

KHẢO SÁT TUÂN THỦ DÙNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT DẠ
DÀY TÁ TRÀNG DO H. PYLORI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAIĐinh Thị Thúy Hà*, Nguyễn Trung Tín, Nguyễn Đình Mỹ Lệ, Nguyễn Thế Sang, Trần Trọng Khánh,
Lê Thị Tín

Trường Đại học Lạc Hồng, số 10, Huỳnh Văn Nghệ, Bửu Long, Biên Hòa, Đồng Nai, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: thuyha@lhu.edu.vn

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận: 22/4/2024	Nhiễm khuẩn H. pylori là bệnh nhiễm khuẩn mạn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến khoảng một nửa dân số thế giới. Mục tiêu khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc (TTDT) và các yếu tố liên quan đến việc không TTDT ở bệnh nhân (BN) viêm loét dạ dày-tá tràng (VLDDTT) do <i>Helicobacter pylori</i> (H. pylori). Nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng để khảo sát TTDT sau khi dùng phác đồ diệt trừ H. pylori của 216 BN tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ tháng 12/2020 đến 04/2021. BN đưa ra lý do kém tuân thủ dùng thuốc là cảm thấy phiền chiếm 9,7%, trong 2 tuần qua có lúc không uống thuốc điều trị VLDDTT do H. pylori (4,2%), thỉnh thoảng quên uống thuốc điều trị VLDDTT do H. pylori (5,6%) và lâu lâu cảm thấy khó khăn khi phải nhớ lịch uống thuốc (26,8%). Kết quả TTDT theo thang điểm MMAS-8, BN tuân thủ cao 82,4%, tuân thủ trung bình 12,5% và tuân thủ kém là 5,1%. Trong nghiên cứu đã tìm ra 2 yếu tố: hiệu quả điều trị và nghề nghiệp có mối liên quan với sự TTDT của BN; hiệu quả điều trị ($p=0,036$, OR = 6,732, CI 95% 1,668-67,821) và nghề nghiệp viên chức ($p=0,002$, OR = 2,233, CI 95% 1,820-6,081) làm tăng sự TTDT. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân VLDDTT tương đối cao. Hiệu quả điều trị, nghề nghiệp là các yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc.
Ngày hoàn thiện: 16/8/2024	
Ngày chấp nhận: 04/9/2024	
Ngày đăng: 15/3/2025	
TỪ KHÓA	
Viêm loét dạ dày-tá tràng;	
H. Pylori;	
Tuân thủ dùng thuốc;	
MMAS-8;	
Yếu tố liên quan.	

INVESTIGATION ON MEDICATION ADHERENCE IN OUTPATIENTS
WITH HELICOBACTER PYLORI-ASSOCIATED PEPTIC ULCER
DISEASE AT DONG NAI HOSPITALĐinh Thị Thúy Hà*, Nguyen Trung Tin, Nguyen Dinh My Le, Nguyen The Sang, Tran Trong Khanh,
Le Thi Tin

Lac Hong University, No.10, Huynh Van Nghe Str., Buu Long ward, Bien Hoa, Dong Nai, Vietnam

*Corresponding Author: thuyha@lhu.edu.vn

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: Apr 22 nd , 2024	H. pylori is the most common chronic infection worldwide, affecting approximately half of the world's population. The objective of this study is to investigate medication adherence and the factors related to non-adherence to drug therapy in patients with peptic ulcer disease (PUD) caused by H. pylori. This is a retrospective, cross-sectional, descriptive study of prescriptions and therapeutic outcomes among outpatients diagnosed with H. pylori. The patients reported difficulty with medication adherence, citing it as bothersome, accounting for 9,7%. Over the past 2 weeks, there were times when they did not take medicine to treat PUD caused by H. pylori (4,2%), sometimes forgot to take the medicine for PUD caused by H. pylori (5,6%), and occasionally found it difficult to remember the dosing schedule (26,8%). The results of medication adherence (MA) according to the MMAS-8 scale showed that the percentage of patients with high adherence was 82,4%, moderate adherence was 12,5% and poor adherence was 5,1%. Two factors were found, namely treatment effectiveness and occupation, which are related to the patients' MA; treatment effectiveness ($p=0,036$, OR=6,732, 95% CI 1,668-67,821) and occupation ($p=0,002$, OR=2,233, 95% CI 1,820-6,081) were both associated with increased medication adherence in patients.
Revised: Aug 16 th , 2024	
Accepted: Sep 4 th , 2024	
Published: Mar 15 th , 2025	
KEYWORDS	
Helicobacter pylori;	
Peptic ulcer;	
Medication adherence;	
MMAS-8;	
Risk factor.	

Doi: <https://doi.org/10.61591/jslhu.21.460>Available online at: <https://js.lhu.edu.vn/index.php/lachong>

1. GIỚI THIỆU

Nhiễm khuẩn *H. pylori* là bệnh nhiễm khuẩn mạn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến khoảng một nửa dân số thế giới. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở Hoa Kỳ và Canada là khoảng 30%, ở Việt Nam tỷ lệ người nhiễm *H. pylori* dao động khoảng 65,5 - 78,8% [1]. Dựa trên các kết quả lâm sàng của Tổ chức Y tế Thế giới đã đánh giá việc điều trị *H. Pylori* là cần thiết, không chỉ ngăn chặn các biến chứng mà còn giảm nguy cơ ung thư dạ dày từ 36% đến 45% [2]. Một số xét nghiệm sàng lọc cũng như các liệu pháp phối hợp thuốc phức tạp có sẵn để phát hiện và điều trị nhiễm *H. Pylori*. Nhưng việc điều trị bệnh có thể gặp những thất bại do phác đồ điều trị không thích hợp, vi khuẩn kháng thuốc, sự đa hình gen của vi khuẩn hay sự không tuân thủ trong việc sử dụng thuốc của BN [3]. Vai trò của TTDT trong viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) đã được chứng minh là giúp tối ưu hoá hiệu quả điều trị, giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN. Trong điều trị tiết trừ *H. pylori*, tuân thủ dùng thuốc là yếu tố quan trọng vừa ảnh hưởng đến sự kháng thuốc vừa tác động đến sự thành công của phác đồ điều trị; tuy nhiên hiện nay tất cả các nghiên cứu tại Việt Nam cho đến nay chỉ nhấn mạnh tình hình kháng thuốc mà ít quan tâm đến sự tuân thủ dùng thuốc của BN.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả BN đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ ngày 01/12/2020 đến ngày 30/04/2021, được chẩn đoán VLDDTT dương tính với *H. pylori* và điều trị ngoại trú bằng phác đồ tiết trừ *H. pylori*, từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có chẩn đoán ung thư dạ dày.

Bệnh nhân đang xuất huyết tiêu hóa (thuộc nhóm đối tượng không được chỉ định điều trị tiết trừ *H. pylori* theo khuyến cáo của Hội Tiêu hóa Việt Nam 2012).

Bệnh nhân không tỉnh táo, suy giảm hay mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng MMSE < 17.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng để khảo sát tình hình sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị

Tiến trình nghiên cứu: Tiến hành thu thập tất cả thông tin nền, thông tin điều trị do bệnh lý VLDDTT.

Phân khảo sát mức độ TTDT: Phòng vấn trực tiếp BN được chọn tham gia NC bằng bộ câu hỏi MMAS - 8 phiên bản tiếng Việt. Các thông tin khảo sát được thu thập qua 3 lần như sau: Lần 1: phỏng vấn trực tiếp tại bệnh viện để thu thập thông tin nền của BN, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, phác đồ điều trị *H. pylori*. Lần 2: đánh giá TTDT và ghi nhận các biến cố bất lợi của thuốc (ADE-Adverse drug event) trong vòng 2-3 tuần sau kê đơn, được phỏng vấn bằng các hình thức: phỏng vấn trực tiếp tại bệnh viện (khi BN tái khám) và phỏng vấn qua điện thoại (với BN mà NC viên không gặp được khi tái khám), NC viên sẽ gọi điện thoại cho BN tối đa 3 lần trong 3 ngày liên tiếp, nếu sau 3 lần không tiếp cận được, BN sẽ được loại ra khỏi NC. Lần 3: đánh giá hiệu quả

điều trị *H. pylori* sau khi hoàn thành điều trị 4-8 tuần bằng test urease nhanh hay test hơi thở C13. Điều trị tiết trừ *H. pylori* thành công khi test urease nhanh (-) hoặc test hơi thở C13 (-). BN không uống kháng sinh nào khác hay Bismuth ít nhất 4 tuần, thuốc ức chế bơm proton ít nhất 2 tuần và thuốc kháng thụ thể H2 ít nhất 1 tuần trước khi kiểm tra lại tình trạng nhiễm *H. pylori*.

Nhập số liệu và xử lý số liệu. Các biến số trong NC:

- Điểm số Morisky của BN: Biến liên tục

- Xếp loại tuân thủ của BN theo Morisky: Biến định danh gồm:

•Tuân thủ cao: Tổng điểm MMAS-8 = 8

•Tuân thủ trung bình: Tổng điểm MMAS-8 (6-7)

•Tuân thủ thấp: Tổng điểm MMAS-8 <6

- Trong nghiên cứu chúng tôi quy ước bệnh nhân được chia thành 2 nhóm dựa theo mức độ TTDT: nhóm tuân thủ gồm những BN có mức độ tuân thủ cao và nhóm không tuân thủ gồm những BN có mức độ tuân thủ trung bình và thấp.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm Microsoft excel 365 với các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn); giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị), tỷ lệ của các biến số. Sử dụng kiểm định chi-square trên phần mềm R để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ giữa hai giai đoạn. T-test (với phân phối chuẩn) hoặc kiểm định Mann-Whitney (với phân phối không chuẩn) dùng để so sánh sự khác biệt giữa hai mẫu được thực hiện trên SPSS 20). Đánh giá các yếu tố liên quan đến TTDT: Các biến phụ thuộc được kiểm tra hiện tượng đa cộng tuyến (multicollinearity) bằng cách tính toán giá trị VIF, từ đó tìm ra các biến có mối quan hệ cộng tuyến với nhau. Các biến này sẽ được cân nhắc để loại khỏi phân tích tiếp theo. Các biến được giữ lại sẽ được đưa vào phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến bằng phương pháp stepwise dựa trên giá trị p với ngưỡng 0,15. Ở mô hình cuối các biến có giá trị p < 0,05 được coi là các yếu tố ảnh hưởng độc lập

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ 01/12/2020 đến 30/04/2021, có 248 BN được chọn để tham gia nghiên cứu, có 32 BN không liên lạc được. Cuối cùng có 216 BN hoàn thành nghiên cứu. Các thông tin thu thập được trong quá trình thực hiện nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu NC

	Đặc điểm (n=216)	N	%
Giới tính	Nữ	137	63,4
	Nam	79	36,6
	Tuổi*	53,5 (41-62)	
Số bệnh kèm	1	17	7,8
	≥2	44	20,4

Loại bệnh kèm	Tim mạch	23	10,6
	Nội tiết, chuyển hóa	29	13,5
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	122	56,4
	Buôn bán, nội trợ	31	14,4
	Nghề khác	63	29,2
Trình độ học vấn	≤Cấp 2	125	57,9
	>Cấp 2	91	42,1
Lối sống	Hút thuốc lá	53	24,5
	Rượu bia	73	33,8
	Dưới 1 năm	171	79,2
Thời gian mắc bệnh	≥1 năm	45	20,8
	Chưa điều trị	169	78,2
	Điều trị 1 lần	47	28,1

*Trung vị ± khoảng tứ phân vị

Tuổi trung vị (IQR) của BN trong mẫu NC là 53,5 (41-62), nữ giới chiếm đa số (63,4%). BN có trình độ học vấn cấp 2 là chủ yếu (51,4%), phần lớn làm viên chức (37%). Đa phần BN trong mẫu NC không mắc bệnh kèm (71,3%) và không có tiền sử bệnh VLDDTT do *H. pylori* trước đó (bảng 1).

Thang đo MMAS-8

Nguyên nhân dẫn đến việc BN không tuân thủ được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Kết quả phỏng vấn BN bằng thang đo MMAS-8

Câu hỏi	Số BN	Tỉ lệ (%)
Câu 1: Thỉnh thoảng quên dùng thuốc điều trị VLDDTT do <i>H. pylori</i>	12	5,6
Câu 2: Trong 2 tuần qua có khi không dùng thuốc điều trị VLDDTT do <i>H. pylori</i>	9	4,2
Câu 3: Giảm hoặc ngưng dùng thuốc mà không báo bác sĩ vì cảm thấy tệ hơn khi dùng	5	2,3
Câu 4: Khi đi du lịch hoặc đi xa nhà có quên mang theo thuốc	2	0,9
Câu 5: Hôm qua có dùng đủ các thuốc điều trị VLDDTT do <i>H. pylori</i>	7	3,2
Câu 6: Khi cảm thấy triệu chứng được kiểm soát, có ngưng dùng thuốc điều trị VLDDTT do <i>H. Pylori</i>	10	4,6

Câu 7: Cảm thấy phiền khi phải tuân thủ chế độ điều trị	21	9,7
Câu 8: Cảm thấy khó khăn khi phải nhớ lịch uống thuốc điều trị VLDDTT do <i>H. pylori</i>		
Không bao giờ/ hiếm khi	141	65,3
Lâu lâu	58	26,8
Thỉnh thoảng	14	6,5
Thường xuyên	3	1,4
Luôn luôn	0	0

Kết quả phỏng vấn theo thang đo MMAS-8 trên 216 BN cho thấy BN lâu lâu cảm thấy khó khăn khi phải nhớ lịch uống thuốc và BN cảm thấy phiền khi tuân thủ phác đồ điều trị VLDDTT do *H. pylori* là hai lý do hàng đầu dẫn đến việc tuân thủ sử dụng thuốc chưa cao ở BN VLDDTT (26,8% và 9,7%). NC của Đào Thị Lan (2020) cho thấy hai tỷ lệ trên cũng là nguyên nhân hàng đầu chiếm lần lượt 13,6% và 4,8% [4] và tương tự như tác giả Nguyễn Hương Thảo [5], nguyên nhân do phác đồ điều trị VLDDTT do *H. pylori* thường sử dụng thời gian dài và thuốc được chia làm nhiều cử để uống như PPI uống trước ăn 30 phút, kháng sinh uống sau khi ăn no còn antacid thì uống cách ăn ít nhất 2 giờ do đó làm cho đa số BN bị mắc phải một trong hai kết quả trên. Quên uống thuốc điều trị VLDDTT do *H. pylori* chiếm tỷ lệ 5,6%, có thể do tính chất công việc của BN hoặc do các yếu tố khách quan làm cho BN quên dùng thuốc. Ngoài ra, BN ngưng uống thuốc khi cảm thấy bệnh VLDDTT do *H. pylori* đã được kiểm soát cũng là nguyên nhân không TTDT của BN, điều này cho thấy rằng nhận thức của BN về bệnh vẫn còn chưa cao.

Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc

Bảng 3. Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của BN theo thang đo MMAS-8

Mức độ tuân thủ	Số BN (n=216)	Tỉ lệ (%)
Cao	178	82,4
Trung bình	27	12,5
Thấp	11	5,1

82,4% BN có mức độ tuân thủ thuốc cao, tuân thủ trung bình là 12,5%, còn mức độ tuân thủ kém là 5,1%. Kết quả này tương đồng NC của tác giả Megan Lefebvre với tỷ lệ tuân thủ tốt là 80% [6], NC Đặng Ngọc Quý Huệ, NC của Abbasinazari M đều có 81% BN tuân thủ dùng thuốc tốt [7,8]. NC Nguyễn Hương Thảo tỷ lệ BN tuân thủ tốt 84%, Aleena et al tỷ lệ tuân thủ tốt rất cao lên đến 95,5% [9]. Tuy nhiên cũng có NC cho kết quả khác biệt về tỉ lệ tuân thủ điều trị chỉ 65% trong NC của Vargas [10]. Thông qua phỏng vấn chúng tôi thấy rằng đa số người bệnh nhận thức cao việc điều trị và ngày càng quan tâm đến bệnh nhiều hơn có thể là do môi trường sống và cách tiếp cận kiến thức về căn bệnh tốt hơn.

Đặc điểm của BN trong nhóm tuân thủ tốt tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, nhóm tuổi ≥ 40 cũng cao hơn nhóm tuổi < 40 tuổi do BN lớn tuổi thường ý thức được sức khỏe của mình đang ở mức độ nào nên họ luôn tìm hiểu chăm lo cho sức khỏe của mình ở trạng thái tốt nhất; còn đối với nhóm BN trẻ tuổi chưa có ý thức về sức khỏe vì chưa trải qua bệnh tật nên họ còn thờ ơ và chủ quan. Việc những BN có bệnh kèm kết hợp việc dùng chung với các thuốc điều trị VLDDTT làm họ cảm thấy khó chịu vì phải dùng quá nhiều thuốc gây khó khăn cho việc TTDT cũng như các ADE sẽ làm cản trở việc TTDT của bệnh nhân... Kết quả này tương đồng với NC của tác giả Gebeyehu E ($p = 0,038$) [11]. Tuy nhiên theo NC của tác giả Mohammad và Abbasinazari M cho rằng không có bất kỳ mối quan hệ nào giữa hai yếu tố bệnh mãn tính và các loại thuốc khác với sự tuân thủ [8].

Hiệu quả điều trị VLDDTT do H. Pylori

Việc đánh giá hiệu quả điều trị H. Pylori phải được cho làm xét nghiệm nội soi kết hợp Clo-test hoặc test ure hơi thở. Trong nghiên cứu này 216 BN đều tái khám và thử lại kết quả điều trị bằng test ure hơi thở hoặc clo test sau khi ngưng điều trị 4-8 tuần, kết quả được trình bày trong bảng 4:

Bảng 4. Hiệu quả điều trị VLDDTT do H. Pylori

Kết quả	PAC (N=31)	PAL (N=22)	PBMT (N=151)	PBMA (N=12)	p value
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Âm tính	30 (96,8%)	17 (77,3%)	145 (96%)	11 (91,7%)	0,006
Dương tính	1 (3,2%)	5 (22,7%)	6 (4%)	1 (8,3%)	

PAC: PPI + Amoxicilin + Clarithromycin; PAL: PPI + Amoxicilin + Levofloxacin; PBMT: PPI + Bismuth + Metronidazol/Tinidazol + Tetracyclin; PBMA: PPI + Bismuth + Metronidazol/Tinidazol + Amoxicilin

Tỷ lệ diệt trừ H. pyori ở cả bốn phác đồ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Có 151 BN âm tính khi sử dụng phác đồ PBMT chiếm 96%, phác đồ PAC tỷ lệ âm tính 91,7%, còn với hai phác đồ PBMA và PAL tỷ lệ âm tính lần lượt là (91,7%) và (77,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Đoàn Ngọc Quý Huệ (2016) cho thấy tỉ lệ diệt trừ thành công là 91,7% sau 10 ngày PBMT theo phân tích PP [7]; nghiên cứu Trần Thiện Trung (2009) với phác đồ 4 thuốc PBMT trong 14 ngày đã loại bỏ 93,3% trường hợp nhiễm H. Pylori theo phân tích ITT và 95,7% theo phân tích PP [12]; nghiên cứu Phạm Hùng Phong (2023) có tỷ lệ đáp ứng điều trị trong nhóm 3 thuốc có Levofloxacin là 85,0%, nhóm 4 thuốc có Bisthmus là 91,7% [13].

Các yếu tố liên quan mức độ TTDT

Bảng 5. Các yếu tố liên quan mức độ TTDT

Yếu tố	p	OR	95% CI	
Nhóm Tuổi	0,081	2,08 4	0,915-4,747	
Giới tính	0,093	2,83 7	0,433-5,615	
Bệnh kèm	0,880	0,94 1	0,425-2,080	
ADE	0,273	0,70 2	0,375-1,320	
Thời gian mắc bệnh	0,175	2,29 1	0,692-7,586	
Tiền sử điều trị	0,439	0,63 2	0,198-2,020	
Hiệu quả điều trị	0,036	6,73 2	1,668-67,821	
Học vấn	< cấp 3	0,280	0,66 2	0,314-1,398
	≥ cấp 3	0,293	0,55 2	0,182-1,670
Nghề nghiệp	Nông dân	0,116		
	Nội trợ	0,143	2,18 0	0,767-6,191
	Công nhân	0,240	0,57 1	0,232-1,443
	Viên chức	0,002	2,23 2	1,820-6,081
	Nghề khác	0,439	4,05 6	1,121-34,413
Phác đồ	PAC	0,356		
	PAL	0,398	1,79 9	0,461-7,018
	PBMT	0,077	2,35 1	0,913-6,055
	PBMA	0,490	1,73 9	0,362-8,351

Theo kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy yếu tố giới tính, nghề nghiệp viên chức và hiệu quả điều trị (xét nghiệm âm tính) có mối liên quan với mức độ TTDT của BN có ý nghĩa thống kê. Và chưa có mối liên quan nào giữa nhóm tuổi, phác đồ điều trị, trình độ học vấn, nghề nghiệp với sự TTDT của BN, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Giữa hai nhóm BN tuân thủ và không tuân thủ, kết quả phân tích cho thấy có mối liên hệ giữa yếu tố nghề nghiệp, hiệu quả điều trị với mức TTDT của BN. Trong quá trình điều trị BN có kết quả xét nghiệm âm tính TTDT tốt hơn gấp 6,732 lần so với những BN xét nghiệm dương tính ($p = 0,036$, $OR = 6,732$, $CI\ 95\% 1,668-67,821$). Khi dùng phác đồ thuốc diệt trừ H. pylori kéo dài hơn mà các triệu chứng của bệnh được cải thiện thì người bệnh cảm thấy có

niềm tin vào thuốc và bác sĩ do đó sẽ cố gắng tuân thủ dùng thuốc tốt hơn để đạt được hiệu quả tốt nhất. Qua đây cũng thấy rằng việc lựa chọn chỉ định thuốc đúng có hiệu quả điều trị của bác sĩ cũng góp phần làm cho BN thêm niềm tin và tăng sự TTDT hơn. Kết quả này tương đồng NC của Shakya Shrestha S cho thấy mỗi liên hệ có ý nghĩa cao ($p < 0,05$) đã được quan sát thấy giữa tuân thủ và giảm triệu chứng [14]. Nghề viên chức có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị với $p = 0,002$, OR = 2,233, CI 95% 1,820-6,081. Điều này có thể lí giải do BN thuộc nhóm ngành này thường có trình độ học vấn cao hơn và môi trường làm việc thuận lợi, mức sống cao nên dễ đảm bảo việc tuân thủ điều trị. Chúng tôi chưa tìm ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm như nhóm tuổi, trình độ học vấn, ADE, phác đồ điều trị, thời gian sử dụng phác đồ với sự tuân thủ điều trị. Kết quả này tương đồng với tác giả Abbasinazari M [8], Nguyễn Hương Thảo [5], tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ [7], Shakya Shrestha S [14]. Trong khi đó theo NC của tác giả Lê Thị Xuân Thảo [15] tìm ra mối liên quan giữa nhóm tuổi ≥ 40 tuổi ($p = 0,01$), trình độ học vấn $\geq$ cấp 3 ($p = 0,01$) có sự tuân thủ tốt hơn. NC của Lefebvre giới tính nam tuân thủ tốt hơn (76% so với nữ 52%), 95% CI: 4-43; những người tham gia 40-77 tuổi tuân thủ cao hơn (79% so với nhóm 17-39 tuổi 50%), 95% CI: 10-48. NC của Vargas cho thấy các yếu tố liên quan đến việc thiếu tuân thủ điều trị là: tuổi dưới 50 tuổi (OR 3,95, 95% CI: 1,09-14,33), thiếu trình độ học vấn (OR: 5,1, 95% CI: 1,26-20,5) và sự hiện diện của các phản ứng có hại (OR: 5,88, 95% CI: 1,56-22,2) [10].

4. KẾT LUẬN

Tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân VLDDTT tại bệnh viện đạt mức cao (82,4% BN có mức độ tuân thủ thuốc cao, tuân thủ trung bình là 12,5%, còn mức độ tuân thủ kém là 5,1%). Hiệu quả điều trị, nghề nghiệp là các yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc. Qua đây cũng thấy rằng việc lựa chọn chỉ định thuốc đúng có hiệu quả điều trị của bác sĩ cũng góp phần làm cho BN thêm niềm tin và tăng sự TTDT hơn.

5. CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường Đại học Lạc Hồng, lãnh đạo khoa Dược Trường Đại học Lạc Hồng, Trung tâm Nghiên cứu Khoa học và Ứng dụng, Trường Đại học Lạc Hồng đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Sào Trung. (2005). “Viêm loét dạ dày tá tràng và tình trạng nhiễm *H. pylori*”, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 9(2).
- [2]. Đinh Cao Minh, Bùi Hữu Hoàng (2013), Đánh giá đề kháng kháng sinh của *H. pylori* trên BN viêm loét dạ dày- tá tràng đã điều trị diệt trừ thất bại, *Tạp chí Khoa học tiêu hoá Việt Nam*, VIII (33), tr.2139-2140.tr74-79.
- [3]. Hội Khoa học tiêu hóa Việt Nam (2013). Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị *H. pylori* tại Việt Nam.
- [4]. Đào Thị Lan. (2020). “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và sự tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân viêm loét dạ dày-tá tràng do *H. pylori* tại bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán”, khóa luận tốt nghiệp.
- [5]. Nguyễn Hương Thảo (2018), “Khảo sát sự tuân thủ dùng

thuốc ở BN viêm loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định”, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 23 (2) ,2019, tr 208-212.

- [6]. Lefebvre M, Chang HJ, Morse A, van Zanten SV, Goodman KJ; CANHelp Working Group. Adherence and barriers to *H. pylori* treatment in Arctic Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72:22791. Published 2013 Dec 31.

DOI:10.3402/ijch.v72i0.22791

- [7]. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, Nguyễn Sĩ Tuấn, và cs (2018). Nghiên cứu tỷ lệ kháng clarithromycin, levofloxacin của *Helicobacter pylori* bằng epsilon meter và hiệu quả của phác đồ EBMT ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn, luận án tiến sĩ.

- [8]. Abbasinazari M, Sahraee Z, Mirahmadi M. The Patients' Adherence and Adverse Drug Reactions (ADRs) which are Caused by *Helicobacter pylori* Eradication Regimens. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(3):462-466.

DOI:10.7860/JCDR/2013/4673.2799

- [9]. Francis, A., A. S. Nair, L. J. Gomez, B. A. Rahim, S. R. V., and P. G. R. “Assessment of Medication Adherence in *Helicobacter Pylori* Positive Patients on Standard Triple Therapy: A Prospective Study”. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, vol. 9, no. 7, June 2020, pp. 1100-5

DOI:10.18203/2319-2003.ijbcp20202949.

- [10]. Vargas, Gloria & Yanes, Lucía & Meza, Jimena & Tejada, Félix. (2020). Adherencia terapéutica al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* y sus factores asociados en un hospital público de Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 40. 224.

DOI 10.47892/rgp.2020.403.1121.

- [11]. Gebeyehu E, Nigatu D, Engidawork E. Self-reported adverse drug effects and associated factors among *H. pylori* infected patients on standard triple therapy: Prospective follow up study. *PLoS One*. 2019;14(11): e0225585. Published 2019 Nov 22.

DOI: 10.1371/journal.pone.0225585

- [12]. Trần Thiện Trung, Phạm Văn Tấn, Quách Trọng Đức, Lý Kim Hương (2009), Hiệu quả của phác đồ EAL và EBMT trong diệt trừ *Helicobacter pylori* sau điều trị thất bại lần đầu, Y học TP. Hồ Chí Minh, 13(Phụ bản số 1), tr.11-17.

- [13]. Phạm, H. P., Trần, T. H., Hồ, T. P., Diệp, T. M. T., Võ, D. T., & Trần, V. A. (2023). Hiệu quả diệt trừ *helicobacter pylori* của phác đồ bốn thuốc có bismuth với phác đồ ba thuốc có levofloxacin ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng đã thất bại điều trị. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 527(2).

DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i2.5927>

- [14]. Shakya Shrestha S, Bhandari M, Thapa SR, et al. Medication Adherence Pattern and Factors affecting Adherence in *Helicobacter Pylori* Eradication Therapy. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2016;14(53):58-64.

- [15]. Lê Thị Xuân Thảo. (2016). “Tuân thủ điều trị diệt trừ *H. pylori* ở BN viêm loét dạ dày tá tràng”, hội nghị khoa học kỹ thuật ĐHYD, lần thứ 34.