

- thyroid gland. *Cancer*. 2001;91(4):629-635.
7. **Chai YJ, Hong JH, Koo DH, et al.** Clinicopathological characteristics and treatment outcomes of 38 cases of primary thyroid lymphoma: a multicenter study. *Ann Surg Treat Res*. 2015; 89(6):295-299.
8. **Alzouebi M, Goepel JR, Horsman JM, Hancock BW.** Primary thyroid lymphoma: the 40 year experience of a UK lymphoma treatment centre. *Int J Oncol*. 2012;40(6):2075-2080.
9. **Graff-Baker A, Roman SA, Thomas DC, Udelsman R, Sosa JA.** Prognosis of primary thyroid lymphoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1,408 cases. *Surgery*. 2009;146(6):1105-1115.

## TUÂN THỦ DÙNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH MẠN TÍNH

Lê Trúc Lam<sup>1</sup>, Huỳnh Giao<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Phi Hồng Ngân<sup>2</sup>, Đặng Trung Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Bệnh mạn tính hiện nay là một vấn đề quan trọng của sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ bệnh ngày càng gia tăng tại Việt Nam cũng như những quốc gia trong khu vực gây ra nhiều gánh nặng cho xã hội. Tuân thủ thuốc và thay đổi lối sống vẫn được coi là nguyên tắc cơ bản của kiểm soát bệnh mạn tính. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 05 đến tháng 06 năm 2022, sử dụng thang đo MCQ (Medication Compliance Questionnaire) để đánh giá tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc. Có 246 người bệnh tham gia nghiên cứu, tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (39,8%), giới nam (56,1%) chiếm đa số. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc là 82,9%. Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với đặc điểm kinh tế dân số xã hội và đặc điểm bệnh lý ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ tuân thủ hoạt dùng thuốc ở người bệnh mạn tính khá cao, điều này cho thấy công tác điều trị và chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân tại bệnh viện đạt hiệu quả tốt. **Từ khóa:** bệnh mạn tính, tuân thủ điều trị dùng thuốc

### SUMMARY

#### MEDICATION COMPLIANCE AND RELATED FACTORS AMONG CHRONIC PATIENTS

Chronic disease is an important public health issue. The increasing rate of disease in Vietnam as well as in other countries in the region causes a burden on society. Medication adherence and lifestyle changes are still considered important factors for controlling chronic diseases. A cross-sectional study of 246 outpatient patients in Le Van Thinh hospital. Medication Compliance Questionnaire scales (MCQ) was assessed for reliability and validity. A total of 246 patients completed the survey. The age of 50-59 years old (39,8%) is high and the majority of respondents

were males (56,1%). This study was conducted through face-to-face interviews. The proportion of medication adherence was 82,9%. The study did not find a relationship between drug adherence with demographic characteristics and pathological characteristics ( $p > 0,05$ ). The rate of medication adherence among chronic patients is quite high, which showed that the management and health education programs at the hospital have been good effectiveness. **Keywords:** chronic disease, medication adherence.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội thì mô hình bệnh tật cũng có nhiều thay đổi, các bệnh mạn tính ngày càng nhiều, gia tăng về tần suất người mắc, là nguyên nhân chính của tử vong. Các bệnh mạn tính trên thế giới hiện tại được xem là vấn đề rất lớn về sức khỏe. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã cảnh báo nhóm bệnh này đang nằm trong nhóm có tỷ lệ tử vong cao, 6 trên 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu thuộc về các bệnh mạn tính [1]. Tại Việt Nam, cứ 100 trường hợp tử vong thì có tới 77 người tử vong do các bệnh mạn tính. Trong đó, tim mạch chiếm 31%, ung thư chiếm 19%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) chiếm 6%, đái tháo đường chiếm 4% và các bệnh lý khác chiếm 18% [2]. Đây là nhóm bệnh có thời gian phát triển chậm, kéo dài trong nhiều năm, đòi hỏi việc điều trị có hệ thống và lâu dài [3]. Vì vậy, yếu tố tiên quyết để giúp đạt hiệu quả cao trong công tác khám chữa bệnh, giảm các biến chứng ở bệnh nhân bệnh mạn tính là tuân thủ điều trị, đặc biệt là tuân thủ dùng thuốc. Bệnh viện Lê Văn Thinh là bệnh viện hạng I với số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú các bệnh mạn tính ngày một gia tăng. Do đó, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mạn tính, từ đó để

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

<sup>2</sup>Bệnh viện Lê Văn Thinh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Giao

Email: hgiao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

xuất các biện pháp nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ của người bệnh, đề ra các biện pháp giáo dục sức khỏe, tập huấn cho nhân viên y tế, hướng dẫn chăm sóc sức khỏe bệnh nhân toàn diện hơn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh thành phố Hồ Chí Minh

**Tiêu chuẩn chọn vào:** Bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh mạn tính từ 12 tháng trở lên và  $\geq 18$  tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại ra:** Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp bằng ngôn ngữ và không có đủ sức khỏe để tham gia phỏng vấn.

### 2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả thực hiện từ tháng 05 đến tháng 06 năm 2022.

Các bước tiến hành: sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện để lấy 246 đối tượng tham gia thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian nghiên cứu. Thu thập dữ liệu thông qua phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn, thời gian hoàn thành mỗi bộ câu hỏi khoảng 10-15 phút.

Bộ công cụ thu thập có ba phần bao gồm (1) thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế, (2) đặc điểm bệnh lý: thời gian phát hiện bệnh, thời gian điều trị bệnh và bệnh lý mạn tính chính, (3) thang đo tuân thủ dùng thuốc (Medication Compliance Questionnaire, MCQ) được phát triển từ thang đo MMAS để đánh giá về sự tuân thủ dùng thuốc ở người bệnh mạn tính, có hệ số Cronbach's alpha đạt 0,78. Thang đo gồm 7 câu hỏi về các hành vi sử dụng thuốc, mỗi câu hỏi được đánh giá với thang điểm từ thấp đến cao: 1 điểm "luôn luôn: hàng ngày" đến 4 điểm "không bao giờ". Bệnh nhân được đánh giá là tuân thủ khi có tổng điểm từ 27 trở lên [4], [5].

### Định nghĩa các biến số chính:

Tuân thủ điều trị dùng thuốc: là biến số nhị giá gồm 2 giá trị: Không (khi tổng điểm  $< 27$  điểm) và Có (khi tổng điểm  $\geq 27$  điểm) [4], [5].

Bệnh mạn tính đang mắc: được đánh giá dựa vào hỏi bệnh và xem sổ khám bệnh như tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, hô hấp, xương khớp là biến số nhị giá có 2 giá trị có và không.

**Phương pháp thống kê:** số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 4.6.0.6 xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16. Sử dụng tần số và tỷ lệ (%) để mô tả các biến số đặc điểm kinh tế

dân số xã hội, các đặc điểm bệnh lý và sự tuân thủ dùng thuốc của đối tượng tham gia. Dùng kiểm định Chi bình phương, hoặc Fisher để kiểm định các mối liên quan. Ước lượng mối liên quan bằng tỷ số tỷ lệ hiện mắc (PR), với khoảng tin cậy là 95% (KTC 95%) với ý nghĩa thống kê ở mức  $p < 0,05$ .

**2.3. Y đức.** Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học số 409/HĐĐĐ-ĐHYD ngày chấp thuận 20/04/2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 246 bệnh nhân mạn tính tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Lê Văn Thịnh thành phố Hồ Chí Minh phù hợp với tiêu chí chọn vào đồng ý tham gia nghiên cứu và hoàn thành khảo sát

### 3.1. Đặc điểm dân số, xã hội của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm dân số, xã hội của đối tượng nghiên cứu (N=246)**

Đặc điểm	N (%)
<b>Nhóm tuổi</b>	
18 – 49 tuổi	92(37,4)
Từ 50-59 tuổi	98(39,8)
$\geq 60$ tuổi	56(22,8)
<b>Giới (nam)</b>	138(56,1)
<b>Trình độ học vấn</b>	
Cấp I	49(19,9)
Cấp II	81(32,9)
Từ cấp III	116(47,2)
<b>Nghề nghiệp</b>	
Công nhân viên chức	12(4,9)
Buôn bán	51(20,7)
Nội trợ	61(24,8)
Nghỉ hưu	64(26,0)
Khác	58(23,6)
<b>Tình trạng hôn nhân (đã kết hôn)</b>	213(86,6)
<b>Tình trạng kinh tế</b>	
Khá giả	17(6,9)
Đủ sống	219(89,0)
Khó khăn	10(4,1)

Nghiên cứu ghi nhận nhóm tuổi 50 –59 tuổi chiếm cao nhất là 39,8%, nam giới có tỷ lệ 56,1%. Phần lớn các đối tượng đều là nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất là 26%.

Đa số đối tượng tham gia đều được đã tốt nghiệp cấp II và phần lớn đối tượng đều học từ cấp III trở lên, đã kết hôn chiếm có tỷ lệ cao nhất 86,6 %. Kinh tế hầu hết ở mức đủ sống với tỷ lệ 89,0%.

### 3.2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý (N=246)**

Đặc điểm	N(%)
<b>Thời gian phát hiện bệnh</b>	
6 tháng – 1 năm	20(8,1)
>1 – 5 năm	90(36,6)
>5 – 10 năm	77(31,3)
>10 năm	59(24,0)
<b>Thời gian điều trị bệnh</b>	
6 tháng – 1 năm	20(8,1)
>1 – 5 năm	90(36,6)
>5 – 10 năm	77(31,3)
>10 năm	59(24,0)
<b>Bệnh lý mạn tính chính</b>	
Tăng huyết áp	161(65,5)
Bệnh tim mạch	9(3,7)
Bệnh đái tháo đường	66(26,8)
Bệnh hô hấp	5(2,0)
Bệnh xương khớp	5(2,0)
<b>Số lượng bệnh mạn tính (một bệnh)</b>	140(56,9)

Nghiên cứu cho kết quả nhóm từ 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,6 %. Cùng thời điểm phát hiện bệnh, bệnh nhân bắt đầu điều trị. Các bệnh mạn tính chính có đến 56,9% bệnh nhân mắc một bệnh mạn tính, trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 65,5%.

### 3.3. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. Tỷ lệ và mức độ tuân thủ dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu (N=246)**

Đặc điểm	Tần số
<b>Quyền dùng thuốc không</b>	
Không bao giờ	190(77,2)
Thỉnh thoảng: 1-4 lần/tháng	56(22,8)
<b>Tự ý ngưng dùng thuốc</b>	
Không bao giờ	241(98,0)
Thỉnh thoảng: 1-4 lần/tháng	5(2,0)
<b>Bỏ thuốc vì thấy khỏe hơn</b>	
Không bao giờ	246(100)
<b>Dùng ít thuốc hơn lượng phải dùng</b>	
Không bao giờ	241(98,0)
Thỉnh thoảng: 1-4 lần/tháng	5(2,0)
<b>Ngưng thuốc vì thấy sức khỏe xấu đi</b>	
Không bao giờ	245(99,6)
Thỉnh thoảng: 1-4 lần/tháng	1(0,4)
<b>Quên mang thuốc đi xa nhà vài ngày</b>	
Không bao giờ	209(84,9)
Thỉnh thoảng: 1-4 lần/tháng	37(15,1)
<b>Ngưng thuốc vì ở nhà hết thuốc</b>	
Không bao giờ	219(89,0)
Thỉnh thoảng: 1-4 lần/tháng	27(11,0)
<b>Tuân thủ dùng thuốc</b>	

Có ( $\geq 27$ điểm)	204(82,9)
Không ( $< 27$ điểm)	42(17,1)

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy có 82,9% bệnh nhân tuân thủ điều trị dùng thuốc.

### 3.4. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị dùng thuốc với đặc điểm của mẫu nghiên cứu

**Bảng 4. Mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội (N=246)**

Đặc điểm	Tuân thủ dùng thuốc		p	OR (KTC 95%)
	Có (n%)	Không (n%)		
<b>Giới tính</b>				
Nữ	94 (87,04)	14 (12,96)	0,13	1
Nam	110 (79,71)	28 (20,29)		0,92(0,82-1,02)
<b>Nhóm tuổi</b>				
18 – 49 tuổi	78 (84,78)	14 (15,22)		1
Từ 50-59 tuổi	79 (80,61)	19 (19,39)	0,45	0,95(0,83-1,08)
$\geq 60$ tuổi	47 (83,93)	9 (16,07)	0,89	0,99(0,86-1,14)
<b>Nghề nghiệp</b>				
Công nhân viên chức	9 (75,00)	3 (25,00)		1
Buôn bán	42 (82,35)	9 (17,65)	0,60	1,10(0,77-1,56)
Nội trợ	56 (91,80)	5 (8,20)	0,24	1,22(0,87-1,71)
Nghỉ hưu	54 (84,38)	10 (15,63)	0,50	1,12(0,80-1,59)
Khác	43 (74,14)	15 (25,86)	0,95	0,99(0,69-1,41)
<b>Trình độ học vấn</b>				
Cấp I	38 (77,55)	11 (22,45)		1
Cấp II	71 (87,65)	10 (12,35)	0,16	1,13(0,95-1,34)
Từ cấp III	95 (81,90)	21 (18,10)	0,54	1,05(0,89-1,26)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				
Độc thân	29 (87,88)	4 (12,12)		1
Có vợ/ chồng	199 (82,92)	41 (17,08)	0,30*	0,93(0,81-1,08)
<b>Tình trạng kinh tế</b>				
Khá giả	14 (82,35)	3 (17,65)		1
Đủ sống	183 (83,56)	36 (16,44)	0,90	1,01(0,81-1,27)

Khó khăn	7 (70,0)	3 (30,0)	0,45	0,85(0,54- 1,35)
----------	-------------	-------------	------	---------------------

\*Kiểm định chính xác Fisher

Chưa tìm thấy mối liên hệ giữa đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội với tuân thủ dùng thuốc ( $p>0,05$ )

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với đặc điểm bệnh lý (N=246)**

Đặc điểm	Tuân thủ dùng thuốc		p	OR (KTC 95%)
	Có (n%)	Không (n%)		
<b>Thời gian phát hiện bệnh</b>				
6 tháng – 1 năm	17(85,00)	3(15,00)		1
>1 – 5 năm	77(85,56)	13(14,44)	0,95	1,00(0,82- 1,23)
>5 – 10 năm	60(77,92)	17(22,08)	0,43	0,92(0,74- 1,14)
>10 năm	50(84,75)	9(15,25)	0,98	1,00(0,81- 1,23)
<b>Thời gian điều trị bệnh</b>				
6 tháng – 1 năm	17(85,00)	3(15,00)		1
>1 – 5 năm	77(85,56)	13(14,44)	0,95	1,00(0,82- 1,23)
>5 – 10 năm	60(77,92)	17(22,08)	0,43	0,92(0,74- 1,14)
>10 năm	50(84,75)	9(15,25)	0,98	1,00(0,81- 1,23)
<b>Bệnh lý mạn tính chính</b>				
<b>Tăng huyết áp</b>				
Có	130(80,75)	31(19,25)	0,21	0,93(0,83- 1,04)
Không	74(87,06)	11(12,94)		
<b>Bệnh tim mạch</b>				
Có	8(88,89)	1(11,11)	0,53*	1,07(0,85- 1,36)
Không	196(82,70)	41(17,30)		
<b>Bệnh đái tháo đường</b>				
Có	58(87,88)	8(12,12)	0,21	1,08(0,97- 1,21)
Không	146(81,11)	34(18,89)		
<b>Bệnh hô hấp</b>				
Có	4(80,00)	1(20,00)	0,61*	0,96(0,62- 1,50)
Không	200(82,99)	41(17,01)		
<b>Bệnh xương khớp</b>				
Có	4(80,00)	1(20,00)	0,61*	0,96(0,62- 1,50)
Không	200(82,99)	41(17,01)		
<b>Số lượng bệnh mạn tính</b>				
Mắc nhiều bệnh mạn tính	88(83,02)	18(16,98)	0,97	1

Mắc một bệnh mạn tính	116(82,86)	24(17,14)		0,99(0,89- 1,12)
-----------------------	------------	-----------	--	---------------------

\*Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với các đặc điểm về thời gian phát hiện, thời gian điều trị bệnh và bệnh mạn tính chính và số lượng bệnh mạn tính ( $p>0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 82,9% bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc theo thang đo MCQ. Nghiên cứu của tôi tương đồng với tác giả tác giả Nguyễn Kim Thúy [6]. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân đã thức được rõ ràng tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị là dùng thuốc.

Về các lý do không tuân thủ điều trị thuốc, nghiên cứu ghi nhận chủ yếu do bệnh nhân quên dùng thuốc 22,8%, quên mang thuốc đi xa vài ngày là 15,1%, ngưng thuốc vì ở nhà hết thuốc là 11,0%. Nghiên cứu cho kết quả tương tự nghiên cứu của Lê Thị Bích Trâm và cộng sự về nguyên nhân không tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân [7]. Một nghiên cứu thực hiện tại Tây Ban Nha của tác giả Fernandez-Lazaro cũng ghi nhận kết quả không tuân thủ là quên dùng thuốc tới 79,0%, ngưng thuốc khi cảm thấy tốt hơn 21,1% và ngưng thuốc khi cảm thấy tồi tệ hơn 24,1% [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Đoàn Duy Tân và cộng sự cho kết quả bệnh nhân từng quên dùng thuốc lên đến 90,8%, đã từng quên thuốc trong hai tuần qua là 73%, quên mang thuốc đi xa vài ngày là 60% [9]. Giải thích cho sự khác biệt này có thể do môi trường sống nhóm đối tượng trong nghiên cứu trên là người dân tộc thiểu số tại huyện Krông Pa ở vùng sâu vùng xa phía Tây Nam tỉnh Gia Lai, nghề nghiệp chủ yếu là lao động tay chân khác với nghiên cứu của tôi đa phần đối tượng nghiên cứu là nghỉ hưu và nội trợ, sống tại thành thị do đó có thể là lý do bệnh nhân gặp khó khăn trong việc tuân thủ điều trị.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 246 bệnh nhân bệnh mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. Tuân thủ điều trị dùng thuốc khá cao là 82,9%. Điều này cho thấy sự phối hợp tốt trong công tác điều trị và chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân mạn tính.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MOH (2014) JAHN 2014: Prevention and control of non-communicable diseases, MOH, Hà Nội,

- Vietnam,
- Bộ Y tế** (2021) Hội thảo xây dựng Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và các rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2021-2025, [https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset\\_publisher/3Yst7YhbK5j/content/hoi-thao-xay-dung-ke-hoach-quoc-gia-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-va-cac-roi-loan-suc-khoe-tam-than-giai-oan-2021-2025](https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbK5j/content/hoi-thao-xay-dung-ke-hoach-quoc-gia-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-va-cac-roi-loan-suc-khoe-tam-than-giai-oan-2021-2025), truy cập ngày 24/02/2022
  - WHO** (2021) NCD mortality and morbidity, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, accessed on 24 June 2022.
  - Ahmad, A. Ramli, F. Islahudin, T. Paraidathathu** (2013) "Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia". Patient Preference Adherence, 7, 525-30.
  - Aminde, M. Tindong, C. A. Ngwasiri, J. A. Aminde, T. Njim, A. A. Fondong, et al.** (2019) "Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes mellitus in two regional hospitals in Cameroon". BMC Endocr Disord, 19 (1), 35.
  - Nguyễn Kim Thúy, Lê Nữ Thanh Uyên** (2022) "Tuần thủ điều trị và các yếu tố liên quan bệnh nhân đái tháo đường tuyp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện 7A năm 2021". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 26 (2), tr. 249 - 256.
  - Lê Thị Bích Trâm, Phạm Nhật Tuấn, Nguyễn Đỗ Nguyên** (2017) "Tuần thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Phương Trà, huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2016". Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 21 (1), tr. 8 -14.
  - Fernandez-Lazaro, J. M. García-González, D. P. Adams, D. Fernandez-Lazaro, J. Mielgo-Ayuso, A. Caballero-Garcia, et al.** (2019) "Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study". BMC Fam Pract, 20 (1), 132.
  - Đoàn Duy Tân, Thái Thị Linh, Kim Xuân Loan** (2017) "Tuần thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú người jrai tại Trung tâm Y tế huyện Krông pa, tỉnh Gia Lai năm 2017". Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 22 (1), tr. 113 - 121.

## GIÁ TRỊ CỦA CÁC DẤU HIỆU CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Nguyễn Đình Minh<sup>1</sup>, Phạm Thu Huyền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu giá trị của các dấu hiệu cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (VRT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh 55 bệnh nhân nghi ngờ VRT trên lâm sàng, trong đó có 25 BN kết quả giải phẫu bệnh là VRT sau phẫu thuật, được chụp CLVT ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4 đến 10/2022. **Kết quả:** gồm 16 nam và 39 nữ. Tuổi trung bình là 41,75 ± 21,30 tuổi (từ 5 đến 93 tuổi). Trên CLVT, giá trị của các dấu hiệu chẩn đoán VRT bao gồm tăng kích thước ruột thừa >6mm (Se: 100%, NPP: 100%, Acc: 80% với OR: 3,2%; 95%CI: 2-53; p<0,01), dày thành ruột thừa ≥3mm (Se: 84%, NPV: 85,2%, Acc: 80% và OR: 17,2; 95%CI: 4,4-67,4; p<0,01), dịch trong ruột thừa (Se: 80%, NPV: 77,3% và OR: 5,2%; 95%CI: 1,5-17,7; p<0,01), sỏi phân ruột thừa (Sp: 90%, PPV: 80% và OR: 8,3%; 95%CI: 2-34,6%; p<0,01), khí trong ruột thừa là dấu hiệu âm tính (Sp: 83,3%, NPV: 80,6%, Acc: 80% và OR: 0,06; 95%CI: 0,02-0,24, p<0,01). Dấu hiệu quanh ruột thừa gồm thâm nhiễm mỡ (Se:88%, Sp: 80%, Acc: 83,6% và OR: 29,3; 95%CI: 6,5-131, p<0,01), phúc mạc quanh ruột thừa ngấm thuốc mạnh (Se:92%, Sp: 86,7%, Acc: 89,1%

và OR: 74,7; 95%CI: 12,5-446, p<0,01). Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRT là Se: 96%, Sp: 86,7%, Acc: 92,7%. **Kết luận:** Các dấu hiệu trên CLVT là đặc trưng và tin cậy trong chẩn đoán VRT. **Từ khóa:** viêm ruột thừa, cấp cứu bụng, cắt lớp vi tính.

### SUMMARY

#### VALUE OF CT SIGNS IN DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

**Objective:** study the value of CT signs in the diagnosis of acute appendicitis. **Subjects and methods:** A comparing cross-sectional descriptive study of 55 patients with clinically suspected appendicitis, of which 25 patients were confirmed appendicitis after surgery, underwent abdominal CT scan at Viet-Duc Hospital from April to October 2022. **Results:** 16 men and 39 women, mean age was 41.75 ± 21.30 years old (from 5 to 93). The CT characteristics of acute appendicitis included enlarged appendix diameter >6mm (Se: 100%, NPP: 100%, Acc: 80% with OR: 3.2%; p<0.01), appendiceal wall thickening ≥ 3mm (Se: 84%, NPV: 85.2%, Acc: 80% and OR: 17.2; p<0.01), appendiceal intraluminal fluid (Se: 80%, NPV: 77.3% and OR: 5.2%; p<0.01), appendiceal fecal stones (Sp: 90%, PPV: 80% and OR: 8.3%; p<0.01), appendiceal intraluminal air is a negative sign (Sp: 83.3%, NPV: 80.6%, Acc: 80% and OR: 0.06; p<0.01). Peri-appendiceal abnormal CT signs including fat stranding (Se: 88%, Sp: 80%, Acc: 83.6% and OR: 29.3; p<0.01), strongly enhanced peri-appendiceal peritoneum (Se: 92%, Sp: 86.7%, Acc: 89.1% and OR: 74.7; p<0.01). The value of CT scans in the diagnosis of acute appendicitis had Se:

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.4.2023