

bằng trong đào tạo. Mô hình còn có thể thiết kế linh hoạt theo yêu cầu giảng dạy, mở ra triển vọng xây dựng ngân hàng dữ liệu ca mô phỏng phục vụ lâu dài. Tuy nhiên, thời gian - chi phí in ấn và đòi hỏi thiết bị chuyên dụng vẫn là thách thức cho việc triển khai rộng rãi.

4.2. Lượng giá hiệu quả học tập và cảm nhận của sinh viên. Nghiên cứu chứng minh rằng in 3D có giá trị sư phạm rõ rệt: sinh viên thao tác trên mô hình in 3D hứng thú học tập hơn (4,50 so với 3,80; $p=0,001$) và nhận thức không gian tốt hơn (4,50 so với 3,50; $p<0,001$), phù hợp với báo cáo^{3,6} về tác dụng tăng động lực và hỗ trợ quan sát hình thái phức tạp. Tuy nhiên, cảm giác khoan và sửa soạn thấp hơn răng thật ($p<0,01$), đa số sinh viên nhận định vật liệu mềm hơn đồng thuận với hạn chế^{4,7} nêu ra. Dù vậy, 100% sinh viên khẳng định mô hình 3D đảm bảo công bằng trong thi cử, tương đồng về độ tin cậy của mô hình chuẩn hóa trong lượng giá. Qua đó, chúng ta có thể thấy rằng in 3D không thay thế hoàn toàn răng thật về xúc giác, nhưng vượt trội trong chuẩn hóa vật liệu, nâng cao hứng thú, cải thiện nhận thức không gian và đảm bảo công bằng. Đây là hướng ứng dụng khả thi cho đào tạo nội nha tại Việt Nam, đồng thời phù hợp xu thế quốc tế về sử dụng mô hình in 3D trong giáo dục nha khoa.

V. KẾT LUẬN

(1) Nghiên cứu đã xây dựng thành công quy trình chế tạo răng in 3D từ dữ liệu hình ảnh nha khoa, tạo ra sản phẩm có hình thái ngoài và hệ thống ống tủy gần tương đồng với răng thật, đáp ứng yêu cầu chuẩn hóa học liệu và đảm bảo

môi trường đào tạo an toàn, công bằng.

(2) Răng in 3D cho thấy hiệu quả sư phạm rõ rệt khi giúp sinh viên hứng thú học tập và nhận thức không gian tốt hơn so với răng thật. Tuy chưa thể thay thế hoàn toàn răng thật về cảm giác xúc giác, nhưng răng in 3D vẫn mang lại ưu thế vượt trội trong chuẩn hóa kịch bản học tập, nâng cao động lực, đảm bảo công bằng thi cử và mở ra triển vọng xây dựng ngân hàng ca mô phỏng phục vụ đào tạo nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reis T, Barbosa CM, Franco M, et al. Three-Dimensional Printed Teeth in Endodontics: A New Protocol for Microcomputed Tomography Studies. 2024.
2. Meglioli M, Mergoni G, Artioli F, et al. A Novel Self-Assessment Method for Training Access Cavity on 3D Printed Endodontic Models. Dent J (Basel). 2023;11(6).
3. Reymus M, Fotiadou C, Kessler A, et al. 3D printed replicas for endodontic education. Int Endod J. 2019;52(1):123–30.
4. Cresswell-Boyes A, Davis G, Barber A, et al. An evaluation by dental clinicians of cutting characteristics and haptic perceptions in 3D-printed typodont teeth: a pilot study. J Dent Educ. 2024;89(4):567–77.
5. Kolling M, Backhaus J, Hofmann N, et al. Students' perception of three-dimensionally printed teeth in endodontic training. Eur J Dent Educ. 2022;26(4):653–61.
6. Reis T, Franco M, Baptista C, et al. 3D-Printed Teeth in Endodontics: Why, How, Problems and Future—A Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(13).
7. Göksu M, Tosun S, Ertugrul I. Evaluation of the use of 3D-printed tooth models in endodontic practical training. Lokman Hekim Health Sci. 2024;4(2):90–6.

KHẢO SÁT KHẢ NĂNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH GÚT BẰNG BỘ CÂU HỎI CQR5

Nguyễn Thị Hoa¹, Lê Thị Liễu², Phạm Hoài Thu^{1,3}

TÓM TẮT

Gút là bệnh lý phổ biến thường gặp ở nam giới tuổi trung niên tại các nước phát triển và tuân thủ điều trị là yếu tố quan trọng giúp kiểm soát bệnh gút.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

Mục tiêu: Khảo sát khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút bằng bộ câu hỏi CQR5 và nhận xét một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân gút được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025 và được khảo sát khả năng tuân thủ điều trị bằng bộ câu hỏi CQR5. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút đánh giá theo CQR5 là 52,7%. Các yếu tố như tuổi từ 60 trở lên ($OR=2,3$; $p=0,042$), lao động chân tay ($OR=4,8$; $p<0,001$), trình độ học vấn thấp ($OR=3,0$; $p=0,003$), có nhiều bệnh đồng mắc ($OR=2,0$; $p=0,042$), thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên ($OR=2,16$; $p=0,028$),

gút mạn (OR=2,90; p=0,010), dùng từ 3 thuốc/ngày trở lên (OR=4,4; p=0,001) và số lần dùng thuốc từ 3 lần/ngày trở lên (OR=3,4; p<0,001) có liên quan đến giảm khả năng tuân thủ điều trị. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút còn tương đối thấp. Việc xây dựng các chiến lược quản lý người bệnh gút toàn diện là cần thiết, trong đó chú trọng nâng cao nhận thức về bệnh, xây dựng các phương án hỗ trợ nhóm người bệnh cao tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc, tối ưu hóa phác đồ điều trị để giảm việc phải sử dụng nhiều thuốc là những biện pháp giúp nâng cao khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh. **Từ khóa:** Gút, tuân thủ điều trị, bộ câu hỏi CQR5.

SUMMARY

ASSESSING THE ABILITY TO ADHERE TO TREATMENT OF GOUT PATIENTS USING THE CQR5 QUESTIONNAIRE

Objective: To evaluate treatment adherence among patients with gout using the Compliance Questionnaire for Rheumatology-5 (CQR5) and to identify factors associated with adherence. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 150 patients diagnosed with gout according to the 2015 EULAR/ACR criteria at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital from September 2024 to June 2025. Treatment adherence was assessed using the CQR5 instrument. **Results:** The overall adherence rate assessed by CQR5 was 52.7%. Factors significantly associated with reduced adherence included age ≥ 60 years (OR=2.3; p=0.042), manual labor occupation (OR=4.8; p<0.001), low educational attainment (OR=3.0; p=0.003), presence of multiple comorbidities (OR=2.0; p=0.042), disease duration ≥ 5 years (OR=2.16; p=0.028), chronic gout (OR=2.90; p=0.010), use of ≥ 3 medications per day (OR=4.4; p=0.001), and ≥ 3 daily doses (OR=3.4; p<0.001). **Conclusion:** Treatment adherence among patients with gout was relatively low. Comprehensive patient management strategies are required, emphasizing enhanced disease awareness, tailored support for older patients and those with multiple comorbidities, and optimization of treatment regimens to reduce polypharmacy. Such measures may improve adherence and long-term disease control.

Keywords: Gout, treatment adherence, the CQR5 questionnaire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh do rối loạn chuyển hóa các nhân purins, có đặc điểm chính là tăng acid uric máu và tình trạng lắng đọng các tinh thể monosodium urat ở các khớp và phần mềm quanh khớp. Tại Việt Nam, gút là một trong các bệnh lý khớp viêm thường gặp. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hải Hà (2021), tỷ lệ bệnh gút đứng hàng thứ tư, chiếm 8% trong tổng số các bệnh điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai¹. Việc nghiên cứu vấn đề tuân thủ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân gút là cơ sở thực tế giúp các bác sĩ theo dõi và tư vấn điều trị lâu dài cho người

bệnh gút một cách hiệu quả, nhằm giúp người bệnh hiểu và nâng cao khả năng tuân thủ điều trị. Tại Việt Nam, năm 2021, Kiều Lan Hương và cộng sự đã khảo sát mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh gút bằng bộ câu hỏi Morisky – 8 thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân có sự tuân thủ sử dụng thuốc ở mức độ tốt và trung bình lần lượt là 1,4% và 34,3%². Bộ câu hỏi CQR5 được Hughes và cộng sự phát triển dựa trên bộ câu hỏi CQR19, bao gồm 5 câu hỏi, được dùng để đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh mắc các bệnh lý khớp. Bộ câu hỏi CQR5 có ưu điểm rất ngắn gọn, thời gian thực hiện nhanh, dễ dàng áp dụng trong thực hành lâm sàng cho cả bệnh nhân và người nghiên cứu³.

Hiện tại, ở Việt Nam các nghiên cứu về đánh giá tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân gút nói chung còn chưa đầy đủ và chưa có nghiên cứu đánh giá sự tuân thủ điều trị của người bệnh gút bằng bộ câu hỏi CQR5. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút bằng bộ câu hỏi CQR5” với mục tiêu: *Khảo sát khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút bằng bộ câu hỏi CQR5 và nhận xét một số yếu tố liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 150 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc có rối loạn chức năng nhận thức, không có khả năng đọc và hiểu bộ câu hỏi, đang mắc các bệnh lý nghiêm trọng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim cấp, ung thư giai đoạn muộn và bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, n = 150 bệnh nhân.

- Tất cả các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu đều được hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm các đặc điểm về nhân trắc học, về bệnh, về điều trị và trả lời 5 câu hỏi trong bộ CQR5. Khả năng tuân thủ điều trị được tính theo công thức³:

$$D0 = -27,611 + 4,407*Q1 + 0,939*Q2 + 6,101*Q3 + 2,366*Q4 + 2,531*Q5$$

$$D1 = -33,304 + 2,801*Q1 + 5,008*Q2 + 6,471*Q3 + 1,215*Q4 + 3,252*Q5$$

D0 > D1: Không tuân thủ

D0 < D1: Tuân thủ

- Các biến số nghiên cứu chính:

Biến phụ thuộc là mức độ tuân thủ điều trị, được đánh giá bằng thang điểm CQR5, phân loại thành hai nhóm: Tuân thủ và không tuân thủ.

Các biến độc lập bao gồm:

- Nhân trắc học: Tuổi (<60 và ≥60), giới tính, nghề nghiệp (lao động trí óc/chân tay), trình độ học vấn (dưới THPT và từ THPT trở lên).
- Đặc điểm về bệnh: Số bệnh đồng mắc (<2 và ≥2), thời gian mắc gút (<5 năm và ≥5 năm), giai đoạn bệnh (gút cấp/gút mạn), số cơn gút cấp/năm (≤2 và >2), mức độ đau (VAS <4 và ≥4), nồng độ acid uric máu (umol/L).
- Đặc điểm về điều trị: Số thuốc dùng/ngày (<3 và ≥3 thuốc), số lần dùng thuốc/ngày (<3 và ≥3 lần).

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 150 người bệnh gút đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=150)

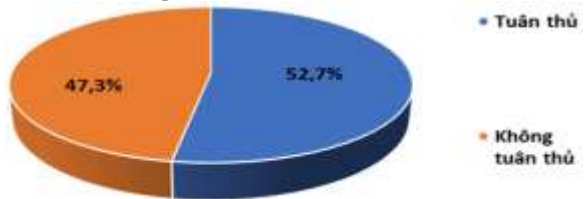
Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60 tuổi	101	67,3
	≥60 tuổi	49	32,7
	$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	50,9 ± 15,0 (19-90)	
Giới	Nam	144	96,0
	Nữ	6	4,0
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	76	50,7
	Lao động chân tay	74	49,3
Số bệnh đồng mắc	<2 bệnh	97	64,7
	≥2 bệnh	53	35,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,9 ± 15,0 (từ 19–90 tuổi), phần lớn người bệnh dưới 60 tuổi (chiếm 67,3%). Đa số người bệnh là nam giới (chiếm 96,0%). Về nghề nghiệp, lao động trí óc và lao động chân tay chiếm tỷ lệ tương đương (50,7% và 49,3%). Phần lớn bệnh nhân có dưới 2 bệnh đồng mắc (64,7%).

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với đặc điểm nhân trắc học (n=150)

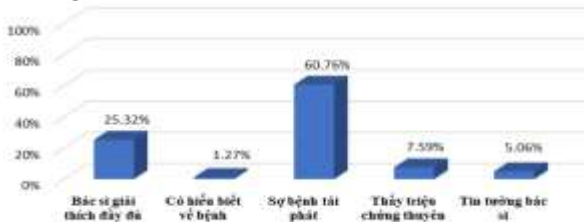
Đặc điểm		Tuân thủ (n,%)	Không tuân thủ (n,%)	OR (CI 95%)	p
Tuổi	<60 tuổi	59 (58,4)	42 (41,6)	2,3 (1,0 - 4,1)	0,042
	≥60 tuổi	20 (40,8)	29 (59,2)		
Giới	Nam	74 (51.4)	70 (48.6)	4,7 (0,5 - 41,5)	0,107
	Nữ	5 (83.3)	1 (16.7)		
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	54 (71.0)	22 (28.9)	4,8	<0,001

3.2. Khảo sát khả năng tuân thủ điều trị của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của nhóm nghiên cứu (n=150)

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút là 52,7%.



Biểu đồ 3.2: Lý do tuân thủ điều trị của nhóm nghiên cứu (n=79)

Nhận xét: Sợ bệnh tái phát là lý do chính giúp người bệnh tuân thủ điều trị chiếm 60,76%. Có 25,32% người bệnh tuân thủ điều trị do được bác sĩ giải thích đầy đủ. Chỉ có 1,27% người bệnh tuân thủ là có hiểu biết về bệnh.



Biểu đồ 3.3: Lý do không tuân thủ điều trị của nhóm nghiên cứu (n=71)

Nhận xét: Lý do dẫn đến người bệnh không tuân thủ điều trị hay gặp là thấy triệu chứng bệnh thuyên giảm (chiếm 63,38%), ngoài ra còn các lý do khác ít gặp hơn là tâm lý ngại đi khám bệnh (21,13%), bác sĩ giải thích không đầy đủ (14,08%) và quên (1,41%).

3.3. Nhận xét một số yếu tố liên quan tới khả năng tuân thủ điều trị của nhóm nghiên cứu

	Lao động chân tay	25 (33.8)	49 (66.2)	(2,4 - 9,6)	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở lên	65 (60.2)	43 (39.8)	3,0	0,003
	Dưới THPT	14 (33.3)	28 (66.7)	(1,4 - 6,4)	
Bệnh đồng mắc	<2 bệnh	57 (58.8)	40 (41.2)	2,0	0,042
	≥2 bệnh	22 (41.5)	31 (58.5)	(1,0 - 4,0)	

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy người bệnh ≥60 tuổi, nhóm lao động chân tay, nhóm có trình độ học vấn dưới THPT và những bệnh nhân có ≥2 bệnh đồng mắc có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn các nhóm tương ứng còn lại với tỷ suất chênh (OR) lần lượt là 2,3; 4,8; 3,0 và 2,0 ($p < 0,05$).

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa khả năng tuân thủ điều trị với đặc điểm về bệnh và đặc điểm về điều trị của nhóm nghiên cứu (n=150)

Đặc điểm		Tuân thủ (n, %)	Không tuân thủ (n, %)	OR (CI 95%)	P
Thời gian mắc bệnh (năm)	<5	59 (59,0)	41 (41,0)	2,16	0,028
	≥5	20 (40,0)	30 (60,0)	(1,08 - 4,31)	
Giai đoạn bệnh	Gút cấp	59 (54,1)	50 (45,9)	2,90	0,010
	Gút mạn	10 (32,3)	21 (67,7)	(1,25 - 6,69)	
Số cơn cấp trong 12 tháng gần nhất (cơn)	≤2	38 (61,3)	24 (38,7)	0,55	0,076
	>2	41 (46,6)	47 (53,4)	(0,28 - 1,07)	
Điểm VAS	Mức nhẹ (<4)	03 (50,0)	03 (50,0)	1,11	0,894
	Mức trung bình và nặng (≥4)	76 (52,8)	68 (47,2)	(0,22 - 5,72)	
Nồng độ axit uric máu ($\bar{X} \pm SD$) (umol/L)		474,4±119,7	464,8±118,5	1,0 (1,0-1,0)	0,619
Tổng số thuốc dùng trong ngày (thuốc/ngày)	< 3	23 (79,3)	6 (20,7)	4,4	0,001
	≥ 3	56 (46,3)	65 (53,7)	(1,7 - 11,7)	
Số lần dùng thuốc trong ngày (lần/ngày)	< 3	45 (69,2)	20 (30,8)	3,4	<0,001
	≥ 3	34 (40,0)	51 (60,0)	(1,7 - 6,7)	

Nhận xét: Nhóm người bệnh gút có thời gian mắc bệnh ≥5 năm và nhóm đang ở giai đoạn gút mạn có khả năng tuân thủ điều trị thấp hơn 2,16 và 2,9 lần so với các nhóm còn lại ($p < 0,05$). Việc dùng ≥3 loại thuốc/ngày và số lần dùng thuốc ≥3 lần/ngày làm giảm khả năng tuân thủ điều trị với OR lần lượt là 4,4 và 3,4 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút. Tuân thủ điều trị đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát nồng độ acid uric máu cũng như làm giảm sự tái phát các cơn gút cấp, giúp đạt mục tiêu điều trị. Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút là 52,7%, khá tương đồng với mức trung bình của một số nghiên cứu gần đây đã được báo cáo. Theo nghiên cứu phân tích tổng hợp từ 22 nghiên cứu trên 137.699 bệnh nhân gút của Yin (2018) cũng cho thấy tỷ lệ tuân thủ chung là 47%⁴. Tuy nhiên tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Kiều Lan Hương năm 2021 (tỷ lệ mức tuân thủ điều trị tốt và trung bình lần lượt là 1,4% và 34,3%²). Sự khác biệt này có thể lí giải do việc sử dụng các thang điểm khác nhau trong đánh giá tuân thủ điều trị. Nhìn chung theo kết quả của phần lớn các nghiên cứu khác trên thế giới đều cho

thấy mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh gút vẫn còn thấp. Điều này có thể giải thích từ đặc điểm tiến triển của bệnh gút, bệnh thường diễn biến với những đợt cấp tính, bệnh nhân thường giảm đau nhanh chóng sau khi điều trị đợt cấp, do vậy người bệnh thường chủ quan và không điều trị dự phòng. Vấn đề này cũng được thể hiện rõ tại Biểu đồ 3.3, người bệnh không tuân thủ điều trị phần lớn là do thấy triệu chứng thuyên giảm. Ngoài ra kết quả nghiên cứu cũng thấy được vai trò của người thầy thuốc tới sự tuân thủ điều trị của người bệnh tại Biểu đồ 3.2, có 25,32% người bệnh tuân thủ đã được bác sĩ giải thích đầy đủ và 14,08% người bệnh không tuân thủ do chưa được bác sĩ giải thích đầy đủ trong quá trình thăm khám (Biểu đồ 3.3).

4.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút. Một số yếu tố có liên quan chặt chẽ đến khả năng tuân thủ điều trị đã được xác định trong nghiên cứu này, bao gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số bệnh đồng mắc, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, số lượng thuốc và số lần dùng thuốc trong ngày. Bảng 3.2 cho thấy nghề nghiệp và trình độ học vấn ảnh hưởng rõ rệt đến tuân thủ điều trị. Nhóm lao động chân tay có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn hẳn so với nhóm lao động trí óc ($p < 0,001$) và

nhóm có trình độ học vấn dưới THPT có nguy cơ không tuân thủ cao hơn ($p=0,003$). Điều này có thể lí giải do nhóm này thường có điều kiện sống, tình trạng kinh tế thấp hơn nên khó có thể đáp ứng nhu cầu thăm khám thường xuyên và cũng gặp nhiều hạn chế hơn trong việc tiếp cận các kiến thức y khoa. Người bệnh trên 60 tuổi và người bệnh có từ 2 bệnh đồng mắc trở lên là yếu tố nguy cơ làm giảm tuân thủ ($p=0,042$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác như Katherine L Crum (2024) cũng cho rằng trong nhóm những người bị bệnh gút, việc không tuân thủ điều trị có liên quan đến tuổi cao hơn và nhiều bệnh đi kèm hơn. Một trong các nguyên nhân được giải thích là do một số người bệnh đã có sự phân biệt giữa các loại thuốc mà họ cảm thấy cần phải tuân thủ tuyệt đối và những loại thuốc khác mà họ có thể chỉ tuân thủ tương đối, và hệ quả là thuốc điều trị bệnh gút thường bị coi là kém quan trọng hơn⁵. Hay trong nghiên cứu của Liu (2023) thấy rằng trong số những người bị bệnh gút, người cao tuổi có xu hướng mắc nhiều bệnh mạn tính, dẫn đến lịch trình dùng thuốc phức tạp hơn và họ cũng có thể phải đối mặt với nhiều vấn đề về thể chất và hạn chế về nhận thức so với những người trẻ tuổi hơn, dẫn đến tỷ lệ tuân thủ thấp hơn⁶. Tuy nhiên, trong một vài nghiên cứu khác kết quả đưa ra lại không tương đồng như vậy. Nghiên cứu của Leslie R Harrold (2009) thấy rằng tuổi trẻ và tình trạng ít bệnh lý đi kèm lại là yếu tố dự báo tuân thủ kém hơn⁷. Điều này có thể được lí giải do sự khác nhau của các phương pháp nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng khảo sát tuân thủ điều trị của người bệnh được đánh giá chỉ qua một thời điểm duy nhất là khi kết thúc thời gian dùng đơn thuốc mà bác sĩ đã kê trong đơn tại thời điểm lấy mẫu nghiên cứu, còn ở các nghiên cứu khác thì đa số việc đánh giá tuân thủ dựa trên theo dõi bệnh nhân trong một khoảng thời gian dài hơn. Đây cũng là yếu tố gợi ý cho chúng ta cần tiến hành các nghiên cứu khác trong một mẫu nghiên cứu lớn hơn và trong khoảng thời gian dài hơn nữa để có thể đưa ra được những kết luận có tính chính xác cao.

Bảng 3.3 cho thấy nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên và nhóm người bệnh ở giai đoạn gút mạn có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn ($p=0,028$ và $p=0,010$ tương ứng). Đây có thể là hệ quả của sự mệt mỏi trong điều trị kéo dài, tâm lý chán nản khi thấy tổn thương khớp đã rõ ràng, dễ tái phát và khó hồi phục. Ngoài ra, Bảng 3.3 cũng cho thấy số lượng thuốc dùng trong ngày từ 3 thuốc trở lên và tần suất uống thuốc từ 3 lần/ngày trở lên đều có liên

quan rõ rệt đến không tuân thủ ($p=0,002$ và $p<0,001$). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Kardas và cộng sự (2016) rằng giảm số lượng và tần suất dùng thuốc là yếu tố then chốt trong chiến lược nâng cao tuân thủ điều trị bệnh mạn tính⁸. Trong khi đó, các yếu tố như mức độ đau theo thang điểm VAS, nồng độ acid uric máu, hay số cơn gút cấp trong 12 tháng gần nhất không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị. Điều này cho thấy người bệnh gút thường sẽ có tình trạng chủ quan, tự đánh giá không đầy đủ nguy cơ của bệnh nếu chỉ dựa trên triệu chứng hiện có và đặc biệt khi các triệu chứng của bệnh gút có đặc điểm là rất dễ thoái lui sau khoảng thời gian điều trị ngắn.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu này cho thấy mức độ tuân thủ điều trị bệnh gút còn hạn chế và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố có thể can thiệp được. Các can thiệp cần tập trung vào giáo dục sức khỏe, tư vấn y tế chuyên sâu về bệnh cho nhóm có trình độ học vấn thấp, lao động chân tay, người cao tuổi và những người có bệnh đồng mắc; đồng thời cải tiến phác đồ điều trị theo hướng đơn giản hóa liều dùng để nâng cao khả năng tuân thủ, từ đó cải thiện kết quả điều trị lâu dài cho người bệnh gút.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút đánh giá bằng bộ câu hỏi CQR5 đạt 52,7%. Các yếu tố như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, bệnh đồng mắc, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, số loại thuốc và tần suất dùng thuốc ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của việc giáo dục sức khỏe, xây dựng các phương án hỗ trợ nhóm người bệnh cao tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc và tối ưu hóa phác đồ điều trị để giảm gánh nặng thuốc trong nâng cao tuân thủ điều trị của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hải Hà, Nguyễn Thị Ngọc Lan, Phùng Văn Anh Đức.** Đặc điểm bệnh tật bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai năm 2021. presented at: Hội nghị khoa học thường niên lần thứ XX - VRA 2023; 2023;
2. **Kiều Lan Hương HVD, Trần Thị Ngọc Xuyên.** Khảo sát mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với mục tiêu điều trị ở bệnh nhân gút. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502:87-92.
3. **Hughes LD, Done J, Young A.** A 5 item version of the Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR5) successfully identifies low adherence to DMARDs. BMC musculoskeletal disorders. 2013;14:1-8.
4. **Yin R, Li L, Zhang G, et al.** Rate of adherence

- to urate-lowering therapy among patients with gout: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2018;8(4):e017542.
5. **Crum KL, Choudhry NK, Fontanet C, et al.** Leveraging Habits to Improve Adherence to Gout Medications: A Qualitative Study. *ACR Open Rheumatology*. 2024;6(10):625-633.
 6. **Liu J, Yu Y, Yan S, et al.** Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: a multicenter cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2023;23(1):75.
 7. **Harrold LR, Andrade SE, Briesacher BA, et al.** Adherence with urate-lowering therapies for the treatment of gout. *Arthritis research & therapy*. 2009;11(2):R46.
 8. **Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M.** Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in pharmacology*. 2013;4:91.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ GIÁC MẠC DẢI BẰNG BĂNG LASER EXCIMER

Lâm Minh Vinh¹, Đoàn Kim Thành^{1,2}, Nguyễn Ngọc Anh Tú^{1,2},
Lê Nhật Minh^{1,2}, Trần Công Anh^{1,2}, Tôn Thất Hoàng Quân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giác mạc dải băng là tình trạng lắng đọng bệnh lý gây giảm thị lực và cảm giác khó chịu, giảm chất lượng cuộc sống người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp gọt bề mặt giác mạc bằng laser excimer trong điều trị bệnh lý giác mạc dải băng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tiền cứu, can thiệp lâm sàng trên 24 mắt của 18 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý giác mạc dải băng. Các bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp gọt bề mặt giác mạc bằng laser excimer (Phototherapeutic Keratectomy - PTK) tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh từ tháng 09/2023 đến tháng 06/2024. Các chỉ số về thị lực, khúc xạ, triệu chứng cơ năng, độ trong giác mạc và các thông số giác mạc trên máy AS-OCT, Pentacam được so sánh theo dõi trong 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $20,96 \pm 14,9$, trong đó nhóm tuổi 10-20 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,44%). Nguyên nhân chủ yếu là do các bệnh lý tại mắt, với viêm màng bồ đào chiếm 72,22%, xếp thứ hai là bệnh lý võng mạc 22,22%. Sau phẫu thuật, các triệu chứng cơ năng như cộm xốn, chói lóa được cải thiện hoàn toàn ở tất cả bệnh nhân. Thị lực chính kính tối đa (BCVA) trung bình cải thiện từ $0,09 \pm 0,08$ trước mổ lên $0,33$ tại thời điểm 6 tháng ($p < 0,001$). Tỷ lệ mắt có BCVA $\geq 0,5$ tăng từ 0% lên 41,66%. Độ trong giác mạc cải thiện đáng kể, với 66,67% số mắt đạt độ trong hoàn toàn sau 6 tháng. Tình trạng khúc xạ cũng thay đổi trên những mắt đo được khúc xạ khách quan, sau phẫu thuật cho độ viễn hơn 0,2D và độ loạn giảm đi. Bề dày giác mạc trung tâm, công suất giác mạc và độ loạn thị giác mạc đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Biến chứng thường gặp nhất là sẹo mờ giác mạc (haze) với 66,67% số mắt, hầu hết đáp ứng với

điều trị nội khoa. Chưa ghi nhận trường hợp tái phát, nhiễm trùng hay dẫn phình giác mạc trong quá trình theo dõi. **Kết luận:** Gọt giác mạc bằng laser excimer là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh lý giác mạc dải băng, giúp cải thiện đáng kể độ trong giác mạc, thị lực và các triệu chứng cơ năng cho người bệnh. **Từ khóa:** giác mạc dải băng, laser excimer, gọt giác mạc điều trị, PTK

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF EXCIMER LASER PHOTOTHERAPEUTIC KERATECTOMY FOR BAND KERATOPATHY

Introduction: Band keratopathy causes vision impairment and uncomfortable ocular symptoms. **Objective:** To evaluate the efficacy and safety of excimer laser phototherapeutic keratectomy (PTK) in the treatment of band keratopathy. **Subjects and Methods:** A prospective case series study was conducted on 24 eyes of 18 patients diagnosed with band keratopathy. Patients underwent PTK at the Ho Chi Minh City Eye Hospital from September 2023 to June 2024. Visual acuity, refraction, subjective symptoms, corneal clarity, and corneal parameters on AS-OCT and Pentacam were compared before and after surgery. The follow-up period was 6 months. **Results:** The mean age was 20.96 ± 14.92 years, with the 10-20 age group being the most common (44.44%). The primary cause was underlying ocular diseases, with uveitis accounting for 72.22%, followed by retinal disorders at 22.22%. Postoperatively, subjective symptoms such as foreign body sensation and glare were completely resolved in all patients. Mean best-corrected visual acuity (BCVA) improved from 0.09 ± 0.08 preoperatively to 0.33 at 6 months ($p < 0.001$). The percentage of eyes with BCVA ≥ 0.5 increased from 0% to 41.66%. Corneal clarity improved significantly, with 66.67% of eyes achieving complete clarity at 6 months. Refractive status also changed in eyes with measurable objective refraction, showing a postoperative hyperopic shift of more than +0.2 diopters and a reduction in astigmatism. Central corneal thickness, corneal power, and corneal astigmatism all showed a statistically significant

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh Tú

Email: bstu131@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025