

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VIRUS CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN B MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2022

Đỗ Thị Kim Liên^{1,✉}, Nguyễn Thị Lan Anh²

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2022, trên 200 người bệnh viêm gan B mạn tính với mục tiêu mô tả tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc kháng virus đường uống của người bệnh viêm gan B mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc kháng virus được đánh giá qua bộ câu hỏi CEAT-HBV khá thấp, chiếm 26,5%. Tình trạng hôn nhân được xác định là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ điều trị ($p = 0,025$). Cụ thể, người sống cùng vợ/chồng có khả năng tuân thủ cao gấp 4,73 lần người không sống cùng vợ/chồng ($OR = 4,73$; $95\%CI: 1,07 - 20,80$).

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, thuốc kháng virus, viêm gan B, mạn tính.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B hiện nay vẫn là gánh nặng sức khỏe toàn cầu. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2015, ước tính có khoảng hơn 257 triệu người đang sống với nhiễm virus viêm gan B (HBV) mạn tính và 887.000 người tử vong mỗi năm liên quan đến các biến chứng xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan.¹ Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỉ lệ mắc viêm gan B rất cao. Ước tính khoảng tám người thì có một người mắc viêm gan B mạn tính.² HBV là một yếu tố gây ung thư đứng thứ hai sau thuốc lá, là nguyên nhân gây ra 60 - 80% trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát và 50% trường hợp xơ gan.^{3,4} Vì thế, trong thời gian qua, mặc dù tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B cấp trong nhiều nước đã giảm đáng kể nhờ chương trình chủng ngừa hiệu quả rộng rãi nhưng nhiễm HBV cho đến

nay vẫn còn là một nguyên nhân quan trọng gây mắc bệnh và tử vong. Mục tiêu chính của điều trị viêm gan B mạn tính là ức chế sự sao chép HBV, làm giảm bệnh gan trước khi tiến triển thành xơ gan và ung thư gan. Do đó, việc điều trị bằng liệu pháp kháng virus trong thời gian dài được coi là chiến lược hàng đầu. Có nhiều yếu tố góp phần vào tình trạng kháng thuốc của virus như: đột biến virus, giảm hàng rào di truyền của một số loại thuốc và việc không tuân thủ điều trị thuốc. Một số tác giả đã chỉ ra việc tuân thủ điều trị thuốc kháng virus giúp giảm tình trạng kháng thuốc, tải lượng HBV và chi phí điều trị.⁵ Tại Việt Nam, một số tác giả nghiên cứu thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc kháng virus khá thấp vào khoảng 24, % - 34,1%.⁶ Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng đi vào hoạt động từ tháng 12/2014, tại đây chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để đánh giá một cách toàn diện thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng virus của người bệnh viêm gan B mạn tính. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhóm nghiên cứu tiến hành "Khảo sát tuân thủ điều trị thuốc kháng virus của người

Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Kim Liên

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Email: kimlien.yhp@gmail.com

Ngày nhận: 24/11/2022

Ngày được chấp nhận: 01/01/2023

bệnh viêm gan B mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng” với mục tiêu: mô tả tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc kháng virus đường uống của người bệnh viêm gan B mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán viêm gan virus B mạn tính được quản lý, theo dõi tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm gan virus B mạn tính theo tiêu chuẩn trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B mạn tính” của Bộ Y tế ban hành năm 2019”: có HBsAg và/hoặc HBV DNA dương tính ≥ 6 tháng, hoặc HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.⁷ Đồng thời, người bệnh có thời gian điều trị thuốc kháng virus đường uống ít nhất là 12 tháng tính đến thời điểm phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đồng nhiễm viêm gan C và/hoặc HIV. Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có khả năng hiểu và trả lời câu hỏi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian 12 tháng, từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2022 tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.

Phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: toàn bộ.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu

- Biến số về đặc điểm chung: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, khoảng cách từ nhà đến viện, số năm mắc viêm gan B mạn tính, số năm điều trị thuốc kháng virus, bệnh lý mắc kèm, tác dụng không mong muốn của thuốc kháng virus.

- Biến số chỉ số xét nghiệm: nồng độ HBV-DNA, HBsAg định lượng, siêu âm gan.

- Biến thông tin về thuốc đang sử dụng: tên thuốc, hoạt chất, hàm lượng, thời điểm dùng.

- Biến số đánh giá tuân thủ điều trị: bộ câu hỏi CEAT-HBV gồm 20 câu hỏi được tác giả Abreu R.M và các cộng sự đề xuất điều chỉnh từ bộ câu hỏi CEAT-HIV.

Bộ công cụ

Bộ câu hỏi CEAT-HBV có nguồn gốc từ bộ câu hỏi CEAT-HIV. Với nhu cầu đo lường mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân nhiễm HBV mạn trong bối cảnh chưa có bộ câu hỏi được thiết kế riêng, đồng thời do HIV và HBV là hai bệnh có nhiều đặc điểm tương đồng nên năm 2015 Abreu R.M và các cộng sự đã đề xuất điều chỉnh bộ câu hỏi CEAT-HIV dành cho bệnh nhân điều trị HIV thành bộ CEAT-HBV (thuật ngữ HBV thay thế cho HIV) và đánh giá mức độ tin cậy của phương pháp này. Kết quả cho thấy, mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng virus của khu vực và điểm tuân thủ toàn cầu của CEAT-HBV có chỉ số tin cậy $a = 0,83$ và $a = 0,71$, cao hơn chỉ số tin cậy của thang điểm Morisky với $a = 0,61$.⁵ Bộ câu hỏi được dịch sang Tiếng Việt và được áp dụng thử trên 10 bệnh nhân sau đó nhóm nghiên cứu xin ý kiến các bác sĩ chuyên khoa để điều chỉnh cho phù hợp giúp người bệnh dễ hiểu, dễ trả lời.

Thiết kế phiếu khảo sát thu thập thông tin gồm 4 phần. Phần I là phần thông tin chung của bệnh nhân. Phần II là bộ câu hỏi CEAT-HBV 20 câu để bệnh nhân trả lời và người khảo sát tính điểm tuân thủ. Phần III là các thuốc bệnh nhân

hiện đang sử dụng (bao gồm cả thuốc điều trị viêm gan B cũng như các bệnh mạn tính khác). Phần IV là các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm khảo sát. Trong đó phần III và IV là điều tra viên ghi nhận từ hồ sơ bệnh án điện tử.

Quy trình tiến tiếp cận người bệnh và thu thập số liệu

Người khảo sát gặp trực tiếp người bệnh, mời người bệnh tham gia nghiên cứu. Bộ câu hỏi được thiết kế dưới dạng văn bản, người bệnh có thể tự điền thông tin, đọc và đánh dấu các đáp án. Với câu hỏi người bệnh còn phân vân về nội dung, người khảo sát sẵn sàng giải thích câu hỏi để người bệnh hiểu và lựa chọn đáp án phù hợp nhất với suy nghĩ của họ. Người bệnh đã được phỏng vấn được đánh dấu vào danh sách cuối mỗi buổi và thông tin phỏng vấn của người bệnh từ tờ phiếu phỏng vấn được lưu trữ vào phần mềm SPSS để xử lý thống kê.

Phương pháp đánh giá

Điểm tuân thủ cho người bệnh chính là tổng điểm tính được từ bộ câu hỏi CEAT-HBV. Cách cho điểm bộ CEAT-HBV cũng dựa trên từ bộ CEAT-HIV. Mười bảy câu hỏi trong số 20 câu hỏi được tính theo thang điểm Likert 5 điểm (điểm cao hơn cho thấy tuân thủ điều trị tốt hơn), trừ câu số 5, 19 và 20. Câu hỏi số 5, điểm số được cho từ 0 đến 2 điểm: 0 điểm áp dụng trong trường hợp bệnh nhân không nhớ được cả tên thuốc và hàm lượng, 1 điểm cho những bệnh nhân chỉ nhớ tên thuốc hoặc hàm lượng, 2 điểm cho những bệnh nhân nhớ được cả tên thuốc và hàm lượng thuốc kháng virus. Câu hỏi số 19 và 20, điểm số có thể bằng 0 hoặc 1 (một câu trả lời phủ định cho câu hỏi 19 và một câu trả lời khẳng định cho câu hỏi 20 được 1 điểm). Khoảng điểm của bộ câu hỏi là 17 - 89 điểm. Do bộ câu hỏi chỉ điều chỉnh cách dịch cho cụ thể và phù hợp với đối tượng nghiên cứu mà không điều chỉnh nội dung nên cách cho điểm của bộ câu hỏi áp dụng trong nghiên cứu dựa

trên cách cho điểm của bộ câu hỏi gốc. Theo bộ câu hỏi gốc, dựa trên tổng điểm người bệnh được phân loại vào nhóm “không tuân thủ” nếu tổng điểm < 80, nhóm “tuân thủ” nếu tổng điểm ≥ 80 .⁵

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Đối với các kết quả được thống kê mô tả: các biến liên tục được biểu diễn là giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (nếu là phân bố chuẩn) hoặc trung vị và min-max (nếu là phân bố không chuẩn). Sử dụng kiểm định Chi-square, Fisher's Exact test để so sánh hai tỉ lệ, test OR với khoảng tin cậy 95% (95%CI) để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên thông báo rõ về mục đích, nội dung nghiên cứu với người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của người bệnh, Ban lãnh đạo khoa và Bệnh viện. Mọi quy trình nghiên cứu được tiến hành một cách riêng tư. Mọi thông tin liên quan đến nghiên cứu được lưu trữ an toàn tại địa điểm nghiên cứu và thông tin chỉ phục vụ nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được dùng để đưa ra các kiến nghị cho Bệnh viện cũng như những nơi có đặc điểm tương tự. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua trước khi tiến hành thu thập số liệu và được sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

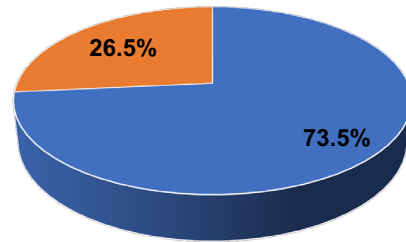
Đặc điểm các yếu tố kinh tế - xã hội: Nghiên cứu tiến hành trên 200 người bệnh viêm gan B mạn tính với độ tuổi có độ tuổi trung vị là 41 (20 - 72 tuổi). Nữ giới chiếm 52%, trình độ học vấn sau trung học phổ thông chiếm 42,5%. Hầu hết là sống cùng vợ/chồng (87,5%) và có bảo hiểm y tế (97,5%). Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện trung vị 10 km (0,5 - 80).

Đặc điểm các yếu tố liên quan tình trạng bệnh: Người bệnh có tiền sử mắc viêm gan B mạn tính thời gian ngắn nhất là 01 năm, dài nhất là 40,5 năm với trung vị là 5,66 năm. Khai thác tiền sử gia đình có 84 người bệnh (42%) có người thân trong gia đình mắc viêm gan B mạn tính. Trong đó, nhóm tiền sử có bố hoặc mẹ nhiễm viêm gan B mạn tính chiếm tỉ lệ cao nhất (38,5%).

Đặc điểm liên quan đến điều trị bằng thuốc kháng virus: Số năm điều trị thuốc kháng virus viêm gan B của nhóm người bệnh có trung vị 3,13 năm (từ 01 đến 17,33 năm). Về các thuốc người bệnh đang sử dụng, đa phần người bệnh được chỉ định dùng Tenofovir disoproxil fumarate đơn độc (TDF) chiếm 65%, một phần là Tenofovir alafenamid (TAF) chiếm 13,5%, một số ít đang dùng Entecavir (ETV) chiếm 2,5% và 19% còn lại là dùng liệu kết hợp 2 hoạt chất TDF và Emtricitabin. Đa số người bệnh có số lần khám tại Bệnh viện trong một năm gần đây dưới 4 lần ($n = 147, 73,5\%$). Người bệnh được cung cấp thông tin về thuốc kháng virus từ 2 nguồn thông tin trở lên chiếm 26,5%. Trong số các nguồn thông tin về thuốc kháng virus

viêm gan B, thông tin từ nhân viên y tế là chủ yếu (48,1%).

2. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng virus của người bệnh viêm gan B mạn tính



■ Không tuân thủ ■ Tuân thủ

Biểu đồ 1. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng virus của người bệnh viêm gan B mạn tính

Điểm tuân thủ có trung vị là 76, thấp nhất là 53 và cao nhất là 87. Có đến gần ba phần tư người bệnh được đánh giá là “không tuân thủ” (73,5%), chỉ khoảng một phần tư số người bệnh được đánh giá là “tuân thủ” (26,5%).

3. Yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc kháng virus của người bệnh viêm gan B mạn tính

Bảng 1. Yếu tố kinh tế - xã hội liên quan đến tuân thủ điều trị

Đặc điểm	Không tuân thủ (n, %)	Tuân thủ (n, %)	OR (95%CI)	p	
Tuổi	< 41	69 (72,6)	26 (27,4)	0,62*	
	41 - 59	50 (71,4)	20 (28,6)		
	≥ 60	28 (80,0)	7 (20,0)		
Giới	Nam	67 (69,8)	29 (30,2)	0,69 (0,37 - 1,30)	0,25*
	Nữ	80 (76,9)	24 (23,1)		

Đặc điểm		Không tuân thủ (n, %)	Tuân thủ (n, %)	OR (95%CI)	p
Trình độ học vấn	Hết THPT	81 (70,4)	34 (29,6)	0,69 (0,36 - 1,31)	0,25*
	Sau THPT	66 (77,6)	19 (22,4)		
Nghề nghiệp	Nghề có thu nhập ổn định	78 (75,0)	26 (25,0)	0,84**	0,84**
	Nghề có thu nhập không ổn định	67 (72,0)	26 (28,0)		
	Học sinh, sinh viên	2 (66,7)	1 (33,3)		
Thu nhập	Từ 6 triệu trở xuống	80 (73,4)	29 (26,6)	0,99 (0,53 - 1,86)	0,97*
	Trên 6 triệu	67 (73,6)	24 (26,4)		
Tình trạng hôn nhân	Không sống cùng vợ/chồng	23 (92,0)	2 (8,0)	4,73 (1,07 - 20,80)	0,025*
	Sống cùng vợ/chồng	124 (70,9)	51 (29,1)		
Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện	< 10	67 (77,9)	19 (22,1)	1,50 (0,78 - 2,87)	0,22*
	≥ 10	80 (70,2)	34 (29,8)		

* Giá trị p: kiểm định Chi-square, ** Giá trị p: kiểm định Fisher's Exact

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa về tỉ lệ tuân thủ giữa hai nhóm sống cùng vợ/chồng (92%) và không sống cùng vợ/chồng (70,9%), Chi-square test ($\chi^2 = 4,995$, $p = 0,025$), người sống cùng vợ/chồng có khả năng tuân thủ cao gấp 4,73 lần người không sống cùng vợ/chồng

(OR = 4,73, 95%CI: 1,07 - 20,80).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ giữa các nhóm đặc điểm của yếu tố kinh tế - xã hội còn lại với tuân thủ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tình trạng bệnh liên quan đến tuân thủ điều trị

Đặc điểm		Không tuân thủ (n, %)	Tuân thủ (n, %)	OR (95%CI)	p
Bệnh mắc kèm	Không	95 (72,5)	36 (27,5)	0,86 (0,44 - 1,68)	0,66*
	Có	52 (75,4)	17 (24,6)		
Gia đình có người thân mắc viêm gan B mạn tính	Không	82 (70,7)	34 (29,3)	0,70 (0,37 - 1,35)	0,29*
	Có	65 (77,4)	19 (22,6)		
Gia đình có người thân bị Ung thư gan liên quan viêm gan B	Không	133 (72,3)	51 (27,7)	0,37 (0,08 - 1,70)	0,19*
	Có	14 (87,5)	2 (12,5)		
Số năm mắc viêm gan B mạn tính	< 6	74 (70,5)	31 (29,5)	0,72 (0,38 - 1,36)	0,31*
	≥ 6	73 (76,8)	22 (23,2)		
Tình trạng xơ gan	Không	136 (73,5)	49 (26,5)	1,01 (0,31 - 3,32)	0,99*
	Có	11 (73,3)	4 (26,7)		

* Giá trị p: kiểm định Chi-square, ** Giá trị p: kiểm định Fisher's Exact

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ giữa các nhóm đặc điểm của yếu tố về tình trạng bệnh với mức độ tuân thủ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3. Yếu tố về điều trị thuốc kháng virus liên quan đến tuân thủ điều trị

Đặc điểm		Không tuân thủ (n, %)	Tuân thủ (n, %)	OR (95%CI)	p
Số năm điều trị	< 3	30 (63,8)	66 (71,0)	0,78 (0,42 - 1,47)	0,45*
	≥ 3	117 (76,5)	81 (75,7)		

Đặc điểm	Không tuân thủ (n, %)	Tuân thủ (n, %)	OR (95%CI)	p	
Thuốc kháng virus đang dùng	TAF 25mg	22 (81,5)	5 (18,5)	0,79**	
	TDF 300mg	93 (71,5)	37 (28,5)		
	ETV 0,5mg	4 (80,0)	1 (20,0)		
	TDF + EM 300+200mg	28 (73,7)	10 (26,3)		
Tác dụng không mong muốn	Không	123 (73,7)	44 (26,3)	1,05 (0,45 - 2,43)	0,91*
	Có	24 (72,7)	9 (27,3)		
Số viên thuốc khác	Không	114 (72,6)	43 (27,4)	0,80 (0,36 - 1,77)	0,59*
	Có	33 (76,7)	10 (23,3)		
Số lần khám/năm	< 4	109 (74,1)	38 (25,9)	1,13 (0,56 - 2,28)	0,73*
	≥ 4	38 (71,7)	15 (28,3)		
Đặt nhắc điện thoại	Không	61 (80,3)	15 (19,7)	1,80 (0,91 - 355)	0,09*
	Có	86 (69,4)	38 (30,6)		
Thời gian uống thuốc trong ngày	Sáng (≤ 10h)	41 (74,5)	14 (25,5)	0,72*	
	Trưa, chiều (Sau 10h - trước 18h)	52 (70,3)	22 (29,7)		
	Tối (≥ 18h)	54 (76,1)	17 (23,9)		

* Giá trị p: kiểm định Chi-square, ** Giá trị p: kiểm định Fisher's Exact

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ giữa các nhóm đặc điểm của yếu tố về điều trị thuốc kháng virus với mức độ tuân thủ điều trị ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Về thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng virus của 200 người bệnh bằng bộ câu hỏi CEAT-HBV cho thấy 26,5% người bệnh tuân thủ, 73,5% không tuân thủ. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu khảo sát tuân thủ bằng bộ câu hỏi CEAT-HBV như nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Oanh năm 2018 (24,2% tuân thủ), tác giả Lê Bảo Trang năm 2019 (tỷ lệ không tuân thủ chiếm 65,9%).^{8,9} Trong nghiên cứu khảo sát tuân thủ điều trị Tenofovir của Vũ Văn Nga năm 2020 cũng cho thấy, các người bệnh có điểm tuân thủ ở mức kém.⁶ Cũng bằng bộ câu hỏi trên, vào năm 2016 tác giả Abreu đã chỉ ra rằng 43,2% người bệnh không tuân thủ, 56,8% người bệnh tuân thủ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.⁵ So sánh với kết quả từ các nghiên cứu khác dùng phương pháp tự báo cáo trong các khoảng thời gian khác nhau, tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả như: Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi Morisky MMAS-8 của tác giả Aisha Bhimla năm 2022 với 66% tuân thủ và 34% tuân thủ thấp; nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi 32 câu của Leesa Giang năm 2012 có kết quả không tuân thủ là 34%, tuân thủ là 66%; hay nghiên cứu đánh giá dựa trên ghi nhận bỏ lỡ liều thuốc trong vòng 30 ngày vừa qua của tác giả Suzanne Polis năm 2015 với tỷ lệ tuân thủ 59%.¹⁰⁻¹²

Các nghiên cứu nêu trên sử dụng phương pháp đo lường, đánh giá khác nhau cũng như khoảng thời gian để đánh giá khác nhau và ở các vùng, miền, đối tượng khác nhau nên việc so sánh tỷ lệ tuân thủ nêu trên chỉ mang tính chất tham khảo. Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ ở người bệnh viêm gan B mạn tính tại Việt Nam còn thấp so với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Điều này cũng một phần phản ánh điều kiện kinh tế xã hội, chế độ chăm sóc sức khỏe của người dân cũng như trình độ hiểu biết

về bệnh viêm gan B của người bệnh. Các yếu tố trên ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả cũng như việc tuân thủ điều trị.

Về mối liên quan đến tuân thủ điều trị, chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân và tuân thủ điều trị. Cụ thể, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa về tỷ lệ tuân thủ giữa hai nhóm sống cùng vợ/chồng (92%) và không sống cùng vợ/chồng (70,9%), Chi-square test ($\chi^2 = 4,995$, $p = 0,025$). Theo đó, người sống cùng vợ/chồng có khả năng tuân thủ cao gấp 4,73 lần người không sống cùng vợ/chồng (OR = 4,73, 95% CI: 1,07 - 20,80). Phù hợp với những phát hiện nghiên cứu của chúng tôi, nhiều nghiên cứu đã tìm thấy mối quan hệ tích cực giữa các can thiệp hỗ trợ của gia đình và việc tuân thủ thuốc. Nghiên cứu của tác giả Keri Xu cho biết người bệnh nhận được lời nhắc từ thành viên trong gia đình có khả năng tuân thủ cao gấp 3,13 lần.¹³ Việc thiếu sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đã cho thấy là một yếu tố tiên đoán về sự không tuân thủ ở những người bệnh được điều trị bệnh mạn tính và nghiên cứu về việc tuân thủ điều trị bệnh tiểu đường type 2 đã chứng minh rằng sự hỗ trợ của gia đình là yếu tố dự báo mạnh nhất về sự tuân thủ.^{14,15} Sự hỗ trợ của người thân đặc biệt là người luôn sát cánh cùng như vợ/chồng có thể mang lại lợi ích cho sức khỏe của người bệnh bằng cách giảm căng thẳng, thay đổi trạng thái tinh cảm, tăng hiệu quả bản thân và thay đổi trong các hành vi không tốt cho sức khỏe. Người bệnh cần có người hỗ trợ động viên, khích lệ, nhắc nhở họ thời gian uống thuốc, tái khám theo hẹn.

Trong nghiên cứu này chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị với các yếu tố kinh tế - xã hội khác, yếu tố liên quan tình trạng bệnh, yếu tố về điều trị thuốc kháng virus. Điều này có điểm tương đồng với kết quả của tác giả Naim Abu-

Freha năm 2020 khi ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể về đặc điểm nhân khẩu học như tuổi, giới, bệnh nền hoặc tỉ lệ phát triển biến chứng (tình trạng xơ gan) giữa hai nhóm.¹⁶ Hay trong nghiên cứu của Choityaputta và cộng sự năm 2011 cho thấy các yếu tố học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc viêm gan B mạn tính, loại thuốc kháng virus hiện tại không khác nhau giữa hai nhóm. Tuy nhiên, cũng trong nghiên cứu của tác giả Choityaputta lại chỉ ra yếu tố tuổi lớn hơn, nam giới, có thu nhập hộ gia đình hàng năm cao hơn có khả năng tuân thủ cao hơn.¹⁷ Bên cạnh đó, cũng có một số nghiên cứu khác báo cáo kết quả không tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Kerui Xu ghi nhận yếu tố dự báo quan trọng về mức độ tuân thủ cao gồm tình trạng không xơ gan, không sử dụng thuốc theo chỉ định ngoài thuốc điều trị viêm gan B mạn tính.¹³ Ngoài ra, yếu tố tuổi, tiền sử gia đình có người mắc viêm gan B mạn tính được chỉ ra trong nghiên cứu của một số tác giả trong nước là có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.^{8,6} Sự khác biệt trên có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, thời gian nghiên cứu không đủ dài khi mỗi người bệnh chỉ được khảo sát một lần.

IV. KẾT LUẬN

Người bệnh tham gia nghiên cứu có tuổi trung vị là 41 tuổi (20 - 72), nữ giới chiếm 52%, số năm điều trị trung vị là 3,13 năm (1 - 17,33), 65% người bệnh được chỉ định dùng thuốc TDF. Tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc kháng virus tương đối thấp (26,5%). Tình trạng hôn nhân được xác định là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ điều trị ($p = 0,025$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. *Global Hepatitis Report 2017*. World Health Organization; 2017. Accessed October 6, 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255016>.

2. Ngô Quý Châu, Nguyễn Đạt Anh, Phạm Quang Vinh. *Bệnh học Nội khoa*. Nhà xuất bản Y học; 2020.

3. Hadler SC, Murphy BL, Schable CA, Heyward WL, Francis DP, Kane MA. Epidemiological analysis of the significance of low-positive test results for antibody to hepatitis B surface and core antigens. *J Clin Microbiol*. 1984; 19(4): 521-525. doi: 10.1128/jcm.19.4.521-525.1984.

4. Joller-Jemelka HI, Wicki AN, Grob PJ. Detection of HBs antigen in "anti-HBc alone" positive sera. *J Hepatol*. 1994; 21(2): 269-272. doi: 10.1016/s0168-8278(05)80407-6.

5. Abreu RM, da Silva Ferreira C, Ferreira AS, et al. Assessment of Adherence to Prescribed Therapy in Patients with Chronic Hepatitis B. *Infect Dis Ther*. 2016; 5(1): 53-64. doi: 10.1007/s40121-015-0101-y.

6. Vũ Vân Nga. Khảo sát sự tuân thủ điều trị Tenofovir trên người bệnh viêm gan B mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019; 2(296): 39-43.

7. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B. Published online 2019.

8. Trần Thị Kim Oanh. Phân tích tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị trên người bệnh viêm gan virus B mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bắc Thăng Long. Published online 2018.

9. Lê Bảo Trang. Tuân thủ dùng thuốc của người bệnh viêm gan B mạn tính tại bệnh viện nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2019; 23(56): 151-156.

10. Bhimla A, Zhu L, Lu W, et al. Factors Associated with Hepatitis B Medication Adherence and Persistence among Underserved Chinese and Vietnamese Americans. *J Clin Med*. 2022; 11(3): 870. doi: 10.3390/jcm11030870.

11. Giang L, Selinger CP, Lee AU. Evaluation

of adherence to oral antiviral hepatitis B treatment using structured questionnaires. *World J Hepatol.* 2012; 4(2): 43-49. doi: 10.4254/wjh.v4.i2.43.

12. Polis S, Zablotska-Manos I, Zekry A, Maher L. Adherence to Hepatitis B Antiviral Therapy: A Qualitative Study. *Gastroenterol Nurs Off J Soc Gastroenterol Nurses Assoc.* 2017; 40(3): 239-246. doi: 10.1097/SGA.000000000000161.

13. Xu K, Liu LM, Farazi PA, et al. Adherence and perceived barriers to oral antiviral therapy for chronic hepatitis B. *Glob Health Action.* 2018; 11(1): 1433987.

14. Miller TA, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence

to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2013;6:421-426. doi:10.21.

15. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care.* 1988; 11(5): 377-386. doi: 10.2337/diacare.11.5.377.

16. Abu-Freha N, Abu Tailakh M, Fich A, et al. Adherence to Anti-Viral Treatment for Chronic Hepatitis B. *J Clin Med.* 2020; 9(6): E1922. doi: 10.3390/jcm9061922.

17. Chotiyaputta W, Hongthanakorn C, Oberhelman K, Fontana RJ, Licari T, Lok ASF. Adherence to nucleos(t)ide analogues for chronic hepatitis B in clinical practice and correlation with virological breakthroughs. *J Viral Hepat.* 2012; 19(3): 205-212.

Summary

ADHERENCE TO ANTIVIRAL DRUG IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study was conducted at Hai Phong International Hospital from October 2021 to October 2022, on 200 chronic hepatitis B patients with the aim of describing the rate of adherence to oral antiviral and associated factors. The results showed that the rate of adherence to oral antiviral assessed through the CEAT-HBV questionnaire was quite low, accounting for 26.5%. Marital status was determined to have a statistically significant relationship with treatment adherence ($p = 0.025$). Specifically, married patients are 4.73 times more likely to comply to treatment than single individuals (OR = 4,73; 95%CI: 1,07 - 20,80).

Key words: adherence, antiviral, hepatitis B, chronic.