NGHIÊN CỨU SỰ TUÂN THỦ DÙNG THUỐC STATIN VÀ KIỂM SOÁT LDL-C Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022-2023

Trần Thị Kim Hoa[1], Nguyễn Thắng[2], Nguyễn Sơn Nam[1], Trần Quốc Tường[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mặc dù được kê đơn rộng rãi các loại thuốc hạ lipid hiệu quả cao, một phần lớn dân số cu giá trị lipid huyết không đạt mục tiêu. Thất bại điều trị được cho là do nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng điều quan trọng nhất có lẽ là việc tuân thủ kém với chế độ dùng thuốc là một yếu tố chính trong việc thiếu thành công trong điều trị tăng lipid máu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhằm khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc statin và kiểm soát LDL-C và mối liên quan giữa chúng bằng thang điểm GMAS được việt hoá, tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 154 bệnh nhân khám ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là (67,2 ± 12), tỷ lệ bệnh nhân nam (51,9%) mắc bệnh nhiều hơn bệnh nhân nữ (48,1%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu là (27,9%) và đạt đích LDL-C là (55,2%). Tuân thủ sử dụng statin có khả năng đạt đích LDL-C cao hơn bệnh nhân không tuân thủ sử dụng statin với OR=2,35; khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,024. **Kết luận:** Tuân thủ sử dụng statin có liên quan đến đạt đích LDL-C.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, tuân thủ sử dụng statin, điều trị ngoại trú.

SUMMARY

RESEARCH ON ADHERENCE TO STATIN THERAPY AND LDL-C CONTROL IN OUTPATIENT PATIENTS TREATED AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

Background: Despite being widely prescribed highly effective lipid-lowering drugs, a large proportion of the population with high blood lipid levels do not reach their lipid targets. Treatment failure is attributed to various reasons, but non-adherence to drug therapy is considered a major factor in unsuccessful treatment of high blood lipids. **Objectives**: To investigate adherence to statin therapy and its relationship with LDL-C control using the Vietnamese version of the GMAS score, at An Giang Central General Hospital in 2022-2023. **Materials and methods**: A cross-sectional descriptive study was conducted on 154 outpatients at An Giang Central General Hospital. **Results**: The average age in the study was (67.2 ± 12) years, with a higher proportion of male patients (51.9%) than female patients (48.1%). The treatment adherence rate in the study was (27.9%) and the LDL-C target was achieved in (55.2%). Adherence to statin therapy was associated with a higher likelihood of achieving LDL-C target than non-adherence with an OR of 2.35; a statistically significant difference with p=0.024. **Conclusion**s: Adherence to statin therapy is related to LDL-C attainment.

Keywords: Dyslipidemia, adherence to the use of statin, outpatient treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu, được đặc trưng bởi nồng độ cholesterol toàn phần (TC), triglycerid (TG) và cholesterol lipoprotein mật độ thấp (LDL-C) trong huyết thanh tăng cao, cùng với nồng độ cholesterol lipoprotein mật độ cao (HDL-C) thấp, là một trong những yếu tố nguy cơ chính góp phần gây ra bệnh tim mạch thông qua sự phát triển và tiến triển của xơ vữa động mạch [8]. Sự gia tăng nồng độ cholesterol trọng lượng phân tử thấp đóng vai trò cốt yếu trong việc gây nên bệnh lý xơ vữa và bệnh thiếu máu cơ tim [1], [9]. Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh tim mạch gây ra khoảng 17,9 triệu ca tử vong, chiếm khoảng 31% tất cả các nguyên nhân tử vong trên toàn cầu [8]. Các nghiên cứu quan sát trước đây cho thấy có đến 60-70% những người trưởng thành có nồng độ lipid máu vượt qua mức khuyến cáo. Vẫn còn một tỷ lệ cao BN tăng cholesterol máu đang được điều trị bằng thuốc hạ lipid máu ở các nước châu Á chưa đạt mục tiêu cholesterol trọng lượng phân tử thấp được khuyến cáo. Statin là một nhóm thuốc đóng vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh lý tim mạch xơ vữa, đặc biệt có vai trò trong giảm các cholesterol trọng lượng phân tử thấp, cholesterol toàn phần. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy có một số lượng lớn bệnh nhân nguy cơ cao không tuân thủ sử dụng statin [2], [3], [8]. RLLPM là một bệnh mạn tính, dai dẳng, âm thầm gây nên các biến chứng xơ vữa như nhồi máu cơ tim và đột quỵ não nên việc sử dụng thuốc kéo dài có rất nhiều rào cản [9]. Do đó, để tìm hiểu được một số rào cản hay một số yếu tố liên quan

[1]*Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang*
[2]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Hoa
Email: kimhoa1987ag@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 10.8.2023

đến tuân thủ sử dụng thuốc RLLPM, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc statin, tỷ lệ kiểm soát được LDL-C, và tìm hiểu mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc statin và kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn lipid (RLLPM) máu đang sử dụng statin được điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán rối loạn lipid máu và điều trị bằng statin tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ ngày 01/10/2022 đến 30/04/2023.
- BN có sử dụng liên tục thuốc statin điều trị RLLM trong thời gian ít nhất là 90 ngày trước đây.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN mắc các bệnh về rối loạn ý thức.
- Phụ nữ có thai .
- Phụ nữ cho con bú.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích.

Cỡ mẫu:

$$n = z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu (số bệnh nhân)
- Z: Hệ số tin cậy, Z = 1,96 với độ tin cậy 95%.
- p: Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân RLLPM. Theo nghiên cứu của tác giả Eman Alefishat (2021), cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc statin ở bệnh nhân RLLPM là 19,3% [8]. Do vậy, chúng tôi chọn p=0,193.
- d: Sai số cho phép, chọn d=0,07.

Thay vào công thức, chúng tôi tính được n=123 bệnh nhân. Để tránh những trường hợp mẫu nghiên cứu không đạt yêu cầu, chúng tôi thu thập thêm 10%. Thực tế chúng tôi thu thập được 154 bệnh nhân.

Địa điểm: Khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

Cách tiến hành. BN được chọn trước khi tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích và thuyết phục đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu theo biểu mẫu: Đơn thuốc của bệnh nhân RLLPM và được phỏng vấn tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang bao gồm: Họ tên bệnh nhân, năm sinh, giới tính, chẩn đoán, ngày khám bệnh, ngày hẹn tái khám, tên thuốc, hàm lượng, số lượng... Bệnh nhân được khám lâm sàng, cho thực hiện cận lâm sàng (xét nghiệm máu) sau đó được phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

Bộ câu hỏi phỏng vấn của nghiên cứu GMAS [10]. Phiếu điền bộ câu hỏi được đưa cho BN tự điền và bỏ vào thùng. Nội dung phiếu câu hỏi được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Thang điểm GMAS (General Medication Adherence Scale) trong việc đánh giá tuân thủ điều trị

STT	Câu hỏi	Không bao giờ (3 điểm)	Thỉnh thoảng/đôi khi (2 điểm)	Thường xuyên (1 điểm)	Luôn luôn (0 điểm)
1	Ông (bà) có gặp khó khăn trong việc nhớ dùng thuốc không?				
2	Ông (bà) có quên dùng thuốc do lịch trình bận rộn như du lịch, hội họp, đám tiệc, đám cưới, đi nhà thờ/chùa,…không?				
3	Khi cảm thấy khỏe, ông (bà) có ngưng dùng thuốc không?				
4	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc khi gặp các tác dụng không mong muốn như khó chịu ở dạ dày…không?				
5	Ông bà có ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ biết không?				
6	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc (điều trị rối loạn lipid máu) do phải dùng thêm các thuốc cho bệnh khác không?				
7	Ông (bà) có thấy bất tiện để nhớ dùng thuốc vì chế độ thuốc phức tạp không?				

8	Trong tháng qua, có khi nào ông (bà) quên dùng thuốc vì bệnh nặng thêm và dùng thêm thuốc mới không?				
9	Ông (bà) có tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày không?				
10	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc vì (các) thuốc này không đáng với số tiền bỏ ra không?				
11	Ông (bà) có gặp khó khăn để mua (các) thuốc vì chúng đắt tiền không?				

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, và tỉ lệ (%). Các phép kiểm Chi bình phương, Fisher's exact, t-test. p <0,05 khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng xét duyệt đề tài nghiên cứu khoa học của trường Đại học Y Dược Cần Thơ Số 22.214.HV/PCT-HĐĐĐ. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nơi cư trú	Nông thôn	88	57,1
	Thành thị	66	42,9
Tuổi	<40	2	1,3
	41-50	10	6,5
	51-60	26	16,9
	>60	116	75,3
Tuổi trung bình (năm)		67,2 ± 12 (Cao nhất 98, Thấp nhất 34)	
Giới	Nam	80	51,9
	Nữ	74	48,1
BMI trung bình (Kg/m²)		23,9 ± 2,9	
Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)		125,7 ± 12,4	
Huyết áp tâm trương trung bình (mmHg)		72,7 ± 8,4	
Tiền sử đái tháo đường		94 (61%)	
Tiền sử tăng huyết áp		154 (100%)	
Phân tầng nguy cơ tim mạch theo SCORE	Nguy cơ rất cao	57	37,0
	Nguy cơ cao	54	35,1
	Nguy cơ trung bình	43	27,9

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu (67,16 ± 12,02) tuổi. Nhóm tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất 75,3%. Hầu hết BN có tiền sử đái tháo đường (61%) và tăng huyết áp (100%).

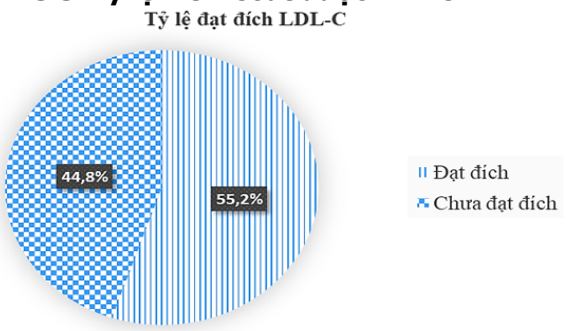
3.2. Đặc điểm tuân thủ sử dụng thuốc statin

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng statin theo bảng điểm GMAS

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ (≥27 điểm)	43	27,9
Không tuân thủ (<27 điểm)	111	72,1

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ sử dụng statin theo bảng điểm GMAS chiếm tỷ lệ thấp 27,9%. Đa phần BN không tuân thủ sử dụng statin chiếm tới 72,1%.

3.3. Tỷ lệ kiểm soát được LDL-C



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đạt đích điều trị LDL-C theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam 2015

Bảng 4. Đặc điểm không tuân thủ sử dụng statin theo bảng điểm GMAS

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Hành vi của bệnh nhân (Câu 1,2,3,4,5)	Tuân thủ (11-15 điểm)	119	77,3
	Không tuân thủ (0-10 điểm)	35	22,7
Bệnh khác và gánh nặng về thuốc (Câu 6,7,8,9)	Tuân thủ (9-12 điểm)	42	27,3
	Không tuân thủ (0-8 điểm)	112	72,7
Gánh nặng tài chính (Câu 10,11)	Tuân thủ (5-6 điểm)	-	-
	Không tuân thủ (0-4 điểm)	154	100

Nhận xét: Trong các nguyên nhân không tuân thủ sử dụng statin thì gánh nặng tài chính chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, tiếp đến là bệnh khác và gánh nặng về thuốc 72,7%, cuối cùng là hành vi của bệnh nhân 22,7%.

3.4. Liên quan giữa tuân thủ sử dụng statin và kiểm soát LDL-C

Bảng 5. Liên quan giữa tuân thủ sử dụng statin và kiểm soát LDL-C

Mối liên quan		Đạt đích (n=85)	Không đạt đích (n=69)	OR (CI 95%)	p
Tuân thủ	**Có**	30 (69,8%)	13 (30,2%)	2,35 (1,11-4,97)	**0,024**
	Không	55 (49,5%)	56 (50,5%)		

Nhận xét: Phần lớn BN tuân thủ sử dụng statin theo thang điểm GMAS có khả năng đạt đích LDL-C cao hơn những BN không tuân thủ điều trị với OR=2,35; khác biệt có ý nghĩa thống kê p <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đa phần BN trong nghiên cứu có độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất tới 75,3%, tuổi trung bình là (67,2 ± 12). Nghiên cứu của tác giả Trương Văn Lâm (2018) khảo sát hiệu quả của rosuvastatin và atorvastatin ở 89 bệnh nhân RLLPM đến khám tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, độ tuổi trung bình là (62 ± 12) tuổi [4]. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Đàm Thị Lâm (2013), cho thấy chủ yếu >50 tuổi chiếm 96,7%; trong đó, tỷ lệ mắc cao nhất là 60-69 tuổi chiếm 47,5%[3]. Nguyễn Thiện Tuấn (2019), có độ tuổi trung bình (57,2 ± 13,3), nhóm 60-69 tuổi chiếm 54,9% [6]. Trong vòng 10 năm trở lại đây độ tuổi trung bình trẻ hơn so với các nghiên cứu xuất hiện trước đó. Điều này cho thấy độ tuổi bệnh nhân RLLPM có xu hướng ngày càng xuất hiện sớm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn là bệnh nhân nam với tỷ lệ 51,9%.

BMI trung bình là (23,8 ± 2,9). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Trương Văn Lâm: Nhóm rosuvastatin (23,4 ± 3,4); nhóm atorvastatin (22,3 ± 2,2) [4]; Trần Đình Thoan (21,5 ± 2,6) [7]. BMI trung bình thấp hơn so với: Eman Alefishat: Tuân thủ thấp (30,3 ± 6,8), tuân thủ trung bình (27,8 ± 4,9) và tuân thủ cao (29,1 ± 5,9) [8]. Phần lớn các nghiên cứu ở nước ngoài có BMI cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do thể trạng, chế độ dinh dưỡng ở các nước phát triển cao hơn và tiêu chuẩn chọn bệnh cũng khác nhau. Các bệnh lý đi kèm với tình trạng RLLM chiếm tỷ lệ cao. Tiền sử đái tháo đường (61%), tiền sử tăng huyết áp (100%) xuất hiện trước khi đến khám và phát hiện bệnh sau khi đến khám, cho thấy mô hình bệnh tật ở nước ta đang dần hòa vào mô hình bệnh tật ở các nước phát triển, là một điều cần được báo động. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát huyết áp theo khuyến cáo khá tốt với huyết áp tâm thu trung bình 125,7 ± 12,4mmHg, huyết áp tâm trương 72,7 ± 8,4mmHg.

4.2. Đặc điểm tuân thủ sử dụng statin. Có bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng rằng liệu pháp statin có hiệu quả trong việc làm giảm bệnh suất và tử vong mạch máu não và bệnh tim mạch. Các nghiên cứu cho thấy sự không tuân thủ trong việc sử dụng statin bị ảnh hưởng bởi tỷ lệ ngưng ngay sau khi điều trị đã được bắt đầu. Hơn nữa, nó đã được chứng minh rằng tuân thủ giảm đáng kể sau 6 tháng đầu của liệu pháp và 25-50% số người mới sử dụng statin ngừng điều trị trong năm đầu tiên [5], [8]. Nhiều yếu tố có liên quan đến sự tuân thủ kém như kiến thức về niềm tin sức khỏe, sự không chắc chắn về lợi ích của điều trị hạ lipid, nhận thức về nguy cơ, mối quan tâm hoặc kinh nghiệm với các tác dụng phụ của thuốc, chi phí thuốc men và sự bất tiện. Sự tuân thủ kém đã liên quan đến hậu quả xấu, đặc biệt là tăng tỷ lệ nằm viện và tăng chi phí y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thông qua bảng kiểm GMAS về sự tuân thủ statin có 27,9% BN tuân thủ sử dụng statin, tỷ lệ không tuân thủ cao nhất là do gánh nặng về tài chính (100%), bệnh khác và gánh nặng về thuốc (72,7%). Tuân thủ là một hiện tượng đa chiều xác định bởi sự tác động của các yếu tố ảnh hưởng khác nhau (bệnh nhân, yếu tố do bác sĩ và yếu tố do hệ thống chăm sóc y tế). Mặc dù phân loại này rất hữu ích trong việc hiểu sự tuân thủ statin nhưng thường có sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố ảnh hưởng đến việc BN có dùng thuốc này hay không dùng thuốc. Võ Thị Dễ (2016), tỷ lệ tuân thủ sử dụng statin là 57,3% [2]. Sở dĩ có sự khác biệt trên là do đối tượng trong nghiên cứu đa phần là BN nhồi máu cơ tim cấp, nên họ thường quan tâm sử dụng thuốc của mình, đến tái khám đều đặn và tuân thủ sử dụng thuốc.

4.3. Tỷ lệ đạt đích LDL-C. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN đạt đích LDL-C theo Hội Tim mạch Việt Nam 2015 là 55,2%. Kết quả nghiên cứu tương tự với tác giả Đàm Thị Lâm, tỷ lệ đạt đích LDL-C là 54,2% [3]. Trong đó, tỷ lệ không đạt đích của chúng tôi là 44,8% cho thấy đây là những bệnh chuyển hóa cần phải sử dụng thuốc liên tục và lâu dài hơn.

4.4. Liên quan giữa tuân thủ sử dụng statin và kiểm soát LDL-C. Đa phần những BN

tuân thủ sử dụng statin có khả năng đạt đích LDL-C gấp 2,4 lần BN không tuân thủ sử dụng statin (p=0,024). Khi phân tích dưới nhóm cho thấy vấn đề bệnh khác và gánh nặng về thuốc trong vấn đề tuân thủ sử dụng statin có liên quan đến đạt đích kiểm soát LDL-C, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,003. Hầu hết các BN đều tin rằng statin có hiệu quả làm giảm mức cholesterol và mức cholesterol cao là không an toàn. Tuy nhiên, nhiều người cũng đặt câu hỏi về nhu cầu cá nhân của họ đối với statin. Một số người tham gia cảm thấy rằng mức cholesterol của họ đã đủ gần mục tiêu ngưỡng mà statin có thể không có nhiều lợi ích cho họ. Một số BN bày tỏ mong muốn kiểm soát cholesterol bằng cách thay đổi lối sống như tập thể dục và chế độ ăn uống hoặc phương pháp điều trị thay thế, bao gồm các liệu pháp thảo dược.

Sự tuân thủ đã được chứng minh là tốt hơn khi BN chấp nhận mức độ nghiêm trọng của căn bệnh của mình, tin tưởng vào bác sĩ điều trị và tin tưởng vào phác đồ điều trị. Trên thực tế, nghiên cứu của Blenner và cộng sự đã phát hiện ra bệnh tim mạch kết hợp (CVD - Revascularization, suy tim sung huyết) và tiền sử đột quỵ là do những yếu tố dự báo đáng kể về tuân thủ. và tiền sử đột quỵ là do những yếu tố dự báo đáng kể về tuân thủ. Ở nhiều nước, điều trị hạ lipid ban đầu bị chi phối bởi liệu pháp đơn trị liệu statin ở liều lượng thấp đến trung bình và thường bao gồm các liệu pháp bổ trợ.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn BN đến khám bệnh chủ yếu là người cao tuổi; trong đó, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm nhiều nhất 51,9%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu tương đối thấp 27,9% và đạt đích LDL-C là 55,2%. Tuân thủ sử dụng statin có khả năng đạt đích LDL-C cao hơn BN không tuân thủ sử dụng statin với OR=2,35, p=0,024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam** (2015), Cập nhật chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu, Hội Tim mạch Học Việt Nam.
2. **Võ Thị Dễ và cộng sự** (2011), "Khảo sát điều trị, tuân thủ điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh mạch vành tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2007-2008", Y học thực hành, 751(2), tr.18-21.
3. **Đàm Thị Lâm** (2013), Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, Luận văn tốt nghiệp Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
4. **Trương Văn Lâm** (2018), "So sánh hiệu quả Rosuvastatin với Atorvastatin trong điều trị rối loạn lipid máu tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang", Số 11-12, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, tr.1-7.
5. **Hà Thị Thu Thủy và cộng sự** (2020), "Thực trạng quan điểm điều trị rối loạn lipid máu", Y học cộng đồng, 59(6), tr.63-68.
6. **Nguyễn Thiện Tuấn và cộng sự** (2020), "Rối loạn lipid máu và kết quả kiểm soát LDL-C giữa hai nhóm điều trị Rosuvastatin và Atorvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 26(18), tr.249-253.
7. **Trần Đình Thoan** (2021), Hiệu quả truyền thông tích cực can thiệp chế độ ăn cải thiện tình trạng rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tại nông thôn - Thái Bình, Luận án Tiến sĩ Dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng.
8. **Alefishat, E., Jarab, A. S. et al.** (2021), "Factors associated with medication non-adherence in patients with dyslipidemia", In Healthcare, 9(7), pp. 813.
9. **Berberich, A. J. et al.** (2022), "A modern approach to dyslipidemia", Endocrine Reviews, 43(4), pp.611-653.
10. **Nguyen, T. H., Truong, H. V. et al.** (2021), "Vietnamese Version of the General Medication Adherence Scale (GMAS): Translation, Adaptation, and Validation", In Healthcare, 9(11), pp.1471

MỐI LIÊN QUAN GIỮA DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH ALDH VÀ KRAS VỚI ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC TRONG UNG THƯ DẠ DÀY

Lê Việt An[1], Dương Hồng Thái[2], Nguyễn Phú Hùng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa dấu ấn hóa mô miễn dịch ALDH và KRAS với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư dạ dày. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang ở 103 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày và được phẫu thuật cắt u tại Bệnh viện K. Phân tích mối liên quan giữa ALDH, KRAS và các đặc điểm mô bệnh học. **Kết quả:** Bệnh nhân UTDD thể ruột có tỷ lệ biểu lộ ALDH cao hơn với 71,4%. Bệnh nhân UTDD thể tuyến ống có tỷ lệ biểu lộ ALDH cao nhất với 65,7%, có sự khác biệt về sự biểu lộ ALDH theo đặc điểm mô bệnh học WHO, p <

[1]Trung tâm Y tế huyện Tiên Du, Bắc Ninh
[2]Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
[3]Trường Đại học Khoa học - Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt An
Email: bs.an.bn@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 11.8.2023