



Original Article

Impact of Adverse Drug Events on Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Patients: A Study in a Provincial Oncology Hospital in Vietnam

Tran Thi Thu Trang¹, Nguyen Thi Yen², Doan Thu Quyen², Nguyen Thi Hong Hanh¹,
Nguyen Tu Son¹, Bui Van Giang¹, Nguyen Thi Lien Huong^{1,*}

¹Hanoi University of Pharmacy, 13-15 Le Thanh Tong, Cua Nam, Hanoi, Vietnam

²Bac Giang Oncology Hospital, Pham Ngoc Thach, Da Mai, Bac Ninh, Vietnam

Received 21st April 2026

Revised 14th May 2026; Accepted 25th May 2026

Abstract: Adjuvant endocrine therapies used in the treatment of breast cancer may cause multiple adverse drug events (ADEs), which can reduce patients' quality of life and hinder treatment adherence if not properly managed. A cross-sectional study was conducted at Provincial Oncology Hospital among patients who had been prescribed tamoxifen or aromatase inhibitors (AIs) for at least 3 months. ADEs occurring within the previous 4 weeks were recorded and their severity assessed using a 4-point Likert scale, based on a 21-item symptom questionnaire. Treatment adherence was evaluated using the 12-item Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS). Among 243 participants (mean age 54.4 ± 10.1 years; 93.4% postmenopausal; 72.8% stage II disease; 53.1% receiving AIs), with a total of 774 events recorded, 199 patients (81.9%) reported at least one ADE and 63 patients (25.9%) experienced at least one severe ADE. Musculoskeletal adverse events were the most frequently reported (26.2%), followed by vasomotor adverse events such as hot flashes (13.0%). The overall non-adherence rate was 48.6%, primarily due to forgetting or missing medication when being careless. Multivariate analysis showed that the occurrence of ADEs was significantly associated with treatment adherence. Specifically, patients experiencing at least one ADE were significantly less likely to adhere to treatment (OR = 0.015; 95%CI: 0.002–0.116), and adherence decreased as the number of ADEs increased ($p < 0.001$). These findings highlight the importance of early detection and effective management of ADE, as well as strengthening patient education to improve adherence, thereby contributing to better treatment outcomes and improved quality of life.

Keyword: Adverse drug events, adherence, adjuvant endocrine therapy, breast cancer, ARMS.

* Corresponding author.

E-mail address: huongntl@hup.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4982>

Ảnh hưởng của biến cố bất lợi đến tuân thủ điều trị phác đồ nội tiết hỗ trợ trên bệnh nhân ung thư vú: Nghiên cứu tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến tính ở Việt Nam

Trần Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thị Yên², Đoàn Thu Quyên², Nguyễn Thị Hồng Hạnh¹, Nguyễn Tứ Sơn¹, Bùi Văn Giang¹, Nguyễn Thị Liên Hương^{1,*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội, 13-15 Lê Thánh Tông, Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Giang, Phạm Ngọc Thạch, Đa Mai, Bắc Ninh, Việt Nam

Nhận ngày 21 tháng 4 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 14 tháng 5 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Các thuốc nội tiết trong điều trị ung thư vú có thể gây nhiều biến cố bất lợi (ADE), ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và làm giảm tuân thủ điều trị nếu không được kiểm soát phù hợp. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại một Bệnh viện ung bướu tuyến tính ở Việt Nam trên các bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng tamoxifen hoặc thuốc ức chế aromatase (AIs) trong ít nhất 3 tháng. Các ADE được ghi nhận trong vòng 4 tuần gần nhất và đánh giá mức độ nặng theo thang Likert 1–4, với bộ câu hỏi gồm 21 biến cố. Mức độ tuân thủ điều trị được đánh giá bằng bộ câu hỏi ARMS gồm 12 câu hỏi. Trong tổng số 243 bệnh nhân tham gia nghiên cứu (tuổi trung bình 54,4 ± 10,1; 93,4% đã mãn kinh; 72,8% giai đoạn II; 53,1% sử dụng AIs), có 199 bệnh nhân (81,9%) ghi nhận ít nhất một ADE, với tổng cộng 774 biến cố được báo cáo. Trong đó, 63 bệnh nhân (25,9%) xuất hiện ít nhất một biến cố mức độ nặng. Các ADE trên hệ cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (26,2%), tiếp theo là các biến cố vận mạch như nóng bừng/bốc hỏa (13,0%). Tỷ lệ không tuân thủ điều trị là 48,6%, chủ yếu là quên uống thuốc, bỏ sót thuốc do bất cẩn. Phân tích đa biến cho thấy sự xuất hiện của ADE có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ điều trị. Cụ thể, bệnh nhân có ít nhất một ADE có khả năng tuân thủ thấp hơn đáng kể (OR = 0,015; 95% CI: 0,002–0,116), và số lượng biến cố càng tăng thì mức độ tuân thủ càng giảm ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của việc phát hiện sớm và quản lý hiệu quả các ADE, đồng thời tăng cường giáo dục người bệnh nhằm cải thiện tuân thủ điều trị, qua đó góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Biến cố bất lợi, tuân thủ điều trị, phác đồ nội tiết hỗ trợ, ung thư vú, ARMS.

1. Đặt vấn đề

Ung thư vú (UTV) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên toàn cầu, với khoảng 2,3 triệu ca mắc mới năm 2022, chiếm 11,6% tổng số ca ung thư [1, 2]. Tại Việt Nam, năm 2022 ghi nhận 24.563 ca mắc mới UTV ở nữ giới (28,9%), đứng đầu trong các loại ung thư ở phụ

nữ [2]. Điều trị nội tiết là phương pháp điều trị đích đóng vai trò quan trọng trong UTV, được sử dụng cả ở giai đoạn hỗ trợ và giai đoạn tái phát/di căn. Điều trị nội tiết hỗ trợ giúp giảm nguy cơ tái phát và thường được duy trì 5–10 năm được chứng minh mang lại hiệu quả lâm sàng rõ rệt, giúp giảm tỷ lệ tái phát và tử vong [3-5]. Tuy nhiên, do cơ chế tác dụng, các thuốc nội tiết

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: huongntl@hup.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4982>

thường gây ra nhiều ADE đặc trưng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và có thể trở thành rào cản đối với tuân thủ điều trị nếu không được quản lý phù hợp [6-10].

Việc tuân thủ và duy trì điều trị phác đồ nội tiết đã được chứng minh đem lại hiệu quả đáng kể trên lâm sàng, làm giảm tỷ lệ tử vong và tái phát bệnh [11]. Tỷ lệ tuân thủ điều trị được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây dao động từ khoảng 40% đến gần 100%, và có xu hướng giảm dần theo thời gian [12]. Tuân thủ điều trị nội tiết ở bệnh nhân UTV chịu ảnh hưởng bởi nhiều nhóm yếu tố khác nhau, bao gồm đặc điểm cá thể, xã hội và hệ thống y tế [8]. Trong đó, ADE được xem là một yếu tố quan trọng, khi sự xuất hiện cũng như mức độ và tần suất của các biến cố này có liên quan chặt chẽ đến giảm tuân thủ điều trị [8]. Do vậy, việc đánh giá ADE và tác động của chúng tới tuân thủ điều trị trên từng quần thể bệnh nhân cụ thể là vấn đề cần được quan tâm. Từ đó có các căn cứ để đưa ra giải pháp quản lý ADE, giúp tăng khả năng tuân thủ điều trị, góp phần cải thiện hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm tuân thủ điều trị và phân tích mối liên quan giữa ADE của thuốc nội tiết (do bệnh nhân tự báo cáo) với tuân thủ điều trị tại một bệnh viện chuyên khoa ung bướu tuyến tính tại Việt Nam.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chỉ trả bảo hiểm y tế, đến khám và lấy thuốc theo chế độ bảo hiểm y tế tại Bệnh viện ung bướu tuyến tính (bệnh viện nghiên cứu) - với quy mô điều trị ngoại trú hơn 400 bệnh nhân UTV bằng liệu pháp nội tiết hỗ trợ trong thời gian từ 10/2024 - 01/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ từ 18 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn I-III (mã chẩn đoán ICD-10: C50).

- Được chỉ định điều trị bằng tamoxifen, hoặc các thuốc ức chế aromatase (letrozol, anastrozol, exemestan) ít nhất trong 3 tháng tính đến thời điểm phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có mắc kèm các bệnh ung thư khác.
- Từ chối tham gia vào nghiên cứu.
- Đã từng được nghiên cứu viên phỏng vấn tại chu kỳ trước đó.
- Không thể tự hoàn thành nội dung phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, sử dụng dữ liệu phỏng vấn bệnh nhân và dữ liệu lưu trữ trong hồ sơ khám bệnh ngoại trú của bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu (Hình 1).

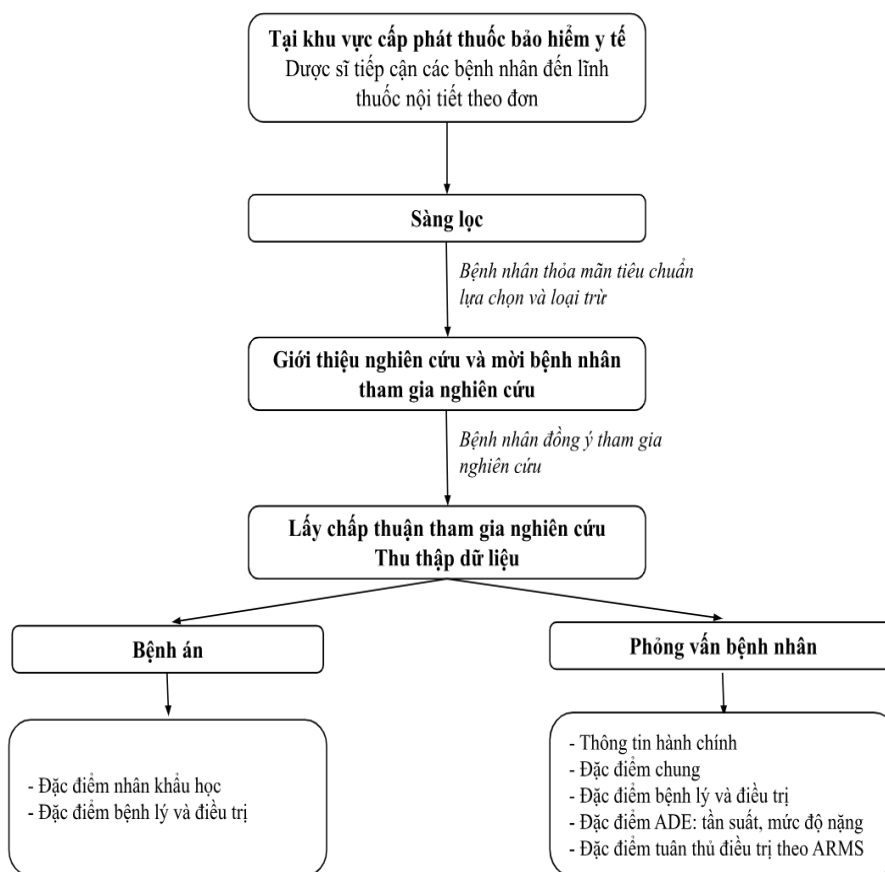
Bộ công cụ sử dụng và quy ước trong nghiên cứu:

Bộ công cụ đánh giá ADE: bệnh nhân được hỏi về việc gặp 21 ADE và mức độ nặng của các biến cố gặp phải. Bộ công cụ này được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi BCPT [13] và FACT-ES [14]. Bệnh nhân có thể báo cáo thêm các biến cố khác (nếu có). Phân nhóm 21 ADE dựa trên bậc phân loại SOC của hệ thống phân loại MedDRA bao gồm [15]: Các rối loạn hệ sinh sản và vú (giảm ham muốn tình dục, khô âm đạo, chảy máu âm đạo, tăng tiết dịch âm đạo, đau/khó chịu ở vú, ngứa âm đạo); các rối loạn đường tiêu hoá (buồn nôn, nôn, chán ăn, tiêu chảy, táo bón, đau dạ dày); các rối loạn cơ xương khớp và tổ chức liên kết (đau/mỏi/cứng các vị trí cơ xương khớp); các rối loạn mạch máu (nóng bừng, bốc hỏa); các rối loạn thần kinh (đau đầu, chóng mặt); các rối loạn tâm thần (thay đổi cảm xúc, rối loạn giấc ngủ); các rối loạn chung (mệt mỏi); các triệu chứng khác. Đánh giá mức độ nặng ADE theo thang Likert từ 0 – 4 với mỗi biến cố ghi nhận. Tương ứng với điểm 3-4 là biến cố được phân loại là mức độ nặng.

Công cụ Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS) đánh giá tuân thủ điều trị [16]. Bệnh nhân trả lời bộ câu hỏi ARMS gồm 12 mục (8 mục đánh giá tuân thủ dùng thuốc và 4 mục đánh giá tuân thủ tái lĩnh thuốc), mỗi mục được chấm từ 1–4 điểm (Bảng 1). Đối với các câu 1–

11, điểm số tăng tương ứng với mức độ tuân thủ giảm (1 = không bao giờ; 2 = có vài lần; 3 = nhiều lần; 4 = luôn luôn), trong khi câu 12 được chấm điểm theo chiều ngược lại (1 = luôn luôn

đến 4 = không bao giờ). Bệnh nhân được đánh giá là tuân thủ điều trị nếu tổng điểm bằng 12 và không tuân thủ nếu tổng điểm >12.



Hình 1. Quy trình nghiên cứu.

Bảng 1. Nội dung chi tiết bộ câu hỏi ARMS

Câu	Câu hỏi
1	Bác/chị có bao giờ quên uống thuốc nội tiết không?
2	Bác/chị có bao giờ chú ý không uống thuốc nội tiết không?
3	Bác/chị có bao giờ quên đi lĩnh thuốc nội tiết không?
4	Bác/chị có bao giờ bị hết thuốc nội tiết không?
5	Bác/chị có bao giờ bỏ liều thuốc nội tiết trong ngày đi khám không?
6	Khi cảm thấy tình trạng của mình tốt hơn, bác/chị có bao giờ bỏ uống thuốc nội tiết không?
7	Khi gặp vấn đề về sức khỏe (ví dụ: ốm, mệt), bác/chị có bao giờ bỏ uống thuốc nội tiết không?
8	Bác/chị có bao giờ không uống thuốc nội tiết do bất cẩn không?
9	Bác/chị có bao giờ tự thay đổi liều dùng thuốc nội tiết cho phù hợp với mình không?
10	Bác/chị có bao giờ quên dùng thuốc nội tiết khi phải dùng các thuốc nhiều lần trong ngày không?
11	Bác/chị có bao giờ không đi lĩnh thuốc nội tiết vì vấn đề chi phí không?
12	Bác/chị có bao giờ thu xếp để đi lĩnh thuốc nội tiết trước khi hết thuốc không?

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng Google Form, lưu trữ trên phần mềm Excel 2016, sau đó được làm sạch và xử lý thống kê bằng phần mềm Excel 2016 và RStudio phiên bản 4.5.2. Biểu định tính được mô tả dưới dạng số lượng (tỷ lệ, %). Biểu định lượng biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD) (với phân phối chuẩn); hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị, IQR) và min-max (với phân phối không chuẩn). Các biến định tính được so sánh tỷ lệ bằng kiểm định thống kê χ^2 cho 2 mẫu độc lập; kiểm định T (phân phối chuẩn), hoặc kiểm định Mann-Whitney U (phân phối không chuẩn) đối với biến định lượng. Phân tích đa biến bằng mô hình hồi quy logistic, phương pháp Stepwise (bao gồm các yếu tố: tuổi, BMI, đang sống cùng chồng, học vấn, loại thuốc nội tiết đang dùng, thời gian điều trị, thuốc dùng kèm và có ít nhất 1 ADE). Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học luận văn chuyên khoa 1 của Trường Đại học Dược Hà Nội và thực hiện khi được sự cho phép của bệnh viện nghiên cứu. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến nghiên cứu và tự nguyện quyết định tham gia. Các bệnh nhân tham gia đều được ký chấp thuận tham gia vào nghiên cứu. Các số liệu và kết quả chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu, không sử dụng cho các mục đích khác. Mọi số liệu công bố sẽ không bao gồm thông tin về danh tính bệnh nhân.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân

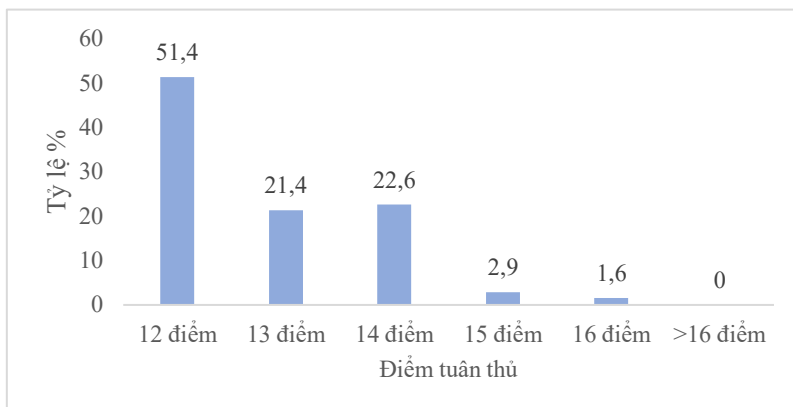
Nghiên cứu trên 243 bệnh nhân có tuổi trung bình $54,4 \pm 10,1$, chủ yếu là phụ nữ mãn kinh (93,4%) và phần lớn ở giai đoạn II (72,8%). Các thuốc nội tiết được sử dụng bao gồm tamoxifen và AIs với tỷ lệ tương đối đồng đều lần lượt là 46,9% và 53,1%, trong đó đa số điều trị từ 2 năm trở lên (74,1%) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm chung và ADE của bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả (N=243), n (%)
Tuổi, TB \pm SD; min-max	54,4 \pm 10,1; 29-82
18-30	1 (0,4)
31-40	18 (7,4)
>40	224 (92,2)
Trình độ văn hoá	
Không đi học	5 (2,1)
Dưới THPT	158 (65,0)
THPT	50 (20,6)
Cao đẳng, đại học trở lên	30 (12,3)
Thu nhập	
Không có thu nhập	66 (27,2)
Dưới 5 triệu	57 (23,5)
Từ 5 triệu trở lên	120 (49,4)
Đang có chồng/bạn tình	235 (96,7)
Đã mãn kinh	227 (93,4)
Gia đình có người thân đang bị ung thư vú	18 (7,4)
Nghén trong thời kỳ mang thai	137 (56,4)
Giai đoạn bệnh	
I	28 (11,5)
II	177 (72,8)
III	38 (15,6)
Thuốc nội tiết đang sử dụng	
Tamoxifen	114 (46,9)
AIs (letrozol, anastrozol, exemestan)	129 (53,1)
Thời gian dùng thuốc nội tiết	
Dưới 1 năm	35 (14,4)
Từ 1 năm – dưới 2 năm	28 (11,5)
Từ 2 năm – dưới 5 năm	94 (38,7)
5 năm trở lên	86 (35,4)
Tiền sử điều trị	
Đã phẫu thuật	243 (100)
Đã hoá trị	231 (95,1)
Đã xạ trị	138 (56,8)
Có bệnh mắc kèm	40 (16,5)
Có thuốc dùng kèm	71 (29,2)

3.2. Đặc điểm tuân thủ điều trị của bệnh nhân

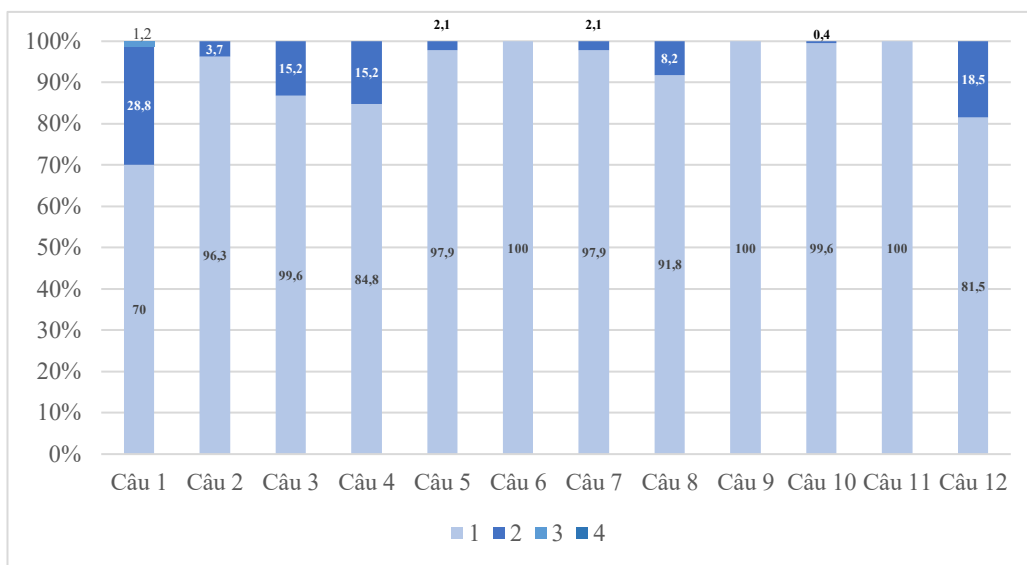
Kết quả đánh giá trên 243 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị theo thang điểm ARMS đạt 51,4%, tỷ lệ không tuân thủ là 48,6%. Phần lớn bệnh nhân có mức điểm từ 13–14 (lần lượt 21,4% và 22,6%), trong khi chỉ 4,5% có điểm cao hơn (15–16 điểm). Không ghi nhận trường hợp nào có điểm trên 16 (Hình 2).



Hình 2. Điểm tuân thủ điều trị của bệnh nhân theo bộ câu hỏi ARMS (N=243).

Kết quả phân tích từng mục trong bộ câu hỏi ARMS cho thấy mức độ tuân thủ khác nhau giữa các hành vi dùng thuốc (Hình 3). Tuân thủ tốt (trả lời “không bao giờ” cho câu 1–11 và “luôn luôn” cho câu 12) được ghi nhận tuyệt đối ở các câu 6, 9 và 11. Ngược lại, mức tuân thủ kém nhất

tập trung ở câu 1 và câu 12, với tỷ lệ không tuân thủ lần lượt là 70,0% và 81,5%. Ngoài ra, 15,2% bệnh nhân báo cáo tình trạng hết thuốc (câu 4) và 8,2% không dùng thuốc do bất cần (câu 8), cho thấy một số rào cản đáng kể trong việc duy trì điều trị.



Hình 3. Đặc điểm tuân thủ theo từng câu hỏi của bộ ARMS (N=243).

Chú thích: Câu 1 - 11: 1= không bao giờ, 2= có vài lần, 3= nhiều lần, 4= luôn luôn.
 Câu 12: 1= luôn luôn, 2= nhiều lần, 3= có vài lần, 4= không bao giờ.

2.4. Ảnh hưởng của biến cố bất lợi đến tuân thủ điều trị phác đồ nội tiết bổ trợ

Tại thời điểm phỏng vấn, có 199/243 bệnh nhân báo cáo ít nhất gặp 1 ADE (81,9%), với tổng cộng 774 ADE. Trong đó 63 bệnh nhân có ít nhất 1 biến cố nặng (25,9%).

2.5. Phân tích đa biến ảnh hưởng biến cố bất lợi đến tuân thủ điều trị

Phân tích đa biến cho thấy sự xuất hiện của ít nhất một ADE là yếu tố làm giảm có ý nghĩa khả năng tuân thủ điều trị bệnh nhân (OR 0,015; 95%CI 0,002–0,116). Ngoài ra, loại thuốc nội

tiết cũng có liên quan với tuân thủ, khi bệnh nhân sử dụng AIs có khả năng tuân thủ cao hơn so với tamoxifen (OR 2,184; 95%CI 1,176–4,058) (Bảng 3).

2.6. So sánh một số đặc điểm của biến cố bất lợi giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ điều trị

Phân tích kỹ hơn các đặc điểm ADE cho thấy sự xuất hiện, số lượng cũng như mức độ nặng ADE đều liên quan đến giảm tuân thủ điều trị. Cụ thể, bệnh nhân gặp ADE, đặc biệt là các biến

cố mức độ nặng, có xu hướng tuân thủ kém hơn ($p < 0,01$). Đồng thời, số lượng ADE ở nhóm không tuân thủ cao hơn đáng kể so với nhóm tuân thủ (trung vị 5 [4–6] so với 1 [0–3]; $p < 0,001$). Ngoài ra, hầu hết các nhóm ADE, bao gồm cơ xương khớp, tâm thần, sinh sản – vú, vận mạch, thần kinh, mệt mỏi, tiêu hóa và nhìn mờ, đều ghi nhận với tỷ lệ cao hơn ở nhóm không tuân thủ ($p < 0,05$). Trong khi đó, xu hướng tương tự cũng được ghi nhận đối với khó thở và tăng cân, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 3. Phân tích đa biến về ảnh hưởng của ADE đến tuân thủ điều trị

Đặc điểm	Kết quả		
	p	OR	95%CI
Tuổi (≥ 50 so với < 50 tuổi)	0,848	1,066	0,555-2,048
BMI (≥ 23 so với < 23 kg/m ²)	0,343	0,744	0,403-1,371
Đang sống cùng chồng (có so với không)	0,768	1,320	0,227-7,474
Học vấn (từ cấp 3 trở lên so với học vấn thấp hơn)	0,312	0,723	0,386-1,356
Loại thuốc nội tiết (AIs so với Tamoxifen)	0,013	2,184	1,176-4,058
Thời gian đã điều trị AET (từ 2 năm trở lên so với dưới 2 năm)	0,054	0,523	0,271-1,011
Thuốc dùng kèm (Có so với không)	0,340	0,734	0,389-1,386
Có ít nhất 1 ADE (Có so với không)	$< 0,001$	0,015	0,002-0,116

Bảng 4. So sánh đặc điểm ADE giữa hai nhóm tuân thủ và không tuân thủ điều trị

Đặc điểm biến cố bất lợi	Tuân thủ (N=125), n (%)	Không tuân thủ (N=118), n (%)	p
Có ít nhất 1 ADE mức độ nặng	20 (16,0)	43 (36,4)	$< 0,001$
Số lượng ADE, trung vị (IQR)	1 (0-3)	5 (4-6)	$< 0,001$
Có các biến cố/nhóm biến cố			
ADE cơ xương khớp	36 (28,8)	80 (67,8)	$< 0,001$
ADE tâm thần	14 (11,2)	72 (61,0)	$< 0,001$
ADE sinh sản và vú	19 (15,2)	52 (44,1)	$< 0,001$
ADE vận mạch (nóng bừng)	40 (32,0)	61 (51,7)	0,003
ADE thần kinh	19 (15,2)	64 (54,2)	$< 0,001$
ADE chung (mệt mỏi)	18 (14,4)	56 (47,5)	$< 0,001$
ADE tiêu hoá	3 (2,4)	10 (8,5)	0,046
Nhìn mờ	7 (5,6)	44 (37,3)	$< 0,001$
Khó thở	3 (2,4)	8 (6,8)	0,128
Tăng cân	3 (2,4)	7 (5,9)	0,206

4. Bàn luận

Điều trị bằng phác đồ nội tiết hỗ trợ (AET) đã chứng minh những lợi ích về giảm khả năng tái phát và tử vong trên bệnh nhân UTV có thụ

thể nội tiết dương tính. Tuy nhiên, việc sử dụng AET có thể gặp những ADE ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [8, 9, 17]. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ADE và hành vi tuân thủ điều trị

trên bệnh nhân UTV sử dụng thuốc AET, đồng thời phân tích mối liên quan giữa ADE và tuân thủ điều trị. Mẫu nghiên cứu bao gồm 243 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 54,4; tỷ lệ mãn kinh chiếm 93,4%; chủ yếu các bệnh nhân ở giai đoạn II (72,8%) và được điều trị bằng AIs (53,1%).

Về đặc điểm ADE, khoảng 82% bệnh nhân trong nghiên cứu ghi nhận gặp ít nhất một ADE trong vòng 4 tuần gần đây. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Wuensch và cộng sự tại Đức (85,8%), nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Hạnh (95%) [18, 19]. Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận 25,9% bệnh nhân có báo cáo ít nhất một ADE mức độ nặng, tuy nhiên tỷ lệ này vẫn thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hạnh (37,4%) [18]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm mẫu nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hạnh được thực hiện trên cỡ mẫu lớn (N = 863) tại bệnh viện tuyến trung ương, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại bệnh viện tuyến tỉnh với quy mô nhỏ hơn. Bên cạnh đó, phương pháp thu thập dữ liệu thông qua phỏng vấn trực tiếp có thể phản ánh chủ yếu trải nghiệm chủ quan của người bệnh và mức độ ảnh hưởng của ADE đến chất lượng cuộc sống, từ đó có thể dẫn đến sự khác biệt về tỷ lệ ghi nhận. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tần suất xuất hiện ADE ở mức cao và tác động đáng kể của chúng đối với người bệnh, qua đó cho thấy nhu cầu cần tăng cường các biện pháp theo dõi, tư vấn và quản lý ADE trong thực hành lâm sàng.

Về đặc điểm tuân thủ điều trị, tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu đạt 51,4%, nằm trong khoảng dao động được ghi nhận ở các nghiên cứu trước đây (46%–100%) [12]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến nhiều yếu tố như cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu, công cụ đánh giá và thời gian theo dõi,... [12]. Các rào cản được ghi nhận trong nghiên cứu chủ yếu mang tính không chủ ý, trong đó phổ biến nhất là quên uống thuốc (30,0%), không thu xếp kịp thời để lĩnh thuốc (gần 20%), hết thuốc (15,2%) và không uống do bất cần (8,2%). Ngược lại, không tuân thủ có chủ ý chiếm tỷ lệ thấp, với 3,7% bệnh

nhân cố ý không dùng thuốc và 2,1% ngừng thuốc do vấn đề sức khỏe; không ghi nhận trường hợp tự ý ngừng thuốc, thay đổi liều hoặc không lĩnh thuốc do chi phí. Nhìn chung, các kết quả thu được khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tử Sơn và cộng sự đã báo cáo trước đó cũng trên quần thể người Việt Nam [20]. Với tỷ lệ quên uống thuốc và các vấn đề liên quan đến việc lĩnh thuốc/hết thuốc chiếm ưu thế, các phát hiện này nhấn mạnh vai trò của các can thiệp hỗ trợ hành vi, như tăng cường nhắc nhở dùng thuốc, cải thiện khả năng tiếp cận và duy trì cung ứng thuốc liên tục.

Phân tích đa biến cho thấy sự xuất hiện ADE là yếu tố liên quan có ý nghĩa giảm tuân thủ sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng. Cụ thể, bệnh nhân gặp ít nhất một ADE có khả năng tuân thủ thấp hơn rõ rệt (OR = 0,015; 95%CI: 0,002–0,116). Đồng thời, loại thuốc nội tiết cũng ảnh hưởng đến tuân thủ, với nhóm sử dụng AIs có khả năng tuân thủ cao hơn so với tamoxifen (OR = 2,184; 95%CI: 1,176–4,058). Để làm rõ hơn ảnh hưởng của từng loại ADE, phân tích so sánh hai nhóm cho thấy sự xuất hiện, số lượng và mức độ nặng của ADE đều liên quan đến giảm tuân thủ điều trị. Nhóm không tuân thủ ghi nhận số lượng ADE cao hơn đáng kể, đồng thời các biến cố mức độ nặng cũng xuất hiện nhiều hơn. Đáng chú ý, hầu hết các nhóm ADE như cơ xương khớp, vận mạch, sinh sản – vú, tâm thần, thần kinh, mệt mỏi và tiêu hóa đều có tỷ lệ cao hơn ở nhóm không tuân thủ. Các kết quả này phù hợp với hồ sơ an toàn đã được báo cáo của liệu pháp nội tiết, trong đó các biến cố cơ xương khớp (đặc biệt với AIs), vận mạch và rối loạn sinh sản – vú là những ADE thường gặp và có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống người bệnh. Ngược lại, các triệu chứng như khó thở và tăng cân tuy có xu hướng tương tự nhưng không đạt ý nghĩa thống kê, cho thấy vai trò hạn chế hơn trong ảnh hưởng đến tuân thủ trong quần thể nghiên cứu này. Những phát hiện trên nhấn mạnh không chỉ sự xuất hiện mà cả mức độ nặng và đặc điểm của loại ADE đều góp phần làm giảm tuân thủ điều trị. Do đó, việc quản lý ADE cần được tiếp cận một cách toàn diện, bao gồm phát hiện sớm, đánh giá mức

độ, và can thiệp phù hợp theo từng nhóm triệu chứng. Đặc biệt, cần ưu tiên theo dõi và kiểm soát các ADE thường gặp và có ảnh hưởng lớn. Bên cạnh đó, tăng cường tư vấn và giáo dục người bệnh về nhận biết và xử trí các ADE có thể giúp cải thiện khả năng thích ứng với điều trị, từ đó hạn chế tác động bất lợi, nâng cao mức độ tuân thủ và hiệu quả điều trị lâu dài.

5. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân ung thư vú điều trị nội tiết hỗ trợ gặp ít nhất một ADE (81,9%), trong đó 25,9% ghi nhận biến cố nặng. Tỷ lệ tuân thủ điều trị còn hạn chế, chỉ đạt 51,4%, với phần lớn các trường hợp không tuân thủ mang tính không chủ ý. Đáng chú ý, sự xuất hiện và gánh nặng ADE có liên quan chặt chẽ đến giảm tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Những kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc nhận diện và quản lý ADE nhằm cải thiện tuân thủ và tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

- [1] A. M. Filho, M. Laversanne, J. Ferlay, M. Colombet, M. Piñeros, A. Znaor, D. M. Parkin, I. Soerjomataram, F. Bray, The Globocan 2022 Cancer Estimates: Data Sources, Methods, and a Snapshot of the Cancer Burden Worldwide. *The International Journal of Cancer*, Vol. 156, No 7, 2025, pp. 1336-1346, <https://doi.org/10.1002/ijc.35278>.
- [2] International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory: Viet Nam, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf> (accessed on: March 25th, 2026).
- [3] Ministry of Health, Guidelines for Diagnosis and Treatment of Breast Cancer, Hanoi, 2020 (in Vietnamese).
- [4] National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf (accessed on: March 25th, 2026).
- [5] T. V. Thuan, Medical treatment of breast cancer, Medical Publishing House, 2019 (in Vietnamese).
- [6] J. Baumgart, K. Nilsson, A. S. Evers, K. Kask, K. Villman, H. Lindman, T. Kallak, I. Sundström-Poromaa, Urogenital Disorders in Women with Adjuvant Endocrine Therapy after Early Breast Cancer, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 204, No. 1, 2011, pp. 26e1-7, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.08.035>.
- [7] N. Honma, M. Makita, S. Saji, T. Mikami, H. Ogata, R. Horii, F. Akiyama, T. Iwase, S. Ohno, Characteristics of Adverse Events of Endocrine Therapies Among Older Patients with Breast Cancer, *Support Care Cancer*, Vol. 27, No. 10, 2019, pp. 3813-3822, <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04674-8>.
- [8] L. K. Lambert, L. G. Balneaves, A. F. Howard, C. C. Gotay, Patient-reported Factors Associated with Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy After Breast Cancer: An Integrative Review. *Breast Cancer Research and Treatment*, Vol. 167, No. 3, 2018, pp. 615-633, <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4561-5>.
- [9] K. Ribi, J. Bernhard, K. Rufibach, B. Thürlimann, R. von Moos, T. Ruhstaller, A. Glaus, C. Böhme, Endocrine Symptom Assessment in Women With Breast Cancer: What A Simple Yes Means. *Support Care Cancer*, Vol. 15, No. 12, 2007, pp. 1349-1356, <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0258-3>.
- [10] S. M. Rosenberg, A. L. Stanton, K. J. Petrie, A. H. Partridge, Symptoms and Symptom Attribution Among Women on Endocrine Therapy for Breast Cancer, *Oncologist*, Vol. 20, No. 6, 2015, pp. 598-604, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0007>.
- [11] C. J. Ursem., H. B. Bosworth, R. A. Shelby, W. Hwang, R. T. Anderson, G. G. Kimmick, Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy for Breast Cancer: Importance in Women with Low Income. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, Vol. 24, No. 5, 2015, pp. 403-408, <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4982>.
- [12] J. A. Greer, N. Amoyal, L. Nisotel, J. N. Fishbein, J. MacDonald, J. Stagl, I. Lennes, J. S. Temel, S. A. Safren, W. F. Pirl, A Systematic Review of Adherence to Oral Antineoplastic Therapies, *Oncologist*, Vol. 21, No. 3, 2016, pp. 354-376, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0405>.
- [13] A. L. Stanton, C. A. Bernaards, P. A. Ganz, the BCPT Symptom Scales: A Measure of Physical Symptoms for Women Diagnosed with or At Risk for Breast Cancer, *the Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 96, No. 6, 2005, pp. 448-456, <https://doi.org/10.1093/jnci/dji069>.

- [14] FACIT, Questionnaires: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy <https://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires> (accessed on: March 19th, 2026).
- [15] ICH, Introductory Guide MedDRA version 22.1, https://admin.meddra.org/sites/default/files/guidance/file/000354_intguide_22.1.pdf (accessed on: March 20th, 2026).
- [16] S. Kripalani, J. Risser, M. E. Gatti, T. A. Jacobson, Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) Among Low-literacy Patients with Chronic Disease, *Value Health*, Vol. 12, No. 1, 2009, pp. 118-123, <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x>.
- [17] C. Davies, H. Pan, J. Godwin, R. Gray, R. Arriagada, V. Raina, M. Abraham, V. H. Medeiros Alencar, A. Badran, X. Bonfill, J. Bradbury, M. Clarke, R. Collins, S. R. Davis, A. Delmestri, J. F. Forbes, P. Haddad, M. F. Hou, M. Inbar, H. Khaled, J. Kielanowska, W. H. Kwan, B. S. Mathew, I. Mitra, B. Müller, A. Nicolucci, O. Peralta, F. Pernas, L. Petruzelka, T. Pienkowski, R. Radhika, B. Rajan, M. T. Rubach, S. Tort, G. Urrútia, M. Valentini, Y. Wang, R. Peto, Long-Term Effects of Continuing Adjuvant Tamoxifen to 10 Years Versus Stopping at 5 Years After Diagnosis of Oestrogen Receptor-Positive Breast Cancer: ATLAS, a Randomised Trial, *Lancet*, Vol. 381, No. 9869, 2013, pp. 805-816, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61963-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61963-1).
- [18] N. T. H. Hanh, T. T. T. Trang, N. T. M. Chi, D. K. Linh, N. H. Long, P. Q. Toan, H. T. L. Hao, N. T. L. Huong, Adverse Events in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Endocrine Therapy: Frequency and Related Factors, *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*, 2025, <https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4733> (in Vietnamese).
- [19] P. Wuensch, A. Hahne, R. Haidinger, K. Meißler, B. Tenter, C. Stoll, B. Senf, J. Huebner, Discontinuation and Non-adherence to Endocrine Therapy in Breast Cancer Patients: is Lack of Communication the Decisive Factor? *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, Vol. 141, No. 1, 2015, pp. 55-60, <https://doi.org/10.1007/s00432-014-1779-z>.
- [20] N. T. Son, N. T. H. Hanh, T. T. T. Trang, V. D. Tien, H. T. L. Hao, N. T. L. Huong, Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy and Associated Factors Among Patients with Breast Cancer, *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*, Vol. 41, No. 1, 2025, pp. 40-46, <https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4713> (in Vietnamese).