

- 17(12):1552-1566.
3. **Shelat P.R., Kumbar S.K. (2015).** Analysis of out door patients' prescriptions according to World Health Organization (WHO) prescribing indicators among private hospitals in Western India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3):1-4.
 4. **Fadare J., Oladele O., Oludare O., et al. (2015).** Drug prescribing pattern for under-fives in a paediatric clinic in South-Western Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(1):73-78.
 5. **Bộ Y tế (2017).** Quyết định số 4041/QĐ-BYT ngày 07 tháng 9 năm 2017 về việc ban hành Đề án tăng cường kiểm soát kê đơn thuốc và bán thuốc kê đơn giai đoạn 2017-2020, Hà Nội.
 6. **Bộ Y Tế (2016).** Quyết định số 772/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", Hà Nội.
 7. **Goel R.K., Bhati Y., Dutt H.K., et al. (2013).** Prescribing pattern of drugs in the outpatient department of a tertiary care teaching hospital in Ghaziabad, Uttar Pradesh. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 3(4):48-51.
 8. **Bantie L. (2014).** Assessment of prescribing practice pattern in governmental health centers of Bahir Dar Town, Ethiopia. *World Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2(10):1184-1190.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 2, TP. HCM

Hoàng Hải*, Trần Đức Sĩ**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: H.pylori có liên quan đến loét tá tràng và dạ dày, có thể dẫn đến xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày và ung thư dạ dày. Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm H.pylori trên bệnh nhân loét dạ dày tá tràng từ 60 đến 80% tuy nhiên hiệu quả điều trị H.pylori giảm dần từ 90% trong thập kỷ 90 xuống còn 60-70% sau năm 2010. Tỷ lệ này liên quan đến tình trạng kháng thuốc kháng sinh do người bệnh không tuân thủ điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế cắt dọc trên 249 bệnh nhân điều trị tiết trừ H.pylori lần đầu, trên 18 tuổi. Bệnh nhân có kết quả cận lâm sàng (+) sẽ được mời vào nghiên cứu và thu thập các thông tin dân số - xã hội và lâm sàng. Sau khi uống thuốc 2 tuần sẽ tái khám và được đánh giá tuân thủ điều trị. **Đánh giá tuân thủ điều trị** bao gồm 2 khía cạnh: tuân thủ thuốc và tuân thủ không dùng rượu bia, thuốc lá. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ thuốc, tuân thủ không uống bia rượu - thuốc lá, tuân thủ chung lần lượt là 84,74%, 95,58% và 83,13%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị và: giới tính nữ (RR=1,16; p=0,011), đi khám với mục đích tầm soát (RR=1,17; p=0,033), có các bệnh kèm theo (RR= 1,17 lần; p=0,012), được tư vấn (RR=1,16 lần; p=0,016), không có tiền sử hút thuốc lá (RR=1,87; p < 0,001) và uống rượu bia (RR=2,27; p < 0,019). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ thấp cho thấy cần cải thiện khâu tư vấn và giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, H.pylori, điều trị tiết trừ, tư vấn

SUMMARY

COMPLIANCE WITH HELICOBACTER PYLORI

**Bệnh viện Quận 2, TP Hồ Chí Minh*

***Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 1/2/2021

Ngày duyệt bài: 1/3/2021

TREATMENT AND RELATED FACTORS IN OUT PATIENTS AT DISTRICT 2 HOSPITAL, HCMC

Introduction: H. pylori has been proved to be related to duodenal and gastric ulcers, which can lead to gastrointestinal bleeding, perforation and gastric cancer. In Vietnam, the prevalence of H. pylori infection in patients with peptic ulcer is from 60 to 80%. However, the effect of H. pylori treatment gradually decreased from 90% in the 1990s to 60-70% after 2010. This rate is related to antibiotic resistance due to the non-compliance of patients. **Subjects and method:** We recruited in our prospective, cross-sectional study 249 adults with H. pylori who were undergoing an eradication treatment for the first-time. Patients with HP(+) will be invited in study and asked for socio-demographic and clinical information. After 2 weeks of medication, a follow-up visit has been made and the compliance would be assessed. Compliance assessment according to the WHO definition includes 2 criteria: drug compliance and non-alcohol and tobacco compliance. **Results:** The rates of drugs compliance, nonalcohol-tobacco compliance, and general compliance were respectively 84.74%, 95.58% and 83.13%. There was a statistically significant association between adherence to treatment and: female sex (RR = 1.16; p = 0.011), detected by general check (RR = 1.17; p = 0.033), having comorbidities (RR = 1.17; p = 0.012), be counseled (RR = 1.16; p = 0.016), no history of smoking (RR = 1.87; p < 0.001) and no history of drinking (RR = 2.27; p < 0.019). **Conclusion:** Low compliance indicates a need for improvement in health education and counseling.

Keywords: Treatment compliance, H.pylori, eradication treatment, counseling

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (H.pylori) là một loại xoắn khuẩn gram âm vi hiếu khí chủ yếu lây nhiễm vào niêm mạc dạ dày. Nguy cơ mắc viêm loét dạ

dày-tá tràng (VLDDTT) ở người nhiễm H.pylori tăng gấp 3 – 10 lần so với người không nhiễm. Các nghiên cứu ngoài nước cho thấy 70 – 95% loét tá tràng và 30 – 70% loét dạ dày có liên quan đến H.pylori^[5]. Việc điều trị tiệt trừ H.pylori là một trong các biện pháp chủ yếu ngăn ngừa xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày và ung thư dạ dày. Thực trạng hiện nay cho thấy hiệu quả điều trị H.pylori giảm dần theo thời gian tại Việt Nam^[1]. Tỷ lệ này liên quan đến tình trạng kháng thuốc kháng sinh đang tăng lên chủ yếu do người bệnh không tuân thủ liều lượng, thời gian uống thuốc. Việc không tuân thủ điều trị dẫn đến việc chữa trị trở nên khó khăn và mất nhiều thời gian hơn.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu thường can thiệp tư vấn cho bệnh nhân trước khi khảo sát, kết quả sau đó cho thấy tỷ lệ tuân thủ cao; đặc biệt kết quả của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ (2016) cho thấy tỷ lệ tuân thủ đến 96,99%^[1]. Tỷ lệ tuân thủ cao hơn một số nghiên cứu tại nước ngoài của Lefebvre (2013) hay của O'Connor (2009) với tỷ lệ tuân thủ lần lượt là 95% và 80%^{[4],[6]}. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị thật sự (không can thiệp trước) và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế cắt dọc, tiến cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhiễm H.pylori trên 18 tuổi đến khám và điều trị lần đầu tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Quận 2, Tp. HCM. Bệnh nhân có chẩn đoán ung thư dạ dày hoặc xuất huyết tiêu hóa (thuộc nhóm đối tượng không được chỉ định điều trị tiệt trừ H.pylori theo khuyến nghị) sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được thu thập theo phương pháp thuận tiện. Người bệnh đến khám tại Khoa khám bệnh được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm hơi thở hoặc làm Clotest và chỉ định điều trị đúng theo quy trình của bệnh viện. Sau 2 tuần, chúng tôi sẽ đánh giá số lượng bệnh nhân quay lại tái khám hay không (tuân thủ tái khám). Sau đó, nhóm nghiên cứu sẽ giới thiệu, mời bệnh nhân các bệnh nhân tái khám tham gia vào nghiên cứu. Bệnh nhân sẽ được giải thích về thông tin, mục tiêu của nghiên cứu và quyền lợi của mình khi tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân sẽ được đánh giá về mức độ tuân thủ điều trị dùng thuốc, tuân thủ ngoại thuốc (không uống rượu bia, không hút thuốc trong thời gian điều trị).

Bảng hỏi cũng bao gồm các thông tin về đặc điểm dân số, xã hội, dịch tễ và đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi không tác động đến các hoạt động khám chữa bệnh hoặc tư vấn của bác sĩ điều trị. Việc tư vấn giáo dục sức khỏe thêm chỉ được thực hiện sau khi hoàn thành khảo sát.

2.4. Phương pháp xử lý và thống kê số

liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 13.1. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả: tuân suất và tỉ lệ % với các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn với biến số định lượng. Biến kết cuộc tuân thủ sẽ được mô tả bằng tần suất và tỉ lệ %. Thống kê phân tích với các phép kiểm Chi bình phương, Fisher-exact test và t-test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 44 bệnh nhân không tuân thủ tái khám, chiếm 15,02%. Chúng tôi đã thu thập và phân tích dữ liệu của 249 bệnh nhân có quay lại tái khám. Các dữ liệu phân tích sau đây chỉ tính trên tổng số 249 người này. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 40,57 (ĐLC: 13,71). Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận bệnh nhân là nữ giới nhiều hơn nam giới, tỷ lệ lần lượt là 55,82% và 44,18%.

Phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn là trung học phổ thông (32,13%), tiểu học chiếm 13,65%, trung học cơ sở chiếm 28,92% và trung cấp, cao đẳng; đại học, sau đại học lần lượt là 10,84% và 14,46%. Bên cạnh đó, người tham gia nghiên cứu hầu hết đang sinh sống tại thành phố Hồ Chí Minh (67,47%).

Khi đếm số thuốc còn lại, chúng tôi nhận thấy 229 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 91,97%) uống đầy đủ thuốc và 4,42% bỏ từ 2 đến 3 viên. Trong tổng số 229 bệnh nhân không còn thuốc, chúng tôi ghi nhận 18 bệnh nhân không uống thuốc đúng hướng dẫn. Những bệnh nhân này quên cử thuốc và uống bù vào thời gian khác. Do đó những bệnh nhân này được chúng tôi đánh giá là không tuân thủ điều trị. Vì vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 211 bệnh nhân tuân thủ việc uống thuốc, chiếm tỷ lệ 84,74%. Đối với khuyến cáo không uống rượu bia và hút thuốc lá thì có 238 bệnh nhân tuân thủ, 11 bệnh nhân vẫn còn uống rượu bia, hút thuốc lá trong quá trình điều trị H.pylori, như vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ngoại thuốc là 95,58%. Tỷ lệ tuân thủ chung (bệnh nhân tuân thủ tốt dùng thuốc và không uống rượu bia, hút thuốc lá) là 83,13%.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận những nguyên nhân dẫn đến việc không uống thuốc của bệnh nhân điều trị ngoại trừ H.pylori là: quên uống

thuốc, xuất hiện các tác dụng phụ khi uống thuốc, không phù hợp giờ giấc sinh hoạt, hết triệu chứng nên không uống tiếp. Trong đó, nguyên nhân được ghi nhận nhiều nhất là quên uống thuốc chiếm 12,45%, những nguyên nhân còn lại tỷ lệ lần lượt là 0,80%, 1,61% và 0,80%.

Bệnh nhân nữ có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao gấp 1,16 lần (KTC 95%: 1,03 – 1,31) so với bệnh nhân là nam giới, với $p=0,011$. Về lâm sàng, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận hầu như những bệnh nhân đến khám khi có triệu chứng xuất hiện (84,34%), còn lại phát hiện bệnh qua khám tổng quát. Có 27,71% bệnh nhân có các bệnh khác kèm theo (đồng mắc). Bệnh nhân đi khám với mục đích tầm soát có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao gấp 1,17 lần (KTC 95%: 1,06 – 1,29, $p=0,033$) so với bệnh nhân đi khám vì có triệu chứng. Bệnh nhân có các bệnh kèm theo có tỷ lệ tuân thủ điều trị gấp 1,17 lần (KTC 95%: 1,06 – 1,29, $p=0,012$) so với bệnh nhân không có các bệnh kèm theo.

Có 29,72% bệnh nhân trả lời là đã từng được bác sĩ tư vấn. Những bệnh nhân này có tỷ lệ tuân thủ điều trị gấp 1,16 lần (KTC 95%: 1,05 – 1,28, $p=0,016$) so với bệnh nhân không được tư vấn.

Về hành vi sức khỏe, bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá và uống rượu bia lần lượt chiếm 30,12% và 70,68%. Bệnh nhân có hút thuốc lá có tỷ lệ không tuân thủ cao gấp 1,87 lần (KTC 95%: 1,29 – 2,73, $p < 0,001$) và bệnh nhân có tiền sử uống rượu bia có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao gấp 2,27 lần (KTC 95%: 1,05 – 4,88, $p = 0,019$).

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị với phác đồ điều trị ($p > 0,05$). Nghiên cứu còn ghi nhận các tác dụng phụ mà bệnh nhân điều trị H.pylori trải qua là: nhức đầu, chóng mặt (16,87%), buồn nôn, nôn (14,86%), mệt mỏi, chán ăn (16,06%) và đắng miệng (16,87%). Các biến cố bất lợi liên quan đến điều trị H. pylori hiện chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 1. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với các đặc điểm lâm sàng

	Tuân thủ điều trị		Giá trị p	RR (KTC 95%)
	Có n=207 (%)	Không N=42(%)		
Giới				
Nữ	123 (88,49)	16 (11,51)	0,011	1,16 (1,03 – 1,31)
Nam	84 (76,36)	26 (23,64)		1
Lí do đi khám				
Tầm soát	37 (94,87)	2 (5,13)	0,033*	1,17 (1,06 – 1,29)
Có triệu chứng	170 (80,95)	40 (19,05)		1
Có các bệnh kèm theo				
Có	64 (92,75)	5 (7,25)	0,012*	1,17 (1,06 – 1,29)
Không	143 (79,44)	37 (20,56)		1
Phác đồ				
PPI + Bismuth + Metro + Tetra	162 (83,51)	32 (16,49)		1
PPI + Clari + Amox + Metro	31 (83,78)	6 (16,22)	0,966*	1,01 (0,86 – 1,17)
3 thuốc (PPI + Levo + Amox)	14 (77,78)	4 (22,22)	0,585*	0,93 (0,72)
Được bác sĩ tư vấn				
Có	68 (91,89)	6 (8,11)	0,016*	1,16 (1,05 – 1,28)
Không	139 (79,43)	36 (20,57)		1
Có tiền sử hút thuốc				
Không	157 (90,23)	17 (9,77)	< 0,001	1,87 (1,29 – 2,73)
Có	50 (66,67)	25 (33,33)		1
Có tiền sử dùng rượu bia				
Không	67 (91,78)	6 (8,22)	0,019*	2,27 (1,05 – 4,88)
Có	140 (79,55)	36 (20,45)		1

*Fisher exact test

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị tiết trừ H. pylori chung là 83,13%, trong đó tuân thủ điều trị thuốc là 84,74% và tuân thủ không

sử dụng rượu bia, thuốc lá trong suốt thời gian điều trị (2 tuần) là 95,58%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn một nghiên cứu khác của Đặng Ngọc Quý Huệ (2016) với 97,0% bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc tốt và 3,0% tuân thủ dùng thuốc

kém khi được điều trị bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth (EBMT) tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất, Đồng Nai^[1]. Sự khác biệt có thể do chúng tôi chỉ ghi nhận hoạt động thực tế mà không can thiệp yêu cầu các bác sĩ phải đặc biệt tư vấn cho bệnh nhân trong giai đoạn làm nghiên cứu.

So sánh với một số nghiên cứu trên thế giới kết quả chúng tôi không thấp hơn. Shakya Shrestha và cs (2016) cho thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc là 85,70%, trong đó quên thuốc là lí do chính của không tuân thủ^[7]. Lefebvre và cs (2013) cho thấy 64% cho biết tuân thủ 100% thuốc và 80% cho biết tuân thủ 80% tổng thuốc và 29 người tham gia báo cáo tuân thủ kém (dưới 80% liều dùng)^[4]. Tỉ lệ tuân thủ này thấp hơn chúng tôi, lí do có thể là do đặc điểm dân số nghiên cứu. Lefebvre và cs (2013) cho rằng do nhóm đối tượng nghiên cứu là thổ dân Bắc Mỹ sinh sống tại Canada, nhóm dân số này có trình độ thông thạo tiếng Anh và học vấn khá thấp^[4].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận những nguyên nhân lớn nhất dẫn đến việc không uống thuốc của bệnh nhân điều trị ngoại trú H.pylori là: quên uống thuốc (12,45%). Nghiên cứu còn ghi nhận các tác dụng phụ mà bệnh nhân điều trị H.pylori trải qua. Các biến cố bất lợi liên quan đến điều trị H. pylori rõ ràng là khác nhau giữa các phác đồ cũng có thể là một yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ. Nó đã được chứng minh rằng các tác dụng phụ có liên quan đáng kể đến thất bại điều trị và giảm tuân thủ^[6]. Cần có thêm các nghiên cứu khác sâu hơn để trả lời câu hỏi này tại Việt Nam. O'Connor và cs (2009) ghi nhận không có trường hợp tử vong nào do tác dụng phụ của thuốc điều trị H.pylori được ghi nhận. Tuy nhiên, các tác dụng phụ phổ biến nhất bao gồm các triệu chứng khó chịu như: tiêu chảy, buồn nôn và nôn, các tác dụng phụ này có tác động đáng kể đến khía cạnh thể chất và sinh hoạt xã hội của bệnh nhân. Tác giả nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc tư vấn của bác sĩ và thông tin mà bệnh nhân nắm khi kết luận rằng bệnh nhân có nhiều khả năng chịu đựng các tác dụng phụ "nhỏ" hơn nếu họ hiểu rõ mục tiêu của điều trị cũng như phác đồ điều trị. Đối với các liệu pháp điều trị thay thế, bác sĩ sẽ phải quan tâm hơn đến các tác dụng phụ nặng hơn để tránh việc bệnh nhân bỏ điều trị^[6].

4.2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

- **Giới tính:** Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ tuân thủ cao hơn nam giới, tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Xuân Thảo (2016) tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí

Minh^[2]. Tuy nhiên kết quả khác với những nghiên cứu trên thế giới. Shakya Shrestha và cs (2016) tại Nepal không nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ giới tính, tuổi tác, trình độ và chế độ điều trị được chỉ định của bệnh nhân^[7]. Lefebvre và cs (2013) tại Canada nhận thấy sự tuân thủ 100% thuốc thường xuyên hơn ở nam giới (76%) so với nữ (52%)^[4].

- **Học vấn:** Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị và học vấn. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một nghiên cứu của tác giả Lê Thị Xuân Thảo (2016) trên 330 bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh^[2].

- **Nơi ở hiện tại:** Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị và nơi ở hiện tại. Những người bệnh sống tại quận 2 hoặc các tỉnh lân cận có tỉ lệ tuân thủ xấp xỉ nhau. Có thể thấy, người dân tại các vùng nông thôn đã có cải thiện ý thức bảo vệ sức khỏe và tuân thủ điều trị.

- **Tuổi:** Kết quả của chúng tôi tương đồng với Lê Thị Xuân Thảo (2016) trên 330 bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cho thấy những yếu tố liên quan với tuân thủ chung đúng là bệnh nhân thuộc nhóm 40 tuổi trở lên^[2]. Shakya Shrestha và cs (2016) tại Nepal không nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ với tuổi tác^[7].

- **Lí do đi khám:** Chúng tôi tìm thấy bệnh nhân đi khám với mục đích tầm soát có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao gấp 1,17 lần (KTC 95%: 1,06 – 1,29, với p=0,033) so với bệnh nhân đi khám vì có triệu chứng. Điều này có thể lý giải về mặt ý thức sức khỏe. Những người bệnh chủ động đi tầm soát định kì ngay cả khi không có bất thường về sức khỏe phần nào cho thấy sự quan tâm của họ dành cho sức khỏe bản thân. Do đó, việc tuân thủ điều trị, đặc biệt là các bệnh lý có thể phát triển và diễn tiến phức tạp như H.pylori. Chúng tôi cũng không ghi nhận mối liên quan giữa thời gian có các triệu chứng và tuân thủ điều trị.

- **Có bệnh kèm theo:** Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân có các bệnh kèm theo có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn so với bệnh nhân khác. Đa phần bệnh kèm theo được chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện quận 2 là các bệnh mạn tính như: tăng huyết áp, đái tháo đường và các bệnh lý về khớp. Có thể việc đã và đang dùng các thuốc điều trị hằng ngày có thể khiến cho bệnh nhân nhớ việc phải sử dụng thêm một thuốc

điều trị ngăn ngày (điều trị H. pylori là một trong số đó), từ đó tỉ lệ tuân thủ sẽ cao hơn nhóm không có bệnh kèm theo. Ngoài ra điều này cũng có thể liên quan đến nhận thức của họ về tình trạng sức khỏe chung của bản thân.

- **Phác đồ:** Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị và phác đồ điều trị ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu trước đây. Misiewicz (1997) kết luận rằng mặc dù tác dụng phụ của các phác đồ 3 thuốc tiêu chuẩn là phổ biến, nhưng hiếm khi dẫn đến các tác dụng phụ nghiêm trọng buộc phải ngừng điều trị^[5].

- **Bác sĩ tư vấn:** Nghiên cứu chúng tôi tìm thấy bệnh nhân có được bác sĩ tư vấn có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn so với bệnh nhân không có tư vấn ($p=0,016$). Lê Thị Xuân Thảo (2016) cho thấy tỉ lệ tuân thủ tăng lên đáng kể trước và sau khi bệnh nhân được tư vấn^[2]. Một vài nghiên cứu cho thấy rằng bệnh nhân có biểu hiện tăng tuân thủ thuốc khoảng 5 ngày sau và trước khi đến gặp bác sĩ, hiện tượng này được gọi là "tuân thủ áo khoác trắng" và một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã chứng minh rằng việc tư vấn dùng thuốc và gọi điện nhắc nhở sau khi bắt đầu điều trị làm tăng khả năng tuân thủ thuốc lên đến 90%^[3].

- **Hút thuốc lá và uống rượu bia:** Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân không có tiền sử hút thuốc lá và dùng rượu bia có tỷ lệ tuân thủ hơn. Suzuki (2006) nhận thấy hút thuốc làm giảm hiệu quả diệt trừ H. pylori do nhiều cơ chế: đầu tiên, hút thuốc làm giảm lưu lượng máu đến dạ dày, làm giảm tiết nhầy và do đó làm giảm nồng độ kháng sinh tại niêm mạc dạ dày; kế đến, hút thuốc làm kích thích tăng tiết acid, có liên quan với điều trị thất bại do làm giảm tác dụng lên H. pylori của amoxicillin, một kháng sinh dễ bị giảm sinh khả dụng trong môi trường acid; hơn nữa, hút thuốc làm thay đổi hoạt động của isoenzymes cytochrome P450 liên quan đến chuyển hoá và giảm hoạt tính của PPI; và cuối cùng, hành vi hút thuốc trong quá trình điều trị cũng chứng tỏ bệnh nhân tuân thủ điều trị kém^[8]. Như vậy, có thể thấy đặc thù về tần suất sử dụng các chất kích thích như bia rượu, thuốc lá phụ thuộc rất nhiều vào các đặc điểm dân số xã hội. Do đó, các yếu tố này chông chéo nhau và dẫn đến hệ quả là hành vi sức khỏe kém, tiêu biểu là việc không tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc sau 2 tuần điều trị cho thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị của

bệnh nhân tại BV Quận 2, tp HCM tương đối cao. Sự tư vấn của bác sĩ có thể nâng cao mức độ tuân thủ của bệnh nhân. Nguyên nhân chính của tuân thủ dùng thuốc kém là quên. Nên nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ và hướng dẫn bệnh nhân những biện pháp phòng tránh quên thuốc nếu cần thiết. Ngoài ra, cần đặc biệt lưu tâm tư vấn, khuyến cáo tuân thủ điều trị đối với những bệnh nhân nam giới có uống rượu, hút thuốc lá.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ giới hạn ở BV Quận 2, các bệnh viện có đặc điểm, đối tượng bệnh nhân tương tự có thể tham khảo để có kế hoạch tư vấn nâng cao tỉ lệ tuân thủ điều trị diệt trừ HP cho bệnh nhân. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu khác để có thể kiểm chứng và ứng dụng các kết quả này ở quy mô rộng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, Nguyễn Thanh Hải (2016)** "Viêm dạ dày mạn do Helicobacter Pylori: Hiệu quả diệt trừ của phác đồ bốn thuốc có BISMUTH (EBMT)". Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam 9, (45):149-158.
2. **Lê Thị Xuân Thảo (2016)** "Tuân thủ điều trị trong diệt trừ Helicobacter Pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng". Hội nghị KHKT Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 34.
3. **Abbasinazari, M., Sahraee, Z., Mirahmadi, M. (2013)** "The Patients' Adherence and Adverse Drug Reactions (ADRs) which are Caused by Helicobacter pylori Eradication Regimens". Journal of clinical and diagnostic research : JCDR, 7, (3), pp. 462-466.
4. **Lefebvre, M., Chang, H. J., Morse, A., van Zanten, S. V., Goodman, K. J. (2013)** "Adherence and barriers to H. pylori treatment in Arctic Canada". International journal of circumpolar health, 72, 22791-22791.
5. **Misiewicz, J. J., Harris, A. W., Bardhan, K. D., Levi, S., O'Morain, C., Cooper, B. T., Kerr, G. D., Dixon, M. F., Langworthy, H., Piper, D. (1997)** "One week triple therapy for Helicobacter pylori: a multicentre comparative study. Lansoprazole Helicobacter Study Group". Gut, 41, (6), 735-739.
6. **O'Connor, J. A., Taneike, I., O'Morain, C. (2009)** "Improving compliance with helicobacter pylori eradication therapy: when and how?". Therapeutic advances in gastroenterology, 2, (5), 273-279.
7. **Shakya Shrestha, S., Bhandari, M., Thapa, S. R., Shrestha, R., Poudyal, R., Purbey, B., Gurung, R. B. (2016)** "Medication Adherence Pattern and Factors affecting Adherence in Helicobacter Pylori Eradication Therapy". Kathmandu Univ Med J (KUMJ), 14, (53), 58-64.
8. **Suzuki, T., Matsuo, K., Ito, H., Sawaki, A., Hirose, K., Wakai, K., Sato, S., Nakamura, T., Yamao, K., Ueda, R., Tajima, K. (2006)** "Smoking increases the treatment failure for Helicobacter pylori eradication". Am J Med, 119, (3), 217-224.