

càng phổ biến, có tỉ lệ tử vong cao. Đánh giá lâm sàng toàn diện và thời gian là yếu tố quan trọng trong tiếp cận NB nghi ngờ TTP. Hình ảnh học chính xác đóng vai trò rất quan trọng bởi vì kết quả âm tính giả hay dương tính giả đều có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng. Trong những trường hợp nặng như NB của chúng tôi, việc chẩn đoán nhanh chóng, chính xác và sử dụng thuốc tiêu sợi huyết kịp thời góp phần cải thiện kết cục điều trị cho NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sagar Adhikari et al.(2022)**, "Successful thrombolysis with low dose thrombolytic agent in a patient with acute life – threatening massive pulmonary thromboembolism: A case report". *Annals of Medicine and Surgery*, 82:104742.
2. **Stavros V.Konstantinides, Guy Meyer, Cecilia Becattini et al.(2019)**, "2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)". *European Heart Journal*, 41, pp.543 – 603.
3. **Essien EO, Rali P, Mathai SC (2019)**, "Pulmonary Embolism". *Med Clin North Am*;103(3):549-64. Epub 2019/04/09. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.013.
4. **Di Nisio M, van Es N, Büller HR (2016)**, "Deep vein thrombosis and pulmonary embolism". *Lancet*, 388(10063):3060-73. Epub 2016/07/05. doi: 10.1016/s0140-6736(16)30514-1.
5. **Frank Peacock W, Coleman CI, Diercks DB, Francis S, Kabrhel C, et al Keay C (2018)**, "Emergency department discharge of pulmonary embolus patients". *Acad Emerg Med*, 25, 995 - 1003.
6. **Wendelboe AM, Raskob GE (2016)**, "Global burden of thrombosis: epidemiologic aspects". *Circ Res*, 118 (1340 - 7).
7. **Châu Ngọc Hoa, Đinh Thị Thu Hương (2022)**, "Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch". *Hội Tim mạch học Việt Nam*.
8. **Hajouli S.** Massive Fatal Pulmonary Embolism While on Therapeutic Heparin Drip. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2020; 8:2324709620914787.
9. **Duffett L, Castellucci LA, Forgie MA (2020)**, "Pulmonary embolism: update on management and controversies". *BMJ.* 2020;370:m2177.
10. **Meneveau N, Séronde MF, Blonde MC, Legale P, Didier-Petit K, Briand F, et al (2006)**, "Management of unsuccessful thrombolysis in acute massive pulmonary embolism". *Chest.* 129(4):1043-50.

TUẦN THỬ ĐIỀU TRỊ THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH PARKINSON ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2021 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Doãn Thị Huyền^{1,2}, Đồng Thị Hằng², Ngô Thị Lộc²,
Lê Thị Thúy Hằng², Nguyễn Văn Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuần thử điều trị thuốc (TTĐTT) của người bệnh (NB) Parkinson điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai và phân tích một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 160 NB Parkinson điều trị ngoại trú tại phòng khám chuyên khoa Thần Kinh bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2021 đến 31/12/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ TTĐTT tốt đạt 65% trong đó quên uống thuốc, uống thêm thực phẩm chức năng (TPCN) chiếm tỷ lệ lần lượt là: 65% và 20%. Tỷ lệ bỏ bớt thuốc chiếm 20% và bỏ điều trị chiếm 33,1%. Lý do chính của TTĐTT không tốt là: nhiều loại thuốc; để dành thuốc phòng khi

không có; đi xa không mang theo thuốc; uống không đúng giờ, quên lượt uống thuốc, không có người nhắc, sợ uống kéo dài gây độc hại; không có khả năng chi trả. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT bao gồm: số lượng thuốc < 3 loại (OR=2,4), khả năng tự sinh hoạt (OR=3,1), mức độ bệnh/điểm vận động theo thang điểm MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS) từ bình thường đến nhẹ (OR=3,4) và có bảo hiểm y tế-BHYT (OR=2,5). Các yếu tố giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, số lần sử dụng thuốc không liên quan có ý nghĩa thống kê đến TTĐTT của NB. **Kết luận:** Tỷ lệ TTĐTT tốt của NB Parkinson chưa cao (65%), trong đó 65% quên thuốc, 33,1% bỏ điều trị, 20% bỏ bớt thuốc và 20% uống thêm thực phẩm chức năng (TPCN). Số loại thuốc uống, có khả năng tự sinh hoạt được, mức độ bệnh/điểm vận động theo thang điểm MDS-UPDRS và có BHYT là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến TTĐTT. Cần tăng cường hướng dẫn, tư vấn cho NB và áp dụng các biện pháp can thiệp để tăng cường sự tuân thủ như: nhắc uống thuốc, hỗ trợ xã hội, hỗ trợ BHYT.

Từ khóa: Người bệnh Parkinson; tuần thử điều trị thuốc; một số yếu tố liên quan.

¹Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Doãn Thị Huyền

Email: doanthihuyen25@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

SUMMARY**MEDICATION ADHERENCE OF PARKINSON OUT-PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL IN 2021 AND RELATED FACTORS**

Objectives: To describe the current medication adherence of Parkinson out-patients at Bach Mai Hospital in 2021 and to analyze some related factors. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 160 Parkinson out-patients at the Neurology clinic of Bach Mai Hospital from 01/01 to 31/12/2021. **Results:** The rate of good medication adherence was 65%, the main reasons for non-adherence was forgetting to take medication (65%) and consuming additional functional foods (20%). The rates of medication reduction and treatment discontinuation were 20% and 33.1%, respectively. The primary reasons for poor medication adherence were: having multiple medications, reserving medication for future use, forgetting to carry medications while traveling, taking medications at incorrect times, missing doses, lack of reminders, fear of prolonged use leading to toxicity, and financial constraints. Statistically significant factors associated with adherence to pharmacotherapy included: having less than 3 types of medications (OR=2.4), being able to live independently (OR=3.1), having a mild to normal level of disease severity based on the MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale- MDS-UPDRS (OR=3.4), and having health insurance coverage (OR=2.5). Gender, age and length of illness, frequency of medication use were not related significantly to patients' medication adherence. **Conclusions:** The rate of good adherence to drug treatment (ADT) in Parkinson patients is not high, standing at 65%, with 65% of patients forgetting to take their medications, 33.1% discontinuing treatment, 20% reducing medication intake, and 20% consuming additional functional foods. The number of medications taken, the ability to live independently, disease severity based on the MDS-UPDR scale, and having health insurance coverage are statistically significant factors associated with medication adherence. It is essential to enhance guidance and counseling for patients and implement interventions to improve adherence, such as medication reminders, social support, and health insurance assistance.

Keywords: Parkinson patients; medication adherence; related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một bệnh rối loạn thoái hóa mạn tính của hệ thần kinh trung ương, bệnh chiếm hàng thứ 2 sau Alzheimer. Bệnh chủ yếu ảnh hưởng đến hệ thống vận động. Nếu không điều trị, trung bình sau 8 năm NB Parkinson sẽ không tự đi lại được và nằm liệt giường sau 10 năm [8]. Tỷ lệ tử vong trên NB Parkinson cao gấp đôi so với những người không bị bệnh [4]. Parkinson là gánh nặng bệnh tật không chỉ đối với ngành y tế mà còn đến cả gia đình và xã hội. Parkinson làm giảm chất lượng cuộc sống đối với

người mắc bệnh và những người chăm sóc [3]. Những người mắc bệnh Parkinson có thể mắc nhiều bệnh kết hợp khác nhau nên phải uống nhiều loại thuốc và nhiều lần trong ngày [7]. Do đó, họ có thể quên uống thuốc, bỏ liều, sơ độc hại... dẫn đến không tuân thủ điều trị làm bệnh dễ trở nặng hoặc biến chứng. Tuân thủ điều trị thuốc được định nghĩa là mức độ NB thực hiện sử dụng thuốc theo sự hướng dẫn của bác sĩ [6]. Nghiên cứu của Igor Straka và cộng sự [7] cho thấy NB tuân thủ thời gian dùng thuốc chỉ đạt 24,4% và có tới 12% NB dùng ít hơn 80% liều quy định. Tại Khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai trung bình hằng năm tiếp nhận và điều trị ngoại trú cho khoảng 300 NB Parkinson, nhưng chưa có nghiên cứu nào về tuân thủ điều trị thuốc của đối tượng NB này do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: (1) Mô tả thực trạng TTĐTT của NB Parkinson điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn từ 1/1 đến 31/12 năm 2023 và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc của NB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại phòng khám chuyên khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh: NB được chẩn đoán là bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson của Hiệp hội Bệnh Parkinson Vương Quốc Anh.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB không đồng ý tham gia nghiên cứu; Sổ khám bệnh thiếu thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Thời gian và địa điểm: nghiên cứu được tiến hành từ 01/01/2021 đến hết 31/12/2021 tại Phòng khám chuyên khoa Thần Kinh – Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Quên thuốc (có/không): NB uống thuốc nhưng không uống đủ liều, uống thuốc không đúng thời gian theo hướng dẫn. Không quên thuốc được tính 1 điểm, có quên thuốc tính 0 điểm.

Biện pháp xử trí khi quên thuốc: NB uống bù liều đã quên, bỏ qua liều thuốc đó hoặc hỏi ý kiến bác sĩ, biện pháp khác. Nếu NB "hỏi ý kiến bác sĩ" được tính 1 điểm, tình huống khác 0 điểm.

Uống thêm thực phẩm chức năng (có/không): uống thực phẩm chức năng ngoài đơn thuốc của bác sĩ. NB trả lời có tính 0 điểm, trả lời không tính 1 điểm.

Bỏ bớt thuốc (có/không): NB chủ động giảm

liều về số lượng và/hoặc số lần dùng thuốc. Trả lời có: 0 điểm, trả lời không: 1 điểm.

Bỏ điều trị (có/không): NB ngừng hẳn thuốc điều trị. Trả lời có được 0 điểm, trả lời không được 1 điểm.

Lý do bỏ điều trị: sợ độc hại, không có khả năng chi trả, không có người nhắc, do giãn cách xã hội và lý do khác. Nếu lý do bỏ điều trị là "không có khả năng chi trả và/hoặc do giãn cách xã hội" tính 1 điểm, các trường hợp khác 0 điểm.

Tuân thủ điều trị thuốc tốt: đánh giá qua các biến số: "quên thuốc, uống thêm thuốc, biện pháp xử lý khi quên thuốc, bỏ bớt thuốc, bỏ điều trị, lý do bỏ điều trị". Tổng điểm là 6 điểm, tuân thủ tốt là đạt 5-6 điểm, tuân thủ không tốt: dưới 5 điểm.

Thang điểm vận động: đánh giá theo MDS-UPDRS bằng cách tính điểm của từng mục khám vận động. Bốn triệu chứng vận động được đánh giá: run khi nghỉ, cứng cơ, chậm động, mất ổn định tư thế. Ghi nhận tổng số điểm vận động của từng NB, cao nhất là 64 điểm, NB đạt từ 32 điểm trở lên tương ứng với đánh giá triệu chứng vận động từ trung bình đến nặng, nếu dưới 32 điểm tương ứng với đánh giá vận động từ bình thường đến nhẹ.

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn cấu trúc kết hợp đánh giá lâm sàng tình trạng vận động của ĐTNC. Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 24.0. Phân tích thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ cho biến định tính và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Thống kê phân tích được sử dụng để xác định tỷ số chênh (OR), 95% CI. Phép kiểm định Chi bình phương (χ^2) được sử dụng để kiểm định sự khác nhau giữa các tỷ lệ. Chỉ số $p < 0,05$ là mức có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

160 NB đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, trong đó có 71 NB nam (chiếm 44,4%) và 89 NB nữ (chiếm tỷ lệ 55,6 %). Phần lớn NB > 60 tuổi (chiếm 56,9%).

3.1. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc

Bảng 3.1. Phân bố tình trạng quên uống thuốc của ĐTNC

Nội dung		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Quên thuốc	Có	104	65,0
	Không	56	35,0
Lý do	Uống không đúng giờ	52	50,0

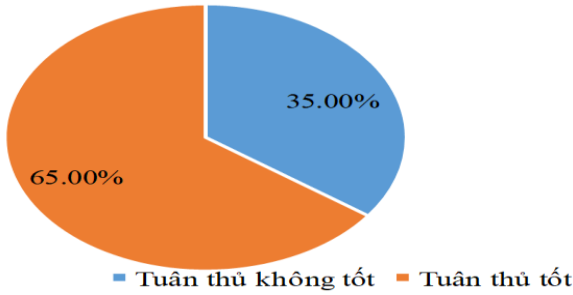
quên thuốc	Quên mất lượt uống thuốc	35	33,7
	Không thể có người nhắc	10	9,6
	Đi xa không mang theo	4	3,8
	Khác	3	2,9
Số lần quên trong tháng	1 lần	35	33,7
	2 lần	24	23,1
	3 lần	20	19,2
	Trên 3 lần	25	24,0
Biện pháp khắc phục	Uống bù	54	51,9
	Bỏ liều	48	46,2
	Xin lời khuyên của bác sĩ	2	1,9

Nhận xét: Quên thuốc chiếm tỷ lệ 65%. Lý do quên uống thuốc chủ yếu là không đúng giờ uống chiếm 50%, tiếp đó là quên lượt uống thuốc chiếm tỷ lệ cao với 33,7%. NB quên 1 lần trong tháng chiếm tỷ lệ 33,7%, 24% NB quên từ 4 lần trở lên trong tháng. Khi quên thuốc, chỉ có 1,9% NB xin lời khuyên từ bác sĩ.

Bảng 3.2. Thực trạng uống thêm thuốc, bỏ bớt thuốc và ngừng điều trị của ĐTNC

Nội dung		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Uống thêm thực phẩm chức năng	Không uống	128	80,0
	1 loại	22	13,8
	2 loại	7	4,4
	> 2 loại	3	1,9
Lý do uống	Bồi bổ sức khỏe	19	59,4
	Nhanh khỏi bệnh	13	40,6
Bỏ bớt thuốc	Có	32	20,0
	Không	128	80,0
Lý do bỏ bớt thuốc	Nhiều thuốc quá	6	18,8
	Để dành đến lúc không có	14	43,8
	Sợ độc hại	2	6,2
	Khác	10	31,2
Bỏ điều trị	Có	53	33,1
	Không	107	66,9
Lý do bỏ điều trị	Uống kéo dài gây độc hại	2	3,8
	Không có khả năng chi trả	10	18,9
	Không có người nhắc	9	17,0
	Khác (do sợ dịch bệnh)	32	60,4

Nhận xét: 13,8% NB sử dụng thêm 1 loại TPCN, tỷ lệ sử dụng thêm 2 loại và từ 3 loại TPCN trở lên lần lượt là 4,4% và 1,9%. Phần lớn NB dùng thêm TPCN để bồi bổ sức khỏe (59,4%), số còn lại cho rằng sẽ nhanh khỏi bệnh hơn (40,6%). Tỷ lệ NB đã từng dừng điều trị là 33,1%, trong đó 60,4% bỏ điều trị vì sợ dịch bệnh (SARS-CoV-2) và 18,9% là do không có tiền mua thuốc, số còn lại là do không có người nhắc và sợ độc hại.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh Parkinson

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy phần lớn người bệnh TTĐTT tốt (65% so với 35%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc điều trị của người bệnh Parkinson

Bảng 3.3. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và tuân thủ điều trị thuốc

Nội dung		Tuân thủ thuốc		OR (95% CI)	P
		Tốt [N (%)]	Không tốt [N (%)]		
Nhóm tuổi	Dưới 50 tuổi*	20 (62,5)	12 (37,5)	1,01 (0,38-2,69)	1.000
	Từ 50 đến <60 tuổi	23 (62,2)	14 (37,8)		
	Từ 60 đến < 70 tuổi	36 (58,1)	26 (41,9)	1,2 (0,50-2,89)	0.825
	Từ 70 tuổi trở lên	13 (44,8)	16 (55,2)	2,05 (0,74-5,71)	0.204
Giới	Nam	41 (57,7)	30 (42,3)	1,02 (0,54-1,91)	1.000
	Nữ	51 (57,3)	38 (42,7)		

Nhận xét: Các yếu tố nhân khẩu học không liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT ($p > 0.05$).

Bảng 3.4. Liên quan giữa điều kiện chăm sóc, chi trả khám chữa bệnh với tuân thủ thuốc

Nội dung		Tuân thủ thuốc		OR (95% CI)	P
		Tốt [N (%)]	Không tốt [N (%)]		
Khả năng tự sinh hoạt	Có	86 (60,6)	56 (39,4)	3,1 (1,09-8,66)	0,041
	Không	6 (33,3)	12 (66,7)		
BHYT	Có	49 (70)	21 (30)	2,5 (1,32-4,92)	0,006
	Không	43 (47,8)	47 (52,2)		

Nhận xét: Yếu tố tự sinh hoạt độc lập và được BHYT chi trả đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT ($p < 0,05$) với OR lần lượt là 3,1 và 2,5.

Bảng 3.5. Liên quan giữa sử dụng thuốc và tuân thủ thuốc

Nội dung		Tuân thủ thuốc		OR (95% CI)	P
		Tốt [N (%)]	Không tốt [N (%)]		
Số lượng thuốc	Dưới 3 loại	27 (73,0)	10 (27,0)	2,4 (1,1-5,4)	0.037
	Từ 3 loại trở lên	65 (52,8)	58 (47,2)		
Số lần sử dụng	2-3 lần/ngày	52 (60,5)	34 (39,5)	1,3 (0,69-2,44)	0.427
	Trên 3 lần/ngày	40 (54,1)	34 (45,9)		

Nhận xét: Số lượng thuốc được sử dụng có liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT, nhóm NB dùng dưới 3 loại thuốc TTĐTT tốt hơn nhóm sử dụng từ 3 loại thuốc trở lên với OR = 2,4.

Bảng 3.7. Liên quan giữa điểm khám vận động theo UPDRS với tuân thủ điều trị thuốc

Nội dung		Tuân thủ thuốc		OR (95% CI)	P
		Tốt [N (%)]	Không tốt [N (%)]		
Chi trên	Không run/run nhẹ	59 (69,4)	26 (30,6)	2,9 (1,51-5,52)	0,001
	Run trung bình/nặng	33 (44,0)	42 (56,0)		
Chi dưới	Không run/run nhẹ	87 (60,8)	56 (39,2)	3,7 (1,24-11,15)	0,018
	Run trung bình/nặng	5 (29,4%)	12 (70,6)		
	Trung bình/nặng	15 (40,5)	22 (59,5)		
Tư thế	Bình thường	89 (58,9)	62 (41,1)	2,9 (0,69-11,91)	0,171
	Không ổn định	3 (33,3)	6 (66,7)		
Chậm vận động	Bình thường/chậm ít	78 (61,9)	48 (38,1)	2,3 (1,07-5,02)	0,033
	Chậm trung bình/nhiều	14 (41,2)	20 (58,8)		
Điểm vận động theo UPDRS	Dưới trung bình (triệu chứng từ bình thường đến nhẹ)	86 (61,0)	55 (39,0)	3,4 (1,22-9,44)	0,024
	Từ trung bình đến nặng	6 (31,6)	13 (68,4)		

Nhận xét: Hầu hết các triệu chứng liên quan tình trạng cứng cơ, run và vận động đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT ngoại trừ triệu chứng tư thế.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc của ĐTNC. Tỷ lệ TTĐTT tốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 65%, đây là một tỷ lệ chưa thực sự cao. Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả của nghiên cứu có đối chứng đa trung tâm sử dụng theo dõi điện tử (hệ thống MEMS) [7]. Trong nghiên cứu đó chỉ có 12% NB tuân thủ thuốc dưới mức tối ưu (liều uống/liều kê đơn dưới 80%). Kết quả này cho thấy cần có can thiệp tích cực để nâng cao tỷ lệ TTĐTT của NB Parkinson điều trị ngoại trú tại Khoa Khám Bệnh - Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: NB quên thuốc chiếm tỷ lệ 65%, trong các lý do quên uống thuốc thì lý do chính là uống không đúng giờ (50%), tiếp đó là quên lượt uống thuốc với 33,7%. NB quên 1 lần trong tháng chiếm tỷ lệ 33,7%, 24% NB quên từ 4 lần trở lên trong tháng. Kết quả này tốt hơn so với kết quả từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Quý trong đó 74,8 NB quên dùng thuốc với lý do chính là cảm thấy phiền do phải điều trị lâu dài và phải uống thuốc nhiều lần trong ngày [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi quên thuốc, chỉ có 1,9% NB xin lời khuyên từ bác sĩ và có tới 20% NB sử dụng thêm các TPCN vì cho rằng sẽ giúp bồi bổ sức khỏe và giúp nhanh khỏi bệnh và cũng có 20% NB bỏ bớt thuốc vì các lý do như để dành đến lúc không có (43,8%) nhiều thuốc quá (18,8%), vì sợ độc hại (6,2%), Điều đáng chú ý là trong nghiên cứu này có 33,1% NB bỏ điều trị trong đó nguyên nhân chính là do sợ dịch bệnh (COVID-19) và 18,9% là do không đủ khả năng để chi trả.

Hiện tại chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu, chữa dứt điểm bệnh Parkinson, các phương pháp điều trị như thuốc, phẫu thuật, vật lý trị liệu, PHCN... có thể giúp giảm triệu chứng, làm chậm tiến triển bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống, trong đó, thuốc là một phần quan trọng trong điều trị bệnh này. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của Nguyễn Thị Ngọc Quý [2] đều cho thấy tình trạng TTĐTT của NB Parkinson đều chưa tốt. Vì vậy phải coi TTĐTT là vấn đề ưu tiên trong điều trị bệnh Parkinson [5-7] nên cần tăng cường tư vấn hướng dẫn và có những biện pháp can thiệp cụ thể tại cộng đồng như có người nhắc, tăng

cường hỗ trợ xã hội để nâng cao TTĐTT của NB.

4.2. Yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị thuốc của ĐTNC. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 4 yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT của NB Parkinson bao gồm: số lượng thuốc, mức độ tự sinh hoạt, mức độ bệnh-khả năng vận động của NB và có BHYT. Một số nghiên cứu của nước ngoài cho thấy mức độ TTĐTT của NB Parkinson có liên quan đến tuổi, sự phức tạp của phác đồ điều trị, đặc điểm thuốc, rối loạn tâm trạng, giảm chất lượng cuộc sống, thiếu kiến thức về bệnh, không có người thân và sự hỗ trợ của gia đình [5-7].

BHYT đóng vai trò quan trọng giúp giảm gánh nặng về chi phí khám chữa bệnh. Nghiên cứu cũng cho thấy nhóm NB Parkinson có BHYT có tỷ lệ TTĐTT đúng cao hơn nhóm NB không có BHYT với OR = 2,5. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thông thường với NB Parkinson thường phải uống từ trên 2-3 loại thuốc trở lên và mỗi loại thuốc cần uống với thời gian khác nhau, uống nhiều lần trong ngày, không đồng nhất. Chẳng hạn thuốc Madopar 250 mg là loại thuốc thường được chỉ định 4 lần trong ngày và uống trước ăn, trong khi các thuốc khác uống 3 lần hoặc ít hơn và sau ăn [1]. Với sự phức tạp trong sử dụng thuốc như vậy nên NB nhẹ hơn, tự chủ trong sinh hoạt hằng ngày thì tỷ lệ TTĐTT cao gấp 3.1 lần so với NB cần sự chăm sóc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB uống dưới 3 loại thuốc tuân thủ thuốc cao gấp 2,4 lần NB uống từ 3 loại thuốc trở lên. Một phác đồ dùng thuốc quá thường xuyên hoặc quá thưa, nhiều loại thuốc, hoặc cả hai có thể quá phức tạp để NB tuân thủ. Người bệnh Parkinson thường là người cao tuổi, có thể mắc nhiều bệnh cùng một lúc chẳng hạn như: tăng huyết áp, đái tháo đường, thoái hóa khớp [5-7]... nên ngoài thuốc chữa bệnh Parkinson, NB còn phải uống hàng ngày có thể trên 3 loại thuốc là phổ biến, gây khó khăn cho TTĐTT do vậy cần có sự hướng dẫn cẩn thận từ CBYT và sự theo dõi, giám sát và nhắc từ người thân hoặc từ thiết bị được lập trình sẵn để nhắc NB uống thuốc đúng chỉ định.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ nặng của bệnh cũng ảnh hưởng rất nhiều đến sự tuân thủ điều trị thuốc của NB. Nhóm NB có triệu chứng, biểu hiện bệnh nhẹ hơn như: không run/run nhẹ môi, chi (trên và dưới), không cứng cơ hoặc cứng nhẹ, vận động bình thường hoặc chậm ít đều TTĐTT tốt hơn so

với nhóm NB có triệu chứng bệnh nặng và rõ hơn. Nhóm NB có điểm vận động từ bình thường đến nhẹ theo thang UDPRS cũng có khả năng tuân thủ cao hơn 3,4 lần so với nhóm NB có điểm UDPRS từ trung bình đến nặng. NB nhẹ tuân thủ tốt hơn cũng là điều dễ hiểu và có thể giải thích được vì khi bệnh còn nhẹ họ chủ động hơn trong các hoạt động sống hằng ngày và kết quả này cũng tương tự như kết quả của một số nghiên cứu khác [5-7]. Tuy nhiên điều đáng quan tâm là với NB Parkinson thì bệnh nặng dần theo thời gian [8] nên nguy cơ không TTĐTT ngày càng lớn vì vậy càng cần phải quan tâm để tạo thói quen TTĐTT một cách bền vững của người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ TTĐTT tốt của NB Parkinson chưa cao (65%), trong đó 65% quên thuốc, 33,1% bỏ điều trị, 20% bỏ bớt thuốc và 20% uống thêm thực phẩm chức năng (TPCN).

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến TTĐTT gồm: số loại thuốc uống, có khả năng tự sinh hoạt được, mức độ bệnh-điểm vận động theo thang điểm MDS-UPDR và có BHYT. Cần tăng cường hướng dẫn, tư vấn cho NB về tầm quan trọng của TTĐTT. Nên áp dụng các biện

pháp can thiệp để tăng cường sự tuân thủ như: nhắc uống thuốc, hỗ trợ xã hội, hỗ trợ BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Y Hà Nội** (2021), Bài Giảng Thần Kinh, Nhà Xuất Bản Y Học.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Quý** (2019). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa trung ương. Luận văn Thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội.
3. **De Lau, L. M. and Breteler, M. M.** (2006). Epidemiology of Parkinson's disease, *Lancet Neurol.* 5(6), pp. 525-35.
4. **Macleod, A. D., Taylor, K. S. and Counsell, C. E.** (2014). Mortality in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 29(13), pp. 1615-22.
5. **Malek, N. and Grosset, D. G.** (2015). Medication adherence in patients with Parkinson's disease", *CNS Drugs.* 29(1), pp. 47-53.
6. **Shin, J. Y. and Habermann, B.** (2016). Medication Adherence in People With Parkinson Disease, *J Neurosci Nurs.* 48(4), pp. 185-94.
7. **Straka, I., Minar, M., Gazova, A. et al** (2018). Clinical aspects of adherence to pharmacotherapy in Parkinson disease: A PRISMA-compliant systematic review. *Medicine (Baltimore).* 97(23), pp. e10962.
8. **Sveinbjornsdottir, S.** (2016). The clinical symptoms of Parkinson's disease. *J Neurochem.* 139 Suppl 1, pp. 318-324.

KHẢO SÁT TỶ LỆ NHIỄM, TÁI NHIỄM VÀ PHÂN BỐ KIỂU GEN VIRUS VIÊM GAN C TRÊN NGƯỜI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Trần Thị Thảo Nguyên¹, Trần Thiện Toàn¹, Đỗ Khánh Vy¹,
Nguyễn Hoàng Thanh Trúc¹, Dương Thị Thanh Hương¹,
Trần Nhật Phương Anh¹, Nguyễn Tấn Hiệp¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gan C là tình trạng nhiễm trùng gan gây ra do virus viêm gan C (HCV). Viêm gan C có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, bao gồm xơ gan, ung thư gan. Viêm gan C là bệnh có thể điều trị khỏi nhưng tỉ lệ thành công với điều trị viêm gan C vẫn còn khác nhau tùy theo kiểu gen. Bệnh nhân sau khi đã điều trị thành công vẫn có nguy cơ bị tái nhiễm do cơ thể không có cơ chế miễn dịch chống lại virus HCV. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm viêm gan C, tỷ lệ tái nhiễm viêm gan C và tỷ lệ các kiểu gen

virus HCV trên người đến khám sức khỏe tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM năm 2020. **Đối tượng-Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Hồi cứu dữ liệu bệnh án tất cả người đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM có chỉ định xét nghiệm HCV RNA và anti HCV. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 2177 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 55,5 ± 14,0 tuổi, tỷ lệ HCV RNA dương tính chiếm tỷ lệ 33,76%. Phân tích kiểu gen của các ca có HCV RNA dương tính, kiểu gen 1 và 6 phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 35,52% và 18,58%, kiểu gen 2 chiếm 10,66% và thấp nhất là kiểu gen 3 với 0,27% tổng số ca, 6 trường hợp nhiễm đồng thời 2 kiểu gen chiếm 0,82%. Tỷ lệ tái nhiễm virus HCV ghi nhận được là 3,01% với kiểu gen 1 và 6 chiếm đa số. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm và tái nhiễm virus viêm gan C lần lượt là 33,76% và 3,01%. Kiểu gen phổ biến nhất trên nhóm dân số này là kiểu gen 1 và 6. **Từ khóa:** tỷ lệ nhiễm, tái nhiễm, kiểu gen, viêm gan C.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thảo Nguyên
Email: nguyen.ttt@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023
Ngày duyệt bài: 10.11.2023