

TÌNH HÌNH DÙNG THUỐC LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DO *HELICOBACTER PYLORI* TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC ĐỊNH QUÁN

Đỗ Thị Phương Dung*, Võ Lê Anh Thu

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

* Tác giả liên hệ: dungdo@lhu.edu.vn

| THÔNG TIN BÀI BÁO | TÓM TẮT |
|---|--|
| Received: 28/3/2023 | <p>Đề tài được thực hiện với mục tiêu chính là khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc và các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ ở người bệnh (NB) viêm loét dạ dày - tá tràng (VLDD-TT) do HP. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên các NB đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán trong khoảng thời gian từ 01/08/2020 đến 30/11/2020 được chẩn đoán VLDD-TT dương tính với vi khuẩn HP bằng test hơi thở. Các thông tin được thu thập dựa vào đơn thuốc và phỏng vấn để thu thập đặc điểm chung, đặc điểm điều trị, khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc (TTDT) và các biến cố có hại trong quá trình dùng thuốc (Adverse Drug Event - ADE) của NB. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu trên 125 NB cho thấy phác đồ được dùng nhiều nhất là OAC (PPI + amoxicillin + clarithromycin) chiếm 76%, với thuốc dùng kèm chủ yếu là nhóm antacid 48%. ADE thường gặp là tiêu chảy (30,2%). Thời gian trung bình cho phác đồ điều trị là 14 ngày; 76% hết các triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ tiết trừ HP so với số NB đi kiểm tra lại làm test hơi thở là 88%. Kết quả TTDT theo thang điểm MMAS: NB tuân thủ cao 72,8%, tuân thủ trung bình 22,4% và tuân thủ kém là 4,8%. Nghiên cứu đã tìm ra 2 yếu tố là giới tính ($p = 0,041$) và hiệu quả điều trị (hết các triệu chứng lâm sàng) ($p < 0,001$) có mối liên hệ với sự TTDT của NB.</p> |
| Revised: 1/6/2023 | |
| Accepted: 20/7/2023 | |
| Published: 25/9/2023 | |
| TỪ KHÓA | |
| Tuân thủ dùng thuốc; viêm loét dạ dày; <i>Helicobacter pylori</i> . | |

DRUG USE IN PEPTIC ULCER DISEASE CAUSED BY *HELICOBACTER PYLORI* AT THE DINH QUAN REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Do Thi Phuong Dung*, Vo Le Anh Thu

Lac Hong University, No. 10 Huynh Van Nghe, Bui Long Ward, Bien Hoa, Dong Nai, Vietnam

* Corresponding Author: dungdo@lhu.edu.vn

| ARTICLE INFO | ABSTRACT |
|--|--|
| Received: Mar 28 th , 2023 | <p>The study was carried out with the main objective to investigate the DA and the factors affecting DA in patients with peptic ulcer disease caused by HP. The descriptive cross-sectional study was carried on outpatients at Dinh Quan Regional General Hospital between August 1, 2020 and November 30, 2020 diagnosed with PUD and HP-positive with a breath test. Data were collected through prescriptions and interviews for socio-demographic profile, treatment characteristics, DA and adverse drug events (ADE) of the patients. Data were analysed by SPSS 20.0 software with $p < 0.05$ considered as statistically significant. The results of the study on 125 patients showed that the most commonly used regimen was OAC (PPI + amoxicillin + clarithromycin), accounting for 76%, with the main concomitant drug being the antacid (48%). The most common ADE was diarrhea (30.2%). The average duration for the treatment regimen was 14 days; 76% of patients got rid of clinical symptoms, the eradication rate of HP compared to the number of patients who go back to check for breath test is 88%. DA results according to the MMAS: high level of adherence was 72.8%, medium level of adherence was 22.4% and the low level of adherence was 4.8%. Gender ($p = 0.041$) and treatment effectiveness (no more clinical symptoms) ($p < 0.001$) were found to be associated with the patient's DA.</p> |
| Revised: Jun 1 st , 2023 | |
| Accepted: July 20 th , 2023 | |
| Published: Sep 25 th , 2023 | |
| KEYWORDS | |
| Drug adherence; Peptic ulcer disease; <i>Helicobacter pylori</i> . | |

Available online at: <https://js.lhu.edu.vn/index.php/lachong>

1. Giới thiệu

VLDD-TT là bệnh lý tổn thương đường tiêu hóa có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày, ung thư dạ dày. Nguyên nhân do sự mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và yếu tố hủy hoại. Trong đó, nhiễm *Helicobacter pylori* (HP) là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất [1]. Tỷ lệ nhiễm HP ở Hoa Kỳ và Canada là khoảng 30%, trong khi tỷ lệ nhiễm trên toàn cầu là hơn 50%. Mặc dù hầu hết những người nhiễm HP không có triệu chứng, chỉ khoảng < 10% các trường hợp sẽ dẫn đến VLDD-TT và khoảng 1% chuyển sang ung thư dạ dày, nhưng dựa trên các kết quả lâm sàng Tổ chức Y tế Thế giới đã đánh giá việc điều trị HP là cần thiết, không chỉ ngăn ngừa các biến chứng mà còn giảm nguy cơ ung thư dạ dày từ 30% đến 40% [2]. Tuy nhiên, việc điều trị có thể gặp phải nguy cơ thất bại do phác đồ điều trị không phù hợp, vi khuẩn kháng thuốc, sự đa hình kiểu gen của vi khuẩn, thời gian điều trị chưa đủ, hay sự không tuân thủ trong sử dụng thuốc của NB [3], [4]. Trong đó, TTDT là yếu tố quan trọng vừa ảnh hưởng đến sự kháng thuốc vừa tác động đến sự thành công của phác đồ điều trị. Các hướng dẫn điều trị HP đều chỉ ra rằng để diệt trừ HP phải kết hợp thuốc ức chế tiết acid với kháng sinh phù hợp tùy theo mức độ nhạy cảm của vi khuẩn và thời gian sử dụng thuốc phải liên tục từ 7-14 ngày để đem lại hiệu quả tốt nhất [5], [6]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cho đến nay chỉ nhấn mạnh tình hình kháng thuốc và có ít đề tài quan tâm đến TTDT của NB. Trước tình hình đó, nhóm nghiên cứu đã thực hiện đề tài “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và sự tuân thủ dùng thuốc ở người bệnh viêm loét dạ dày - tá tràng do HP tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán” với các mục tiêu như sau: (1) Khảo sát đặc điểm điều trị của NB viêm loét dạ dày - tá tràng do HP, (2) Khảo sát sự tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ ở NB VLDD-TT do HP, (3) Đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị HP tại bệnh viện.

2. Nội dung

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB đến khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán (Địa chỉ: Ấp Hiệp Quyết, TT Định Quán, huyện Định Quán, tỉnh Đồng Nai) trong khoảng thời gian từ 01/08/2020 đến 30/11/2020 được chẩn đoán VLDD-TT dương tính với vi khuẩn HP bằng test hơi thở.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- NB có chẩn đoán VLDD-TT dương tính với HP bằng test hơi thở và được chỉ định điều trị bằng phác đồ diệt trừ HP.

- NB từ 18 tuổi trở lên.
- NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB không có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt.
- NB không liên lạc được qua 3 lần gọi điện thoại trong 3 ngày liên tiếp.
- NB không tỉnh táo, suy giảm hay mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng thang đánh giá trạng thái tâm thần - MMSE < 14.
- NB không tái khám sau 7 ngày kể từ lần khám lần đầu khi chưa điều trị đủ phác đồ diệt trừ HP (phác đồ 14 ngày). (Bệnh viện phát thuốc mỗi 7 ngày để tránh vượt ngưỡng thuốc bảo hiểm y tế).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được sử dụng để khảo sát tình hình sử dụng thuốc và sự tuân thủ của NB sau 2-3 tuần dùng phác đồ diệt trừ HP.

Cỡ mẫu:

Tất cả các NB thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Các bước tiến hành

Nghiên cứu được tiến hành qua 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Xây dựng và hoàn thiện phiếu thu thập thông tin, bao gồm:

Đặc điểm nhân khẩu học của NB: họ tên NB, giới tính, địa chỉ, số điện thoại, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bệnh kèm. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: các triệu chứng như đau vùng thượng vị, đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, kết quả nội soi không sinh thiết,... Đặc điểm phác đồ điều trị HP: phác đồ ba thuốc, phác đồ bốn thuốc có Bismuth, các loại thuốc trong phác đồ, liều lượng, cách dùng.

Giai đoạn 2: Tiến hành phỏng vấn, thu thập thông tin qua 3 lần phỏng vấn:

Lần 1 là phỏng vấn trực tiếp tại bệnh viện để thu thập thông tin về các đặc điểm nhân khẩu học của NB, triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, phác đồ diệt trừ HP. Số NB tham gia phỏng vấn lần 1 là 152 người.

Lần 2 để đánh giá sự TTDT và ghi nhận biến cố có hại của thuốc (Adverse Drug Event - ADE) trong quá trình dùng thuốc của NB được tiến hành sau 2 tuần dùng phác đồ diệt trừ HP bằng cách phỏng vấn với 2 hình thức:

- Phỏng vấn trực tiếp tại bệnh viện (đối với NB đến tái khám).
- Phỏng vấn qua điện thoại (đối với NB mà nghiên cứu viên không gặp được khi NB đi tái khám), nghiên cứu viên sẽ gọi điện thoại cho NB tối đa 3 lần trong 3 ngày liên tiếp, nếu sau 3 lần gọi vẫn không tiếp cận được NB thì NB được loại ra khỏi nghiên cứu. Số người bệnh tham gia phỏng vấn lần 2 là 125 người. Adherence Scale, MMAS) gồm 8 câu hỏi, được dùng để đánh giá sự TTDT của NB tại thời điểm sau 2 tuần dùng thuốc.

Lần 3 để đánh giá hiệu quả điều trị sau khi NB ngưng thuốc kháng sinh 4 tuần và thuốc ức chế bơm proton (PPI - Proton Pump Inhibitor) 2 tuần. Số người bệnh tham gia phỏng vấn lần 3 là 25 người.

Giai đoạn 3: Tiến hành phân tích tình hình sử dụng thuốc và sự tuân thủ dùng thuốc ở NB viêm loét dạ dày - tá tràng do HP theo 3 mục tiêu đã đề ra.

2.4. Phương pháp phân tích, xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả được thực hiện để xác định các số trung bình, số trung vị và tỷ lệ phần trăm của các biến. Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher's exact được dùng để so sánh 2 tỷ lệ. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá sự liên quan giữa các yếu tố khảo sát với sự tuân thủ dùng thuốc, hiệu quả điều trị và để tìm mối liên quan giữa TTDT và hiệu quả điều trị. Giá trị $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm dân số, lối sống, điều trị

Các đặc điểm nhân khẩu, lối sống của NB trong mẫu nghiên cứu trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu, lối sống của NB trong mẫu nghiên cứu (n=125)

| Đặc điểm | Phân bố | N (%) |
|------------------|------------------------------|--|
| Tuổi | < 40 | 40 (32%) |
| | ≥ 40 | 85 (68%) |
| | Trung vị (khoảng tứ phân vị) | 47 (36-55) |
| Giới | Nam | 48 (38,4%) |
| | Nữ | 77 (61,6%) |
| Nghề nghiệp | Nông dân | 62 (49,6%) |
| | Nội trợ | 21 (16,8%) |
| | Buôn bán | 10 (8%) |
| | Viên chức | 8 (6,4%) |
| | Nghề khác | 24 (19,2%) |
| Trình độ học vấn | Cấp 1 | 20 (16%) |
| | Cấp 2 | 59 (47,2%) |
| | Cấp 3 | 36 (28,8%) |
| | Đại học | 10 (8%) |
| Lối sống | Hút thuốc lá | 34 (27,2%) |
| | Uống rượu bia | 38 (30,4%) |
| Bệnh kèm | Không mắc | 98 (78,4%) |
| | Tăng huyết áp | 10 (8%) |
| | Đái tháo đường | 10 (8%) |
| | Rối loạn lipid máu | 5 (4%) |
| | Viêm xương khớp | 2 (1,6%) |
| | Tiền sử dùng thuốc | NSAID 33 (26,4%) Corticoid 4 (3,2%) |
| Tiền sử bệnh | Loét dạ dày | 9 (7,2%) |
| | Xuất huyết dạ dày | 2 (1,6%) |
| | Nhiễm HP | 8 (6,4%) |

Về nghề nghiệp và trình độ học vấn: Kết quả cho thấy, phần lớn NB VLDD-TT nhiễm HP là nông dân (49,6%), tương ứng với trình độ học vấn chủ yếu là cấp 1 và cấp 2 (63,2%). Điều này có thể được giải thích là do NB trong nghiên cứu đến từ huyện Định Quán là một vùng nông thôn, miền núi nên nghề nghiệp chủ yếu là làm nông, trình độ học vấn còn hạn chế, điều này có thể ảnh hưởng đến sự hiểu biết và tuân thủ sử dụng thuốc ở NB. Về tiền sử dùng thuốc có ảnh hưởng đến VLDD-TT: có đến 33% NB có tiền sử sử dụng NSAID, việc sử dụng NSAID là nguyên nhân chính gây ra loét chỉ đứng sau HP [2]; do đó việc điều trị cần phải chú ý đến việc ngưng NSAID, tìm thuốc giảm đau thay thế khác nếu NB có bệnh lý cần dùng đến thuốc giảm đau mới đảm bảo hiệu quả điều trị.

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và kết quả nội soi

Các kết quả được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và kết quả nội soi của NB trong mẫu nghiên cứu

| Đặc điểm | Phân bố | N (%) |
|------------------------|---------------|-------------|
| Triệu chứng (n=125 NB) | Đau thượng vị | 119 (95,2%) |
| | Đầy bụng | 82 (65,6%) |
| | Ợ chua, ợ hơi | 93 (74,4%) |

| | | |
|-------------------|--------------------|-------------|
| Nội soi (n=86 NB) | Viêm hang vị | 73 (84,88%) |
| | Loét hành tá tràng | 6 (7%) |
| | Loét hang vị | 5 (5,81%) |
| | Loét có xuất huyết | 2 (2,32%) |

Tỷ lệ NB có triệu chứng lâm sàng đau vùng thượng vị gặp nhiều nhất (95,2%), phần lớn NB gặp cả ba triệu chứng (chiếm tỷ lệ 47,2%), theo tác giả Nguyễn Thanh Dung [7] đau vùng thượng vị cũng chiếm tỷ lệ cao (86,6%).

Tỷ lệ NB được chỉ định nội soi trong nghiên cứu này là 68,8%. Theo “Đề cương chẩn đoán và điều trị nhiễm *Helicobacter pylori* ở Việt Nam” của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam (2012) [8], đối với NB có chỉ định làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HP không kèm triệu chứng báo động, ưu tiên chọn lựa xét nghiệm hơi thở ure; các NB có chỉ định làm xét nghiệm chẩn đoán HP và có kèm triệu chứng báo động nên được chỉ định nội soi dạ dày và chẩn đoán nhiễm HP bằng các phương pháp xét nghiệm dựa trên mẫu mô sinh thiết. Trong nghiên cứu này tất cả NB được chẩn đoán nhiễm HP bằng xét nghiệm test hơi thở ure bất kể triệu chứng ban đầu, điều này cần được xem xét lại để việc chẩn đoán được chính xác nhất trên mỗi NB.

Đặc điểm phác đồ điều trị VLDD-TT do HP

NB được chỉ định sử dụng phác đồ 3 thuốc và phác đồ 4 thuốc với tỷ lệ lần lượt là 98,4% và 1,6% với ba phác đồ tiết trừ HP là PPI + amoxicillin + clarithromycin (OAC), PPI + amoxicillin + levofloxacin (OAL) và PPI + amoxicillin + levofloxacin + bismuth (OALB). Trong đó các PPI thường hay dùng là omeprazol chiếm tỷ lệ 84,8% và esomeprazol chiếm tỷ lệ 15,2%.

Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Xuân Thảo tại BV Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thì phác đồ 3 thuốc chiếm tỷ lệ 35% còn phác đồ 4 thuốc chiếm 65% [9]. Sự khác biệt này có thể do tại Bệnh viện Định Quán chưa có một công trình nghiên cứu nào khảo sát sự đề kháng của vi khuẩn HP đối với kháng sinh trong các phác đồ điều trị HP tại địa bàn 2 huyện Định Quán và Tân Phú, đồng thời NB trong nghiên cứu này hầu hết là bị VLDD-TT do HP lần đầu cùng với thói quen chọn phác đồ ba thuốc có clarithromycin làm phác đồ điều trị tiết trừ kinh nghiệm đầu tay của bác sĩ nên phác đồ OAC được sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, đã có nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ tại BV Thống Nhất Đồng Nai thì tỷ lệ HP đề kháng clarithromycin chung là 72,5%; tỷ lệ đề kháng clarithromycin ở NB có tiền sử điều trị thất bại là 94,3%, ở NB chưa điều trị là 66,1% [10]; trong khi đó tỷ lệ HP đề kháng với levofloxacin chung là 40,3%; ở NB chưa điều trị là 37,8% và ở NB có tiền sử điều trị thất bại là 48,6%. Do đó, cần phải xem xét lại tình trạng đề kháng kháng sinh tại bệnh viện để đưa ra phác đồ điều trị phù hợp cho NB, tránh việc thất bại trong phác đồ tiết trừ HP.

Đặc điểm về cách dùng thuốc trong phác đồ

Một điều quan trọng góp phần vào thành công của việc điều trị là hướng dẫn cho NB cách uống các thuốc trong phác đồ tiết trừ HP.

Bảng 3. Cách dùng thuốc trong phác đồ điều trị HP

| | OAC (N= 95) (n, tỷ lệ %) | OAL (N= 28) (n, tỷ lệ %) | OALB (N= 2) (n, tỷ lệ %) | Tổng (N =125) |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|
| PPI uống trước ăn hoặc buổi tối | 31 (32,6) | 17 (60,7) | 2 (100) | 50 (40%) |
| Kháng sinh uống sau ăn | 31 (32,6) | 17 (60,7) | 2 (100) | 50 (40%) |

Trong 125 NB của mẫu nghiên cứu chỉ có 50 NB được hướng dẫn cách dùng thuốc chiếm tỷ lệ 40%, còn lại 60% NB không được hướng dẫn sử dụng. Điều này có thể ảnh hưởng lớn đến hiệu quả diệt trừ HP, do đó cần có biện pháp để tăng cường việc hướng dẫn sử dụng thuốc đúng trên NB.

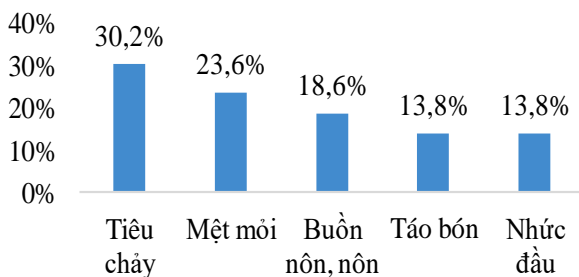
Số ngày dùng phác đồ điều trị HP

Trung bình số ngày dùng phác đồ là 14 ngày. Kết quả về số ngày sử dụng phác đồ được trình bày cụ thể qua bảng 4.

Bảng 4. Số ngày sử dụng phác đồ của NB trong điều trị VLDD-TT do HP

| Số ngày | OAC (N= 95) (n, tỷ lệ %) | OAL (N= 28) (n, tỷ lệ %) | OALB (N= 2) (n, tỷ lệ %) |
|---------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 7 | 3 (3,2) | 1 (3,6) | - |
| 10 | 4 (4,2) | - | - |
| 14 | 68 (71,6) | 21 (75) | 1 (50) |
| 15 | 7 (7,4) | 3 (10,7) | - |
| 19 | - | - | 1 (50) |
| 21 | 11 (11,6) | 2 (7,1) | - |
| 28 | 2 (2,1) | 1 (3,6) | - |

Đặc điểm biến cố có hại của thuốc (ADE) khi dùng phác đồ diệt trừ HP



Hình 1. Các ADE khi dùng phác đồ điều trị HP trong mẫu nghiên cứu

Có 34,4% NB gặp ADE của thuốc và tiêu chảy là ADE thường gặp nhất (30,2%) khi uống thuốc điều trị VLDD-TT do HP. Do kháng sinh vừa diệt những vi khuẩn có hại đồng thời diệt cả những vi khuẩn có lợi trong đường ruột. Hơn nữa, thuốc PPI ức chế sự tiết acid làm cho pH dạ dày cao làm NB dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn đường ruột gây nên tiêu chảy trên NB.

3.2. Tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan

Phỏng vấn NB bằng thang đo MMAS trên 125 NB chỉ ra các nguyên nhân dẫn đến việc NB không tuân thủ phác đồ diệt trừ HP. Kết quả được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5. Kết quả phỏng vấn NB bằng thang đo MMAS

| Câu hỏi | Số NB | Tỷ lệ % |
|--|-------|---------|
| Câu 1: Thỉnh thoảng quên uống thuốc điều trị VLDD-TT do HP | 8 | 6,4 |
| Câu 2: Trong 2 tuần qua có lúc không uống thuốc điều trị VLDD-TT do HP | 9 | 7,2 |
| Câu 3: Từng giảm hoặc ngưng thuốc mà không thông báo cho bác sĩ vì cảm thấy tình trạng xấu hơn do thuốc điều trị VLDD-TT do HP | 2 | 1,6 |
| Câu 4: Quên mang thuốc khi rời xa nhà hoặc đi du lịch | 2 | 1,6 |
| Câu 5: Hôm qua không uống thuốc điều trị VLDD-TT do HP | 5 | 4 |
| Câu 6: Ngưng uống thuốc khi cảm thấy VLDD-TT do HP đã được kiểm soát | 4 | 3,2 |
| Câu 7: Cảm thấy phiền khi tuân thủ phác đồ điều trị VLDD-TT do HP | 17 | 13,6 |
| Câu 8: Cảm thấy khó khăn khi phải nhớ lịch uống thuốc điều trị VLDD-TT do HP | 118 | 94,4 |
| Không bao giờ/ hiếm khi | 6 | 4,8 |
| Lâu lâu | 1 | 0,8 |
| Thỉnh thoảng | 0 | 0 |
| Thường xuyên | 0 | 0 |
| Luôn luôn | 0 | 0 |

Kết quả cho thấy 2 nguyên nhân chính khiến NB không tuân thủ dùng thuốc là NB cảm thấy phiền khi tuân thủ phác đồ (13,6%) và khó khăn khi phải nhớ lịch uống thuốc (4,8%). Điều này có thể được lý giải là do phác đồ điều trị VLDD-TT do HP thường kéo dài ít nhất 14 ngày, đồng thời các thuốc trong phác đồ được uống vào các thời điểm khác nhau. Với cách dùng thuốc dài ngày cộng với chế độ dùng thuốc phức tạp có thể dẫn đến việc không tuân thủ dùng thuốc trên NB.

Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của NB (theo thang điểm MMAS)

Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của NB trong mẫu nghiên cứu thể hiện qua bảng 6, bảng 7, bảng 8.

Bảng 6. Phân bố NB theo mức độ tuân thủ sử dụng thuốc

| Mức độ tuân thủ | Số NB | Tỷ lệ % |
|-----------------|-------|---------|
| Cao | 91 | 72,8 |
| Trung bình | 28 | 22,4 |
| Kém | 6 | 4,8 |

Bảng 7. Mức độ tuân thủ theo đặc điểm nền và điều trị của NB

| Đặc điểm | | Mức độ tuân thủ | | | | p |
|-------------------------|----------|-----------------|---------|--------------|---------|-------|
| | | Tuân thủ TB-kém | | Tuân thủ cao | | |
| | | Số NB | Tỷ lệ % | Số NB | Tỷ lệ % | |
| Nhóm tuổi | <40 tuổi | 10 | 8 | 30 | 24 | 0,144 |
| | ≥40 tuổi | 24 | 19,2 | 61 | 48,8 | |
| Giới tính | Nam | 16 | 12,8 | 32 | 25,6 | 0,226 |
| | Nữ | 18 | 14,4 | 59 | 47,2 | |
| Trình độ học vấn | Cấp 1 | 5 | 4 | 15 | 12 | 0,684 |
| | Cấp 2 | 19 | 15,2 | 40 | 32 | 0,546 |
| | Cấp 3 | 8 | 6,4 | 28 | 22,4 | 0,814 |
| Nghề nghiệp | Đại học | 2 | 1,6 | 8 | 6,4 | 0,761 |
| | Nông dân | 19 | 15,2 | 43 | 34,4 | 0,762 |
| | Nội trợ | 5 | 4 | 16 | 12,8 | 0,552 |
| | Buôn bán | 1 | 0,8 | 9 | 7,2 | 0,205 |

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------|----|------|----|------|-------|
| | Viên chức | 2 | 1,6 | 6 | 4,8 | 0,744 |
| | Nghề khác | 7 | 5,6 | 17 | 13,6 | 0,893 |
| Bệnh kèm ADE | Có | 9 | 7,2 | 18 | 14,4 | 0,420 |
| | Không | 25 | 20 | 73 | 58,4 | |
| | Có | 14 | 11,2 | 29 | 23,2 | 0,331 |
| | Không | 20 | 16 | 62 | 49,6 | |
| Phác đồ điều trị | OAC | 25 | 20 | 70 | 56 | 0,760 |
| | OAL | 8 | 6,4 | 20 | 16 | |

Kết quả về mức độ tuân thủ của NB có 72,8% NB có mức độ tuân thủ thuốc cao, thấp hơn so với nghiên cứu của Mohammad Abbasinazari và cộng sự với mức độ tuân thủ cao chiếm 81% [11] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hương Thảo tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định tỷ lệ NB tuân thủ tốt là 84,2% [12]. Thông qua phỏng vấn này thấy rằng NB nhận thức cao về lợi ích của việc điều trị và ngày càng quan tâm đến bệnh nhiều hơn do đó họ tuân thủ hướng dẫn điều trị của nhân viên y tế hơn trước đây từ đó có xu hướng TTDT tốt hơn.

Kết quả trình bày ở bảng 8, nhóm NB TTDT tốt có kết quả tiết trừ HP chiếm tỷ lệ rất cao 81,8% so với nhóm NB không TTDT chỉ có 18,2%. Và những NB hết các triệu chứng lâm sàng ở nhóm TTDT tốt cũng cao hơn hẳn nhóm NB không TTDT (84,2%) con số này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 8. Mức độ tuân thủ theo hiệu quả điều trị HP

| Đặc điểm | Mức độ tuân thủ | | | | P | |
|----------------------------|-----------------|---------|--------------|---------|------|--------------|
| | Không tuân thủ | | Tuân thủ tốt | | | |
| | Số NB | Tỷ lệ % | Số NB | Tỷ lệ % | | |
| Tiết trừ HP | Có | 4 | 18,2 | 18 | 81,8 | 0,546 |
| | Không | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | |
| Hết các triệu chứng | Có | 15 | 15,8 | 80 | 84,2 | 0,001 |
| | Không | 19 | 63,3 | 11 | 36,7 | |

Sự liên quan của các đặc điểm dân số, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm điều trị của NB với sự tuân thủ sử dụng thuốc được xác định bằng phân tích hồi quy logistic đa biến. Trong đó: Biến phụ thuộc: Mức độ tuân thủ là biến nhị phân, nhận 2 giá trị: tuân thủ tốt (điểm MMAS = 8)/ tuân thủ trung bình - kém (điểm MMAS ≤ 7). Biến độc lập: nhóm tuổi, giới tính, ADE, hết các triệu chứng lâm sàng, hướng dẫn dùng thuốc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, phác đồ điều trị.

Bảng 9. Các yếu tố liên quan đến mức tuân thủ sử dụng thuốc

| Đặc điểm | P | OR | KTC 95% |
|---------------------------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Nhóm tuổi | 0,811 | 1,194 | 0,278-5,123 |
| Giới tính | 0,041 | 3,924 | 1,054-14,602 |
| ADE | 0,761 | 0,843 | 0,281-2,527 |
| Hết các triệu chứng lâm sàng | <0,001 | 18,621 | 5,710-60,720 |
| Hướng dẫn dùng thuốc trong đơn | 0,095 | 2,486 | 0,853-7,244 |
| Học vấn | | | |
| Cấp 1 | 0,558 | | |
| Cấp 2 | 0,195 | 0,366 | 0,080-1,675 |
| Cấp 3 | 0,634 | 0,625 | 0,090-4,322 |

| | | | | |
|--------------------|-----------|-------|-------|--------------|
| | Đại học | 0,999 | 0,000 | 0,000 |
| Nghề nghiệp | Nông dân | 0,570 | | |
| | Nội trợ | 0,283 | 0,413 | 0,082-2,078 |
| | Buôn bán | 0,773 | 1,514 | 0,091-25,322 |
| | Viên chức | 0,999 | 0,000 | 0,000 |
| | Nghề khác | 0,284 | 2,394 | 0,485-11,825 |
| Phác đồ | OAC | 0,365 | | |
| | OAL | 0,751 | 1,207 | 0,377-3,865 |
| | OALB | 0,183 | 0,114 | 0,005-2,798 |

KTC: Khoảng tin cậy

NB nữ có mức độ tuân thủ cao hơn NB nam ($p = 0,041$, OR = 3,924; KTC 95% 1,054-14,602). Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Xuân Thảo [9] cũng tìm ra mối liên hệ này với $p = 0,001$; RR = 1,61; KTC 95% 1,36-1,92.

Hiệu quả điều trị (hết các triệu chứng lâm sàng): trong quá trình điều trị các triệu chứng lâm sàng hết thì NB TTDT tốt hơn gấp 18,621 lần so với những NB mà không hết triệu chứng ($p < 0,001$, OR = 18,621, CI 95% 5,710-60,720). Điều này có thể lý giải như sau: khi dùng phác đồ thuốc tiết trừ HP kéo dài hơn 2 tuần mà các triệu chứng được cải thiện thì NB càng 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.

3.3. Hiệu quả điều trị của phác đồ tiết trừ HP

Có 152 NB tham gia phỏng vấn lần 1, sau 2 tuần có 125 NB tham gia phỏng vấn lần 2, ở lần phỏng vấn thứ 3, chỉ có 25 NB; 33 NB chưa tới lịch hẹn thử lại, còn 67 NB không đi tái khám đúng hẹn. Và trong 25 NB tái khám, chỉ có 6 NB được bác sĩ chỉ định nội soi lại. Do đó, việc đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào việc hết các triệu chứng lâm sàng và test hơi thở. NB được xem là không hết các triệu chứng là NB còn ít nhất một trong các triệu chứng như: Đau vùng thượng vị, đầy bụng, ợ hơi ợ chua.

Bảng 10. Kết quả điều trị VLDD-TT do HP

| Triệu chứng/xét nghiệm | Số lượng NB điều trị khỏi | Tỷ lệ % |
|-------------------------------------|---------------------------|---------|
| Đau thượng vị (n = 119) | 115 | 96,6 |
| Đầy bụng (n = 82) | 69 | 84,1 |
| Ợ hơi, ợ chua (n = 93) | 78 | 83,9 |
| Hết các triệu chứng (n = 125) | 95 | 76 |
| Không hết các triệu chứng (n = 125) | 30 | 24 |
| Viêm hoặc loét khi nội soi (n = 6) | 6 | 100 |
| Tái khám làm test hơi thở (n = 25) | 22 | 88 |

Trong nghiên cứu, phác đồ OALB được chỉ định ít (2 NB). Do đó, chỉ so sánh tỷ lệ hết triệu chứng và hiệu quả tiết trừ HP giữa phác đồ OAC và OAL được trình bày ở bảng 11.

Bảng 11. Tỷ lệ hết các triệu chứng giữa phác đồ OAC và OAL

| Triệu chứng | OAC | | OAL | | P | |
|----------------------|-------|---------|-------|---------|------|-------|
| | Số N | Tỷ lệ % | Số NB | Tỷ lệ % | | |
| Đau thượng vị | Hết | 86 | 96,6 | 27 | 96,4 | 0,394 |
| | Không | 3 | 3,4 | 1 | 3,6 | |
| Đầy bụng | Hết | 51 | 82,3 | 18 | 90 | 0,582 |
| | Không | 11 | 17,7 | 2 | 10 | |
| Ợ hơi, ợ chua | Hết | 57 | 81,4 | 19 | 90,5 | 0,595 |
| | Không | 13 | 18,6 | 2 | 9,5 | |

Kết quả so sánh tỷ lệ test hơi thở giữa hai phác đồ được trình bày ở bảng 12.

Bảng 12. Tỷ lệ kết quả test hơi thở giữa phác đồ OAC và OAL

| Test hơi thở | OAC (n = 17) | | OAL (n = 8) | | p |
|----------------|--------------|---------|-------------|---------|-------|
| | Số NB | Tỷ lệ % | Số NB | Tỷ lệ % | |
| Âm tính | 14 | 82,4 | 8 | 100 | 0,336 |

Trong nghiên cứu này hiệu quả điều trị của phác đồ OAC chỉ 82,4% và theo một báo cáo của tác giả Makoto Sasaki và các cộng sự, tỷ lệ tiết trừ HP khi dùng phác đồ chuẩn từ 1997 đến 2008 giảm một cách rõ rệt từ 90,6% đến 80,2%, tiếp tục xuống 76% đến 74,8%, tỷ lệ nghịch với kháng thuốc clarithromycin nguyên phát ngày càng tăng từ 8,7% đến 23,5%, tiếp tục tăng 26,7% đến 34,5% [13]. Tại Đồng Nai, theo nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ, phác đồ OAC không còn phù hợp là phác đồ đầu tay dùng tiết trừ HP [10]. Tỷ lệ tiết trừ HP của phác đồ này thấp do việc kháng thuốc và do tác dụng phụ nhiều làm cho NB khó dung nạp, không TTDT tốt.

4. Kết luận

Trong 125 NB mắc VLDD-TT trong nghiên cứu, tỷ lệ NB có triệu chứng lâm sàng đau vùng thượng vị gặp nhiều nhất (95,2%), phần lớn NB gặp cả ba triệu chứng (47,2%), Phác đồ điều trị HP dùng nhiều nhất là OAC chiếm 76%, thuốc dùng kèm chủ yếu là antacid 48%. ADE thường gặp là tiêu chảy (30,2%). Hiệu quả điều trị khá cao với số NB hết các triệu chứng lâm sàng là 76%, tỷ lệ tiết trừ HP là 88% khi test hơi thở. Kết quả TTDT theo thang điểm MMAS, NB tuân thủ cao 72,8%, tuân thủ trung bình 22,4% và tuân thủ kém là 4,8%. 2 yếu tố là giới tính ($p = 0,041$) và hiệu quả điều trị (hết các triệu chứng lâm sàng) ($p < 0,001$) có mối liên hệ với sự TTDT của NB.

Từ các kết quả trên nhóm nghiên cứu đưa ra một số kiến nghị như sau: Tăng cường sự tư vấn của nhân viên y tế cho NB hiểu biết hơn về bệnh, hướng dẫn NB sử dụng thuốc; Bác sĩ cần ghi rõ ngày tái khám trong đơn thuốc để NB dễ nhớ ngày tái khám hơn; Cần có đề tài nghiên cứu đánh giá tình hình *Helicobacter pylori* đề kháng kháng sinh tại bệnh viện để bác sĩ có thể lựa chọn phác đồ điều trị có hiệu quả nhất cho NB; Chỉ định thuốc 2 tuần/lần để tránh NB tái khám nhiều lần.

5. Cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Lạc Hồng, Bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

6. Tài liệu tham khảo

- [1]. Lefebvre M. Et al, Adherence and barriers to H. pylori treatment in Arctic Canada, **2013**, *Int J Circumpolar Health*; 72(1), p. 227-91.
- [2]. Marie A. Chisholm-Burns et al, *Pharmacotherapy Principles & Practice*, McGraw-Hill, 2016, 18, p. 295.
- [3]. Auten DM., Baumgart DC., Toxic megacolon, *Inflamm Bowel Dis*, **2012**, 18, p. 584-591.
- [4]. Kornbluth A, Sachar DB, Ulcerative practice guidelines in adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee, *Am J Gastroenterol*, **2010**, 105, p.501-523.
- [5]. Herrero R, Parsonnet J, Greenberg ER., Prevention of Gastric Cancer. *JAMA*, **2014**, 312(12), p. 1197-1198.
- [6]. Selgrad M, Bornschein J, Malfertheiner P, Guidelines for Treatment of *Helicobacter pylori* in the East and West, *Expert Rev Anti Infect Ther*, **2011**, 9(8), p.581-588.
- [7]. Nguyễn Thanh Dung, Bùi Quang Đi, Hoàng Trọng Thăng, Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học viêm dạ dày mạn do *Helicobacter pylori*, *Tạp chí Y dược học*, **2011**, 2, tr.168-175.
- [8]. Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, Đồng thuận về chẩn đoán và điều trị nhiễm *Helicobacter pylori* ở Việt Nam. *Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, **2012**, 7(29), tr. 1929 – 1938.
- [9]. Lê Thị Xuân Thảo, Tuân thủ điều trị tiết trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng, hội nghị khoa học kỹ thuật ĐHYD, lần thứ 34, 2016.
- [10]. Đặng Ngọc Quý Huệ, Nghiên cứu tỷ lệ kháng clarithromycin, levofloxacin của *Helicobacter pylori* bằng epsilometer và hiệu quả điều trị của phác đồ EBMT ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn, luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, **2018**.
- [11]. Mohammad, Abbasinazari, Zahra Sahraee, Maryam Mirahmadi, The Patients' Adherence and Adverse Drug Reactions (ADRs) which are Caused by *Helicobacter Pylori* Eradication Regimens, *Journal of clinical and diagnostic research*, **2013**, 7(3), p. 462-6.
- [12]. Nguyễn Hương Thảo và cộng sự, Khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori* tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, **2019**, 23 (2), tr. 208-212.
- [13]. Makoto Sasaki and et al, Changes in 12-Year First-Line Eradication Rate of *Helicobacter pylori* Based on Triple Therapy with Proton Pump Inhibitor, Amoxicillin and Clarithromycin", 2010, *Published online*.