

V. KẾT LUẬN

Trong 69 bệnh nhân u máu gan, có 85,5% vào viện do đau bụng, trên siêu âm có 78,58% có hình ảnh tăng âm sau u, trên phim chụp cắt lớp vi tính trước tiêm thuốc cản quang chủ yếu là hình ảnh giảm tỷ trọng đồng nhất (96,9%), không có trường hợp nào tăng tỷ trọng trước tiêm.

Sau điều trị, hầu hết các bệnh nhân đều cải thiện triệu chứng (94,2%), trong đó có 82,6% hết triệu chứng và 11,6% có cải thiện. Có 91% có kết quả sau mổ tốt gồm các trường hợp không có biến chứng hoặc biến chứng độ I chỉ cần chăm sóc, điều trị nội khoa sau mổ.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn tới Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tạo điều kiện cho chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bajenaru N, Balaban V, Savulescu F, et al.** Hepatic hemangioma -review. J Med Life. 2015;8 Spec Issue:4-11.
2. **Erdogan D, Busch OR, van Delden OM, et al.** Management of liver hemangiomas according to size and symptoms. J Gastroenterol Hepatol. Nov

2007;22(11):1953-8. doi:10.1111/j.1440-1746.2006.04794.x

3. **Evans J, Willyard CE, Sabih DE.** Cavernous Hepatic Hemangiomas. StatPearls. 2021.
4. **Farges O, Daradkeh S, Bismuth H.** Cavernous hemangiomas of the liver: are there any indications for resection? World J Surg. Jan-Feb 1995;19(1):19-24. doi:10.1007/BF00316974
5. **Abdel Wahab M, El Nakeeb A, Ali MA, et al.** Surgical Management of Giant Hepatic Hemangioma: Single Center's Experience with 144 Patients. J Gastrointest Surg. May 2018;22(5):849-858. doi:10.1007/s11605-018-3696-y
6. **Starzl T.E, et al.** Excisional treatment of cavernous hemangioma of the liver. Ann Surg Oncol. 1980;192(1):25-27.
7. **Đoàn Ngọc Giao.** Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và kết quả điều trị u máu gan ở người lớn. Học Viện Quân Y; 2009.
8. **Moctezuma-Velazquez C, Lopez-Arce G, Martinez-Rodriguez LA, et al.** Giant hepatic hemangioma versus conventional hepatic hemangioma: clinical findings, risk factors, and management. Rev Gastroenterol Mex. Oct-Dec 2014;79(4):229-37. doi:10.1016/j.rgmx.2014.08.007
9. **Lerner S.M. et al.** Giant cavernous liver hemangiomas: effect of operative approach on outcome. Arch Surg. 2004;139(8):818-823

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Tạ Hữu Anh¹, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân COPD điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện Lão khoa Trung ương và bệnh viện đa khoa Đống Đa. Tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân được đánh giá theo thang Morisky-8. Bộ câu hỏi gồm 8 câu liên quan đến việc sử dụng thuốc. Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc dựa vào tổng điểm: 8 điểm là tuân thủ tốt, 6 đến 7 điểm là tuân thủ trung bình, dưới 6 điểm là tuân thủ kém. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 286 người bệnh điều trị COPD ngoại trú. Độ tuổi trung bình 69,3 ± 9,2 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt 49,3%, bệnh nhân tuân thủ trung bình là 32,2%, bệnh nhân tuân thủ kém là 18,5%. Có 25,5% bệnh nhân thỉnh thoảng quên sử dụng thuốc,

23,5% trong 2 tuần có ngày không dùng thuốc, 17,8% cảm thấy khó khăn khi phải nhớ dùng tất cả các loại thuốc. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị tốt (tuân thủ trung bình và kém) trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao 50,7%, mà nguyên nhân chính là do bệnh nhân quên dùng thuốc hoặc khó khăn khi nhớ tất cả các loại thuốc phải dùng. Để khắc phục tình trạng này cần có sự hỗ trợ nhắc nhở thường xuyên của người nhà, của nhân viên y tế để giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn.

Từ khóa: COPD, bệnh nhân ngoại trú, tuân thủ dùng thuốc

SUMMARY

ASSESSMENT THE MEDICATION ADHERENCE IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: To investigate the situation of medication adherence in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Methods:** A cross-sectional study was conducted in outpatients with COPD in Outpatient department in National Geriatric Hospital and Dong Da General Hospital. Medication adherence was defined by using Morisky-8 scale. The scale has 8 questions. There are three levels of adherence based on total score: 8 scores: high, 6 -7 scores: medium, < 6 scores: low. **Results:**

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương,

²Bộ môn Lão khoa - Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Hữu Anh

Email: huanhbs@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 12.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2021

Ngày duyệt bài: 22.10.2021

A total of 286 outpatients with COPD was recruited in the study. Mean age was 69.3 ± 9.2 years old. The proportions of high, medium and low adherence were 49.3%, 32.2% and 18.5%, respectively. Patients who sometimes forgot to take pills were accounted for 25.5%, who did not take medications in the past two weeks was 23.5%. 17.8% had difficulty remembering to take all medications. **Conclusion:** The prevalence of non-adherence of outpatients with COPD was 50.7%. The main causes were to forget to take pills and to have difficulty remembering take medications. To overcome this situation, it is necessary to have regular support and reminder family members and medical staff.

Keywords: COPD, outpatients, medication adherence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh lý hô hấp mạn tính có đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không hồi phục hoàn toàn, sự cản trở thông khí này thường tiến triển từ từ và liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi với các phân tử hoặc khí độc hại, trong đó khói thuốc lá đóng vai trò hàng đầu. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có thể dự phòng và điều trị được [1], [8]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 1997 trên toàn thế giới đã có khoảng 600 triệu người mắc Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh được xếp hàng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong và là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ mười hai. Dự báo đến năm 2030 COPD sẽ đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong sau bệnh tim mạch, bệnh ung bướu và đứng hàng thứ năm trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu, làm gia tăng đáng kể gánh nặng về kinh tế và xã hội [8]. Ở Việt Nam, theo điều tra của Đinh Ngọc Sỹ (2011), tỷ lệ mắc bệnh COPD ở các đối tượng trên 40 tuổi có tỷ lệ 4,2% [3].

Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số năm 2011, với tỷ lệ người cao tuổi trên 60 tuổi chiếm 10%. Dự báo đến năm 2030 sẽ có gần 19 triệu và năm 2050 là hơn 28 triệu người cao tuổi. Hà Nội là một trong những Thành phố có tỷ lệ người cao tuổi lớn nhất cả nước [2].

Hiện nay, các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới sử dụng nhiều khái niệm khác nhau để mô tả việc sử dụng thuốc của bệnh nhân như: tuân thủ, sử dụng thuốc phù hợp, tuân thủ điều trị, hay tuân thủ sử dụng thuốc, tuân thủ dùng thuốc. Có nhiều phương pháp có thể sử dụng để đánh giá sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân COPD. Trong đó, đánh giá tuân thủ dùng thuốc thông qua bộ câu hỏi Morisky là phương pháp đánh giá có tính ứng dụng cao trên lâm sàng do dễ thực hiện, tiết kiệm thời gian và chi phí [6]. Bộ câu

hỏi Morisky đã được đánh giá có giá trị cao khi áp dụng tại Việt Nam [7]. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số yếu tố liên quan.*

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 COPD đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa trung ương và Bệnh viện đa khoa Đống Đa.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán COPD theo GOLD 2018 [8].

+ FEV1/FVC < 70% sau test hồi phục phế quản.

+ FEV1 giảm.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn tâm thần.

- Có các bệnh lý cấp tính (bệnh lý tim mạch cấp, đột quỵ cấp, suy hô hấp cấp...).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

• Địa điểm nghiên cứu. Bệnh viện Lão khoa trung ương, số 1A - Phương Mai - Đống Đa - Hà Nội và Bệnh viện đa khoa Đống Đa - Hà Nội.

• Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

• Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

• Công cụ thu thập số liệu:

- Bệnh án nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án ngoại trú.

*Các biến số nghiên cứu và cách đánh giá

▪ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

▪ Yếu tố nguy cơ: thuốc lá, nghề nghiệp tiếp xúc khói bụi, tiền sử bản thân.

▪ Bệnh lý: Thời gian điều trị bệnh COPD, bệnh lý mắc kèm được hỏi theo danh sách có sẵn.

▪ Thuốc điều trị COPD, Số nhóm thuốc điều trị đang được sử dụng cho người bệnh (khai thác dựa vào Hồ sơ quản lý bệnh ngoại trú)

▪ Tuân thủ sử dụng thuốc:

Tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân được đánh giá theo thang Morisky-8. Bộ câu hỏi gồm 8 câu liên quan đến việc sử dụng thuốc được thiết kế để làm giảm sai số trả lời "Có" của bệnh nhân. Đối với câu hỏi 1 - 4 và 6 - 8 mỗi câu trả lời "Không" được tính 1 điểm. Riêng câu số 5, trả lời "Có" tính 1 điểm. Điểm tuân thủ của bệnh nhân là tổng điểm 8 câu hỏi.

Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc: [9].

- + Tổng điểm 8 : Tuân thủ tốt
- + Tổng điểm 6 - 7 : Tuân thủ trung bình
- + Tổng điểm < 6 : Tuân thủ kém
- Phân loại mức độ tắc nghẽn đường thở [1] [8].

Giai đoạn:	+ FEV ₁ / FVC < 70%. Giá trị FEV ₁ sau test hồi phục phế quản
I : Nhẹ	+ FEV ₁ ≥ 80% trị số lý thuyết.
II: Trung bình	+ 50% ≤ FEV ₁ < 80% trị số lý thuyết.
III: Nặng	+ 30% ≤ FEV ₁ < 50% trị số lý thuyết
IV: Rất nặng	+ FEV ₁ < 30% trị số lý thuyết

2.4. Xử lý số liệu

- Nhập liệu bằng phần mềm Redcap, Trường Đại học Y Hà Nội, (<http://redcap.hmu.edu.vn/>)
- Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 286 người bệnh điều trị COPD ngoại trú. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 91 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 33 tuổi. Độ tuổi trung bình 69,3 ± 9,2.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Rối loạn tắc nghẽn CNHH		Tổng
	Giai đoạn nhẹ	Giai đoạn (TB- Rất nặng)	
Nam	n	29	140
	Tỷ lệ (%)	33.3%	70.4%
Nữ	n	58	59
	Tỷ lệ (%)	66.7%	29.6%
Tuổi	n	87	199
	Trung bình	68,9 ± 10,5	69,4 ± 8,7
Tổng	n	87 (30,4%)	199 (69,6%)
	Tỷ lệ (%)	100.0%	100.0%

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với độ tuổi trung bình 69,29%. Nam giới có tỷ lệ cao hơn rõ rệt 59,1% so với nữ giới là 40,9%. Điều này phù hợp với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường xảy ra ở người cao tuổi, chủ yếu ở nam giới.

Rối loạn tắc nghẽn chức năng hô hấp giai đoạn nhẹ (giai đoạn 1) có 87 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 30,4%. Rối loạn tắc nghẽn chức năng hô hấp giai đoạn trung bình đến rất nặng có 199 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 69,6%.

3.2. Ảnh hưởng của yếu tố nguy cơ trong nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Đánh giá yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		Chức năng hô hấp		Tổng
		Giảm nhẹ (giai đoạn 1)	Giảm TB- rất nặng	
Hút thuốc lá	Có	n	29	132
		% hút thuốc	18%	82%
		% theo CNHH	33.3%	66.3%
	Không	n	58	67
		% hút thuốc	46,4%	53,6%
		% theo CNHH	66.7%	33.7%
Tổng		n	87	199
		Tỷ lệ %	100.0%	100.0%
Tiếp xúc khói bụi	Có	n	74	166
		Tỷ lệ (%)	84,1%	83,8%
	Không	n	14	32
		Tỷ lệ (%)	15.9%	16.2%
Tổng		n	88	198
		Tỷ lệ (%)	100.0%	100.0%

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu bảng trên chúng tôi nhận thấy;

Nhóm tiền sử hút thuốc lá có 161 bệnh nhân chiếm 56,3%, trong đó chiếm đa số 132 bệnh nhân có rối loạn tắc nghẽn mức độ trung bình đến nặng chiếm tỷ lệ 82% và có 29 bệnh nhân có rối loạn tắc nghẽn mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 18%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Nhóm không có tiền sử hút thuốc lá: có 125 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 43,7%, trong đó có 67 bệnh nhân có rối loạn tắc nghẽn mức độ trung bình đến nặng chiếm tỷ lệ 53,6% và có 58 bệnh nhân có rối loạn tắc nghẽn mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 46,4%, không có sự khác biệt về chức năng hô hấp ở nhóm không có tiền sử hút thuốc lá.

Nhóm bệnh nhân có rối loạn tắc nghẽn mức độ trung bình – rất nặng, có tỷ lệ bệnh nhân tiền sử hút thuốc lá 83,8% cao hơn nhiều so với tỷ lệ bệnh nhân không hút thuốc lá 16,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong 286 bệnh nhân nghiên cứu có tới 240 bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc khói bụi (bao gồm hút thuốc lá chủ động, hút thuốc thụ động, bụi nghề nghiệp) chiếm tỷ lệ 83,9%, và có 46 bệnh nhân không có tiền sử tiếp xúc với khói bụi chiếm tỷ lệ 16,1%. Tỷ lệ này phù hợp với tài liệu bệnh học nội khoa, có tới trên 80% các bệnh nhân COPD trong tiền sử có liên quan tới khói thuốc lá [1].

Bảng 4. Đặc điểm tuân thủ sử dụng thuốc điều trị.

Đặc điểm theo thang điểm Morisky		N; 286	Tỷ lệ (%)
1. Ông/bà có đôi lúc quên uống thuốc không?	Có	73	25,5
	Không	213	74,5
3. Trong 2 tuần qua có ngày nào Ông/bà 4. không dùng thuốc không	Có	67	23,4
	Không	219	76,6
3. Ông/bà có từng bỏ hay ngưng dùng thuốc mà không báo bác sỹ vì cảm thấy mệt khi dùng thuốc?	Có	27	9,4
	Không	259	90,6
4. Khi Ông/bà đi du lịch, đi chơi có đôi lúc quên mang theo thuốc không?	Có	41	14,3
	Không	245	85,7
5. Ông/bà có uống đủ thuốc ngày hôm qua không?	Có	260	90,9
	Không	26	9,1
6. Khi Ông/bà cảm thấy kiểm soát được triệu chứng của mình, có đôi lúc không uống thuốc không?	Có	27	9,4
	Không	259	90,6
7. Ông/bà có thấy bất tiện khi phải tuân theo kế hoạch điều trị không?	Có	42	14,7
	Không	244	85,3
8. Ông/bà có thường xuyên thấy khó khăn khi phải nhớ dùng tất cả thuốc không?	Có	51	17,8
	Không	235	82,2

Nhận xét: - Theo bảng trên ta thấy có tới 25,5% bệnh nhân quên dùng thuốc, tỷ lệ trong 2 tuần có ngày không dùng thuốc 23,4%.

- Tỷ lệ bỏ thuốc vì mệt khi dùng thuốc khá thấp chỉ chiếm 9,4%

- Tỷ lệ nhớ mang theo thuốc bên người khi đi xa là khá cao 85,7% trong khi đó tỷ lệ quên không mang theo thuốc bên người chỉ chiếm 14,3%.

- Tỷ lệ uống đủ thuốc ngày trước khi đi khám là rất cao 90,9%

- Tỷ lệ bệnh nhân ngưng thuốc khi thấy bệnh được kiểm soát khá thấp chỉ chiếm 9,45%.

- Có 14,7% cảm thấy bất tiện khi dùng thuốc và 17,8% thấy khó khăn khi phải nhớ dùng tất cả các loại thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu 69,3 tuổi. Tỷ lệ này phù hợp vì bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính xảy ra chủ yếu ở người cao tuổi thường trên 40 tuổi.

3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị

Bảng 3: Mức độ tuân thủ điều trị

Mức độ tuân thủ	n	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ tốt	141	49,3%
Tuân thủ trung bình	92	32,2%
Tuân thủ kém	53	18,5%
Tổng	286	100%

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 141 bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt chiếm tỷ lệ 49,3 %, có 145 bệnh nhân tuân thủ điều trị ở mức trung bình và kém chiếm tỷ lệ 50,7% (tuân thủ trung bình 32,2%, tuân thủ kém 18,5%).

Nam giới có tỷ lệ 59,1% cao hơn so với nữ giới là 40,9%. Điều này là phù hợp vì nam giới thường có thói quen hút thuốc lá và đó là yếu tố nguy cơ chính của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Về yếu tố nguy cơ, thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Trong nghiên cứu chúng tôi thu được ở nhóm đối tượng có tiền sử hút thuốc lá có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ trung bình đến nặng 82% cao hơn nhiều so với nhóm có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nhẹ 18%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính và cũng là yếu tố làm tăng nặng tình trạng của bệnh. Trong nhóm không có tiền sử hút thuốc lá, tỷ lệ giữa nhóm có rối loạn tắc nghẽn mạn tính mức độ trung bình đến nặng 53,6% không có sự khác biệt với nhóm có rối loạn tắc nghẽn mạn tính mức độ nhẹ 46,4%.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh mạn tính, bệnh nhân cần phải sử dụng thuốc lâu dài, đủ liều lượng, đủ số lượng theo chỉ định của bác sỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ

bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt 49,3%, bệnh nhân tuân thủ trung bình là 32,2%, bệnh nhân tuân thủ kém là 18,5%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Nguyễn Hoài Thu khi nghiên cứu tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Bạch mai năm 2016, tuân thủ tốt 37,9%, tuân thủ trung bình 41,2%, tuân thủ kém 20,9% [4].

Bệnh nhân cần hiểu được bệnh của họ và tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị, qua đó giúp họ tuân thủ điều trị tốt hơn, nâng cao sức khỏe và chất lượng điều trị. Tìm hiểu kỹ hơn về các trường hợp không tuân thủ điều trị chúng tôi nhận thấy: có 25,5% bệnh nhân quên sử dụng thuốc, có 23,5% trong 2 tuần có ngày không dùng thuốc, có 17,8% cảm thấy khó khăn khi phải nhớ dùng tất cả các loại thuốc, đây là 3 nguyên nhân phổ biến dẫn tới bệnh nhân tuân thủ điều trị kém. Điều này có thể các bệnh nhân cao tuổi thường mắc nhiều bệnh tính cùng một lúc trong đó có bệnh sa sút trí tuệ, số lượng thuốc hàng ngày bệnh nhân phải uống trung bình lên đến 4- 5 loại thuốc. Những nguyên nhân này làm cho bệnh nhân cao tuổi khó khăn trong việc tuân thủ tốt phác đồ điều trị, vì vậy cần có sự hỗ trợ của người nhà, sự nhắc nhở thường xuyên của nhân viên y tế trực tiếp hay qua các phương tiện truyền thông như tin nhắn điện thoại định kỳ mới giúp cho bệnh nhân tuân thủ tốt phác đồ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị tốt trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá cao 50,7%, mà nguyên nhân chính là do bệnh nhân

quên dùng thuốc hoặc quên nhớ tất cả các loại thuốc phải dùng. Để khắc phục tình trạng này cần có sự hỗ trợ nhắc nhở thường xuyên của người nhà, của nhân viên y tế để giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh học nội khoa tập 1**- Đại học Y Hà nội, "Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", Nhà xuất bản y học 2018, tr 42-58.
2. **Phạm Thắng, Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009)**, "Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam".
3. **Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Văn Thành, Nguyễn Việt Nhung và CS (2016)** "Tăng cường tuân thủ quản lý và điều trị Hen và COPD ở cộng đồng" Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2016).
4. **Nguyễn Hoài Thu (2016)**, Đánh giá tuân thủ điều trị và kỹ thuật sử dụng các thuốc dạng hít trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sỹ Dược học.
5. **Trần Thị Thủy Nhi (2021)**, Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky (MMAS-8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân Đái tháo đường typ 2.
6. **Lam WY, Fresco P:** Medication adherence measures: an overview. BioMed research international 2015, **2015**.
7. **Nguyen T, Cao HT, Quach DN, Le KK, Au SX, Pham ST, Nguyen TH, Pham TT, Taxis K:** The Vietnamese Version of the Brief Illness Perception Questionnaire and the Beliefs about Medicines Questionnaire: Translation and Cross-cultural Adaptation. Tropical Medicine & International Health 2019, **24**(12):1465-1474.
8. **GOLD (2018)**, "Global Strategy for diagnosis management and prevention of COPD", <http://w.w.w.goldcopd.org/Guideline>, 2018 revision.
9. **Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H (2008)**, "Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control", Journal of Hypertension, 10(5), pp. 348-354.

CẮT XƠ RỖN GAN RỘNG RÃI TRONG PHẪU THUẬT KASAI ĐIỀU TRỊ TEO ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

Nguyễn Huy Toàn¹, Phạm Duy Hiền², Vũ Tiên Tùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Kasai có cắt xơ rỗn gan rộng rãi trong điều trị teo đường mật bẩm sinh tại bệnh viện nhi Trung Ương giai đoạn

2016-2020. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh bao gồm 172 bệnh nhân được chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh, được điều trị bằng phẫu thuật Kasai có cắt xơ rỗn gan rộng rãi tại bệnh viện Nhi trung ương từ 01/2016 đến 12/2020. Các tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm các đánh giá chi tiết phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình là 152.1 ± 28.9 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 11,4 ± 2,69 ngày. Đánh giá tại thời điểm ra viện kết quả tốt chiếm 77,3%, kết quả trung bình chiếm 22,1%. Các biến chứng thường gặp là nhiễm trùng đường mật, suy gan sau mổ, rối loạn điện giải. Tại thời điểm kết thúc

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình.

²Bệnh viện Nhi trung ương.

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn

Email: huytoan080884@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2021

Ngày duyệt bài: 20.10.2021