

Tuân thủ thuốc kháng động kinh và yếu tố liên quan ở người bệnh động kinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2026

Adherence to antiepileptic drug therapy and associated factors among outpatients with epilepsy at Tam Anh general hospital, Hanoi, in 2026

Nguyễn Thu Hà^{1✉}, Nguyễn Văn Liệu¹, Nguyễn Công Khanh²

Vũ Thị Hình¹, Trương Huệ Linh¹

¹ Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

² Trường Đại học Thăng Long

Tác giả liên hệ

ĐD. Nguyễn Thu Hà

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Email: nguyenthuhahy16@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/6/2026

Ngày duyệt bài: 23/6/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là bệnh lý thần kinh mạn tính, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và gây gánh nặng kinh tế cho người bệnh, gia đình và xã hội. Tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng động kinh đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát cơn, giảm nguy cơ tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, tình trạng không tuân thủ điều trị vẫn còn phổ biến và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ thuốc kháng động kinh và các yếu tố liên quan ở người bệnh động kinh.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2026 với 310 người bệnh động kinh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội. Mức độ tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang điểm MMAS-8. Các yếu tố liên quan được xác định bằng hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $31,26 \pm 11,3$, có 33,5% người bệnh được chẩn đoán kháng thuốc. Phần lớn người bệnh khởi phát bệnh trước 18 tuổi (55,8%), đang dùng đa trị liệu (83,9%), uống thuốc 2 lần/ ngày (71,0%), kiểm soát cơn tốt (60,0%) và 54,8% có kiến thức đạt về bệnh. Tỷ lệ tuân thủ thuốc kháng động kinh cao, trung bình và thấp lần lượt là: 15,5%, 47,1% và 37,4%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy người bệnh có tình trạng kiểm soát cơn tốt có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm kiểm soát cơn chưa tốt (AOR = 4,29; $p < 0,05$). Bên cạnh đó, người bệnh có kiến thức đạt về bệnh động kinh có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm còn lại (AOR = 12,04; $p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh có mức tuân thủ thuốc kháng động kinh thấp còn cao (37,4%). Kiến thức về bệnh và tình trạng kiểm soát cơn là các yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Động kinh; Thuốc kháng động kinh; Tuân thủ điều trị.

Từ viết tắt: TTĐT (Tuân thủ điều trị); ĐK (Động kinh); Người bệnh (NB).

ABSTRACT

Background: Epilepsy is a chronic neurological disorder that adversely affects quality of life and imposes a substantial economic burden on patients, their families, and society. Adherence to antiepileptic drug therapy plays a crucial role in seizure control, reducing the risk of seizure recurrence, and improving quality of life. However, medication non-adherence remains common and is influenced by multiple factors.

Objectives: To describe adherence to antiepileptic drug therapy and identify factors associated with medication adherence among patients with epilepsy.

Methods: A cross-sectional study was conducted from January to April 2026 among 310 outpatients with epilepsy at Tam Anh General Hospital, Hanoi. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Factors associated with medication adherence were identified using multivariable logistic regression analysis.

Results: The mean age of the study participants was 31.26 ± 11.3 years, and 33.5% were diagnosed with drug-resistant epilepsy. Most participants had disease onset before the age of 18 years (55.8%), received polytherapy (83.9%), took their medication twice daily (71.0%), had good seizure control (60.0%), and demonstrated adequate knowledge of epilepsy (54.8%). The proportions of patients with high, moderate, and low medication adherence were 15.5%, 47.1%, and 37.4%, respectively. Multivariable logistic regression analysis showed that patients with good seizure control were

more likely to adhere to treatment than those with poor seizure control ($AOR = 4.29; p < 0.05$). In addition, patients with adequate knowledge of epilepsy were more likely to adhere to treatment than those with inadequate knowledge ($AOR = 12.04; p < 0.05$).

Conclusions: A considerable proportion of patients exhibited low adherence to antiepileptic drug therapy. Adequate knowledge of epilepsy and good seizure control were independently associated with medication adherence.

Keywords: Epilepsy; Antiepileptic drugs; Medication adherence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh (ĐK) là bệnh lý thần kinh mạn tính với khoảng 50 triệu người trên toàn cầu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và gây ra gánh nặng kinh tế cho cá nhân và xã hội¹. Trong các phương pháp điều trị, sử dụng thuốc kháng ĐK là yếu tố then chốt để kiểm soát cơn co giật, tuy nhiên việc tuân thủ còn nhiều thách thức do điều trị kéo dài. Không tuân thủ thuốc gây tái phát cơn, khó kiểm soát bệnh và dễ gây nhầm lẫn với tình trạng kháng thuốc. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã đánh giá tình trạng tuân thủ thuốc kháng ĐK ở người bệnh (NB) điều trị ngoại trú^{2,3}. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu còn hạn chế, cỡ mẫu còn nhỏ và chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại cơ sở y tế ngoài công lập. Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh có số lượng người bệnh ĐK lớn song đến nay chưa có nghiên cứu đánh giá tình trạng tuân thủ thuốc tại đây. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tuân thủ thuốc kháng động kinh và yếu tố liên quan ở người bệnh động kinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2026” với các mục tiêu sau:

(1) Mô tả thực trạng tuân thủ thuốc kháng động kinh ở người bệnh động kinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2026.

(2) Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ thuốc kháng động kinh ở người bệnh động kinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

NB được chẩn đoán xác định ĐK điều trị ngoại trú

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + NB từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định ĐK theo ILAE (2014)⁴, đang điều trị ngoại trú.

- + Đang sử dụng ít nhất một loại thuốc kháng ĐK trong thời gian ít nhất 3 tháng nhằm đảm bảo đủ thời gian đánh giá TTĐT.

- + Có điểm Montreal Cognitive Assessment (MoCA) > 22, bảo đảm đủ khả năng cung cấp thông tin

- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + NB khám được chẩn đoán ĐK lần đầu, chưa từng điều trị thuốc kháng ĐK.

- + NB dị ứng thuốc kháng ĐK; suy gan, suy thận nặng không sử dụng được thuốc kháng ĐK.

- + Đang trong cơn cấp hoặc bệnh nội khoa cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 310 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

- Cách chọn mẫu: Thuận tiện

- Công cụ nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá:

- + Thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị MMAS-8⁵: Bao gồm 8 câu hỏi điểm dao động từ 0 đến 8 điểm, được phân loại: tuân thủ cao (8 điểm), tuân thủ trung bình (6–7 điểm) và tuân thủ thấp (< 6 điểm). Khi phân tích các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị (TTĐT) mức độ tuân thủ sẽ được phân loại thành hai nhóm: “tuân thủ” (MMAS-8 ≥ 6 điểm) và “không tuân thủ” (MMAS-8 < 6 điểm), cách phân loại này được tham khảo từ

các nghiên cứu trước đây sử dụng MMAS-8 trong phân tích hồi quy⁶.

- + Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về bệnh ĐK³: Bao gồm 8 câu hỏi trong đó 3 câu kiến thức của NB về bệnh ĐK, 3 câu về kiến thức tuân thủ thuốc, 2 câu về tuân thủ tái khám. Mỗi ý trả lời đúng tính 1 điểm, ý trả lời sai không được tính điểm, tổng điểm là 16 điểm. Kiến thức được phân loại đạt và không đạt. Kiến thức đạt khi NB được từ 11 điểm trở lên. Hệ số Cronbach’s alpha của thang đo trên bộ số liệu nghiên cứu này là 0,72.

- + Tình trạng kháng thuốc theo tiêu chuẩn của ILAE 2010⁷.

- + Phân loại dạng cơn động kinh theo ILAE 2017⁸.

- + Tình trạng kiểm soát cơn: Tốt (hết cơn sau khi điều trị), thuyên giảm cơn (tần số cơn giảm từ 50% trở lên sau khi tiến hành điều trị), ít hiệu quả (tần số cơn không giảm hoặc giảm dưới 50% so với trước điều trị).⁶

- Quy trình nghiên cứu:

- + Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn.

- + Bước 2: Giải thích về mục đích của nghiên cứu, ký giấy đồng ý tham gia. Sau đó NB trả lời vào phiếu khảo sát dưới giám sát của nghiên cứu viên.

- + Bước 3: Tổng hợp phiếu, nhập và xử lý số liệu.

- Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Mỗi liên quan giữa các biến được phân tích bằng kiểm định Chi-square, hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Các biến có giá trị $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được lựa chọn đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập với TTĐT. Các khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2026 đến tháng 4/2026

- Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám thần kinh, khoa Thần kinh – đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

NB được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, tham gia trên tinh thần tự nguyện, có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến việc điều trị. Thông tin được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cơ sở của Trường Đại học Thăng Long thông qua theo Quyết định số 74/2025/HĐĐĐ ngày 24/11/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 310)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	163	52,6
	Nữ	147	47,4
Tuổi	Từ 18-30 tuổi	171	55,2
	Từ 31-45 tuổi	105	33,9
	> 45 tuổi	34	11,0
	Tuổi trung bình	31,26 ± 11,31	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	170	54,8
	Đã kết hôn	137	44,2
	Ly dị/ Góa	3	1,0
Trình độ học vấn	Mù chữ	1	0,3
	Tiểu học	5	1,6
	THCS	44	14,2
	THPT	96	31,0
	Cao đẳng/ đại học/ sau đại học	164	52,9

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 31,26 ± 11,31, trong đó nhóm tuổi từ 18-30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Nam giới

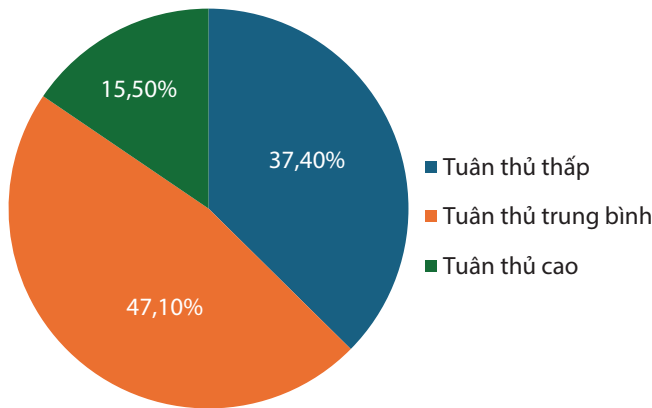
chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Phần lớn NB chưa kết hôn (54,8%) và có trình độ cao đẳng/ đại học/ sau đại học (52,9%).

Bảng 2. Đặc điểm về bệnh, điều trị và kiến thức của đối tượng nghiên cứu (n = 310)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi khởi phát bệnh	< 18 tuổi	173	55,8
	≥ 18 tuổi	137	44,2
Dạng cơn ĐK	Cơn khởi phát toàn thể	143	46,1
	Cơn khởi phát cục bộ	127	41,0
	Cơn không xác định	40	12,9
Tình trạng kháng thuốc	Kháng thuốc	104	33,5
	Không kháng thuốc	206	66,5
Thời gian điều trị với thuốc kháng ĐK	< 5 năm	121	39,0
	Từ 5-10 năm	136	43,9
	> 10 năm	53	17,1
Số thuốc kháng ĐK đang dùng	Đơn trị liệu	50	16,1
	Đa trị liệu	260	83,9
Số lần uống thuốc/ngày	1 lần	2	0,6
	2 lần	220	71,0
	≥ 3 lần	88	28,4
Tình trạng kiểm soát cơn	Tốt	186	60,0
	Thuyên giảm	66	21,3
	Không hiệu quả	58	18,7
Kiến thức về bệnh	Đạt	170	54,8
	Không đạt	140	45,2

Nhận xét: Phần lớn NB khởi phát bệnh trước 18 tuổi (55,8%). Dạng cơn ĐK chủ yếu là cơn khởi phát toàn thể (46,1%) với 33,5% NB được chẩn đoán kháng thuốc và phần lớn có thời gian điều trị thuốc kháng ĐK từ 5–10 năm (43,9%), đang điều trị đa trị liệu (83,9%) và dùng thuốc 2 lần/ngày (71,0%). 60,0% NB kiểm soát cơn tốt và có 54,8% NB có kiến thức về bệnh đạt.

3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng động kinh của người bệnh



Nhận xét: Phần lớn NB có mức độ tuân thủ thuốc ở mức trung bình (47,1%), trong khi tỷ lệ tuân thủ cao còn thấp (15,5%) và tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm 37,4%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc kháng động kinh

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm của người bệnh và tuân thủ điều trị (n = 310)

Đặc điểm		Tình trạng tuân thủ		OR (95%CI)	P
		Không tuân thủ (n,%)	Tuân thủ (n,%)		
Giới	Nam	63 (38,7)	100 (61,3)	1	— 0,64
	Nữ	53 (36,1)	94 (63,9)	1,12 (0,71-1,77)	
Tuổi	Từ 18-30 tuổi	62 (36,3)	109 (63,7)	1	— 0,44 0,66
	Từ 31-45 tuổi	43 (41,0)	62 (59,0)	0,82(0,50-1,35)	
	> 45 tuổi	11 (32,4)	23 (67,6)	1,20 (0,54-2,60)	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	60 (43,8)	77 (56,2)	1	— 0,04
	Độc thân	56 (32,4)	117 (67,6)	1,63 (1,02-2,59)	
Trình độ học vấn	≤ THCS	33 (66,0)	17 (34,0)	1	— < 0,001
	≥ THPT	83 (31,9)	177 (68,1)	4,14 (2,18-7,86)	

Nhận xét: Tình trạng hôn nhân và trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng TTĐT. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, tuổi với tình trạng TTĐT (p > 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh, điều trị và kiến thức của người bệnh với tuân thủ thuốc kháng động kinh (n = 310)

Đặc điểm		Tình trạng tuân thủ		OR (95%CI)	P
		Không tuân thủ (n,%)	Tuân thủ (n,%)		
Tuổi khởi phát bệnh	< 18 tuổi	68 (39,3)	105 (60,7)	1	— 0.44
	≥ 18 tuổi	48 (35,0)	89 (65,0)	1,20 (0,75- 1,91)	

Đặc điểm		Tình trạng tuân thủ		OR (95%CI)	P
		Không tuân thủ (n,%)	Tuân thủ (n,%)		
Dạng cơn ĐK	Cơn khởi phát toàn thể	54 (37,8)	89 (62,2)	1	—
	Cơn khởi phát cục bộ	42 (33,1)	85 (66,9)	1,23 (0,74-2,03)	0,42
	Cơn không xác định	20 (50,0)	20 (50,0)	0,61 (0,30-1,23)	0,17
Tình trạng kháng thuốc	Kháng thuốc	55 (52,9)	49 (47,1)	1	—
	Không kháng thuốc	61 (29,6)	145 (70,4)	2.67 (1,64-4,35)	< 0,001
Thời gian điều trị với thuốc kháng ĐK	< 5 năm	32 (36,9)	89 (63,1)	1	—
	Từ 5-10 năm	53 (39,0)	83 (61,0)	0,56 (0,33-0,96)	0,03
	> 10 năm	31 (58,5)	22 (41,5)	0,26 (0,13-0,50)	< 0,001
Số thuốc kháng ĐK đang dùng	Đơn trị liệu	14 (28,0)	36 (72,0)	1	—
	Đa trị liệu	102 (39,2)	158 (60,8)	0,60 (0,31-1,17)	0,13
Số lần uống thuốc/ngày	≥ 3 lần	59 (67,0)	29 (33,0)	1	—
	Từ 1-2 lần	57 (25,7)	165 (74,3)	5,89 (3,44-10,08)	< 0,001
Tình trạng kiểm soát cơn	Thuyên giảm/ Không hiệu quả	88 (71,0)	36 (29,0)	1	—
	Tốt	28 (15,1)	158 (84,9)	13,79(7,89-24,11)	< 0,001
Kiến thức về bệnh	Kiến thức không đạt	102 (72,9)	38 (27,1)	1	—
	Kiến thức đạt	14 (8,2)	156 (91,8)	29,91 (15,43-57,96)	< 0,001

Nhận xét: Tình trạng kháng thuốc, thời gian điều trị với thuốc kháng ĐK, số lần uống thuốc/ngày, tình trạng kiểm soát cơn và kiến thức về bệnh có mối liên quan đến tình trạng TTĐT. Ngoài ra chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi khởi phát bệnh, dạng cơn ĐK và số thuốc kháng ĐK đang dùng với tình trạng TTĐT ($p > 0,05$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến ($n = 310$)

Đặc điểm	AOR (95%CI)	P
Chưa kết hôn/ ly dị/ góa	2,20 (0,91-5,35)	0,08
≥ THPT	0,77 (0,24-2,52)	0,66
Không kháng thuốc	0,66 (0,19-1,64)	0,29
Thời gian điều trị từ 5-10 năm (so với < 5 năm)	0,54 (0,22-1,31)	0,17
Thời gian điều trị > 10 năm (so với < 5 năm)	0,73 (0,25-2,10)	0,55
Uống thuốc từ 1-2 lần/ngày	2,11 (0,73-6,13)	0,17
Đa trị liệu	1,62 (0,54-4,87)	0,4
Tình trạng kiểm soát cơn tốt	4,29 (1,87-9,82)	0,01
Kiến thức đạt	12,04 (5,00-28,99)	< 0,001

Nhận xét: Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ thuốc của NB bao gồm: tình trạng kiểm soát cơn tốt (AOR = 4,29; $p < 0,05$) và kiến thức đạt về bệnh (AOR = 12,04; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tuân thủ thuốc kháng động kinh

Nghiên cứu tiến hành trên 310 NB được chẩn đoán ĐK đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, kết quả cho thấy mức tuân thủ thuốc kháng ĐK chủ yếu ở mức trung bình (47,1%), tiếp theo là mức tuân thủ thấp (37,4%), trong khi chỉ 15,5% NB đạt mức tuân thủ cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Shakeel A. Awan khi khoảng một nửa NB không TTĐT⁹. Tại Việt Nam, tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Bích Hương tại Bệnh viện Bạch Mai, trong đó không có NB đạt mức tuân thủ cao, 27,5% đạt mức trung bình và 72,5% có mức tuân thủ thấp². Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm của quần thể nghiên cứu, khi NB trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình trẻ hơn và trình độ học vấn cao hơn, những yếu tố đã được ghi nhận có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin và thực hiện điều trị. Tuy nhiên, giả thuyết này cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu tiếp theo. Mặc dù mức tuân thủ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất nhưng vẫn còn hơn một phần ba người bệnh có mức tuân thủ thấp, cho thấy TTĐT thuốc kháng ĐK vẫn là một thách thức và cần được cải thiện thông qua các biện pháp quản lý, giáo dục sức khỏe và theo dõi lâu dài.

4.2. Mối liên quan giữa giữa một số yếu tố và tình trạng tuân thủ thuốc kháng động kinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, NB có tình trạng kiểm soát cơn ĐK tốt trong 3 tháng gần đây có khả năng TTĐT cao hơn đáng kể so với nhóm kiểm soát cơn chưa tốt (AOR = 4,29; $p <$

0,05). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Shakeel A Awan cũng như nghiên cứu trong nước của Phạm Hồng Đức khi đều ghi nhận mối liên quan giữa hiệu quả kiểm soát cơn và TTĐT^{6,9}. Mối liên quan này có thể phản ánh sự tác động qua lại giữa hai yếu tố. Việc TTĐT tốt giúp duy trì nồng độ thuốc kháng ĐK ổn định, góp phần kiểm soát cơn hiệu quả. Ngược lại, khi cơn ĐK được kiểm soát tốt, NB có xu hướng tin tưởng vào hiệu quả điều trị và tiếp tục duy trì việc sử dụng thuốc theo chỉ định. Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết quả chỉ cho thấy mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát cơn và TTĐT, chưa thể xác định chiều hướng hay mối quan hệ nhân quả giữa hai yếu tố.

NB có kiến thức đạt về bệnh ĐK cũng là yếu tố liên quan độc lập với TTĐT (AOR = 12,04; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Trần Lý và Nguyễn Văn Quốc hay nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Đức cũng ghi nhận mối liên quan tương tự giữa kiến thức và TTĐT^{3,6}. Điều này có thể được giải thích rằng khi có kiến thức về bệnh, mục tiêu điều trị cũng như hậu quả của việc không tuân thủ sẽ có xu hướng chủ động và nghiêm túc hơn trong việc sử dụng thuốc. Như vậy, kiến thức không chỉ dừng lại ở việc cung cấp thông tin mà còn đóng vai trò định hướng hành vi và thúc đẩy sự TTĐT của NB.

Trong phân tích đơn biến, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng kháng thuốc, số lần uống thuốc/ngày và thời gian điều trị có liên quan với TTĐT. Tuy nhiên, các mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê sau khi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Điều này cho thấy ảnh hưởng của các yếu tố trên có thể bị chi phối bởi các yếu tố khác trong mô hình hoặc chịu tác động của hiện tượng nhiễu. Kết quả này nhấn mạnh rằng kiến thức về bệnh và tình trạng kiểm soát cơn là những yếu tố liên quan độc lập với TTĐT trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan mà chưa thể suy luận quan hệ nhân quả. Mức độ TTĐT được đánh giá bằng phương pháp tự khai báo nên có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và thiên lệch xã hội. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện nên khả năng khái quát kết quả còn hạn chế. Tuy nhiên, việc sử dụng thang đo MMAS-8 đã được chuẩn hóa, kết hợp với mô hình hồi quy logistic đa biến và cỡ mẫu tương đối lớn góp phần nâng cao độ tin cậy của kết quả nghiên cứu.

V KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh có mức độ tuân thủ thuốc kháng động kinh thấp còn cao (37,4%). Kiến thức về bệnh và tình trạng kiểm soát cơn là hai yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng các can thiệp nhằm nâng cao tuân thủ điều trị ở người bệnh động kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Begley C, Wagner RG, Abraham A, et al. The global cost of epilepsy: A systematic review and extrapolation. *Epilepsia*. 2022;63(4):892-903. doi:10.1111/epi.17165.
2. Hoàng Thị Bích Hương, Võ Hồng Khôi, Đào Thị Kim Anh, Phan Văn Toàn. Một số đặc điểm về tuân thủ sử dụng thuốc kháng động kinh của người bệnh động kinh tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí thần kinh học Việt Nam*. 2024;4(43):48-53. doi:10.62511/vjn.43.2024.039.
3. Trần Lý, Nguyễn Văn Quốc. Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân động kinh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 17. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2020;15(Special):246-252.
4. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482. doi:10.1111/epi.12550.
5. Nguyen T, Nguyen TH, Pham ST, Quach DN, Le KK, Au SX, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Brief Illness Perception Questionnaire, the Beliefs About Medicines Questionnaire and the Morisky Medication Adherence Scale into Vietnamese. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015;24(S1): 159-160.
6. Phạm Hồng Đức, Vũ Anh Nhị. Tuân thủ điều trị và hiệu quả điều trị động kinh tại Quận 5 Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;533(1B):111-115.
7. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2010;51(6):1069-1077. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x.
8. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-530. doi:10.1111/epi.13670.
9. Awan SA, Khawaja I, Babar M, et al. Prevalence of Non-adherence to Antiepileptic Drugs in Patients With Epilepsy Presenting to Emergency With Fits. *Cureus*. 2022;14(7). doi:10.7759/cureus.27072.