

- Global burden of female breast cancer: new estimates in 2022, temporal trend and future projections up to 2050 based on the latest release from GLOBOCAN. *Journal of the National Cancer Center*. 2025 Jun 1;5(3):287–96.
2. **Thapa B, Arobelidze S, Clark BA, Xuefei J, Daw H, Cheng YC, et al.** Metaplastic Breast Cancer: Characteristics and Survival Outcomes. *Cureus*. 14(8):e28551.
  3. **El Zein D, Hughes M, Kumar S, Peng X, Oyasiji T, Jabbour H, et al.** Metaplastic Carcinoma of the Breast is More Aggressive than Triple-Negative Breast Cancer: A study from a Single Institution and Review of Literature. *Clin Breast Cancer*. 2017 Aug;17(5):382–91.
  4. **Fayaz S, Demian GA, Eissa HES, Amanguno H, Abuzalouf S.** Metaplastic breast carcinoma: Analysis of 31 cases from a single institute. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*. 2017 Sep 1;29(3):141–5.
  5. **Alhaidary AA, Arabi H, Eleesawy M, Alkushi A.** Metaplastic breast carcinoma: an overview of the radio-pathologic features in retrospective cohort tertiary hospital. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2022 Apr 15;53(1):92.
  6. **Oberman HA.** Metaplastic carcinoma of the breast. A clinicopathologic study of 29 patients. *Am J Surg Pathol*. 1987 Dec;11(12):918–29.
  7. **Carter MR, Hornick JL, Lester S, Fletcher CDM.** Spindle cell (sarcomatoid) carcinoma of the breast: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 29 cases. *Am J Surg Pathol*. 2006 Mar;30(3):300–9.
  8. **Choi BB, Shu KS.** Metaplastic carcinoma of the breast: multimodality imaging and histopathologic assessment. *Acta Radiol*. 2012 Feb 1;53(1):5–11.
  9. **Shah DR, Tseng WH, Martinez SR.** Treatment Options for Metaplastic Breast Cancer. *ISRN Oncol*. 2012 Jun 21;2012:706162.
  10. **Al-Mahmood S, Sapiezynski J, Garbuzenko OB, Minko T.** Metastatic and triple-negative breast cancer: challenges and treatment options. *Drug Deliv Transl Res*. 2018;8(5):1483–507.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHI BỊ ĐỘNG KINH TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI PHÒNG

Nguyễn Văn Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trọng<sup>1</sup>, Trần Thị Khánh Ninh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị An<sup>1</sup>, Đinh Dương Tùng Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan ở trẻ động kinh tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng. **Đối tượng:** 86 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh và điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ 01/6/2024 đến 30/04/2025. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trẻ bị động kinh chiếm 63,95% là nam, tuổi từ trên 10 tuổi là 58,14% với độ tuổi trung bình là  $9,54 \pm 4,44$  và 68,6% trẻ sống ở ngoại thành. Động kinh toàn thể chiếm 53,3%. Theo thang đo Morisky-8, tại thời điểm 1 tháng và 2 tháng điều trị, nhóm có mức độ tuân thủ cao chiếm tỷ lệ lớn nhất (45,35%). Tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ tuân thủ cao tăng nhẹ, đạt mức 47,67%. Hành vi tuân thủ sai lệch phổ biến nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc và khó khăn khi nhớ uống thuốc đầy đủ. Phân tích tại 3 thời điểm, các yếu tố có mối liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc gồm: tuổi từ trên 10, sử dụng hai thuốc so với một thuốc, không có tiền sử gia đình động kinh, không chậm phát triển tinh thần và ngôn ngữ. **Kết luận:** Mức độ tuân thủ điều trị cao chiếm tỷ lệ lớn; hành vi phổ biến nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc và cảm thấy khó khăn khi uống thuốc đầy đủ. Mức độ tuân thủ cao có liên quan đến tuổi từ trên 10 tuổi, sử dụng hai thuốc chống

động kinh, gia đình không có tiền sử động kinh, không chậm phát triển tinh thần và ngôn ngữ.

**Từ khóa:** Tuân thủ điều trị, động kinh, trẻ em

### SUMMARY

#### MEDICATION ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PEDIATRIC EPILEPSY PATIENTS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

**Objective:** To describe the status of medication adherence and associated factors among children with epilepsy at Hai Phong Children's Hospital. **Subjects:** A total of 86 patients diagnosed with epilepsy and treated at Hai Phong Children's Hospital from June 1, 2024 to April 30, 2025. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Among the children with epilepsy, 63.95% were male; 58.14% were older than 10 years, with a mean age of  $9.54 \pm 4.44$  years; and 68.6% resided in suburban areas. Generalized epilepsy accounted for 53.3% of cases. According to the Morisky-8 scale, at one and two months of treatment, the group with high adherence represented the largest proportion (45.35%). By the third month, the rate of high adherence increased slightly to 47.67%. The most common non-adherent behaviors were occasionally forgetting to take medication and having difficulty remembering to take all prescribed doses. Across the three time points, factors associated with higher adherence included: age over 10 years, use of two antiepileptic drugs compared with one, absence of family history of epilepsy, and absence of developmental or language delay. **Conclusion:** A high

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: nvtrung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

level of treatment adherence was observed in the majority of children. The most common non-adherent behaviors were occasionally forgetting medication and difficulty maintaining full dosing. High adherence was associated with age over 10 years, use of two antiepileptic drugs, no family history of epilepsy, and no mental or language developmental delay.

**Keywords:** Medication adherence, Epilepsy, Children

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những bệnh lý thần kinh phổ biến nhất, nó ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, chủng tộc, tầng lớp xã hội và vị trí địa lý [1]. Bệnh không chỉ gây ra ảnh hưởng về thể chất mà còn tác động lên sức khỏe tâm thần, chất lượng sống cá nhân, gánh nặng với gia đình và xã hội. Động kinh được xem là một bệnh lý có thể điều trị được, với tỷ lệ đáp ứng điều trị cao. Khoảng ba phần tư số bệnh nhân có thể kiểm soát được bệnh khi sử dụng thuốc chống động kinh. Tuy nhiên, mặc dù tiên lượng nhìn chung khá thuận lợi, vẫn có trên 75% bệnh nhân thuộc nhóm dân cư có thu nhập thấp hoàn toàn không được điều trị [2]. Ngoài ra, tuân thủ điều trị là yếu tố then chốt: Thất bại điều trị thường liên quan tới việc người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc. Ở trẻ em, tuân thủ thường kém hơn so với người lớn.

Theo hiểu biết của chúng tôi, tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ở trẻ động kinh. Thực trạng mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhi động kinh điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng như thế nào? Yếu tố nào liên quan tới sự tuân thủ điều trị của bệnh nhi bị động kinh là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhi bị động kinh tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng" nhằm 2 mục tiêu:

- Mô tả thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc ở trẻ động kinh tại Bệnh viện trẻ em - Hải Phòng từ 01/6/2024 đến 30/04/2025

- Mô tả yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của các bệnh nhi trên

Hi vọng với kết quả thu được sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị động kinh, một căn bệnh thường gặp ở trẻ em nước ta.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

+ Bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán động kinh và được điều trị tại khoa Thần kinh tâm bệnh, phòng khám ngoại trú thần kinh từ 3

tháng trở lên, Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ ngày 01/6/2024 đến ngày 30/04/2025.

+ Bố mẹ bệnh nhi/người giám hộ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Gồm toàn bộ các bệnh nhân và bố mẹ trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Mục tiêu 1: Tuổi, giới, khu vực sống, tiền sử gia đình, tiền sử chậm phát triển của bệnh nhân, phân loại bệnh động kinh. Đặc điểm tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky tại 3 thời điểm đánh giá (cách nhau 1 tháng).

+ Mục tiêu 2: Mỗi liên quan của các yếu tố đặc điểm xã hội học (tuổi, khu vực sống, tiền sử chậm phát triển), đặc điểm gia đình (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tiền sử bệnh động kinh), đặc điểm bệnh động kinh (tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc, số thuốc sử dụng) đến tuân thủ sử dụng thuốc.

- **Công cụ đánh giá:** Thang đo tuân thủ thuốc Morisky-8 (MMAS-8): thang đo được biên soạn bởi Morisky DE et al. Năm 1986, gồm 4 câu hỏi, năm 2008 có thêm 4 câu hỏi. Tổng điểm của thang MMAS-8 là 0 - 8, điểm < 6 cho thấy trẻ tuân thủ dùng thuốc kém và điểm ≥ 6 cho thấy trẻ tuân thủ dùng thuốc tốt [3].

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Tra cứu lập danh sách bệnh nhân và phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo mẫu phiếu khảo sát đã thiết kế trước.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 23.0. Tính các số trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm, phân tích hồi quy logistic.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện theo đúng nội dung đã được Hội đồng thông qua đề tài cơ sở của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và sự cho phép của Bệnh viện Nhi Hải Phòng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm tuân thủ sử dụng thuốc ở trẻ động kinh

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm chung |     | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------|-----|--------------|-----------|
| Giới tính      | Nam | 55           | 63,95     |
|                | Nữ  | 31           | 36,05     |
| Tuổi           | < 2 | 7            | 8,14      |
|                | 2-6 | 11           | 12,79     |

|                                          |             |                 |       |
|------------------------------------------|-------------|-----------------|-------|
|                                          | 6-10        | 18              | 20,93 |
|                                          | 10-16       | 50              | 58,14 |
|                                          | TB $\pm$ SD | 9,54 $\pm$ 4,44 |       |
| <b>Khu vực sống</b>                      | Ngoại thành | 59              | 68,6  |
|                                          | Nội thành   | 27              | 31,4  |
| <b>Tiền sử gia đình về động kinh</b>     | Có          | 29              | 33,72 |
|                                          | Không       | 57              | 66,28 |
| <b>Tiền sử chậm phát triển vận động</b>  | Có          | 3               | 3,49  |
|                                          | Không       | 83              | 96,51 |
| <b>Tiền sử chậm phát triển tinh thần</b> | Có          | 20              | 23,26 |
|                                          | Không       | 66              | 76,74 |
| <b>Tiền sử chậm phát triển ngôn ngữ</b>  | Có          | 7               | 8,14  |
|                                          | Không       | 79              | 91,86 |

|                  |                    |    |      |
|------------------|--------------------|----|------|
| <b>Phân loại</b> | Động kinh cục bộ   | 41 | 47,7 |
|                  | Động kinh toàn thể | 45 | 52,3 |

**Nhận xét:** Phần lớn trẻ tham gia nghiên cứu là nam (63,95%). Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 10 đến 16 tuổi, chiếm 58,14%, với độ tuổi trung bình là 9,54  $\pm$  4,44. Hầu hết trẻ sống tại khu vực ngoại thành (68,6%). Tỷ lệ trẻ có tiền sử gia đình bị động kinh là 33,72%. Gần như toàn bộ trẻ không có tiền sử chậm phát triển vận động (96,51%). Có 23,26% trẻ có tiền sử chậm phát triển tinh thần và 8,14% có tiền sử chậm phát triển ngôn ngữ. Động kinh toàn thể chiếm 52,3% trường hợp.

**Bảng 2: Đặc điểm có tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh ở 3 lần đánh giá**

| <b>Đặc điểm tuân thủ sử dụng thuốc</b>                                             | <b>Thời điểm 1</b> |                   | <b>Thời điểm 2</b> |                   | <b>Thời điểm 3</b> |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
|                                                                                    | <b>Có n(%)</b>     | <b>Không n(%)</b> | <b>Có n(%)</b>     | <b>Không n(%)</b> | <b>Có n(%)</b>     | <b>Không n(%)</b> |
| 1. Thỉnh thoảng quên uống thuốc                                                    | 36(41,86)          | 50(58,14)         | 35(40,70)          | 51(59,30)         | 34(39,53)          | 52(60,47)         |
| 2. Trong 2 tuần vừa qua có lúc quên uống thuốc                                     | 16(18,60)          | 70(81,40)         | 22(25,58)          | 64(74,42)         | 9(10,47)           | 77(89,53)         |
| 3. Giảm hoặc ngưng uống thuốc mà không nói với bác sỹ vì cảm thấy sức khỏe xấu hơn | 3(3,49)            | 83(96,51)         | 2(2,33)            | 84(97,67)         | 2(2,33)            | 84(97,67)         |
| 4. Quên mang thuốc khi đi xa                                                       | 3(3,49)            | 83(96,51)         | 2(2,33)            | 84(97,67)         | 2(2,33)            | 84(97,67)         |
| 5. Chưa uống thuốc ngày hôm qua                                                    | 4(4,65)            | 82(95,35)         | 7(8,14)            | 79(91,86)         | 7(8,14)            | 79(91,86)         |
| 6. Ngưng thuốc khi cảm thấy triệu chứng bệnh thuyên giảm                           | 6(6,98)            | 80(93,02)         | 4(4,65)            | 82(95,35)         | 3(3,49)            | 83(96,51)         |
| 7. Cảm thấy phiền khi phải điều trị dài ngày                                       | 22(25,58)          | 64(74,42)         | 22(25,58)          | 64(74,42)         | 20(23,26)          | 66(76,74)         |
| 8. Gặp phải khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ                                | 29(33,72)          | 57(66,28)         | 29(33,72)          | 57(66,28)         | 29(33,72)          | 57(66,28)         |

**Nhận xét:** Tại thời điểm 1, hành vi tuân thủ sai lệch phổ biến nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc (41,86%), tiếp theo là cảm thấy khó khăn khi nhớ uống thuốc đầy đủ (33,72%). Tại thời điểm 2, tỷ lệ cao nhất tiếp tục là thỉnh thoảng

quên uống thuốc (40,70%) và khó khăn khi nhớ uống thuốc đầy đủ (33,72%). Tại thời điểm 3, các hành vi phổ biến nhất lần lượt là thỉnh thoảng quên uống thuốc (39,53%) và khó khăn khi nhớ uống thuốc đầy đủ (33,72%).

**Bảng 3: Đặc điểm tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (MMAS-8)**

| <b>Đặc điểm tuân thủ điều trị</b> | <b>Thời điểm 1</b> |                  | <b>Thời điểm 2</b> |                  | <b>Thời điểm 3</b> |                  |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|
|                                   | <b>Tần số (n)</b>  | <b>Tỷ lệ (%)</b> | <b>Tần số (n)</b>  | <b>Tỷ lệ (%)</b> | <b>Tần số (n)</b>  | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
| Tuân thủ cao (8 điểm)             | 39                 | 45,35            | 39                 | 45,35            | 41                 | 47,67            |
| Tuân thủ trung bình (6-7đ)        | 24                 | 27,91            | 22                 | 25,58            | 26                 | 30,23            |
| Tuân thủ thấp (<6 điểm)           | 23                 | 26,74            | 25                 | 29,07            | 19                 | 22,09            |

**Nhận xét:** Tại thời điểm 1 và 2, nhóm có mức độ tuân thủ cao chiếm tỷ lệ lớn nhất (45,35%). Tại thời điểm 3, tỷ lệ tuân thủ cao tăng nhẹ, đạt mức 47,67%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của trẻ bị động kinh

**Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc tại thời điểm 1**

| <b>Yếu tố</b> |    | <b>Đặc điểm tuân thủ điều trị tại thời điểm 1</b> |                             | <b>OR 95%CI</b> | <b>P</b> |
|---------------|----|---------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------|
|               |    | <b><math>\geq</math>Cao n(%)</b>                  | <b>Trung bình/thấp n(%)</b> |                 |          |
| <b>Tuổi</b>   | <6 | 12(30,77)                                         | 6(12,77)                    | 1               |          |

|                                          |                                    |           |           |                    |      |
|------------------------------------------|------------------------------------|-----------|-----------|--------------------|------|
|                                          | 6-10                               | 8(20,51)  | 10(21,28) | 2,50<br>0,61-10,19 | 0,18 |
|                                          | ≥10                                | 19(48,72) | 31(65,96) | 3,26<br>1,00-10,63 | 0,04 |
| <b>Khu vực sống</b>                      | Thành thị                          | 14(35,90) | 13(27,66) | 1,46               | 0,42 |
|                                          | Nông thôn                          | 25(64,10) | 34(72,34) | 0,58-3,68          |      |
| <b>TTHN của bố mẹ</b>                    | Ly hôn/ly thân/góa/<br>mẹ đơn thân | 3(7,69)   | 2(4,26)   | 1,88<br>0,29-12,12 | 0,50 |
|                                          | Kết hôn                            | 36(92,31) | 45(95,74) |                    |      |
| <b>Trình độ học vấn của bố</b>           | ≤THPT                              | 34(87,18) | 39(82,98) | 1,39               | 0,59 |
|                                          | >THPT                              | 5(12,82)  | 8(17,02)  | 0,41-4,71          |      |
| <b>Trình độ học vấn của mẹ</b>           | ≤THPT                              | 33(84,62) | 38(80,85) | 1,30               | 0,65 |
|                                          | >THPT                              | 6(15,38)  | 9(19,15)  | 0,42-4,08          |      |
| <b>Tuổi khởi phát bệnh</b>               | ≤12 tháng                          | 11(28,21) | 14(29,79) | 0,93               | 0,87 |
|                                          | >12 tháng                          | 28(71,79) | 33(70,21) | 0,36-2,37          |      |
| <b>Thời gian mắc bệnh</b>                | ≤3 năm                             | 18(46,15) | 20(42,55) | 1,16               | 0,74 |
|                                          | >3 năm                             | 21(53,85) | 27(57,45) | 0,48-2,74          |      |
| <b>Số lượng thuốc đang sử dụng</b>       | Một thuốc                          | 7(17,95)  | 12(25,53) | 1                  |      |
|                                          | Hai thuốc                          | 20(51,28) | 15(31,91) | 0,44<br>0,13-1,42  | 0,15 |
|                                          | Từ ba thuốc trở lên                | 12(30,77) | 20(42,55) | 0,97<br>0,29-3,18  | 0,96 |
| <b>Tiền sử gia đình về động kinh</b>     | Không                              | 39(100,0) | 18(38,30) | -                  | 0,00 |
|                                          | Có                                 | 0         | 29(61,70) |                    |      |
| <b>Tiền sử chậm phát triển vận động</b>  | Không                              | 39(100,0) | 44(93,62) | -                  | 0,11 |
|                                          | Có                                 | 0         | 3(6,38)   |                    |      |
| <b>Tiền sử chậm phát triển tinh thần</b> | Không                              | 39(100,0) | 27(57,45) | -                  | 0,00 |
|                                          | Có                                 | 0         | 20(42,55) |                    |      |
| <b>Tiền sử chậm phát triển ngôn ngữ</b>  | Không                              | 39(100,0) | 40(85,11) | -                  | 0,01 |
|                                          | Có                                 | 0         | 7(14,89)  |                    |      |

**Nhận xét:** Đặc điểm tuân thủ điều trị tại thời điểm 1 ở nhóm tuổi ≥10 gấp 3,26 lần so với nhóm <6 tuổi. Các yếu tố khác có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ sử dụng thuốc tại thời điểm 1 gồm: trẻ không có tiền sử gia đình động kinh ( $p<0,001$ ), không chậm phát triển tinh thần ( $p<0,001$ ), không chậm phát triển ngôn ngữ ( $p=0,01$ ).

**Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc tại thời điểm 2**

| Yếu tố                         |                                    | Đặc điểm tuân thủ điều trị tại thời điểm 2 |                         | OR<br>95%CI        | P    |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|--------------------|------|
|                                |                                    | ≥ Cao<br>n(%)                              | Trung bình/thấp<br>n(%) |                    |      |
| <b>Tuổi</b>                    | <6                                 | 12(30,77)                                  | 6(12,77)                | 1                  |      |
|                                | 6-10                               | 8(20,51)                                   | 10(21,28)               | 2,50<br>0,61-10,19 | 0,18 |
|                                | ≥10                                | 19(48,72)                                  | 31(65,96)               | 3,26<br>1,00-10,63 | 0,04 |
| <b>Khu vực sống</b>            | Thành thị                          | 14(35,90)                                  | 13(27,66)               | 1,46               | 0,42 |
|                                | Nông thôn                          | 25(64,10)                                  | 34(72,34)               | 0,58-3,68          |      |
| <b>TTHN của bố mẹ</b>          | Ly hôn/ly thân/góa/<br>mẹ đơn thân | 4(10,26)                                   | 1(2,13)                 | 5,26<br>0,54-51,52 | 0,11 |
|                                | Kết hôn                            | 35(89,74)                                  | 46(97,87)               |                    |      |
| <b>Trình độ học vấn của bố</b> | ≤THPT                              | 33(84,62)                                  | 40(85,11)               | 0,96               | 0,94 |
|                                | >THPT                              | 6(15,38)                                   | 7(14,89)                | 0,29-3,16          |      |
| <b>Trình độ học vấn của mẹ</b> | ≤THPT                              | 33(84,62)                                  | 38(80,85)               | 1,30               | 0,64 |
|                                | >THPT                              | 6(15,38)                                   | 9(19,15)                | 0,42-4,08          |      |
| <b>Tuổi khởi phát bệnh</b>     | ≤12 tháng                          | 11(28,21)                                  | 14(29,79)               | 0,93               | 0,87 |
|                                | >12 tháng                          | 28(71,79)                                  | 33(70,21)               | 0,36-2,37          |      |
| <b>Thời gian mắc bệnh</b>      | ≤3 năm                             | 17(43,59)                                  | 21(44,68)               | 0,96               | 0,91 |

|                                          |                     |           |           |                   |      |
|------------------------------------------|---------------------|-----------|-----------|-------------------|------|
|                                          | >3 năm              | 22(56,41) | 26(55,32) | 0,40-2,26         |      |
| <b>Số lượng thuốc đang sử dụng</b>       | Một thuốc           | 7(17,95)  | 12(25,53) | 1                 |      |
|                                          | Hai thuốc           | 20(51,28) | 15(31,91) | 0,44<br>0,13-1,42 | 0,15 |
|                                          | Từ ba thuốc trở lên | 12(30,77) | 20(42,55) | 0,97<br>0,29-3,18 | 0,96 |
| <b>Tiền sử gia đình về động kinh</b>     | Không               | 39(100,0) | 18(38,30) | -                 | 0,00 |
|                                          | Có                  | 0         | 29(61,70) |                   |      |
| <b>Tiền sử chậm phát triển vận động</b>  | Không               | 39(100,0) | 44(93,62) | -                 | 0,11 |
|                                          | Có                  | 0         | 3(6,38)   |                   |      |
| <b>Tiền sử chậm phát triển tinh thần</b> | Không               | 39(100,0) | 27(57,45) | -                 | 0,00 |
|                                          | Có                  | 0         | 20(42,44) |                   |      |
| <b>Tiền sử chậm phát triển ngôn ngữ</b>  | Không               | 39(100,0) | 40(85,11) | -                 | 0,01 |
|                                          | Có                  | 0         | 7(14,89)  |                   |      |

**Nhận xét:** Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ sử dụng thuốc tại thời điểm 2 gồm: Tuổi  $\geq 10$  ( $p=0,04$ ), không có tiền sử gia đình động kinh ( $p<0,001$ ), hông chậm phát triển tinh thần ( $p<0,001$ ), không chậm phát triển ngôn ngữ ( $p=0,01$ ).

**Bảng 6: Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc tại thời điểm 3**

| Yếu tố                                   |                                | Đặc điểm tuân thủ điều trị tại thời điểm 3 |                         | OR<br>95%CI       | P      |
|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-------------------|--------|
|                                          |                                | $\geq$ Cao<br>n(%)                         | Trung bình/thấp<br>n(%) |                   |        |
| <b>Tuổi</b>                              | <6                             | 11(26,83)                                  | 7(15,56)                | 1                 |        |
|                                          | 6-10                           | 8(19,51)                                   | 10(22,22)               | 1,96<br>0,50-7,69 | 0,32   |
|                                          | $\geq 10$                      | 22(53,66)                                  | 28(62,22)               | 2,0<br>0,65-6,14  | 0,21   |
| <b>Khu vực sống</b>                      | Thành thị                      | 15(36,59)                                  | 12(26,67)               | 1,59              | 0,32   |
|                                          | Nông thôn                      | 26(63,41)                                  | 33(73,33)               | 0,62-4,01         |        |
| <b>TTHN của bố mẹ</b>                    | Ly hôn/ly thân/góa/mẹ đơn thân | 3(7,32)                                    | 2(4,44)                 | 1,69<br>0,26-0,86 | 0,57   |
|                                          | Kết hôn                        | 38(92,68)                                  | 43(95,56)               |                   |        |
| <b>Trình độ học vấn của bố</b>           | $\leq$ THPT                    | 35(85,37)                                  | 38(84,44)               | 1,07              | 0,90   |
|                                          | >THPT                          | 6(14,63)                                   | 7(15,56)                | 0,32-3,53         |        |
| <b>Trình độ học vấn của mẹ</b>           | $\leq$ THPT                    | 35(85,37)                                  | 36(80,00)               | 1,46              | 0,51   |
|                                          | >THPT                          | 6(14,63)                                   | 9(20,00)                | 0,46-4,57         |        |
| <b>Tuổi khởi phát bệnh</b>               | <12 tháng                      | 12(29,27)                                  | 13(28,89)               | 1,02              | 0,96   |
|                                          | $\geq 12$ tháng                | 29(70,73)                                  | 32(71,11)               | 0,39-2,60         |        |
| <b>Thời gian mắc bệnh</b>                | <3 năm                         | 18(43,90)                                  | 20(44,44)               | 0,98              | 0,95   |
|                                          | $\geq 3$ năm                   | 23(56,10)                                  | 25(55,56)               | 0,42-2,31         |        |
| <b>Số lượng thuốc đang sử dụng</b>       | Một thuốc                      | 6(14,63)                                   | 13(28,89)               | 1                 |        |
|                                          | Hai thuốc                      | 21(51,22)                                  | 14(31,11)               | 0,31<br>0,08-1,06 | 0,04   |
|                                          | Từ ba thuốc trở lên            | 14(34,15)                                  | 18(40,00)               | 0,59<br>0,18-1,99 | 0,39   |
| <b>Tiền sử gia đình về động kinh</b>     | Không                          | 41(100,0)                                  | 16(35,56)               | -                 | 0,00   |
|                                          | Có                             | 0                                          | 29(64,44)               |                   |        |
| <b>Tiền sử chậm phát triển vận động</b>  | Không                          | 41(100,0)                                  | 42(93,33)               | -                 | 0,09   |
|                                          | Có                             | 0                                          | 3(6,67)                 |                   |        |
| <b>Tiền sử chậm phát triển tinh thần</b> | Không                          | 41(100,0)                                  | 25(55,56)               | -                 | 0,00   |
|                                          | Có                             | 0                                          | 20(44,44)               |                   |        |
| <b>Tiền sử chậm phát triển ngôn ngữ</b>  | Không                          | 41(100,0)                                  | 38(84,44)               | -                 | 0,0088 |
|                                          | Có                             | 0                                          | 7(15,56)                |                   |        |

**Nhận xét:** Số lượng thuốc đang sử dụng tại thời điểm 3 ở nhóm dùng 2 thuốc có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm chỉ dùng 1

thuốc (OR = 0,31; 95%CI: 0,08–1,06;  $p = 0,04$ ). Các yếu tố khác có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ sử dụng thuốc tại thời

điểm 3 gồm: trẻ không có tiền sử gia đình động kinh ( $p < 0,001$ ), không chậm phát triển tinh thần ( $p < 0,001$ ), không chậm phát triển ngôn ngữ ( $p = 0,009$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc ở trẻ động kinh.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các hành vi không tuân thủ không chủ ý - tiêu biểu là "thình thoảng quên uống thuốc" (giảm nhẹ từ 41,86% → 40,70% → 39,53%) và "khó nhớ uống đầy đủ" (33,72% ở cả ba thời điểm) - gần như không thay đổi theo thời gian. Điều này gợi ý rằng rào cản chính nằm ở khả năng ghi nhớ và hình thành thói quen dùng thuốc. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế về động kinh ở trẻ em: tại Ấn Độ, "vấn đề ghi nhớ" được xác định là nguyên nhân phổ biến nhất của không tuân thủ (41,8%) [4]; tại Ethiopia, "quên cho trẻ uống thuốc" cũng là yếu tố thường gặp nhất (52,2%) [5].

Theo thang đo MMAS-8, nhóm tuân thủ cao trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ lớn nhất ở thời điểm T1 và T2 (45,35%) và tăng nhẹ ở thời điểm T3 (47,67%). Các tỷ lệ này nằm trong khoảng mà y văn nhi khoa ghi nhận khi sử dụng MMAS-8; ví dụ, nghiên cứu tại Ấn Độ báo cáo 50% trẻ đạt tuân thủ cao, mức này rất gần với kết quả của chúng tôi [4]. Một số bối cảnh cho thấy tỷ lệ cao hơn, nhưng sự khác biệt này phần lớn xuất phát từ cách phân loại điểm số; chẳng hạn, khảo sát tại Ethiopia chỉ coi điểm tuyệt đối 8/8 là "tuân thủ", dẫn đến tỷ lệ 65%, nên khó so sánh trực tiếp với cách phân loại ba mức (cao-trung bình-thấp) mà chúng tôi áp dụng [6].

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của trẻ bị động kinh tại 3 thời điểm đánh giá.** Ở thời điểm 1 và 2, trẻ có tuổi  $\geq 10$  cho thấy khả năng tuân thủ cao gấp 3,26 lần so với nhóm  $< 6$  tuổi (95%CI: 1,00–10,63;  $p = 0,04$ ). Kết quả này phần nào trái ngược với xu hướng chung trong y văn, vốn cho rằng nhóm vị thành niên dễ giảm tuân thủ do sự chuyển giao trách nhiệm điều trị từ cha mẹ sang trẻ, áp lực học tập, sự gia tăng hoạt động xã hội và các thay đổi tâm lý ở tuổi dậy thì. Modi và cộng sự (2011) cho thấy ở nhóm vị thành niên mới chẩn đoán động kinh, tỷ lệ không tuân thủ tăng dần theo thời gian, đặc biệt sau 6 tháng điều trị [7]. Sự khác biệt trong nghiên cứu này có thể phản ánh đặc thù của đối tượng, khi trẻ  $\geq 10$  tuổi có nhận thức bệnh tốt hơn, được giáo dục y tế sớm và được gia đình giám sát sát sao, đồng thời có thể tận dụng các công cụ hỗ trợ nhắc uống

thuốc, từ đó duy trì mức tuân thủ cao.

Một phát hiện nổi bật và nhất quán tại cả ba thời điểm là mối liên quan mạnh giữa việc không có tiền sử gia đình động kinh và khả năng tuân thủ cao ( $p < 0,001$ ). Dù yếu tố này ít khi được xem là dự báo độc lập trong phân tích đa biến, nhiều nghiên cứu cho thấy bối cảnh gia đình - bao gồm gánh nặng chăm sóc, niềm tin và thái độ đối với bệnh - có thể tác động sâu đến hành vi tuân thủ.

Bên cạnh đó, hai yếu tố không chậm phát triển tinh thần ( $p = 0,00$ ) và không chậm phát triển ngôn ngữ ( $p = 0,01$  ở thời điểm 1–2;  $p < 0,01$  ở thời điểm 3) có mối liên quan chặt chẽ với tuân thủ cao ở cả ba thời điểm. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng, khi trẻ có rối loạn phát triển thần kinh thường gặp khó khăn trong duy trì thói quen hằng ngày, bao gồm việc uống thuốc, và cần hỗ trợ cao hơn từ người chăm sóc. Mô hình can thiệp dựa trên gia đình, như của Modi và cộng sự (2023), đã cho thấy việc huấn luyện kỹ năng quản lý thuốc, giải quyết vấn đề và củng cố hành vi tích cực cho người chăm sóc có thể cải thiện rõ rệt tuân thủ ở nhóm trẻ này [8].

Đáng chú ý, tại thời điểm 3, việc sử dụng hai thuốc so với một thuốc lại liên quan đến tuân thủ cao hơn (OR = 0,31; 95%CI: 0,08–1,06;  $p = 0,04$ ) – một kết quả trái với nhiều báo cáo trước đây, vốn cho rằng phác đồ phức tạp hơn thường làm giảm tuân thủ. Wang và cộng sự (2023) trên 917 trẻ ghi nhận số thuốc  $\geq 3$  làm tăng đáng kể nguy cơ không tuân thủ (OR=1,63; 95%CI: 1,17–2,26) [9]. Sự khác biệt trong nghiên cứu này có thể xuất phát từ việc trẻ dùng hai thuốc được theo dõi chặt chẽ hơn, thường xuyên được nhắc nhở, hoặc đã đạt kiểm soát cơn tốt sau khi tối ưu phác đồ, từ đó tạo động lực duy trì điều trị.

#### V. KẾT LUẬN

Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc ở trẻ động kinh tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng theo thang đo MMAS-8, nhóm tuân thủ cao trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ lớn nhất ở thời điểm T1 và T2 và tăng nhẹ ở thời điểm T3. Hành vi không tuân thủ là thỉnh thoảng quên uống và khó nhớ uống đầy đủ.

Các yếu tố dự đoán tuân thủ điều trị cao là: Tuổi  $\geq 10$ , sử dụng hai thuốc so với một thuốc, không có tiền sử gia đình động kinh, không chậm phát triển tinh thần, không chậm phát triển ngôn ngữ.

#### VI. KIẾN NGHỊ

Triển khai các biện pháp hỗ trợ ghi nhớ dùng thuốc (nhắc giờ, ứng dụng điện thoại) nhằm

giảm hành vi quên liều và khó nhớ uống thuốc. Tăng cường tư vấn - giáo dục định kỳ cho cha mẹ/người chăm sóc, đặc biệt ở nhóm có trình độ học vấn  $\leq$  THPT và trẻ điều trị đa trị liệu. Xem xét tối ưu hóa phác đồ để giảm số lượng thuốc khi lâm sàng cho phép, nhằm nâng cao khả năng tuân thủ. Phát huy vai trò quản lý điều trị ngoại trú tại tuyến cơ sở, đặc biệt ở khu vực nông thôn, nhằm duy trì tiếp cận thuốc và theo dõi liên tục. Thực hiện các nghiên cứu phân tích đa biến để xác định yếu tố dự báo độc lập, làm cơ sở xây dựng can thiệp chuẩn hóa cho nhóm bệnh nhi động kinh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Persefoni Ioannou, Daniella L Foster, Josemir W Sander, et al** (2022). The burden of epilepsy and unmet need in people with focal seizures. *Brain Behav.* 2022 Aug 26;12(9):e2589. doi: 10.1002/brb3.2589.
2. **Camilo Espinosa-Jovel, Rafael Toledano, Angel Aledo-Serrano, et al** (2018). Epidemiological profile of epilepsy in low income populations. *Seizure.* 2018 Mar;56:67-72. doi: 10.1016/j.seizure.2018.02.002. Epub 2018 Feb 8.
3. **Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward**
4. **Kaur B, Singla A, Kaur A, et al.** Adherence to the anti-epileptic drugs among children with epilepsy - a cross sectional study in a tertiary care hospital. *International Journal of Contemporary Pediatrics.* 2023;10(1):52-56.
5. **Mohammed H, Lemnuro K, Mekonnen T, et al.** Adherence to anti-seizure medications and associated factors among children with epilepsy at a tertiary hospital in Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Neurology.* 2022;22:310.
6. **Dima SA, Shibeshi MS.** Antiepileptic drug adherence in children in southern Ethiopia: a cross sectional study. *PLoS One.* 2022;17(2):e0263821.
7. **Modi AC, Rausch JR, Glauser TA.** Patterns of nonadherence to antiepileptic drug therapy in children with newly diagnosed epilepsy. *JAMA.* 2011;305(16):1669-1676.
8. **Modi AC, Patel AD, Mara CA, et al.** Pilot randomized controlled clinical trial of an adherence social norms intervention for adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior.* 2023;140.
9. **Wang S, Zhang X, Wang Y, et al.** Medication compliance of children with epilepsy: a cross-sectional survey. *Ital J Pediatr.* 2023;49(1):153.
- HJ.** Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* May 2008;10(5):348-54.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MIH BẰNG PHƯƠNG PHÁP XÂM NHẬP NHỰA TRÊN LÂM SÀNG Ở TRẺ 8-11 TUỔI TẠI HÀ NỘI NĂM 2025

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số đặc điểm trước và sau điều trị 6 tháng bằng phương pháp xâm nhập nhựa trên lâm sàng tổn thương MIH ở lứa tuổi 8-11 tại Hà Nội năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 59 trẻ 8-11 tuổi với 123 răng nhiễm MIH và điều trị 48 răng trước nhiễm MIH nhẹ bằng phương pháp xâm nhập nhựa ICON (DMG, Đức) được theo dõi 6 tháng. **Kết quả:** Phổ biến nhất là tổn thương mở đục màu trắng hoặc kem chiếm 56,10% tổng số răng, trong đó ở răng cửa (77,42%) cao hơn đáng kể so với răng hàm (34,43%), mức độ lan toả của tổn thương chủ yếu mức độ 1 < 1/3 bề mặt thân răng với tỉ lệ 89,43%; nhiễm màu xung quanh tổn thương MIH là 38,21%; tỉ lệ sâu răng trước điều trị là 6,25%; tỉ lệ nhiễm màu của nhóm răng trước điều trị là 14,58%; tỉ lệ nhiễm màu ngay sau điều trị là 0,00% và sau điều trị 6 tháng là 39,58%, sự khác biệt về tỉ lệ giữa các đặc điểm có ý

**Trương Đình Khởi<sup>1</sup>, Phan Thị Bích Hạnh<sup>1</sup>**

nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . **Kết luận:** Dạng MIH ở trẻ từ 8-11 tuổi thường gặp là tổn thương mở đục màu trắng hoặc kem; lan toả chủ yếu < 1/3 bề mặt thân răng; nhiễm màu xung quanh thấp; tổn thương ở răng sau nặng hơn so với răng trước; điều trị xâm nhập nhựa với mức độ tổn thương nhẹ mang lại hiệu quả rất tốt, tuy nhiên có nhiễm màu lại sau 6 tháng điều trị. **Từ khóa:** Kém khoáng hoá men răng, đốm trắng men răng

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF RESIN INFILTRATION FOR TREATING MOLAR-INCISOR HYPOMINERALIZATION IN 8-11-YEAR-OLD CHILDREN IN HANOI, 2025

**Objective:** Identification of selected characteristics before and after 6-month treatment with resin infiltration for clinical molar-incisor hypomineralization lesions in 8-11-year-old children in Hanoi, 2025. **Subject and methods:** A cross-sectional description of 59 children aged 8-11 with 123 MIH-affected teeth, including treatment of 48 anterior teeth with mild MIH using ICON resin infiltration (DMG, Germany), followed up for 6 months. **Results:** White or cream opacities were the most frequent lesions (56,10%), higher in incisors (77,42%) than

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội  
Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi  
Email: bskhoirhm@gmail.com  
Ngày nhận bài: 2.10.2025  
Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025  
Ngày duyệt bài: 12.12.2025