

hơn, chiếm 81,23% các trường hợp mắc bệnh thiếu men G6PD.

Trẻ sơ sinh từ các bà mẹ thuộc dân tộc thiểu số có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn (chiếm 4,88% tổng số trẻ được sàng lọc thuộc các dân tộc khác).

Phần lớn trẻ được sàng lọc có tuổi thai từ 38-42 tuần (90,67%), tức là đa phần là trẻ đủ tháng. Không tìm thấy mối liên quan rõ ràng giữa tuổi thai và tỷ lệ thiếu men G6PD.

Thiếu men G6PD chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ nam, chiếm 69,3% trong tổng số trường hợp mắc bệnh. Tỷ lệ này phản ánh đặc điểm di truyền liên kết với nhiễm sắc thể X của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AlSaif S., M. B. Ponferrada, K. AlKhairy et al (2017). "Screening for glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in neonates: a comparison between cord and peripheral blood samples", BMC Pediatrics, 17(1), 159.
2. Hoàng Thị Liên Châu, Trần Thị Hoàn, Hoàng Thị Bích Ngọc et al (2019). "Tình hình sàng lọc sơ sinh bằng phương pháp lấy máu gót chân tại Bệnh viện Trung Ương Huế", Tạp chí Phụ sản,

- 16(4), 79 - 82.
3. Hue N. T., J. P. Charliou, T. T. H. Chau et al (2009). "Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) mutations and haemoglobinuria syndrome in the Vietnamese population", Malaria Journal, 8(1), 152.
4. Huỳnh Văn Quốc Vũ, Trần Ngọc Dung (2022). "Tỷ lệ thiếu men G6PD và một số yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021-2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(1).
5. Lê Vũ Chương, Lê Thị Ngọc Dung (2009). "Đặc điểm dịch tễ học thiếu men Glucose - 6 phosphate dehydrogenase ở trẻ sơ sinh được sinh ra tại tỉnh Ninh Thuận", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 13.
6. Nguyễn Đức Giang, Vũ Sinh Nam, Huỳnh Hồng Quang et al (2023). "Phân tích biến thể di truyền thiếu hoạt độ enzyme g6pd bằng kỹ thuật multiplex với độ phân giải cao tại vùng lưu hành sốt rét của tỉnh Đắk Nông", Tạp chí Y học Việt Nam, 521(1).
7. Nguyễn Thị Thu Phương, Ngô Thị Quỳnh Mai (2022). "Tạp chí Y học Việt Nam, 510(2).
8. Nguyễn Văn Thường, Trần Tín Nghĩa, Lê Thị Thùy Trang et al (2024). "Đánh giá kết quả sàng lọc sơ sinh bệnh thiếu enzym G6PD tại bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ninh", Tạp chí Y học Việt Nam, 533(2).

ĐÁNH GIÁ KHÔNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Nhị Hà¹, Ngô Thị Mỹ Bình¹, Dương Khánh Linh¹, Nguyễn Tuấn Minh¹, Hồ Lương Nhật Vinh², Lê Thanh Liêm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ không tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư gan điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 113 bệnh nhân ung thư gan ngoại trú. Mức độ tuân thủ được đánh giá bằng thang điểm Morisky-8; các đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, kinh tế - xã hội và điều trị được thu thập qua bảng hỏi chuẩn hóa và hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Không có bệnh nhân nào đạt mức tuân thủ cao. Tỷ lệ không tuân thủ chiếm 62,8% (điểm trung bình Morisky $4,75 \pm 1,40$). Các yếu tố cản trở tuân thủ gồm khó khăn khi uống thuốc (47,8%), lo ngại tác dụng phụ (20,3%), khó khăn tài chính (58,4%), gặp tác dụng phụ mệt mỏi (72,6%), mất ngủ (63,7%). Tuy nhiên, phân tích thống kê không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ tuân thủ với tuổi, giới, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh hay niềm tin vào

nhân viên y tế ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ không tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân ung thư gan ngoại trú còn ở mức rất cao. Cần triển khai các giải pháp can thiệp đồng bộ như tăng cường tư vấn, hỗ trợ tâm lý, kiểm soát tác dụng phụ và giảm gánh nặng chi phí, nhằm cải thiện tuân thủ và nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: ung thư gan; tuân thủ điều trị; Morisky-8; ngoại trú; yếu tố liên quan.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT NON-ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment non-adherence and associated factors among outpatients with hepatocellular carcinoma at Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 113 outpatients diagnosed with hepatocellular carcinoma. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Demographic, clinical, socioeconomic, and treatment-related characteristics were collected through structured questionnaires and medical records. **Results:** None of the patients achieved high adherence, low adherence was

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Mỹ Bình

Email: ngothimybinh@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

observed in 62.8% (mean MMAS-8 score: 4.75 ± 1.40). Common barriers included difficulty in taking medication (47.8%), concerns about adverse effects (20.3%), financial hardship (58.4%), and treatment-related side effects such as fatigue (72.6%) and insomnia (63.7%). However, statistical analyses revealed no significant associations between adherence and age, sex, educational attainment, disease stage, or trust in healthcare providers ($p > 0.05$). **Conclusion:** Non-adherence to medication among outpatients with hepatocellular carcinoma remains alarmingly high, with most patients showing low adherence. Comprehensive interventions—focusing on counseling, psychological support, management of adverse effects, and financial assistance—are urgently needed to improve adherence and optimize treatment outcomes.

Keywords: hepatocellular carcinoma; medication adherence; Morisky-8; outpatients; associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là một trong những ung thư ác tính phổ biến, có tỷ lệ tử vong cao và đang gia tăng nhanh trên toàn cầu, gồm ung thư nguyên phát và thứ phát. Trong đó, ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là thể nguyên phát thường gặp nhất, hiện đứng trong nhóm các ung thư gây tử vong hàng đầu [1]. Theo GLOBOCAN 2022, thế giới ghi nhận hơn 866.000 ca mắc mới và 759.000 ca tử vong do HCC, dự báo đến năm 2050 số ca mới có thể tăng gần gấp đôi nếu không có biện pháp can thiệp hiệu quả [1], [2], [3]. Tại Việt Nam, HCC cũng là nguyên nhân tử vong hàng đầu, liên quan đến tỷ lệ nhiễm HBV và HCV cao, phát hiện muộn và hạn chế trong tiếp cận điều trị [2], [3].

Những năm gần đây, điều trị HCC đã có bước tiến quan trọng với liệu pháp nhắm trúng đích (sorafenib, lenvatinib, regorafenib) và liệu pháp miễn dịch kết hợp kháng VEGF (atezolizumab–bevacizumab), giúp cải thiện thời gian sống thêm ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển [4], [5]. Tuy nhiên, hiệu quả ngoài thực tế phụ thuộc lớn vào mức độ tuân thủ điều trị, đặc biệt ở bệnh nhân ngoại trú sử dụng thuốc đường uống kéo dài [6]. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ thuốc chống ung thư đường uống dao động 20–50%, làm tăng nguy cơ tái phát, giảm thời gian sống thêm không tiến triển và sống còn toàn bộ [7], [8]. Một số tổng quan gần đây nhấn mạnh các can thiệp hỗ trợ kỹ thuật số, tư vấn tâm lý và đồng hành điều trị có thể cải thiện đáng kể tuân thủ [9]. Trong thực hành, thang điểm Morisky 8 mục (MMAS-8) thường được dùng để đánh giá tuân thủ nhờ tính ngắn gọn và độ tin cậy [10].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HCC” (Quyết định

3129/QĐ-BYT, 2020), tạo nền tảng quản lý thống nhất [11]. Tuy nhiên, bằng chứng về mức độ tuân thủ và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân HCC ngoại trú còn hạn chế [6]. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ không tuân thủ điều trị và xác định các yếu tố liên quan ở bệnh nhân HCC điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, qua đó góp phần cung cấp dữ liệu thực chứng phục vụ xây dựng các biện pháp can thiệp nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng các tiêu chí:

- Chẩn đoán xác định theo Hướng dẫn của Bộ Y tế (QĐ 3129/QĐ-BYT, 2020) [11].
- Có khả năng trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia sau khi được giải thích mục tiêu, nội dung và quyền lợi.

Loại trừ: từ chối tham gia, không hoàn thành bộ câu hỏi, mắc bệnh cấp tính nặng hoặc ung thư khác đồng thời.

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

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với $p = 0,582$ dựa trên nghiên cứu trước về không tuân thủ thuốc ở bệnh nhân HCC ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [7], $\alpha = 0,05$, $d = 0,1$ và dự phòng 10% mất mẫu. Kết quả tính được số mẫu tối thiểu là 104. Thực tế nghiên cứu tiến hành trên 113 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.4. Nội dung và công cụ nghiên cứu

- **Tuân thủ điều trị:** đánh giá bằng thang Morisky 8 mục (MMAS-8) [10]: 8 điểm = cao; 6–7 = trung bình; <6 = thấp.

- **Yếu tố liên quan:** theo mô hình của WHO gồm 5 nhóm yếu tố [2]; bổ sung thang TPS đánh giá mức độ tin tưởng vào bác sĩ điều trị [9].

2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa khi tái khám. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường ĐH Y – Dược, ĐH Thái Nguyên phê duyệt (số 222/ĐHYD-HĐĐĐ). Tất cả bệnh nhân ký văn bản đồng thuận tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky - 8

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Đặc điểm chung			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu tố người bệnh	Giới tính	Nữ	38	33,6
		Nam	75	66,4
	Tuổi (năm)	<40	0	0
		40 – 60	37	32,7
		>60	76	67,3
	Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	113	100
	Khó khăn khi uống thuốc	Khó uống	54	47,8
		Không	36	31,9
Lo lắng tác dụng phụ		23	20,3	
Yếu tố kinh tế xã hội	Nghề nghiệp	Về hưu/Nội trợ	83	73,5
		Công nhân/dịch vụ	14	12,4
		Công chức/viên chức	1	0,9
		Khác	15	13,2
	Trình độ học vấn	Đại học trở lên	24	21,2
		Dưới đại học	89	78,8
	Khó khăn tài chính	Có	66	58,4
		Không	47	41,6
Yếu tố điều trị	Tác dụng phụ của thuốc	Mệt mỏi	82	72,6
		Đau	38	33,6
		Buồn nôn	19	16,8
		HC bàn tay chân	28	24,8
		Mất ngủ	72	63,7
		Tiêu chảy	31	27,4
	Tình trạng bệnh	Giai đoạn sớm	28	24,8
		Giai đoạn tiến triển	30	26,5
		Giai đoạn trung gian	53	46,9
		Giai đoạn muộn	2	1,8
	Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	113	100
	Thời gian điều trị	Dưới 5 năm	113	100
	Thay đổi phác đồ điều trị	Đổi thuốc	43	38,1
Không đổi		59	52,2	
Tăng cường điều trị		11	9,7	
Yếu tố cơ sở y tế	Mức độ tin tưởng nhân viên y tế	Hoàn toàn tin tưởng	45	39,8
		Tin tưởng	45	39,8
		Bình thường	23	20,4
	Hỗ trợ y tế	Được hướng dân chi tiết từ NVYT	113	100
		Được tư vấn về TD KMM và cách xử lý	113	100
		Cần thêm hỗ trợ từ NVYT	38	33,6
	Đánh giá	Lo lắng căng thẳng	41	36,3

tâm lý	Tin tưởng hiệu quả điều trị của thuốc	111	98,2
--------	---------------------------------------	-----	------

Nhận xét: Đa số bệnh nhân là nam giới, tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao. Hầu hết có gia đình, phần lớn đã nghỉ hưu hoặc nội trợ. Tỷ lệ khó khăn tài chính và tác dụng phụ trong quá trình điều trị tương đối phổ biến.

Bảng 2. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky - 8

Mức độ tuân thủ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
Cao	0	0	0,006
Trung bình	42	37,2	
Thấp	71	62,8	
Tổng	113	100	
Điểm trung bình Morisky	4,75 ± 1,40		

Nhận xét: Không có bệnh nhân đạt tuân thủ cao. Tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm đa số, với điểm trung bình MMAS-8 ở mức thấp.

3.2. Mối liên quan mức độ tuân thủ với một số yếu tố

Bảng 3. Liên quan mức độ tuân thủ với giới tính

Mức độ tuân thủ	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	n	%
Trung bình	30	40,0	12	31,6	42	37,2
Thấp	45	60,0	26	68,4	71	62,8
Tổng	75	100	38	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)					

Nhận xét: Không có sự khác biệt rõ ràng về mức độ tuân thủ giữa nam và nữ.

Bảng 4. Liên quan mức độ tuân thủ với nhóm tuổi

Mức độ tuân thủ	Nhóm tuổi						Tổng	
	<40		40-60		>60			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	0	0	15	40,5	27	35,5	42	37,2
Thấp	0	0	22	59,5	49	64,5	71	62,8
Tổng	0	0	37	100	76	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)							

Nhận xét: Tỷ lệ không tuân thủ cao ở cả nhóm trung niên và cao tuổi, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm tuổi.

Bảng 5. Liên quan mức độ tuân thủ với trình độ học vấn

Mức độ tuân thủ	Trình độ học vấn				Tổng	
	Đại học trở lên		Dưới đại học			
	n	%	n	%	n	%
Trung bình	12	50	30	33,7	42	37,2
Thấp	12	50	59	66,3	71	62,8
Tổng	24	100	89	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)					

Nhận xét: Trình độ học vấn cao hơn không thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ tuân thủ so với nhóm dưới đại học.

Bảng 6. Liên quan mức độ tuân thủ với tình trạng khó khăn khi uống thuốc

Mức độ tuân thủ	Khó khăn khi uống thuốc						Tổng	
	Có		Không		Lo lắng			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	19	35,2	15	41,7	8	34,8	42	37,2
Thấp	35	64,8	21	58,3	15	65,2	71	62,8
Tổng	54	100	36	100	23	100	113	100
p	>0.05 (Chi-Square)							

Nhận xét: Khó khăn khi uống thuốc có xu hướng đi kèm tỷ lệ không tuân thủ cao hơn,

Bảng 8. Liên quan mức độ tuân thủ với tình trạng bệnh

Mức độ tuân thủ	Tình trạng bệnh								Tổng	
	GD sớm		GD tiến triển		GD trung gian		GD muộn			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	9	32,1	11	36,7	22	41,5	0	0	42	37,2
Thấp	19	67,9	19	63,3	31	58,5	2	100	71	62,8
Tổng	28	100	30	100	53	100	2	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)									

Nhận xét: Người bệnh ở mọi giai đoạn đều có tỷ lệ không tuân thủ cao, không ghi nhận sự khác biệt đáng kể theo giai đoạn.

Bảng 9. Liên quan mức độ tuân thủ với việc đổi phác đồ điều trị

Mức độ tuân thủ	Thay đổi phác đồ điều trị giữa các lần						Tổng	
	Có đổi thuốc		Không thay đổi		Tăng cường điều trị			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	16	37,2	22	37,3	4	36,4	42	37,2
Thấp	27	62,8	37	62,7	7	63,6	71	62,8
Tổng	43	100	59	100	11	100	113	100
p	>0.05 (Chi-Square)							

Nhận xét: Việc thay đổi hay giữ nguyên phác đồ điều trị không ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ tuân thủ.

Bảng 10. Liên quan mức độ tuân thủ với sự tin tưởng bác sĩ điều trị

Sự tin tưởng với bác sĩ điều trị												p
Mức độ tuân thủ	Hoàn toàn tin tưởng		Tin tưởng		Trung bình		Không tin tưởng		Hoàn toàn không tin tưởng			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Trung bình	34	30,1	6	5,3	1	0,9	1	0,9	0	0	0,227	
Thấp	55	48,7	16	14,2	0	0	0	0	0	0		
Tổng	89	78.8	22	19.5	1	0.9	1	0.9	0	0		

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân vẫn có mức độ tin tưởng cao vào nhân viên y tế, và chưa cho thấy mối liên quan chặt chẽ với tuân thủ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân HCC ngoại trú. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ không tuân thủ thuốc ở bệnh nhân HCC ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chiếm đa số, điểm trung bình MMAS-8 chỉ đạt mức thấp và hoàn toàn không có bệnh nhân nào đạt mức tuân thủ cao. Đây là thực

song chưa thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Liên quan mức độ tuân thủ với tình trạng khó khăn về tài chính

Mức độ tuân thủ	Khó khăn về tài chính				Tổng	
	Có		Không			
	n	%	n	%	n	%
Trung bình	20	30,3	22	46,8	42	37,2
Thấp	46	69,7	25	53,2	71	62,8
Tổng	66	100	47	100	113	100
p	>0.05 (Chi-Square)					

Nhận xét: Bệnh nhân có khó khăn tài chính ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ cao hơn, nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

trạng đáng báo động, phản ánh sự khác biệt giữa hiệu quả điều trị trong thử nghiệm lâm sàng và kết quả trong thực tế. Trong các thử nghiệm, bệnh nhân thường được giám sát chặt chẽ, trong khi ở thực tế ngoại trú, tuân thủ phụ thuộc nhiều vào nhận thức, khả năng tự quản lý và hoàn cảnh cá nhân.

So sánh với quốc tế, nhiều nghiên cứu báo cáo tỷ lệ tuân thủ thuốc chống ung thư đường uống dao động trong khoảng 50–80% tùy loại thuốc và quần thể [7], [8]. Tỷ lệ không tuân thủ cao hơn trong nghiên cứu này cho thấy bối cảnh

đặc thù của Việt Nam, nơi mà bệnh nhân HCC thường lớn tuổi, mắc nhiều bệnh phối hợp, trình độ học vấn và hiểu biết y tế còn hạn chế, đồng thời chịu gánh nặng tài chính kéo dài. Kết quả này tương đồng với báo cáo gần đây về bệnh nhân HCC ngoại trú tại một số cơ sở trong nước, cũng ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ vượt quá 50% [6]. Như vậy, tình trạng này không chỉ mang tính cục bộ mà có thể là đặc trưng chung của nhóm bệnh nhân HCC ngoại trú ở Việt Nam.

4.2. Các yếu tố liên quan đến không tuân thủ. Phân tích số liệu không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tuân thủ và các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn), giai đoạn bệnh, thay đổi phác đồ hay mức độ tin tưởng vào nhân viên y tế, cho thấy tình trạng không tuân thủ mang tính phổ biến, đa yếu tố và khó quy về một nguyên nhân đơn lẻ.

Tuy nhiên, một số rào cản nổi bật vẫn được ghi nhận. Nhiều bệnh nhân gặp khó khăn khi uống thuốc hoặc lo ngại tác dụng phụ, đặc biệt là mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và hội chứng tay-chân — những yếu tố thường làm giảm tuân thủ đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu quốc tế [4], [5], [7]. Gánh nặng tài chính cũng góp phần hạn chế khả năng tuân thủ, dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, phản ánh thực tế thuốc nhắm trúng đích và liệu pháp miễn dịch còn chi phí cao và chưa được bảo hiểm chi trả đầy đủ. Ngoài ra, dù phần lớn người bệnh bày tỏ sự tin tưởng cao vào bác sĩ điều trị, yếu tố này không đủ để bảo đảm tuân thủ, cho thấy cần có thêm tư vấn liên tục, hỗ trợ thực tế và cơ chế đồng hành điều trị.

Những kết quả này phù hợp với cách tiếp cận của WHO, vốn xem tuân thủ điều trị là một vấn đề đa chiều, chịu ảnh hưởng đồng thời bởi yếu tố người bệnh, tình trạng bệnh, liệu pháp điều trị, hoàn cảnh kinh tế – xã hội và hệ thống y tế [2]. Việc không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu tương đối đồng nhất và cỡ mẫu còn hạn chế. Những phát hiện này nhấn mạnh nhu cầu tích hợp đánh giá nguy cơ không tuân thủ vào quy trình điều trị, song song với quản lý tác dụng phụ, hỗ trợ tâm lý – xã hội và tài chính, nhằm cải thiện tuân thủ và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân HCC ngoại trú.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh tình trạng tại một thời điểm, chưa cho thấy sự thay đổi tuân thủ theo thời gian và ảnh hưởng đến kết quả sống thêm. Thứ hai, việc đánh giá bằng MMAS-8 dựa trên tự báo cáo của người bệnh nên có thể bị thiên lệch trí nhớ và xã

hội. Thứ ba, cỡ mẫu 113 tuy đạt tính toán nhưng vẫn hạn chế cho phân tích đa biến chuyên sâu. Thứ tư, nghiên cứu được tiến hành tại một trung tâm duy nhất nên khả năng khái quát còn hạn chế. Các hạn chế này cần được khắc phục bằng nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu lớn hơn và đa trung tâm trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 113 bệnh nhân HCC ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ không tuân thủ điều trị rất cao, phần lớn chỉ đạt mức tuân thủ thấp theo thang điểm MMAS-8. Các yếu tố nhân khẩu học, giai đoạn bệnh và niềm tin vào nhân viên y tế không chứng minh được mối liên quan rõ ràng, trong khi khó khăn khi uống thuốc, tác dụng phụ và gánh nặng tài chính nổi lên như những rào cản tiềm tàng. Điều này phản ánh tính chất đa yếu tố và phức tạp của vấn đề tuân thủ trong điều trị HCC.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân, quản lý tốt tác dụng phụ và giảm gánh nặng chi phí để cải thiện tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(2): 229-263.
2. **Jiang Z, Zhou H, Sun Q, Wang H, Qiu Y, Liu L, et al.** Global burden of liver cancer from 1990 to 2021 and projections to 2050: a systematic analysis. *BMC Public Health.* 2025;25:322.
3. **Truong TN, Tran T, Le N, Nguyen TT, Bui Q, Dao AT, et al.** Epidemiology and clinical characteristics of hepatocellular carcinoma in Vietnam: a hospital-based study. *BMJ Open.* 2023;13(8):e072345.
4. **Gordan JD, Abou-Alfa GK, Meyer T, Cheng AL, Kudo M, Finn RS.** Systemic therapy for advanced hepatocellular carcinoma: ASCO guideline. *J Clin Oncol.* 2024;42(5):391-416.
5. **European Association for the Study of the Liver (EASL).** EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2024;81(1):223-265.
6. **Ky TD, Nguyen HT, Tran QN, Pham MH, Bui QT, Le TH.** Primary nonadherence to oral targeted therapy among outpatients with hepatocellular carcinoma in Vietnam: prevalence and associated factors. *BMC Cancer.* 2024;24: 631.
7. **Vyas A, Malhotra J, Lee J, Hu X, O'Connor T, Wang J, et al.** Association between adherence to oral anticancer medications and clinical and economic outcomes in patients with solid tumors. *J Manag Care Spec Pharm.* 2024;30(3):215-226.
8. **Liao WC, Huang CW, Chen CH, Wang YC, Chang YJ, Lin MH, et al.** Effectiveness of digital health interventions to improve medication

adherence in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. JMIR Cancer. 2025;11:e64208.

9. **De Geest S, Zullig LL, Dunbar-Jacob J, Helmy R, Hughes DA, Wilson IB, et al.** ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline

(EMERGE). Int J Clin Pharm. 2018; 40(5):566-574.

10. **Zhang Y, Wu S, Li J, Zhu L, Su L, Chen C, et al.** Reliability and validity of the Chinese version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with cancer. Ann Palliat Med. 2021;10(7):7437-7446.

LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG LẦN ĐẦU CHẨN ĐOÁN: DỮ LIỆU TỪ TRUNG TÂM DỊ ỨNG MIỄN DỊCH LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hoàng Phương^{1,2}, Lê Thị Oanh¹, Nguyễn Văn Hồng Quân³, Chu Chí Hiếu², Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Anh Minh¹, Vũ Thị Hằng², Phan Thị Ngọc Bích² và Bùi Văn Dân^{1,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn phức tạp với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Đã có nhiều báo cáo mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của SLE tại nước ta, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập đến nhóm lần đầu được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 37 người bệnh lần đầu tiên được chẩn đoán SLE theo bộ tiêu chí EULAR/ACR 2019 tại Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. **Kết quả:** Nữ giới là đối tượng chủ yếu với tỷ lệ nữ/nam là 5,2/1, nhóm tuổi 20-40 thường gặp nhất. Tổn thương huyết học thường gặp nhất, được ghi nhận ở 94,6% đối tượng nghiên cứu, tổn thương thận xác định ở 62,2% các trường hợp. Kháng thể kháng nhân dương tính ở toàn bộ các trường hợp, trong đó kiểu hình homogeneous thường gặp nhất trên miễn dịch huỳnh quang. Kháng thể kháng chuỗi kép DNA cũng gặp ở 97,3% người bệnh. Xét về mức độ hoạt động bệnh, đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm hoạt động mạnh hoặc rất mạnh. **Kết luận:** Nhóm người bệnh SLE lần đầu được chẩn đoán tại Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu thuộc nhóm bệnh hoạt động mạnh/rất mạnh và tổn thương huyết học, thận là những biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất. **Từ khóa:** ACR/EULAR 2019, homogeneous, lupus ban đỏ hệ thống lần đầu chẩn đoán, SLEDAI, tổn thương huyết học

SUMMARY

NEWLY DIAGNOSED SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: DATA FROM THE CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Phân hiệu Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hoá

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dân

Email: buivandan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a complex autoimmune disease characterized by a broad spectrum of clinical manifestations. Although several studies in Vietnam have described the clinical and laboratory features of SLE, none have specifically focused on patients newly diagnosed according to the 2019 EULAR/ACR classification criteria. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 37 patients newly diagnosed with SLE based on the 2019 EULAR/ACR classification criteria at The Clinical Immunology and Allergy Center, Bach Mai Hospital, between October 2024 and August 2025. **Results:** Females predominated, with a female-to-male ratio of 5.2:1, and the most common age group was 20–40 years. Hematologic involvement was the most frequent manifestation (94.6%), followed by renal involvement (62.2%). Antinuclear antibodies were positive in all patients, with the homogeneous immunofluorescence pattern being the most common. Anti-double-stranded DNA antibodies were detected in 97.3% of cases. Regarding disease activity, most patients were classified as having high or very high activity. **Conclusion:** In this cohort of patients newly diagnosed with SLE at The Clinical Immunology and Allergy Center, Bach Mai Hospital, the majority presented with high or very high disease activity. Hematologic and renal involvement were the most frequent manifestations.

Keywords: 2019 ACR/EULAR, homogeneous pattern, newly diagnosed systemic lupus erythematosus, SLEDAI, hematologic involvement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh lý của mô liên kết có tổn thương nhiều cơ quan do hệ thống miễn dịch của cơ thể bị rối loạn, đặc trưng bởi sự có mặt của kháng thể kháng nhân và nhiều tự kháng thể khác. SLE là bệnh lý thường gặp trong nhóm bệnh lý tự miễn hệ thống. Trên thế giới, tỷ lệ lưu hành SLE thay đổi khoảng 20-70/100.000 người, trong khi đó số người bệnh mới được chẩn đoán là 0,4 triệu người hàng năm [8]. Tại Việt Nam, SLE cũng là bệnh hệ thống hay gặp nhất với tỷ lệ mắc bệnh 50/100.000 người/năm.