

FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL BISPHOSPHONATE ADHERENCE IN OLDER ADULTS WITH OSTEOPOROSIS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Huynh Khoi Nguyen^{1,2}, Pham Truong Giang², Cao Thanh Ngoc^{1,2}

¹Department of Internal Medicine, Musculoskeletal Disorders, University of Medicine and Pharmacy Hospital, Ho Chi Minh City - 215 Hong Bang Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Department of Geriatrics, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City -217 Hong Bang Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 13/11/2025

Revised: 13/01/2026; Accepted: 22/03/2026

SUMMARY

Objective: This study aims to identify factors associated with adherence to oral bisphosphonate therapy in patients aged ≥ 60 years with osteoporosis, using the Vietnamese version of the MARS-5 scale, to inform strategies for improving treatment effectiveness in Vietnam.

Methods: A cross-sectional study was conducted at the University Medical Center Ho Chi Minh City between November 2022 and April 2023, enrolling 172 outpatients aged ≥ 60 years diagnosed with osteoporosis and receiving oral bisphosphonates. Medication adherence was assessed using the validated Vietnamese version of the MARS-5 questionnaire. Demographic, clinical, and knowledge-related variables were collected. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify independent factors associated with adherence.

Results: Among 172 patients (149 females, 23 males; mean age 68.7 ± 6.9 years), multivariate analysis revealed three independent factors significantly associated with adherence: treatment duration ≥ 12 months ($p < 0.001$), lack of knowledge about the benefits of medication ($p = 0.017$), and lack of awareness of fracture complications of osteoporosis ($p = 0.022$).

Conclusion: Adherence to oral bisphosphonate therapy in older adults is influenced by treatment duration and patient knowledge regarding medication benefits and fracture complications. Regular screening using the MARS-5 scale and enhanced patient education are essential to improve adherence and prevent osteoporotic fractures.

Keywords: Osteoporosis, Oral bisphosphonate, Medication adherence, MARS-5, Older adults.

*Corresponding author

Email: ngoc.ct@umc.edu.vn Phone: (+84) 908484246 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4593>

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ BISPHOSPHONATE ĐƯỜNG UỐNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Khôi Nguyên^{1,2}, Phạm Trường Giang², Cao Thanh Ngọc^{1,2}

¹ Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh - 215 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

² Bộ môn Lão Khoa, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 13/01/2026; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc Bisphosphonate đường uống ở người ≥ 60 tuổi mắc loãng xương điều trị ngoại trú, sử dụng thang điểm MARS-5, góp phần định hướng các chiến lược nâng cao hiệu quả điều trị tại Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, trên 172 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán loãng xương và đang điều trị bằng Bisphosphonate đường uống trong khoảng thời gian từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang điểm MARS-5 đã Việt hóa. Các yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng và kiến thức về bệnh/thuốc được thu thập. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ điều trị.

Kết quả: Trong 172 bệnh nhân (149 nữ, 23 nam; tuổi trung bình $68,7 \pm 6,9$), phân tích đa biến cho thấy ba yếu tố liên quan độc lập đến tuân thủ điều trị gồm: thời gian điều trị kéo dài ≥ 12 tháng ($p < 0,001$), không biết lợi ích của thuốc ($p = 0,017$) và không biết biến chứng gãy xương do loãng xương ($p = 0,022$).

Kết luận: Tuân thủ điều trị thuốc Bisphosphonate đường uống ở người cao tuổi bị ảnh hưởng bởi thời gian điều trị và kiến thức của bệnh nhân về lợi ích thuốc cũng như biến chứng gãy xương. Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc thường xuyên bằng thang điểm MARS-5 và tăng cường giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện tuân thủ và phòng ngừa gãy xương.

Từ khóa: Loãng xương, Bisphosphonate đường uống, Tuân thủ điều trị, MARS-5, Người cao tuổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi, làm tăng nguy cơ gãy xương, đặc biệt ở đùi và cột sống, gây tàn phế, giảm chất lượng cuộc sống và tăng tử vong. Bisphosphonate đường uống được chứng minh hiệu quả trong phòng ngừa gãy xương, nhưng hiệu quả này phụ thuộc nhiều vào mức độ tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, tình trạng không tuân thủ còn phổ biến, làm giảm hiệu quả và tăng biến chứng.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ gồm tuổi, giới, bệnh kèm, trình độ học vấn, tác dụng phụ và kiến thức về bệnh. Nhận diện sớm các yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng chiến lược can thiệp, nâng cao hiệu quả điều trị loãng xương ở người cao tuổi.

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị Bisphosphonate đường uống ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc loãng xương điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán loãng xương và đang điều trị ngoại trú bằng thuốc Bisphosphonate đường uống tại phòng khám Nội Cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

– Bệnh nhân ≥ 60 tuổi.

– Có chẩn đoán loãng xương xác định bằng đo mật độ xương (DEXA) theo tiêu chuẩn WHO (T-score $\leq -2,5$ SD tại cột sống thắt lưng hoặc cổ xương đùi).

– Đang điều trị bằng Bisphosphonate đường uống.

– Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

– Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa xương như hormone sinh dục, glucocorticoid, hoặc các loại Bisphosphonate khác.

*Tác giả liên hệ

Email: ngoc.ct@umc.edu.vn Điện thoại: (+84) 908484246 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4593>

- Nghi ngờ loãng xương thứ phát hoặc có bệnh lý ảnh hưởng đến mật độ xương.
- Bệnh nhân nằm bất động trên 2 tháng.
- Có chống chỉ định đo mật độ xương (ví dụ: vừa chụp X-quang có thuốc cản quang, đang điều trị bằng y học hạt nhân).
- Bệnh nhân có thay chỏm xương đùi cả hai bên, hoặc gãy cổ xương đùi đã thay chỏm ở bên còn lại.
- Không có kết quả đo MĐX đầy đủ tại vùng L1–L4 hoặc có quá ít đốt sống có thể đo được.
- Mặc các bệnh lý cấp tính nặng hoặc rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến khả năng hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ khi sai số $\alpha = 0,05$

p là tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc Bisphosphonate đường uống.

d là độ chính xác tuyệt đối, chọn $d = 0,07$.

Trong nghiên cứu này chúng tôi tính cỡ mẫu dựa trên kết quả từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiếu, thực hiện trên 90 bệnh nhân loãng xương được điều trị bằng thuốc Bisphosphonate đường uống có tỉ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 67,6%, tính được: $n \geq 172$ bệnh nhân.¹ Mặc dù cỡ mẫu được tính cho mục tiêu ước lượng tỉ lệ tuân thủ điều trị, cỡ mẫu này vẫn được cân nhắc để đảm bảo sức mạnh thống kê cho mục tiêu khảo sát các yếu tố liên quan. Để phân tích các yếu tố liên quan, mô hình hồi quy đa biến được xây dựng với số lượng biến độc lập được cân đối cẩn thận dựa trên tổng số biến cố quan sát được. Nhờ đó, mô hình đảm bảo tính đại diện của các ước lượng và tránh overfitting.

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu liên tục các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thực hiện

Tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện được giải thích về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, sau đó được mời tham gia và ký cam kết đồng thuận. Nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp để thu thập các thông tin bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh, mức độ phụ thuộc chức năng (ADL/IADL), tình trạng sử dụng thuốc, kiến thức về bệnh – thuốc và đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm MARS-5 đã được Việt hóa.

Biến số chính của nghiên cứu

Biến phụ thuộc chính là mức độ tuân thủ điều trị Bisphosphonate đường uống, đánh giá bằng thang điểm MARS-5 (Medication Adherence Report Scale – 5 items). Thang điểm gồm 5 câu hỏi, mỗi câu chấm theo thang từ 1

đến 5, tổng điểm từ 5 đến 25. Bệnh nhân được xem là tuân thủ tốt khi có tổng điểm từ 23 trở lên và không tuân thủ khi dưới 23 điểm. Việc chọn điểm cắt này giúp tránh đánh giá quá mức tỷ lệ không tuân thủ do các sai sót vô ý, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị thực tế của Bisphosphonate.

Các biến độc lập

Bao gồm các đặc điểm nhân khẩu – xã hội (tuổi, giới, trình độ học vấn, nơi sống), tiền sử bệnh (số bệnh mạn tính, số thuốc đang sử dụng), mức độ chức năng (ADL, IADL), đặc điểm điều trị loãng xương (loại thuốc, thời gian điều trị, tác dụng phụ), kiến thức về lợi ích thuốc và biến chứng gãy xương, hình thức sử dụng thuốc và mức độ quan tâm đến kết quả mật độ xương.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân phối. Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh tỷ lệ tuân thủ giữa các nhóm. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%. Các biến độc lập có giá trị $p < 0,2$ trong phân tích hồi quy đơn biến được chọn lọc để đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Hiện tượng đa cộng tuyến được kiểm tra nhằm đảm bảo tính ổn định của mô hình trước khi phân tích đa biến.

2.4. Y đức

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh chấp thuận thông qua.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2023, nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám Nội Cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Tổng cộng có 172 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc loãng xương đang điều trị bằng thuốc Bisphosphonate đường uống được thu nhận. Số bệnh nhân tuân thủ điều trị với Bisphosphonate đường uống trong nghiên cứu này là 102 bệnh nhân, chiếm 59,3%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với đặc điểm dân số

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		p
	Không (n, %)	Có (n, %)	
Tuổi, trung bình ± độ lệch chuẩn	71,13 ± 7,9	73,3 ± 8,2	0,080 [†]
Nhóm tuổi			
60-69 tuổi	36 (46,8)	41 (53,2)	0,319 ^{ns}
70-79 tuổi	21 (37,5)	35 (62,5)	
≥ 80 tuổi	13 (33,3)	26 (66,7)	
Giới tính			
Nam	2 (20,0)	8 (80,0)	0,203 [†]
Nữ	68 (42,0)	95 (58,0)	

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		p
	Không (n, %)	Có (n, %)	
Trình độ học vấn			
≤ Cấp 1	44 (40,0)	66 (60,0)	0,140 ^a
Cấp 2	15 (34,1)	29 (65,9)	
≥ Cấp 3	11 (61,1)	7 (38,9)	
Nơi sống			
Thành thị	27 (40,0)	38 (60,0)	0,861 ^a
Nông thôn	43 (40,2)	64 (59,8)	

^a: phép kiểm chi bình phương *Kiểm định Fisher
^t: Kiểm định t-test

Các yếu tố tuổi, giới tính, trình độ học vấn và nơi sống đều không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ tuân thủ điều trị (p > 0,05).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và hội chứng lão khoa

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		p
	Không (n, %)	Có (n, %)	
Đa bệnh			
Không	23 (37,7)	38 (62,3)	0,554 ^a
Có	47 (42,3)	64 (57,7)	
Đa thuốc			
Không	16 (40,0)	24 (60,0)	0,918 ^a
Có	54 (40,9)	78 (59,1)	
ADL			
Độc lập	64 (42,7)	86 (57,3)	0,170 ^a
Phụ thuộc một phần	6 (27,3)	16 (72,7)	
Phụ thuộc hoàn toàn	0	0	
IADL			
Độc lập	19 (50,0)	19 (50,0)	0,437 ^t
Phụ thuộc một phần	48 (37,8)	79 (62,2)	
Phụ thuộc hoàn toàn	3 (42,9)	4 (57,1)	

^a: phép kiểm chi bình phương *Kiểm định Fisher

Không thấy mối liên quan giữa đa bệnh, đa thuốc và tuân thủ điều trị (p = 0,554; p = 0,918). Bệnh nhân độc lập về ADL (42,7%) và IADL (50%) có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn các nhóm khác, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,170; p = 0,437).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và đặc điểm sử dụng thuốc Bisphosphonate

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		p
	Không (n, %)	Có (n, %)	
Ibandronate 150mg Alendronate 70mg	21 (35 %) 49 (43,8 %)	39 (65 %) 63 (56,2%)	0,266 ^a
Thời gian điều trị Loãng xương			
< 3 tháng	5 (13,2)	33 (86,8)	<0,001 ^a
3 đến 6 tháng	16 (36,4)	28 (63,6)	
>6 tháng đến <12 tháng	11 (37,9)	18 (62,1)	
≥ 12 tháng	38 (62,3)	23 (37,7)	

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		p
	Không (n, %)	Có (n, %)	
Cách uống thuốc			
Tự uống	52 (51,5)	49 (48,5)	0,001 ^a
Nhờ người thân	17 (27,4)	45 (72,6)	
Uống qua dụng cụ hỗ trợ	1 (11,1)	8 (88,9)	
Tác dụng phụ			
Không	56 (38,6)	89 (61,4)	0,199 ^a
Có	14 (51,9)	13 (48,1)	

^a: phép kiểm chi bình phương

Tỷ lệ tuân thủ ở bệnh nhân dùng Alendronate thấp hơn so với Ibandronate (56,2% so với 65,0%), nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,266). Thời gian điều trị liên quan chặt chẽ đến tuân thủ: không tuân thủ tăng từ 13,2% (< 3 tháng) lên 36,4%–37,9% (3–12 tháng) và 62,3% (≥ 12 tháng; p < 0,001). Cách dùng thuốc cũng ảnh hưởng đáng kể: bệnh nhân tự uống có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn (51,5%) so với nhóm được hỗ trợ bởi người thân (27,4%) hoặc dụng cụ (11,1%; p = 0,001).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và đặc điểm hiểu biết về loãng xương

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		p
	Không (n, %)	Có (n, %)	
Biết lợi ích của thuốc			
Không	37 (50,7)	36 (49,3)	0,022 ^a
Có	33 (33,3)	66 (66,7)	
Biết biến chứng gãy xương của loãng xương			
Không	61 (45,2)	74 (54,8)	0,022 ^a
Có	9 (24,3)	28 (75,7)	
Quan tâm kết quả đo mật độ xương			
Không	66 (41,0)	95 (59,0)	1,000 ^t
Có	4 (36,4)	7 (63,6)	
Tiền căn gãy xương			
Không	51 (42,5)	69 (57,5)	0,465 ^a
Có	19 (36,5)	33 (63,5)	

^a: phép kiểm chi bình phương *Kiểm định Fisher

Bệnh nhân không biết lợi ích của thuốc có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn đáng kể so với nhóm biết lợi ích (50,7% so với 33,3%; p = 0,022). Tương tự, nhóm không biết biến chứng gãy xương của loãng xương có tỷ lệ không tuân thủ 45,2%, cao hơn nhóm có biết (24,3%; p = 0,022).

Bảng 5. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến của các yếu tố lên sự tuân thủ điều trị

Đặc điểm	Không tuân thủ		
	OR	95% KTC	p
Thời gian điều trị			
< 3 tháng	1		
3 đến 6 tháng	5,41	1,58 – 18,52	0,007
> 6 đến <12 tháng	7,52	1,93 – 29,26	0,004
≥ 12 tháng	23,61	6,73 – 82,81	<0,001

Đặc điểm		Không tuân thủ		
		OR	95% KTC	p
Không biết lợi ích của thuốc		2,68	1,21 – 5,98	0,016
Không biết biến chứng gãy xương của loãng xương		3,69	1,33 – 10,26	0,012
Cách uống thuốc	Có dụng cụ hỗ trợ	1		
	Nhờ người thân	4,89	0,50 – 48,27	0,174
	Tự uống	1,83	0,18 – 18,24	0,608
Người chăm sóc	Tự chăm sóc	2,21	0,92 – 5,35	0,078
	Có người chăm sóc	1		

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy có ba yếu tố liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê đến sự không tuân thủ điều trị. Thời gian điều trị càng kéo dài thì nguy cơ không tuân thủ càng cao. So với nhóm điều trị < 3 tháng, bệnh nhân điều trị từ 3–6 tháng, > 6 đến < 12 tháng và ≥ 12 tháng có nguy cơ không tuân thủ cao hơn lần lượt 5,41 lần (KTC 95%: 1,58–18,52; p = 0,007), 7,52 lần (KTC 95%: 1,93–29,26; p = 0,004) và 23,61 lần (KTC 95%: 6,73–82,81; p < 0,001). Kiến thức về thuốc có vai trò quan trọng: bệnh nhân không biết lợi ích của thuốc có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 2,68 lần so với nhóm có hiểu biết (KTC 95%: 1,21–5,98; p = 0,016). Bệnh nhân không biết biến chứng gãy xương do loãng xương có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 3,69 lần so với nhóm có biết (KTC 95%: 1,33–10,26; p = 0,012).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt với Bisphosphonate đường uống là 59,3%, tương đồng với nghiên cứu của Maria Gustafsson trên bệnh nhân cao tuổi tại Thụy Điển (60%),² nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu tại Việt Nam với tỷ lệ 67,6%.¹ Sự khác biệt này có thể đến từ tiêu chí đánh giá nghiêm ngặt hơn trong nghiên cứu của chúng tôi với việc lựa chọn điểm cắt ≥ 23 điểm cho thang điểm MARS-5. Qua phân tích hồi quy đa biến, ba yếu tố được xác định có liên quan độc lập đến tuân thủ điều trị gồm: thời gian điều trị, kiến thức về lợi ích thuốc và kiến thức về biến chứng gãy xương.

Thời gian điều trị càng kéo dài, tỷ lệ không tuân thủ càng tăng, với nhóm điều trị ≥ 12 tháng có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 23,61 lần so với nhóm điều trị < 3 tháng (p < 0,001). Kết quả này phù hợp với tổng quan hệ thống của Imaz cho thấy việc không tuân thủ thường xảy ra trong 6 – 12 tháng đầu và tăng dần theo thời gian. Kiến thức của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng. Nhóm không biết lợi ích của thuốc có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 2,68 lần (p = 0,016), và nhóm không biết biến chứng gãy xương có nguy cơ cao gấp 3,69 lần (p = 0,012). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hall cho thấy bệnh nhân thiếu kiến thức về hậu quả của loãng xương thường không xem việc điều trị là cần thiết.³

Mặc dù các yếu tố như tuổi, giới tính, học vấn, nơi sống hay tiền sử gãy xương được đánh giá, nhưng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Điều này tương đồng với nghiên cứu TOBI tại Ý, trong đó các đặc điểm nhân khẩu

học không phải yếu tố dự báo tuân thủ mạnh, mà thay vào đó là niềm tin cá nhân vào hiệu quả điều trị.⁴ Cách uống thuốc và người chăm sóc ban đầu có liên quan đến tuân thủ trong phân tích đơn biến, nhưng không còn giữ vai trò độc lập trong hồi quy đa biến. Điều này gợi ý rằng, mặc dù hỗ trợ từ bên ngoài có thể giúp cải thiện tuân thủ, nhưng chính hiểu biết và nhận thức cá nhân mới là yếu tố quyết định bền vững hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Solomon, khi cho rằng yếu tố hiểu biết tác động mạnh hơn hỗ trợ từ người thân.⁵⁻⁷

Bên cạnh đó, tình trạng đa bệnh và đa thuốc tuy phổ biến ở người cao tuổi nhưng không có mối liên quan đáng kể đến tuân thủ trong nghiên cứu này (p > 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu OPTIMA được thực hiện tại châu Âu, cho thấy rằng nếu bệnh nhân được hướng dẫn đầy đủ thì số lượng bệnh và thuốc đi kèm không nhất thiết làm giảm tuân thủ điều trị.⁸

Nghiên cứu còn một số hạn chế. Độ tuổi trung bình ở nhóm tuân thủ cao hơn nhóm không tuân thủ có thể do sự hỗ trợ dùng thuốc của người chăm sóc đối với bệnh nhân cao tuổi hoặc do yếu tố chọn lọc tại phòng khám. Kiến thức về bệnh và thuốc chỉ được đánh giá sơ bộ qua các câu hỏi ngắn gọn thay vì sử dụng một thang đo đã được chuẩn hóa có thể dẫn đến nguy cơ sai lệch đo lường khi diễn giải mối liên quan của yếu tố này với mức độ tuân thủ điều trị. Bệnh nhân sử dụng bisphosphonate đường uống như alendronate mỗi tuần hoặc ibandronate mỗi tháng, đòi hỏi điều kiện uống thuốc nghiêm ngặt (nhịn ăn hoàn toàn, giữ tư thế thẳng 30-60 phút sau uống). Vì thang điểm MARS-5 chủ yếu đánh giá mức độ uống thuốc đều đặn, nó có thể chưa phản ánh đầy đủ sự tuân thủ về “cách uống” đặc thù này của nhóm bisphosphonate, do đó cần được xem xét thận trọng khi đánh giá hiệu quả điều trị thực tế.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận ba yếu tố liên quan độc lập với không tuân thủ điều trị Bisphosphonate đường uống, bao gồm: thời gian điều trị kéo dài (≥ 12 tháng), thiếu hiểu biết về lợi ích của thuốc và thiếu nhận thức về biến chứng gãy xương do loãng xương. Việc xác định rõ các yếu tố này góp phần làm sáng tỏ nguyên nhân tiềm ẩn dẫn đến sự giảm hiệu quả của điều trị, đồng thời mở ra hướng can thiệp thiết thực trong quản lý bệnh nhân. Cần chú trọng đến công tác giáo dục sức khỏe, nhằm nâng cao nhận thức của bệnh nhân về lợi ích lâu dài của việc điều trị Bisphosphonate và hiểu rõ hậu quả nặng nề của gãy xương nếu không tuân thủ điều trị. Việc sàng lọc thường quy bằng thang điểm MARS-5 có thể đóng vai trò công cụ hữu ích trong phát hiện sớm nguy cơ không tuân thủ, từ đó triển khai các biện pháp hỗ trợ kịp thời.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Hiếu, Trần Thị Tô Châu. Đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc Bisphosphonate đường uống ở bệnh nhân loãng xương. Tạp chí Y học Việt Nam 2021;502(Đặc biệt):156-162. (In VIE).
- [2] Gustafsson M, Abramsson L. Adherence to Bisphosphonates among People Admitted to an Orthopaedic and Geriatric Ward at a University Hospital in Sweden. Pharmacy 2018;6(1):20. (In ENG). DOI: 10.3390/pharmacy6010020

- [3] Hall SF, Edmonds SW, Lou Y, et al. Patient-reported reasons for nonadherence to recommended osteoporosis pharmacotherapy. *Journal of the American Pharmacists Association* : JAPhA 2017;57(4):503-509. (In eng). DOI: 10.1016/j.japh.2017.05.003.
- [4] Gonnelli S, Caffarelli C, Letizia Mauro G, et al. Retrospective evaluation of persistence in osteoporosis therapy with oral bisphosphonates in Italy: the TOBI study. *Aging clinical and experimental research* 2019;31(11):1541-1547. (In eng). DOI: 10.1007/s40520-019-01205-7.
- [5] Schousboe JT, Dowd BE, Davison ML, Kane RL. Association of medication attitudes with non-persistence and non-compliance with medication to prevent fractures. *Osteoporosis International* 2010;21(11):1899-1909. (In ENG). DOI: 10.1007/s00198-009-1141-5.
- [6] Horne R, Weinman J. Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-adherence to Preventer Medication. *Psychology & Health* 2002;17(1):17-32. (In ENG). DOI: 10.1080/08870440290001502.
- [7] Horne R, Cooper V, Gellaitry G, Date HL, Fisher M. Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence: the utility of the necessity-concerns framework. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 2007;45(3):334-41. (In eng). DOI: 10.1097/QAI.0b013e31806910e3.
- [8] Solomon DH, Iversen MD, Avorn J, et al. Osteoporosis telephonic intervention to improve medication regimen adherence: a large, pragmatic, randomized controlled trial. *Archives of internal medicine* 2012;172(6):477-83. (In eng). DOI: 10.1001/archinternmed.2011.1977.

