỹ, Lê Hữu Phước**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tình hình tuân thủ điều trị bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đại học y dược Shing mark. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024. 535(02): p. 137-140.
7. **Eusebi, L.H., R.M. Zagari, F. Bazzoli**, Epidemiology of Helicobacter pylori infection. Helicobacter, 2014. 19 Suppl 1: p. 1-5.
8. **Morisky, D.E., et al.**, Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich), 2008. 10(5): p. 348-54.
9. **WHO**, Methods and data sources for global burden of disease estimates. Geneva: World Health Organization, 2020.

## THỂ TÍCH TRUNG BÌNH TIỂU CẦU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN

Nguyễn Thị Hồng Chuyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hiền<sup>2</sup>,  
Nguyễn Lê Trà Mi<sup>1</sup>, Lê Minh Phúc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Thể tích trung bình tiểu cầu trên bệnh nhân vảy nến và mối liên quan với độ nặng của bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng được tiến hành trên 90 bệnh nhân vảy nến đến khám tại Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh năm 2022 và 45 bệnh người trong nhóm đối chứng. **Kết quả:** Thể tích trung bình tiểu cầu ở nhóm

bệnh nhân vảy nến trung bình là  $9,4 \pm 0,9$  fL. Thể tích trung bình tiểu cầu ở nhóm người bình thường là  $8,0 \pm 0,9$  fL. Thể tích trung bình tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân vảy nến cao hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Ngoài ra thể tích trung bình tiểu cầu ở cả 4 phân nhóm vảy nến mảng, vảy nến mủ, viêm khớp vảy nến và vảy nến đỏ da toàn thân đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ( $p < 0,001$ ). Trong đó, thể tích trung bình tiểu cầu của nhóm viêm khớp vảy nến cao nhất với trung bình  $9,7 \pm 0,9$  fL, kể đến là nhóm vảy nến đỏ da toàn thân với trung bình  $9,5 \pm 1,1$  fL và vảy nến mảng với trung bình  $9,5 \pm 0,9$  fL, nhóm vảy nến mủ thấp nhất với trung bình  $9,0 \pm 0,9$  fL. Thể tích trung bình tiểu cầu có mối tương quan thuận với độ nặng PASI ( $r = 0,334$ ;  $p = 0,015$ ). **Kết luận:** Có sự tăng thể tích trung bình tiểu cầu ở bệnh nhân vảy nến nói chung và

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.8.2024