

MỨC ĐỘ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG LOÃNG XƯƠNG ĐƯỜNG UỐNG THEO THANG ĐIỂM GMAS Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH

Nguyễn Thủy Tiên¹, Đỗ Thị Huyền Trang¹ và Phạm Hoài Thu^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Loãng xương là bệnh lý diễn biến âm thầm, thường được chẩn đoán muộn khi đã có gãy xương; điều trị kéo dài và chỉ đạt hiệu quả khi người bệnh tuân thủ điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị loãng xương đường uống theo thang điểm GMAS và khảo sát một số yếu tố liên quan ở phụ nữ loãng xương nguyên phát sau mãn kinh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 220 phụ nữ sau mãn kinh được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn AACE 2020, đang điều trị bằng bisphosphonate đường uống. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang điểm GMAS gồm 11 mục, phân thành 4 mức độ. Kết quả cho thấy điểm GMAS trung bình là $23,12 \pm 6,97$, tương ứng mức tuân thủ trung bình; 62,27% người bệnh thuộc nhóm tuân thủ trung bình – kém. Hai nội dung có điểm trung bình cao nhất là “không chắc thời điểm/cách dùng thuốc” và “bỏ thuốc vì không hiểu cách dùng”. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy sống ở nông thôn, thời gian mãn kinh ≥ 10 năm, thời gian chẩn đoán loãng xương < 1 năm, gặp tác dụng không mong muốn và thời gian sử dụng thuốc < 6 tháng là các yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ trung bình – kém. Cần tăng cường tư vấn, theo dõi và hỗ trợ người bệnh ngay từ giai đoạn khởi trị.

Từ khoá: Loãng xương nguyên phát, phụ nữ sau mãn kinh, GMAS, tuân thủ sử dụng thuốc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là bệnh lý chuyển hóa xương phổ biến, đặc trưng bởi giảm mật độ khoáng và tổn thương vi cấu trúc, làm tăng nguy cơ gãy xương ngay cả khi chấn thương nhẹ. Bệnh diễn biến âm thầm và thường được phát hiện muộn khi đã có biến chứng. Trên thế giới hiện có khoảng 200 triệu người mắc loãng xương và mỗi năm ghi nhận 8,9 triệu ca gãy xương, tương đương một ca mỗi ba giây.¹ Tại Việt Nam, tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ ≥ 50 tuổi là 29,5%, cao hơn nam giới (10,7%).² Bisphosphonate đường uống (alendronate,

risedronate, ibandronate) được sử dụng phổ biến nhờ hiệu quả giảm nguy cơ gãy xương và phù hợp điều trị ngoại trú;³ tuy nhiên hiệu quả tối ưu chỉ đạt được khi người bệnh duy trì tuân thủ điều trị. Sử dụng thuốc dưới 80% thời gian quy định làm tăng nguy cơ gãy xương 45%, trong khi tuân thủ giúp giảm khoảng 21% nguy cơ gãy xương, cải thiện mật độ xương, giảm chi phí điều trị.⁴

Tại Việt Nam, mức độ tuân thủ điều trị loãng xương còn hạn chế. Nghiên cứu của Ngô Huy Hoàng và cộng sự (2024) cho thấy chỉ 48,6% bệnh nhân duy trì điều trị sau 6 tháng;⁵ nguyên nhân thường gặp là quên thuốc, chi phí, lo ngại tác dụng phụ và thiếu theo dõi. GMAS đã được kiểm định độ tin cậy tại nhiều nước châu Á với Cronbach's alpha $> 0,86$, cho phép đánh giá đa chiều các khía cạnh liên quan đến tuân thủ điều

Tác giả liên hệ: Phạm Hoài Thu

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/04/2026

Ngày được chấp nhận: 31/05/2026

trị gồm hành vi dùng thuốc, rào cản hệ thống y tế và yếu tố tài chính.^{6,7} So với một số thang đo phổ biến như MMAS-8 chủ yếu tập trung vào hành vi quên thuốc, GMAS phù hợp hơn trong đánh giá tuân thủ ở bệnh mạn tính điều trị kéo dài như loãng xương. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện còn ít nghiên cứu ứng dụng GMAS trong đánh giá tuân thủ điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh.

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tiếp nhận số lượng lớn người bệnh loãng xương nguyên phát điều trị ngoại trú, song chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang GMAS để đánh giá mức độ tuân thủ và các yếu tố liên quan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Mức độ tuân thủ điều trị thuốc chống loãng xương đường uống theo thang điểm GMAS ở phụ nữ sau mãn kinh”, với 2 mục tiêu: 1) Đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc chống loãng xương đường uống ở phụ nữ sau mãn kinh loãng xương nguyên phát điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh là phụ nữ sau mãn kinh được chẩn đoán LX nguyên phát theo tiêu chuẩn AACE 2020, đang điều trị ngoại trú bằng bisphosphonate đường uống liên tục tối thiểu 3 tháng tính đến thời điểm khảo sát tại Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2025 đến tháng 01/2026.³

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh mắc bệnh cấp tính nặng; rối loạn tâm thần hoặc suy giảm nhận thức không đủ khả năng trả lời; loãng xương thứ phát hoặc liên quan sử dụng glucocorticoid kéo dài; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt

ngang.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: với độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$; $p = 0,486$ theo nghiên cứu của Ngô Huy Hoàng và cộng sự (2024) về duy trì điều trị loãng xương; $d = 0,07$. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 194 người bệnh. Dự phòng khoảng 10% không hoàn thành khảo sát, nghiên cứu tuyển chọn 220 người bệnh. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện với các người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp, đối chiếu hồ sơ bệnh án và bảng hỏi cấu trúc gồm thông tin nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng và thang GMAS 11 mục để đánh giá tuân thủ điều trị.

Các biến số/ chỉ số nghiên cứu

+ Các biến nghiên cứu gồm đặc điểm nhân khẩu học-xã hội, bệnh lý-điều trị, yếu tố liên quan điều trị và mức độ tuân thủ theo GMAS.

+ Thang GMAS gồm 11 câu hỏi thuộc ba nhóm: hành vi dùng thuốc, hệ thống y tế và rào cản tài chính. Mỗi mục chấm 0 – 3 điểm, tổng điểm 0 – 33; điểm càng cao thể hiện tuân thủ càng tốt. Dựa trên tổng điểm, mức độ tuân thủ được phân loại thành rất tốt (30 – 33 điểm), tốt (27 – 29 điểm), trung bình (17 – 26 điểm) và kém (< 17 điểm).

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, trình bày bằng tỷ lệ phần trăm và trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; so sánh tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square với $p < 0,05$. Các biến có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập với mức độ tuân thủ

điều trị trung bình – kém.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi đơn vị thực hiện; người bệnh tham gia tự nguyện và có quyền từ chối bất cứ lúc nào.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên 220 người bệnh nữ giới loãng xương nguyên phát sau mãn kinh điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi thu được các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc trưng của đối tượng nghiên cứu (n = 220)

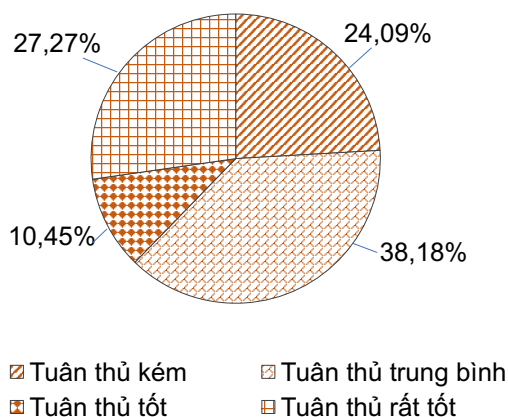
	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 70 tuổi	167	75,91
	≥ 70 tuổi	53	24,09
	$\bar{x} \pm SD$ (Min – Max)	65,14 ± 6,83 (50 - 89)	
Địa chỉ sinh sống	Nông thôn	136	61,82
	Thành thị	84	38,18
Trình độ học vấn	Tiểu học	65	29,55
	THCS	121	55,0
	Từ THPT trở lên	34	15,45
Người chi trả chi phí thuốc	Bản thân	89	40,45
	Người thân	131	59,55
Thời gian mãn kinh (năm)	$\bar{x} \pm SD$ (Min – Max)	14,20 ± 7,33 (1 - 37)	
Thời gian được chẩn đoán loãng xương	< 1 năm	177	80,45
	1 – 3 năm	41	18,64
	> 3 năm	2	0,91
Tiền sử gãy xương	Có	46	20,91
	Không	174	79,09
Loại thuốc điều trị đang dùng	Alendronate	93	42,27
	Ibandronate	127	57,73
Thời gian sử dụng thuốc	< 6 tháng	100	45,45
	6 – 12 tháng	92	41,82
	> 12 tháng	28	12,73
Tác dụng không mong muốn	Có	129	58,64
	Không	91	41,36

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Bệnh đồng mắc</i>	Gút	2	0,91
	Viêm gan B/C	4	1,82
	Viêm dạ dày/ Trào ngược dạ dày thực quản	74	33,64
	Suy thận	1	0,45
	Đái tháo đường	25	11,36
	Tăng huyết áp	53	24,09
	Bệnh mạch vành	5	2,27
	Khác	30	13,64
<i>Kết quả đo mật độ xương</i>	BMD cổ xương đùi (g/cm ²) ($\bar{x} \pm SD$)	0,59 $\pm$ 0,38	
	BMD trung bình L1–L4 (g/cm ²) ($\bar{x} \pm SD$)	0,68 $\pm$ 0,86	
	T-score cổ xương đùi ($\bar{x} \pm SD$)	-2,214 $\pm$ 0,719	
	T-score trung bình L1–L4 ($\bar{x} \pm SD$)	-2,743 $\pm$ 0,770	

Một người bệnh có thể có nhiều hơn 1 bệnh đồng mắc

Tuổi trung bình là 65,14 $\pm$ 6,83; đa số người bệnh dưới 70 tuổi, sống ở nông thôn, học vấn THCS và chi phí thuốc chủ yếu do người thân chi trả. Thời gian mãn kinh trung bình 14,20 $\pm$ 7,33 năm; phần lớn được chẩn đoán loãng xương < 1 năm, 20,91% có tiền sử gãy xương. Ibandronate

là thuốc sử dụng nhiều nhất; 58,64% người bệnh ghi nhận tác dụng không mong muốn, chủ yếu là các triệu chứng tiêu hóa (ợ hơi, ợ chua, đau tức thượng vị) và đau mỗi cơ xương khớp mức độ nhẹ. Bệnh đồng mắc thường gặp gồm viêm dạ dày/trào ngược, tăng huyết áp và đái tháo đường.



Biểu đồ 1. Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm GMAS của đối tượng nghiên cứu (n = 220)

Phần lớn người bệnh thuộc nhóm tuân thủ trung bình – kém (62,27%). Có 27,27% người bệnh tuân thủ mức độ rất tốt.

Bảng 2. Đặc điểm tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm GMAS của đối tượng nghiên cứu (n = 220)

Thang điểm GMAS	$\bar{x} \pm SD$	Min – Max
Quên uống thuốc	1,70 $\pm$ 0,80	0 – 3
Bỏ liều do bận rộn	1,85 $\pm$ 0,87	0 – 3
Ngừng thuốc khi thấy đỡ bệnh	1,60 $\pm$ 1,11	0 – 3
Bỏ liều khi dùng nhiều thuốc	2,09 $\pm$ 0,84	0 – 3
Tránh thuốc vì lo tác dụng phụ	2,02 $\pm$ 0,91	0 – 3
Khó khăn khi dùng nhiều thuốc	2,07 $\pm$ 0,83	0 – 3
Không dùng thuốc do chi phí	2,06 $\pm$ 0,79	1 – 3
Không mua thuốc lại vì chi phí cao	2,05 $\pm$ 0,77	1 – 3
Tránh thuốc vì nghĩ không cần	2,16 $\pm$ 0,92	0 – 3
Bỏ thuốc vì không hiểu cách dùng	2,76 $\pm$ 0,46	1 – 3
Không chắc thời điểm/cách dùng thuốc	2,77 $\pm$ 0,43	1 – 3
Tổng	23,12 $\pm$ 6,97	11 – 33

Điểm GMAS trung bình là 23,12 $\pm$ 6,97, tương ứng mức tuân thủ trung bình. Các mục có điểm trung bình cao nhất là “không chắc thời điểm/cách dùng thuốc” và “bỏ thuốc vì không hiểu cách dùng”, cho thấy phần lớn người bệnh

ít gặp khó khăn ở các khía cạnh này. Ngược lại, các mục có điểm thấp hơn như “ngừng thuốc khi thấy đỡ bệnh” và “quên uống thuốc” phản ánh đây là những hành vi không tuân thủ thường gặp hơn trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc theo thang GMAS (n = 220)

Đặc điểm		Tuân thủ trung bình - kém (n, %)	Tuân thủ tốt - rất tốt (n, %)	OR (95%CI)	p
Nhóm tuổi	≥ 70 tuổi	43 (81,13%)	10 (18,87%)	3,34 (1,57 – 7,09)	0,001
	< 70 tuổi	94 (56,29%)	73 (43,71%)		
Địa chỉ sinh sống	Nông thôn	96 (70,59%)	40 (29,41%)	2,52 (1,43 – 4,42)	0,001
	Thành thị	41 (48,81%)	43 (51,19%)		
Trình độ học vấn	Tiểu học	53 (81,54%)	12 (18,46%)	3,73 (1,85 – 7,53)	< 0,001
	THCS trở lên	84 (54,19%)	71 (45,81%)		
Người chi trả chi phí thuốc	Người thân	90 (68,70%)	41 (31,30%)	1,96 (1,12 – 3,43)	0,017
	Bản thân	47 (52,81%)	42 (47,19%)		

Người bệnh ≥ 70 tuổi, sống ở nông thôn, trình độ học vấn tiểu học và có chi phí thuốc do người thân chi trả có nguy cơ tuân thủ mức trung bình-kém cao hơn, với OR lần lượt là 3,34; 2,52; 3,73 và 1,96 ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh lý, điều trị và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc theo thang GMAS (n = 220)

Yếu tố		Tuân thủ trung bình - kém (n,%)	Tuân thủ tốt - rất tốt (n,%)	OR (95%CI)	p
<i>Bệnh đồng mắc</i>	Có	90 (63,83%)	51 (36,17%)	1,2	0,524
	Không	47 (59,49%)	32 (40,51%)	(0,68- 2,12)	
<i>Thời gian mãn kinh</i>	≥ 10 năm	115 (69,28%)	51 (30,72%)	3,28	< 0,001
	< 10 năm	22 (40,74%)	32 (59,26%)	(1,74- 6,19)	
<i>Thời gian chẩn đoán</i>	< 1 năm	124 (70,06%)	53 (29,94%)	5,40	< 0,001
	>1 năm	13 (30,23%)	30 (69,77%)	(2,61 – 11,16)	
<i>Tiền sử gãy xương</i>	Có	32 (69,6%)	14 (30,4%)	1,50	0,251
	Không	105 (60,3%)	69 (39,7%)	(0,75 – 3,02)	
<i>Loại thuốc điều trị</i>	Ibandronate	79 (62,20%)	48 (37,80%)	1,01	0,981
	Alendronate	58 (62,37%)	35 (37,63%)	(0,58 – 1,75)	
<i>Tác dụng không mong muốn</i>	Có	73 (80,22%)	18 (19,78%)	4,12	< 0,001
	Không	64 (49,61%)	65 (50,39%)	(2,21 – 7,63)	
<i>Thời gian sử dụng thuốc</i>	< 6 tháng	93 (93,00%)	7 (7,00%)	22,95	< 0,001
	≥ 6 tháng	44 (36,67%)	76 (63,33%)	(9,78 – 53,86)	

Người bệnh có thời gian mãn kinh ≥ 10 năm, thời gian chẩn đoán loãng xương < 1 năm, gặp tác dụng không mong muốn của thuốc và thời gian sử dụng thuốc < 6 tháng có nguy cơ tuân thủ trung bình-kém cao hơn, với OR lần lượt là 3,28; 5,40; 4,12 và 22,95 ($p < 0,001$). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa bệnh đồng mắc, tiền sử gãy xương và loại thuốc điều trị với mức độ tuân thủ theo GMAS.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến nhị phân các yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ điều trị trung bình-kém theo thang điểm GMAS (n = 220)

Yếu tố	OR hiệu chỉnh (aOR)	95% CI	p
Tuổi ($\geq 70/ < 70$)	2,71	0,74 – 9,97	0,133
Địa chỉ sinh sống (Nông thôn/ Thành thị)	2,69	1,22 – 5,93	0,014
Trình độ học vấn (Tiểu học/ $\geq$ THCS)	0,77	0,25 – 2,36	0,647
Người chi trả chi phí thuốc (Người thân/ Bản thân)	1,29	0,56 – 2,96	0,551

Yếu tố	OR hiệu chỉnh (aOR)	95% CI	p
Thời gian mãn kinh (≥ 10 năm/ < 10 năm)	3,01	1,20 – 7,55	0,019
Thời gian chẩn đoán loãng xương (< 1 năm/ ≥ 1 năm)	3,37	1,31 – 8,64	0,012
Tác dụng không mong muốn (Có/ Không)	2,39	1,03 – 5,55	0,042
Thời gian sử dụng thuốc (< 6 tháng/ ≥ 6 tháng)	15,34	5,77 – 40,81	$< 0,001$

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy sống ở nông thôn, thời gian mãn kinh ≥ 10 năm, thời gian chẩn đoán loãng xương < 1 năm, gặp tác dụng không mong muốn và thời gian sử dụng thuốc < 6 tháng là các yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ trung bình-kém theo GMAS, với OR hiệu chỉnh lần lượt là 2,69; 3,01; 3,37; 2,39 và 15,34.

IV. BÀN LUẬN

Tuân thủ điều trị giữ vai trò quan trọng trong loãng xương do bệnh diễn biến âm thầm và điều trị kéo dài. Theo bảng 2, điểm GMAS trung bình là $23,12 \pm 6,97$; 62,27% người bệnh thuộc nhóm tuân thủ trung bình-kém. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu quốc tế khi tỷ lệ tuân thủ chỉ đạt 40 – 60% sau 6 – 12 tháng;⁸ Siris và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tuân thủ sau 1 năm là 43%, còn Nguyễn Văn Hiếu (2021) là 70% mức trung bình-kém.^{4,9} Điều này cho thấy tuân thủ bisphosphonate đường uống còn thấp, cần tăng cường giáo dục sức khỏe và tư vấn để người bệnh duy trì điều trị lâu dài.

Phân tích từng khía cạnh GMAS cho thấy hai khía cạnh có điểm trung bình cao nhất là “không chắc thời điểm/cách dùng thuốc” và “bỏ thuốc vì không hiểu cách dùng”. Phân tích từng khía cạnh GMAS cho thấy các mục ‘không chắc thời điểm/cách dùng thuốc’ và ‘bỏ thuốc vì không hiểu cách dùng’ có điểm trung bình cao nhất, cho thấy đa số người bệnh tương đối hiểu hướng dẫn sử dụng thuốc. Ngược lại, các hành

vi như ‘quên uống thuốc’ hoặc ‘ngừng thuốc khi thấy đỡ bệnh’ có điểm thấp hơn, phản ánh đây là các biểu hiện không tuân thủ phổ biến hơn. Kết quả này gợi ý rằng mặc dù người bệnh đã được hướng dẫn tương đối đầy đủ về cách dùng bisphosphonate, việc duy trì dùng thuốc lâu dài vẫn còn gặp khó khăn do đặc điểm điều trị kéo dài và bệnh diễn biến âm thầm.

Việc xác định các yếu tố liên quan có ý nghĩa trong theo dõi, chăm sóc và cá thể hóa điều trị. Phân tích đơn biến cho thấy nhiều yếu tố hành chính – xã hội, đặc điểm bệnh và điều trị có liên quan với tuân thủ trung bình – kém. Tuy nhiên, trong mô hình hồi quy logistic đa biến, năm yếu tố vẫn giữ mối liên quan độc lập với mức độ tuân thủ điều trị trung bình- kém, bao gồm địa chỉ sinh sống, thời gian mãn kinh, thời gian chẩn đoán loãng xương, tác dụng không mong muốn và thời gian sử dụng thuốc. Cụ thể, người bệnh sống ở nông thôn có mức độ tuân thủ trung bình – kém cao hơn 2,69 lần so với nhóm sống ở thành thị. Kết quả này có thể liên quan đến sự hạn chế trong tiếp cận thông tin y tế, tư vấn điều trị và theo dõi định kỳ ở nhóm người bệnh khu vực nông thôn. Thời gian mãn kinh ≥ 10 năm và thời gian chẩn đoán loãng xương < 1 năm có liên quan với mức độ tuân thủ trung bình – kém cao hơn, có thể do giai đoạn đầu điều trị và thời kỳ sau mãn kinh kéo dài đi kèm nhiều thay đổi thể chất, tâm lý, ảnh hưởng đến khả năng duy trì điều trị. Người bệnh gặp tác dụng không mong muốn như sốt,

đau mỗi người, triệu chứng tiêu hóa (ợ hơi, ợ chua, đau tức thượng vị...) là yếu tố liên quan độc lập với mức độ trung bình kém với OR hiệu chỉnh là 15,34. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới nhận thấy người bệnh gặp các triệu chứng đường tiêu hóa khi dùng bisphosphonate đường uống là nguyên nhân phổ biến dẫn đến ngừng thuốc sớm. Đặc biệt, thời gian sử dụng thuốc < 6 tháng là yếu tố liên quan mạnh nhất với mức độ tuân thủ trung bình – kém trong mô hình hồi quy. OR hiệu chỉnh của nhóm này khá cao với khoảng tin cậy rộng, có thể liên quan đến sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm và số lượng người bệnh tuân thủ tốt trong giai đoạn đầu điều trị còn thấp. Tuy nhiên, kết quả này vẫn phù hợp với đặc điểm “giai đoạn rơi rụng” thường gặp trong điều trị loãng xương, khi tỷ lệ bỏ thuốc cao nhất xảy ra trong những tháng đầu sau khởi trị. Hadji và cộng sự ghi nhận 35 – 45% người bệnh ngừng bisphosphonate trong 6 tháng đầu điều trị.⁸ Điều này nhấn mạnh vai trò của tư vấn, theo dõi và hỗ trợ người bệnh. Ngược lại, các yếu tố như tuổi, trình độ học vấn và hình thức chi trả chi phí thuốc không còn mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Điều này cho thấy sau khi hiệu chỉnh, các yếu tố nhân khẩu học không còn vai trò quyết định, phù hợp với nhận định của Naqvi.^{6,7}

Nghiên cứu có một số hạn chế: Thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và mức độ tuân thủ. Nghiên cứu cũng chưa đánh giá mối liên quan giữa tuân thủ và các kết cục dài hạn như thay đổi mật độ xương hoặc biến cố gãy xương. Nghiên cứu tại một cơ sở tuyến cuối nên khả năng khái quát còn hạn chế. Tuy nhiên, với cỡ mẫu tương đối lớn và sử dụng thang đo GMAS chuẩn hóa, kết quả vẫn cung cấp bằng chứng thực tiễn trong đánh giá và cải thiện tuân thủ điều trị loãng xương ở người bệnh ngoại trú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điểm GMAS trung bình ở phụ nữ loãng xương nguyên phát sau mãn kinh điều trị thuốc đường uống là $23,12 \pm 6,97$, tương ứng mức tuân thủ trung bình; 62,27% người bệnh thuộc nhóm tuân thủ trung bình – kém. Các yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ trung bình – kém gồm sống ở khu vực nông thôn, thời gian mãn kinh ≥ 10 năm, thời gian chẩn đoán loãng xương < 1 năm, gặp tác dụng không mong muốn của thuốc và thời gian sử dụng thuốc < 6 tháng. Vì vậy, cần tăng cường tư vấn, theo dõi và hỗ trợ người bệnh ngay từ giai đoạn khởi trị, ưu tiên nhóm nguy cơ cao như người bệnh bắt đầu khởi trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Osteoporosis Foundation. Osteoporosis facts and statistics [Internet]. Nyon (Switzerland): International Osteoporosis Foundation; 2023 [cited 2026 Jan 10]. Available from: <https://www.osteoporosis.foundation>
2. Nguyễn Đình Nguyên, Nguyễn Thị Ngọc Lan. Tình hình loãng xương và gãy xương do loãng xương tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019;482:15-20.
3. American Association of Clinical Endocrinology. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis—2020 update. *Endocr Pract*. 2020;26(Suppl 1):1-46.
4. Eric S Siris, Joseph C Delmas, et al. Adherence to bisphosphonate therapy and fracture rates in osteoporosis. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(8):1013-1022.
5. Ngô Huy Hoàng, và cs. Tình trạng duy trì điều trị loãng xương ở bệnh nhân ngoại trú tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;530:112-118.
6. Ahmed A Naqvi, Abdul Haseeb, Mohammed A Hassali, et al. Development and validation of the General Medication Adherence

Scale (GMAS). *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:593-604.

7. Ahmed A Naqvi, Mohammed A Hassali. Validation of the General Medication Adherence Scale in patients with chronic illness. *J Multidiscip Healthc*. 2019;12:109-119.

8. Friedrich Hadji, Peter Ziller, et al. Persistence with bisphosphonate therapy in postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int*.

2012;23:291-299.

9. Nguyễn Văn Hiếu. Đánh giá tuân thủ điều trị bisphosphonate ở bệnh nhân loãng xương bằng thang điểm Morisky. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2021;1150:45-49.

10. John A. Kanis, Eugene V. McCloskey, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2019;30(1):3-44.

Summary

MEDICATION ADHERENCE TO ORAL ANTI-OSTEOPOROSIS THERAPY ACCORDING TO THE GENERAL MEDICATION ADHERENCE SCALE (GMAS) AMONG POSTMENOPAUSAL WOMEN

Osteoporosis is a silent progressive skeletal disorder that is often diagnosed later, frequently after the occurrence of fragility fractures; treatment is long-term and achieves optimal effectiveness only when patients adhere to therapy. Therefore, we conducted this study to evaluate adherence to oral anti-osteoporosis medication using the General Medication Adherence Scale (GMAS) and to investigate associated factors among postmenopausal women with primary osteoporosis receiving outpatient treatment at Hanoi Medical University Hospital. A cross-sectional descriptive study was conducted on 220 postmenopausal women diagnosed with primary osteoporosis according to the American Association of Clinical Endocrinology 2020 criteria, who were receiving oral bisphosphonate therapy. Medication adherence was assessed using the 11-item GMAS, which classifies adherence into four levels. The results showed that the mean GMAS score was 23.12 ± 6.97 , corresponding to a moderate level of adherence, while 62.27% of patients were classified as having moderate-to-poor adherence. The two items with the highest mean scores were 'uncertainty regarding the timing/method of medication administration' and 'discontinuation of medication due to inadequate understanding of its proper use', indicating that most patients reported relatively few difficulties in these aspects. In contrast, lower scores were observed in items related to forgetting medication and stopping treatment when symptoms improved, reflecting more common non-adherent behaviors. Multivariable logistic regression analysis revealed that rural residence, menopause duration ≥ 10 years, osteoporosis diagnosis duration < 1 year, experiencing adverse drug reactions, and medication use duration < 6 months were independently associated with moderate-to-poor adherence. These findings highlight the need to strengthen patient counseling, follow-up, and adherence support from the initiation of therapy.

Keywords: Primary osteoporosis, postmenopausal women, GMAS, medication adherence.