

NGHIÊN CỨU TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THEO THANG ĐIỂM MORISKY Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đỗ Kim Thanh¹, Nguyễn Thị Phi Nga², Nguyễn Tiến Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức tuân thủ điều trị ở bệnh nhân VKDT theo thang điểm Morisky và phân tích mối liên quan của mức độ tuân thủ điều trị với một số đặc điểm ở bệnh nhân VKDT. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 BN VKDT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Tuân thủ điều trị được đánh giá theo thang điểm Morisky 8 câu hỏi. **Kết quả:** Điểm tuân thủ theo thang điểm Morisky trung vị là 6,25/8 điểm. Trong đó, 43,8% bệnh nhân tuân thủ mức độ thấp, 35% tuân thủ mức độ trung bình và 21,2% tuân thủ mức độ cao. Yếu tố liên quan đến kém tuân thủ chủ yếu là do giá thành thuốc điều trị cao, tác dụng không mong muốn, mức độ tin tưởng thấp vào phác đồ điều trị và đặc điểm bệnh gồm: điểm Morisky có tương quan thuận với thời gian mắc bệnh (B hiệu chỉnh 0,269 với $p=0,001$), tương quan nghịch với DAS28-CRP (B hiệu chỉnh -0,391) và số lượng thuốc DMARDs được sử dụng (B hiệu chỉnh -0,396, $p<0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân VKDT đa phần ở mức độ thấp. Nguyên nhân chủ yếu của tuân thủ thấp là do chi phí điều trị, tác dụng không mong muốn. Mức độ tuân thủ có liên quan đến mức độ hoạt động bệnh, số lượng thuốc DMARDs được kê và thời gian mắc bệnh. **Từ khóa:** tuân thủ điều trị, VKDT, Morisky 8 câu hỏi

SUMMARY

A STUDY ON MEDICAL ADHERENCE BASED ON MORISKY SCORE IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS IN MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To study the grade of treatment adherence in patients with RA according to the Morisky's scale and to analyze the relationship between the level of treatment compliance according to the Morisky's scores and some clinical and paraclinical characteristics in RA patients. **Methods:** A cross-sectional and descriptive study on 80 RA patients treated at Military Hospital 103. Treatment adherence was assessed according to the 8-question Morisky scale. **Results:** The mean of the Morisky score was 6.25/8 points. Of these, 43.8% had low compliance, 35% had medium compliance, and 21.2% had high compliance. Factors associated with poor compliance were mainly high drug costs and adverse effects, as well as low confidence in the treatment

plan. Regarding disease characteristics, Morisky score was positively correlated with disease duration (adjusted B 0.269) with $p=0.001$, negatively correlated with DAS28-CRP (adjusted B -0.391), and number of DMARDs used (adjusted B -0.396) with all $p<0.001$. **Conclusion:** Treatment adherence in RA patients was mostly low. The main reasons for low adherence were treatment costs and adverse effects. Adherence was related to disease activity, number of DMARDs prescribed, and disease duration. **Keywords:** treatment adherence, RA, Morisky 8 questions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh mạn tính, tiến triển, mất khả năng hoạt động, cần điều trị liên tục bằng nhiều loại thuốc [1]. Tiến triển đến suy giảm chức năng vận động ở bệnh nhân (BN) VKDT có thể được kiểm soát và ngăn chặn nếu chiến lược quản lý BN được bác sĩ thực hiện một cách có hiệu quả, trong đó hiệu quả của thuốc và việc tuân thủ điều trị của BN theo quy định là những yếu tố cần được kiểm soát chặt chẽ [2]. So với các bệnh mạn tính khác, tuân thủ điều trị ở BN VKDT còn ít được quan tâm và chưa được hiểu rõ [3] với tỷ lệ tuân thủ điều trị dao động từ 30-93% [4]. Bên cạnh đó, mức độ tuân thủ điều trị của BN thấp và giảm mạnh sau 6 tháng điều trị đầu tiên [5]. Không tuân thủ điều trị có thể dẫn đến khó khăn hoặc không kiểm soát được bệnh và dễ xảy ra các tác dụng không mong muốn do việc điều trị thuốc. Tuân thủ điều trị là hành vi mang tính cá thể và khó lượng giá khách quan. Thang đo Morisky gồm 8 mục là thước đo tuân thủ tự báo cáo thường được sử dụng và được chứng minh là có tính dự đoán tuân thủ [6]. Những lý do phổ biến nhất được BN viện dẫn khi không dùng thuốc bao gồm quên, các ưu tiên khác, quyết định bỏ liều, thiếu thông tin và các yếu tố cảm xúc. Ngoài ra, bác sĩ góp phần khiến BN tuân thủ kém do tương tác kém với BN và do kê đơn, phác đồ phức tạp và không giải thích thỏa đáng về lợi ích cũng như tác dụng phụ của thuốc cho bệnh nhân. Ngoài ra, bác sĩ nên cân nhắc lối sống của bệnh nhân và chi phí thuốc khi kê đơn một chế độ nhất định. Hiện có rất ít dữ liệu và nghiên cứu về sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân VKDT các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Theo hiểu biết của chúng tôi, không có nghiên cứu nào về sự tuân thủ điều trị của BN VKDT ở Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với hai mục tiêu:

¹Trường Cao đẳng Hậu cần I

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Kim Thanh

Email: doingoaihvqy@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

1. Khảo sát mức tuân thủ điều trị ở bệnh nhân VKDT theo thang điểm Morisky.

2. Phân tích mối liên quan của mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky với một số đặc điểm ở bệnh nhân VKDT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán VKDT theo Đồng thuận của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) và Liên đoàn chống thấp khớp châu Âu (EULAR) năm 2010, đến khám và điều trị tại khoa Khớp, BVQY 103 từ tháng 5/2024 đến tháng 3/2025 và thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn gồm:**

+ Tuổi từ 18 trở lên.
+ Thời gian phát hiện VKDT ít nhất 03 tháng trở lên.

+ Đang điều trị tại BVQY 103.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ gồm:**

+ Các bệnh lý gây rối loạn về hành vi và nhận thức như rối loạn tâm thần (trầm cảm, hưng cảm, rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt,...), bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, các bệnh tự miễn kèm theo (Lupus ban đỏ hệ thống, viêm da cơ đa cơ,...),...

+ Có các bệnh lý về tiêu hóa và hấp thu.

+ Có các bệnh lý mạn tính kèm theo chưa được kiểm soát tốt trên lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng công thức ước lượng cỡ mẫu với n là cỡ mẫu tối thiểu cần sử dụng dựa trên tần suất tuân thủ dự kiến ở những bệnh nhân mắc VKDT được áp dụng theo nghiên cứu của Cramer là 65% hay p là 0,65. Với khoảng tin cậy 95% thì $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$. Sai số ước tính $d = 0,1$. Nghiên cứu cần có ít nhất 80 BN VKDT.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu

Phần I: hỏi BN và tham khảo bệnh án về dữ liệu nhân khẩu xã hội, dữ liệu lâm sàng phục vụ nghiên cứu.

Phần II: phỏng vấn bằng bài kiểm tra tuân thủ dùng thuốc sử dụng phiên bản tiếng Việt của Thang đo tuân thủ thuốc của Morisky gồm 8 mục [6], lý do không tuân thủ và điểm niềm tin theo quan điểm của bệnh nhân.

- Nội dung thang điểm Morisky:

Câu 1: Đôi khi BN quên uống thuốc điều trị VKDT

Câu 2: Đôi khi không uống thuốc vì những lý do khác ngoài việc quên uống thuốc trong 2 tuần qua

Câu 3: Từng cắt giảm hoặc ngừng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ vì cảm thấy tệ hơn khi uống thuốc

Câu 4: Khi đi du lịch hoặc rời khỏi nhà, đôi khi BN quên mang theo thuốc điều trị VKDT

Câu 5: BN đã dùng (các) loại thuốc VKDT ngày hôm trước

Câu 6: Khi BN cảm thấy VKDT đã được kiểm soát, đôi khi BN sẽ ngừng dùng (các) loại thuốc của mình

Câu 7: Việc dùng thuốc hàng ngày thực sự là một điều bất tiện đối với một số người. Từng cảm thấy rắc rối khi tuân thủ kế hoạch điều trị VKDT của mình

Câu 8: Mức độ thường xuyên gặp khó khăn khi nhớ uống hết (các) loại thuốc: Mọi lúc/Thỉnh thoảng/Thường xuyên/Một lần vào một thời điểm nào đó/Hiếm khi.

Phương pháp tính điểm: Câu 1, 2, 3, 4, 6 và 7: Không = 1 điểm, Có = 0 điểm; Câu 5: Không = 0 điểm, Có = 1 điểm; Câu 8: Mọi lúc = 0, Thỉnh thoảng = 0,25, Thường xuyên = 0,5, Một lần vào thời điểm nào đó = 0,75, Hiếm khi = 1; Tổng điểm = Điểm của 8 câu cộng lại, dao động từ 0-8 điểm

- Đánh giá niềm tin vào phương pháp điều trị: được đánh giá thông qua bộ 04 câu hỏi và tính điểm tổng 04 câu hỏi theo mức độ tin tưởng cho từng câu: đồng ý 3 điểm, chưa chắc chắn 2 điểm và không đồng ý là 1 điểm.

Câu 1: Sẽ làm cho bạn cảm thấy tốt hơn

Câu 2: Sẽ làm cho bạn sống lâu hơn

Câu 3: Sẽ cải thiện chất lượng cuộc sống

Câu 4: Sẽ ngăn ngừa các biến chứng liên quan đến VKDT trong tương lai

2.2.4. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp và đánh giá mức độ hoạt động bệnh thông qua chỉ số DAS28-CRP theo ACR/EULAR 2010 [7]

- Tiêu chuẩn đánh giá mức độ tuân thủ điều trị theo Morisky [6]

+ Điểm < 6: tuân thủ mức độ thấp.

+ Điểm từ 6 - <8 điểm: tuân thủ mức độ trung bình

+ Điểm 8: tuân thủ mức độ cao.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. BN tham gia nghiên cứu được phát bản chấp nhận nghiên cứu có giải thích đầy đủ các vấn đề liên quan đến nghiên cứu, đồng thời được nghe nghiên cứu viên giải đáp những thắc mắc trực tiếp, đồng ý tham gia và ký vào bản chấp thuận. Số thông qua hội đồng đạo đức cấp cơ sở của BVQY103 số 88/HĐĐĐ ngày 03/5/2024.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu.

Dữ liệu

được biểu diễn ở dạng trung bình (độ lệch chuẩn), trung vị (khoảng phân vị) hoặc tỷ lệ % cho biến phân phối chuẩn, phân phối không chuẩn và biến định tính. So sánh nhiều trung vị bằng Kruskal-Wallis test hậu kiểm Bonferoni. So sánh tỷ lệ bằng Chi bình phương hoặc Fisher's exact test. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM, Microsoft).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Tiêu chí	Giá trị
Tuổi	Trung bình (năm)	59,8±10,8
	<40 tuổi, n(%)	4 (5,0)
	40 - 60 tuổi, n(%)	25 (31,3)
	>60 tuổi, n(%)	51 (63,7)
Giới	Nam, n(%)	8 (10,0)
	Nữ, n(%)	72 (90,0)
Nơi sống	Thành thị, n(%)	28 (35,0)
	Nông thôn, n(%)	43 (53,8)
	Vùng núi, n(%)	9 (11,2)
	Thời gian mắc bệnh (năm)	4,0 (2,0-10,0)
	Số khớp sưng (khớp)	2 (1-5)
	Số khớp đau (khớp)	2 (1-6)
Thuốc	Glucocorticoids, n(%)	55 (68,8)
	DMARDs tổng hợp cổ điển, n(%)	71 (88,8)
	DMARDs sinh học, n(%)	27 (33,8)
	2 thuốc DMARDs, n(%)	28 (35,0)
	≥3 thuốc DMARDs, n(%)	39 (48,8)
Mức độ hoạt động bệnh	Lui bệnh, n(%)	25 (31,3)
	Thấp, n(%)	12 (15,0)
	Trung bình, n(%)	24 (30,0)
	Cao, n(%)	19 (23,7)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 59,8 chủ yếu là trên 60 tuổi chiếm 63,7%. 90% số BN là nữ, trình độ học vấn chủ yếu là trước cấp 3 và đa phần ở nông thôn. Phương pháp điều trị chủ yếu là DMARDs tổng hợp cổ điển và có 48,8% số bệnh nhân kết hợp từ trên 3 thuốc DMARDs; BN đa phần hoạt động bệnh mức độ trung bình và lui bệnh.

3.2. Đặc điểm tuân thủ điều trị ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Bảng 3.2. Tuân thủ điều trị ở BN VKDT

	Tiêu chí	Giá trị
	Điểm Morisky, TV (KPV)	6,25 (5,25-7,00)
Mức độ tuân thủ	Thấp, n(%)	35 (43,8)
	Trung bình, n(%)	28 (35,0)
	Cao, n(%)	17 (21,2)

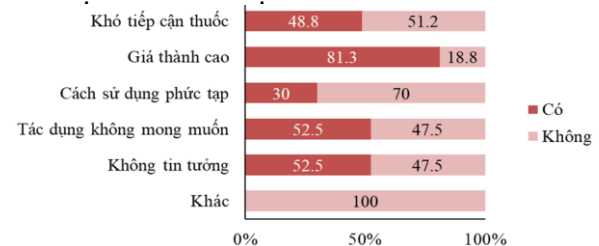
Nhận xét: điểm tuân thủ trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,25 điểm/8 điểm. Tuy

nhiên, đa phần bệnh nhân ở mức độ tuân thủ thấp, chiếm 43,8%.

Bảng 3.3. Các tiêu chí tuân thủ ở nhóm nghiên cứu

Tiêu chí	Giá trị
Đôi khi BN quên uống thuốc điều trị VKDT, n(%)	34 (42,5)
Đôi khi không uống thuốc vì những lý do khác ngoài việc quên uống thuốc trong 2 tuần qua, n(%)	5 (6,3)
Từng cắt giảm hoặc ngừng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ vì cảm thấy tệ hơn khi uống thuốc, n(%)	4 (5,0)
Khi đi du lịch hoặc rời khỏi nhà, đôi khi BN quên mang theo thuốc điều trị VKDT, n(%)	2 (2,5)
BN đã dùng (các) loại thuốc VKDT ngày hôm trước, n(%)	78 (97,5)
Khi BN cảm thấy VKDT đã được kiểm soát, đôi khi BN sẽ ngừng dùng (các) loại thuốc của mình, n(%)	8 (10,0)
Việc dùng thuốc hàng ngày thực sự là một điều bất tiện đối với một số người. Từng cảm thấy rắc rối khi tuân thủ kế hoạch điều trị VKDT của mình, n(%)	58 (72,5)
Mức độ thường xuyên gặp khó khăn khi nhớ uống hết (các) loại thuốc	0 (0)
Mọi lúc, n(%)	16 (20,0)
Thỉnh thoảng, n(%)	17 (21,3)
Thường xuyên, n(%)	24 (30,0)
Một lần vào một thời điểm nào đó, n(%)	23 (28,7)
Hiếm khi, n(%)	

Nhận xét: trong các yếu tố tham gia vào tuân thủ, có 72,5% bệnh nhân từng cảm thấy rắc rối khi tuân thủ kế hoạch điều trị và có 30% số bệnh nhân thấy khó khăn khi nhớ uống hết các loại thuốc điều trị.



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân kém tuân thủ điều trị

Nhận xét: Nguyên nhân tuân thủ kém ở nhóm nghiên cứu đa phần là do giá thành thuốc điều trị cao, chiếm 81,3% và tác dụng không mong muốn cũng như là không tin tưởng vào phương pháp điều trị hiện có.

3.3. Các yếu tố liên quan và ảnh hưởng

đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp**Bảng 3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị**

Tiêu chí	Mức độ tuân thủ			p
	Thấp ¹ (n=35)	Trung bình ² (n=28)	Cao ³ (n=17)	
Tuổi (năm)	61 (53-67)	60 (57-66,8)	61 (52,5-66,5)	0,96
Thời gian mắc bệnh (năm)	3 (1-5)	7,5 (2,3-14,8)	10 (4-12)	<0,001 p ₁₋₂ =0,008 p ₁₋₃ =0,003 p ₂₋₃ =1,0
Điểm niềm tin	8 (7-8)	8 (8-10)	11 (10-12)	<0,001 p ₁₋₂ =0,029 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ =0,045

Nhận xét: không có sự khác biệt về tuổi giữa các mức độ tuân thủ ($p>0,05$). Về thời gian mắc bệnh, nhóm tuân thủ mức độ thấp có thời gian mắc bệnh thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuân thủ mức độ trung bình ($p<0,05$) và nhóm tuân thủ mức độ cao ($p<0,05$). Nhóm tuân thủ mức độ thấp có điểm niềm tin thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuân thủ mức độ trung bình ($p<0,05$) và nhóm tuân thủ mức độ cao ($p<0,001$). Nhóm tuân thủ mức độ trung bình có điểm niềm tin thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuân thủ mức độ cao ($p<0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa địa dư và mức độ tuân thủ

Tiêu chí	Mức độ tuân thủ			p
	Thấp (n=35)	Trung bình (n=28)	Cao (n=17)	
Thành thị, n(%)	9(25,7)	12(42,9)	7 (41,2)	0,169
Nông thôn, n(%)	23(65,7)	14(50,0)	6(35,3)	
Miền núi, n(%)	3(8,6)	2(7,1)	4(23,5)	

Nhận xét: không có sự khác biệt về địa dư giữa các nhóm phân theo mức độ tuân thủ ($p>0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa đặc điểm DMARDs và mức độ tuân thủ

Tiêu chí	Mức độ tuân thủ			p
	Thấp (n=35)	Trung bình (n=28)	Cao (n=17)	
Số lượng DMARDs				
Một, n(%)	2(5,7)	3(10,7)	8(47,1)	<0,001
Hai-Ba, n(%)	9(25,7)	13(46,4)	6(35,3)	
≥ Ba, n(%)	24(68,6)	12(42,9)	3(17,6)	
DMARDs sinh học				
Không, n(%)	32(91,4)	14(50,0)	7(41,2)	<0,001
Có, n(%)	3(8,6)	14(50,0)	10(58,8)	

Nhận xét: có sự khác biệt giữa mức độ tuân thủ phân theo số lượng DMARDs được sử dụng ($p<0,05$). Nhóm sử dụng từ trên 3 DMARDs có tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm 68,6% cao hơn các nhóm khác. Có sự khác biệt giữa mức độ tuân thủ phân theo việc sử dụng DMARDs sinh học ($p<0,05$). Nhóm sử dụng DMARDs sinh học có tỷ lệ tuân thủ cao chiếm 58,8% cao hơn so với nhóm không sử dụng.

Bảng 3.7. Liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh và mức độ tuân thủ

Tiêu chí	Mức độ tuân thủ			p
	Thấp (n=35)	Trung bình (n=28)	Cao (n=17)	
Lui bệnh, n(%)	3(8,5)	12(42,9)	10(58,8)	<0,001
Hoạt động bệnh				
Thấp, n(%)	4(11,4)	5(17,9)	3(17,6)	
Trung bình, n(%)	14(40,0)	8(28,6)	3(17,6)	
Cao, n(%)	15(40,1)	3(10,7)	1(6,0)	

Nhận xét: có sự khác biệt về mức độ tuân thủ giữa các nhóm có mức độ hoạt động bệnh khác nhau. Trong đó, nhóm hoạt động bệnh mức độ cao có tỷ lệ tuân thủ cao chỉ chiếm 6%, tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm 40,1%.

Bảng 3.8. Tương quan tuyến tính đa biến giữa một số đặc điểm lâm sàng với điểm độ tuân thủ ở BN VKDT

Biến độc lập	Beta hiệu chỉnh	p
Tuổi, năm	0,018	0,828
Thời gian mắc bệnh, năm	0,269	0,001
Giới	-0,04	0,634
DAS-28	-0,391	<0,001
Điểm Niềm tin	0,103	0,327
Số lượng thuốc DMARDs	-0,396	<0,001

Nhận xét: điểm Morisky tương quan thuận với thời gian mắc bệnh (B 0,269, $p<0,05$), tương quan nghịch với DAS-28 (B -0,391) và số lượng thuốc DMARDs được sử dụng (B -0,396) với $p<0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Điểm tuân thủ theo thang điểm Morisky trung bình là 6,25 điểm. Trong đó, đa phần là BN tuân thủ mức độ thấp, chiếm 43,8%. Nguyên nhân kém tuân thủ chủ yếu là do giá thành thuốc điều trị cao và tác dụng không mong muốn cũng như mức độ tin tưởng thấp vào phươg án điều trị. Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ tuân thủ của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Mohsen và cộng sự năm 2015 trên 140 BN VKDT nhận thấy theo thang điểm Morisky, 90,6% và 9,4% được phân loại là tuân thủ thấp và trung bình, không có

bệnh nhân nào được phân loại là tuân thủ điều trị cao [8]. Các BN nghiên cứu có 88,8% được kê các DMARDs cổ điển và có 35% sử dụng DMARDs sinh học. Trong số BN nghiên cứu có 48,8% số BN được dùng từ 3 thuốc DMARDs trở lên. Đa phần BN trong nghiên cứu có mức độ hoạt động bệnh trung bình và cao. Theo hướng dẫn của ACR/EULAR 2010 [7], methotrexate là thuốc được ưu tiên lựa chọn trong điều trị VKDT nếu không có chống chỉ định và xem xét việc kết hợp các nhóm thuốc DMARDs cổ điển khác kết hợp. Cách thức sử dụng của các DMARDs khác nhau phức tạp góp phần đến việc quên sử dụng thuốc và cách thức sử dụng, làm giảm tỷ lệ tuân thủ. Bên cạnh đó, việc sử dụng các DMARDs sinh học ở 28,8% số BN có thể đem đến rào cản về kinh tế cho người bệnh và góp phần làm giảm mức độ tuân thủ của người bệnh. Ảnh hưởng của các DMARDs lên tuân thủ còn phụ thuộc vào số lượng DMARDs kết hợp. Nguyên nhân của sự không tuân thủ chủ yếu đến từ giá thành thuốc cao, tác dụng không mong muốn, khó tiếp cận thuốc cũng như không tin tưởng bác sĩ điều trị. Các rào cản quan trọng đối với việc tuân thủ được báo cáo là sợ tác dụng phụ, không có thuốc miễn phí tại hiệu thuốc bệnh viện và chi phí thuốc [8].

Liên quan đến đặc điểm bệnh, điểm Morisky có tương quan thuận với thời gian mắc bệnh (B 0,269) với $p=0,001$, tương quan nghịch với DAS-28 (B -0,391) và số lượng thuốc DMARDs sử dụng (B -0,396) với p đồng loạt $<0,001$. Nghiên cứu của Pomno và cs trên 859 BN VKDT nhận thấy số lượng thuốc là yếu tố dự báo độc lập việc tuân thủ (B = 0,012) [9]. Tuy nhiên, việc sử dụng đơn độc DMARDs sinh học lại làm gia tăng tỷ lệ tuân thủ. Kết quả này tương đương như trong nghiên cứu của Alejandro và cộng sự năm 2022 trên 180 BN VKDT nhận thấy BN dùng thuốc sinh học có mức độ tuân thủ cao hơn (tỷ lệ 64,4%) so với DMARDs cổ điển (tỷ lệ 43,1%) với $OR=3,39$, $p=0,023$ [10]. Nghiên cứu này cũng chỉ ra, ở nhóm thời gian phát hiện bệnh trên 6 tháng, tỷ lệ tuân thủ cao hơn so với nhóm <6 tháng là 3,91 lần (95% CI 1,34-11,4) [10]. Ở nhóm tuân thủ cao, điểm niềm tin cao hơn các nhóm khác. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Alejandro cũng chỉ ra niềm tin vào phươg án điều trị cũng như tác dụng không mong muốn của thuốc là yếu tố tiên lượng mức độ tuân thủ ở người bệnh VKDT [10]. Tuy nhiên, khi phân tích hiệu chỉnh với các yếu tố khác, điểm niềm tin không tương quan với mức độ tuân thủ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, xu hướng về mức độ tuân thủ khác nhau

giữa các mức độ hoạt động bệnh. Trong đó, hoạt động bệnh mức độ cao có tỷ lệ tuân thủ cao và trung bình thấp hơn so với các nhóm khác. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra xu hướng ảnh hưởng tích cực của việc tuân thủ lên mức độ bệnh. Trong nghiên cứu phân tích gộp của Lin Li năm 2017 trên 07 nghiên cứu với tổng số 1.963 BN VKDT nhận thấy DAS-28 thấp hơn đáng kể ở những bệnh nhân tuân thủ so với những đối tượng không tuân thủ (khác biệt -0,42, $p = 0,03$).

Nghiên cứu này có một số điểm hạn chế. Thứ nhất, chưa phân tích sâu ảnh hưởng của từng loại thuốc điều trị lên mức độ tuân thủ. Thứ hai, chưa phân tích tuân thủ về thời gian dùng thuốc. Thứ ba, nghiên cứu mô tả chưa đánh giá việc tuân thủ điều trị tốt sau khi được hướng dẫn sẽ ảnh hưởng đến kết cục điều trị và lâm sàng, cận lâm sàng ở BN VKDT.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân VKDT đa phần ở mức độ thấp. Nguyên nhân chủ yếu của tuân thủ thấp là do chi phí điều trị, tác dụng không mong muốn. Mức độ tuân thủ có liên quan đến mức độ hoạt động bệnh, số lượng thuốc DMARDs được kê và thời gian mắc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **de Klerk E, van der Heijde D, Landewé R, van der Tempel H, Urquhart J, van der Linden S.** Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and gout. *J Rheumatol.* 2003;30: 44–54. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12508389>
2. **Tanaka E, Mannalithara A, Inoue E, Hara M, Tomatsu T, Kamatani N, et al.** Efficient management of rheumatoid arthritis significantly reduces long-term functional disability. *Ann Rheum Dis.* 2008;67: 1153–1158. doi:10.1136/ard.2007.072751
3. **Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Villa AR, Cabiedes J, Rull-Gabayet M.** Medication persistence over 2 years of follow-up in a cohort of early rheumatoid arthritis patients: associated factors and relationship with disease activity and with disability. *Arthritis Res Ther.* 2009;11: R26. doi:10.1186/ar2620
4. **Burkhart P V, Sabaté E.** Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nursh Sch.* 2003;35: 207. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14562485>
5. **Waeber B, Leonetti G, Kolloch R, McInnes GT.** Compliance with aspirin or placebo in the hypertension optimal treatment (HOT) study. *J Hypertens.* 1999;17: 1041–1045. doi:10.1097/00004872-199917070-00022
6. **Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ.** Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens.* 2008;10: 348–354. doi:10.1111/

- j.1751-7176.2008.07572.x
7. **Kay J, Upchurch KS.** ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology*. 2012;51: vi5-vi9. doi:10.1093/rheumatology/kes279
 8. **Gadallah MA, Boulous DNK, Dewedar S, Gebrel A, Morisky DE.** Assessment of Rheumatoid Arthritis Patients' Adherence to Treatment. *Am J Med Sci*. 2015;349: 151-156. doi:10.1097/MAJ.0000000000000376
 9. **Pombo-Suarez M, Maneiro Fernandez JR, Gomez-Reino JJ.** Adherence to Treatment in Patients with Rheumatoid Arthritis from Spain. *Patient Prefer Adherence*. 2021;Volume 15: 111-117. doi:10.2147/PPA.S291983
 10. **Balsa A, García de Yébenes MJ, Carmona L.** Multilevel factors predict medication adherence in rheumatoid arthritis: a 6-month cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2022;81: 327-334. doi:10.1136/annrheumdis-2021-221163

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CỔ TỬ CUNG VÀ XÉT NGHIỆM PHIGFBP-1 Ở CÁC THAI PHỤ DỌA SINH NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Xuân Mỹ¹, Phạm Bá Nha², Nguyễn Thái Giang¹,
Nguyễn Thụy Thúy Ái³, Nguyễn Xuân Thảo³, Lê Hồng Thịnh³,
Lê Trần Thanh Thảo³, La Mỹ Lợi³, Nguyễn Thái Hoàng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chiều dài và hình thái cổ tử cung, kết quả xét nghiệm phIGFBP-1 của những trường hợp dọa sinh non tại Bệnh viện phụ sản Thành phố Cần Thơ. Đối tượng nghiên cứu là những thai phụ có dấu hiệu dọa sinh non nhập viện điều trị. Kết quả: tuổi trung bình của nhóm trong nghiên cứu là 27,26. Đa số sống ở nông thôn và chưa có con. Tuổi thai thời điểm đến khám và nhập viện là 29,36 tuần và dấu hiệu đến khám nhiều nhất là đau trấn bụng. Chiều dài cổ tử cung trung bình là 28 mm, đa số hình chữ I (32 trường hợp, chiếm tỷ lệ 64%), góc cổ tử cung trung bình là 107,18°. Tỷ lệ xét nghiệm phIGFBP-1 âm tính cao hơn dương tính.

Từ khóa: chiều dài cổ tử cung, phIGFBP-1, dọa sinh non

SUMMARY

A STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS, CERVICAL FINDINGS, AND phIGFBP-1 TEST IN PREGNANT WOMEN WITH THREATENED PRETERM LABOR AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Study on clinical characteristics, cervical length and morphology, and phIGFBP-1 test results of cases of threatened premature birth at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital. The study subjects were pregnant women with signs of threatened premature birth admitted to the hospital for treatment. **Results:** The average age of the study

group was 27.26. Most lived in rural areas and had no children. The gestational age at the time of examination and hospitalization was 29.36 weeks and the most common symptom was abdominal pain. The average cervical length was 28 mm; most were I-shaped (32 cases, accounting for 64%); the average cervical angle was 107.18°. The rate of negative phIGFBP-1 tests was higher than positive.

Keywords: cervical length, phIGFBP-1, premature birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là thời điểm chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai từ 22^{0/7} – 36^{6/7} tuần. Tỷ lệ sinh non trên thế giới và Việt Nam khoảng 10%¹. Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong cho trẻ sơ sinh tại hầu hết các nước trên thế giới. Trẻ non tháng sẽ gây ảnh hưởng rất lớn cho gia đình và xã hội không những về kinh tế mà còn ảnh hưởng đến tâm lý của gia đình. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị nhằm để bảo đảm cho trẻ sinh non có cuộc sống tốt hơn như dùng thuốc hỗ trợ phổi, thuốc chống bại não, dự phòng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B. Tuy nhiên, việc điều trị này chỉ có hiệu quả khi thai nhi còn trong bụng mẹ trong một thời gian dài (ít nhất là 48 giờ) để thuốc có tác dụng, chính vì thế việc sàng lọc và phát hiện những trường hợp có nguy cơ sinh non là rất cần thiết bằng các phương pháp như đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đầu dò âm đạo và xét nghiệm phIGFBP-1. Với mục đích tìm hiểu sự thay đổi của chiều dài, hình thái của cổ tử cung cũng như kết quả của xét nghiệm phIGFBP-1 ở những trường hợp dọa sinh non chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chiều dài và hình thái cổ tử cung, kết quả xét nghiệm phIGFBP-1 của những

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

³Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Mỹ

Email: drnguyenxuanmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025