

YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Văn Tân, Mai Thu Hương và Bàn Ái Viên✉

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định yếu tố liên quan đến sự không tuân thủ điều trị bằng thuốc ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2022 đến 6/2023. Thang điểm MARS-5 được sử dụng để đánh giá tuân thủ điều trị, khi đạt 25 điểm. Có 387 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nam chiếm đa số (60,2%) và tuổi trung bình là 68,6 tuổi. Tỷ lệ không tuân thủ điều trị là 41,1%. Phân tích đơn biến cho thấy tuổi ≤ 60 , thời gian mắc bệnh lâu, điều trị với metformin, điều trị với insulin có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn. Phân tích hồi quy đa biến thì tuổi ≤ 60 (OR = 0,95; KTC 95%: 0,93 – 0,98), thời gian mắc bệnh lâu (OR = 1,05; KTC 95%: 1,02 – 1,08) và điều trị với insulin (OR = 3,36; KTC 95%: 1,94 – 5,84) có liên quan đến không tuân thủ điều trị. Mức HbA1C thấp hơn ở nhóm tuân thủ điều trị là 7,3% và nhóm không tuân thủ điều trị là 10,6% với $p < 0,001$. Tỷ lệ con hạ đường huyết cao hơn ở nhóm tuân thủ điều trị so với nhóm không tuân thủ điều trị với $p = 0,044$. Tuổi ≤ 60 , điều trị với insulin và thời gian mắc bệnh lâu làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, không tuân thủ điều trị, đái tháo đường típ 2, điều trị ngoại trú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là bệnh mạn tính với cơ chế phối hợp của tình trạng thiếu tương đối của insulin được tiết ra bởi tế bào beta tuyến tụy và đề kháng insulin của mô ngoại biên. Theo Liên Đoàn Đái tháo Đường Quốc Tế IDF 2021 thì tần suất hiện mắc của đái tháo đường thế giới là 10,5% trong độ tuổi từ 20 – 79 tuổi, trong đó 90% là típ 2. Tính đến năm 2045 thì cứ 8 người sẽ có 1 người mắc bệnh.¹ Tại Việt Nam, trong năm 2022, tần suất bệnh ước tính là 7,3% (hơn 7 triệu người) đã được chẩn đoán, điều trị với hơn 50% có biến chứng trong đó 34% có biến chứng tim mạch và 24% biến chứng thận.² Khi điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 cũng như bất kỳ bệnh mạn tính nào, để đạt được hiệu quả điều trị

tối ưu với bệnh mạn tính thì phụ thuộc cả vào sự kiên trì điều trị và tuân thủ điều trị. Tuân thủ điều trị thuốc được định nghĩa là mức độ hành vi của một người trong việc dùng thuốc, tuân theo chế độ ăn kiêng và/hoặc thực hiện thay đổi lối sống, tương ứng với các khuyến nghị đã được thống nhất từ nhân viên y tế.² Y văn đã hệ thống được 5 nhóm nguyên nhân không tuân thủ điều trị với bệnh mạn tính, dù cố ý hay không bao gồm yếu tố kinh tế - xã hội, liên quan hệ thống y tế, do chế độ điều trị, do bệnh nhân và do bệnh.³ Nhiều nghiên cứu đã báo cáo điều trị thuốc đái tháo đường típ 2 đạt được tuân thủ điều trị khá dao động từ 36 - 93%.⁴ Việc tuân thủ điều trị giảm dần theo thời gian, trong một thống kê cho thấy với 65% đạt được mức tuân thủ tốt, 46% đạt được mục tiêu lý tưởng và chỉ còn 36,9% tiếp tục điều trị đến 24 tháng.⁵ Những nguyên nhân liên quan tuân thủ điều trị kém được ghi nhận qua các nghiên cứu gồm chưa nhận thức được lợi ích của điều trị, sợ tác dụng phụ, chế độ điều trị

Tác giả liên hệ: Bàn Ái Viên

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Email: aivienb@ump.edu.vn

Ngày nhận: 22/11/2024

Ngày được chấp nhận: 20/12/2024

phức tạp, điều trị với insulin, tác dụng phụ như hạ đường huyết, rối loạn tiêu hóa, thay đổi cân nặng. Hậu quả của việc không tuân thủ điều trị là tăng tử vong và chi phí y tế. Theo nghiên cứu tại Anh và của tác giả Ho thì tuân thủ điều trị kém tăng tử vong từ 1,6 – 1,8 lần với $p < 0,001$.^{6,7} Tăng chi phí y tế gồm tăng sử dụng chăm sóc ngoại trú, cấp cứu và nhập viện điều trị biến chứng do đái tháo đường. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân có thể được đánh giá qua quan sát trực tiếp hoặc theo dõi tuân thủ điện tử nhưng những phương pháp này khó khả thi đối với bệnh nhân ngoại trú. Công cụ tự đánh giá MAR-5 là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện và tin cậy nên chúng tôi sử dụng để xác định sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường. Để hiểu rõ và điều chỉnh kịp thời các nguyên nhân ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường típ 2, đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh.

- Bệnh nhân bắt đầu điều trị tối thiểu từ tháng 06/2022.

- Bệnh nhân được chỉ định sử dụng các thuốc hạ đường huyết, có thực hiện xét nghiệm HbA1C và có thực hiện các lần tái khám trong vòng 3 tháng trước khi thực hiện xét nghiệm HbA1C.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không có khả năng tự trả lời câu hỏi.

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm trùng, đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim nặng, suy gan, suy thận nặng, ung thư...

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 12/2022 đến 6/2023 tại phòng khám Nội tiết ngoại trú, bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh.

Chọn mẫu thuận tiện, liên tục các bệnh nhân đến khám và điều trị tại phòng khám ngoại trú trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu chính

Sử dụng thang điểm tự báo cáo tuân thủ điều trị MARS-5 để xác định thái độ tuân thủ điều trị. Thang điểm MARS-5 được phát triển bởi Rob Horne, là một dạng rút gọn của thang điểm MARS-10 được chính tác giả phát triển trước đó.⁸ Công cụ gồm 5 câu hỏi về thái độ tuân thủ điều trị; mỗi câu hỏi có 5 mức đánh giá về thái độ, mỗi mức đánh giá được cho điểm tăng dần theo mức độ thường xuyên của nguyên nhân, “không bao giờ” là 5 điểm và “luôn luôn” là 1 điểm. Nghiên cứu lấy tiêu chuẩn tuân thủ điều trị khi điểm MARS-5=25 và không tuân thủ điểm MARS-5 < 25. Chúng tôi lấy tiêu chuẩn khá nghiêm ngặt để đảm bảo tính giá trị từ nghiên cứu gốc với hệ số Cronbach's α trên bệnh nhân đái tháo đường là 0,89.

Bảng 1. Thang điểm báo cáo tuân thủ thuốc MARS-5 (Medication Adherence Report Scale)⁹

Câu hỏi	Mô tả về hành vi tuân thủ điều trị	Luôn luôn 1 điểm	Thường xuyên 2 điểm	Thỉnh thoảng 3 điểm	Hiếm khi 4 điểm	Không bao giờ 5 điểm
1	Tôi sử dụng thuốc ít hơn chỉ dẫn của bác sĩ.					
2	Tôi đã dừng sử dụng thuốc một khoảng thời gian.					
3	Tôi bỏ qua một liều thuốc.					
4	Tôi thay đổi liều lượng thuốc.					
5	Tôi quên uống thuốc.					

Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson nhằm đánh giá gánh nặng bệnh đồng mắc của bệnh nhân, tính điểm trên trang web <https://www.mdcalc.com/calc/3917/charlson-comorbidity-index-cci>

Đa bệnh là mắc từ hai bệnh mạn tính trở lên. Đa thuốc là sử dụng ít nhất 5 loại thuốc trở lên.

Quy trình nghiên cứu: bệnh nhân đến khám ở phòng khám ngoại trú, bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh đủ các điều kiện của tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được mời vào nghiên cứu. Bệnh nhân được nghe về quy trình nghiên cứu, giải đáp mọi thắc mắc và chấp thuận tham gia vào nghiên cứu. Kế đó, bệnh nhân được phỏng vấn về các thông tin theo mẫu soạn sẵn.

Phân tích số liệu: Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2021, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0. Biến nhị giá, danh định và thứ tự được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % và kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2); sử dụng phép kiểm Fisher's exact thay cho phép kiểm chi bình phương khi có > 20% ô có vọng trị < 5. Biến liên tục có

phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và được kiểm định T-test. Biến phân phối lệch được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị 25 – 75% và được kiểm định Mann-Whitney. Phân tích hồi quy logistic đa biến nhằm xác định mối liên quan giữa biến phụ thuộc và các biến độc lập. Mô hình hồi quy được đánh giá bằng Hosmer-Lemeshow. Tất cả các phân tích có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng Y Đức Bệnh viện Thống Nhất TPHCM, theo quyết định số 03/2023/BVTN-HĐYĐ. Mọi thông tin được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 387 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong đó, ghi nhận 228 bệnh nhân đạt 25 điểm theo thang điểm MARS-5, tỷ lệ không tuân thủ điều trị là 41,1%.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc học, yếu tố nguy cơ, bệnh đồng mắc của nghiên cứu

Đặc điểm	Chung n = 387 n (%)	Tuân thủ điều trị n = 228 n (%)	Không tuân thủ điều trị n = 159 n (%)	Giá trị p
Tuổi (TB ± ĐLC)	68,6 ± 9,7	69,6 ± 0,6	67,1 ± 0,8	0,012[#]
Nhóm tuổi				
< 60 tuổi	61 (15,8)	31 (13,6)	30 (18,9)	
60 – 70	153 (39,5)	85 (37,3)	68 (42,8)	
70 – 80	118 (30,5)	79 (34,6)	39 (24,5)	
≥ 80	55 (14,2)	33 (14,5)	22 (13,8)	
Nam	233 (60,2)	142 (60,9)	91 (39,1)	0,318 ^o
Nữ	154 (39,8)	86 (55,8)	68 (44,2)	
Còn lao động	51 (13,2)	26 (51)	25 (49)	0,353 ^o
Trình độ học vấn				
Từ cấp 3 trở lên	324 (83,7)	189 (58,3)	135 (41,7)	0,598 ^o
Từ cấp 3 trở xuống	63 (16,3)	39 (61,9)	24 (38,1)	
Hút thuốc lá	65 (16,8)	40 (61,5)	25 (38,5)	0,605 ^o
Đa bệnh	333 (86)	192 (57,7)	141 (42,3)	0,324 ^o
Chỉ số Charlson (TB ± ĐLC)	2,6 ± 1,1	2,7 ± 1,1	2,6 ± 1,19	0,237 [#]
Tăng huyết áp	328 (84,8)	187 (57)	141 (43)	0,073 ^o
Rối loạn lipid máu	375 (96,9)	218 (58,1)	157 (41,9)	0,081 ^o
Bệnh thận mạn	24 (6,2)	14 (58,3)	10 (41,7)	0,952 ^o
Hội chứng vành mạn	173 (44,7)	102 (59)	71 (61)	0,987 ^o
Đột quỵ	4 (1)	3 (75)	1 (25)	0,647 ^s

^sFisher exact; [#]T-test; ^ochi bình phương

Tuổi trung bình 68,6 tuổi, nam chiếm 60,2%. Còn lao động chỉ có 13,2%, trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên (lớp 10 trở) chiếm đa số với 83,7%. Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc thì tăng huyết áp và rối loạn lipid máu

chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 84,8%; 96,9%. Hội chứng mạch vành mạn là 44,7%. Trong đó, tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 giữa hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm bệnh	Chung n = 387 n (%)	Tuân thủ điều trị n = 228 n (%)	Không tuân thủ điều trị n = 159 n (%)	Giá trị p
Thời gian mắc ĐTĐ (TB ± ĐLC)	10,7 ± 7,5	9,7 ± 7,7	12,3 ± 6,9	< 0,001 [#]
Phác đồ 2 thuốc	194 (50,1)	185 (59,9)	124 (40,1)	0,447 ^o
Phác đồ 3 thuốc	115 (29,7)	70 (60,9)	45 (39,1)	0,661 ^o
Điều trị bằng thuốc				
Metformin	360 (93)	219 (60,8)	141 (39,2)	0,007 ^o
Nhóm SU	212 (54,8)	124 (58,5)	88 (41,5)	0,852 ^o
Nhóm DPP-4	199 (51,4)	117 (58,8)	82 (41,2)	0,960 ^o
Nhóm SGLT-2	30 (7,8)	15 (50)	15 (50)	0,304 ^o
Viên phối hợp uống	179 (46,3)	100 (55,9)	79 (49,1)	0,258 ^o
Điều trị với insulin	84 (21,7)	29 (34,5)	55 (65,5)	< 0,001 ^o
Thuốc hạ áp	328 (84,8)	187 (57)	141 (43)	0,073 ^o
Kháng kết tập tiểu cầu	125 (32,3)	74 (59,2)	51 (40,8)	0,937 ^o
Đa thuốc (≥ 5 loại)	309 (81,4)	185 (78,1)	124 (31,4)	0,447 ^o
Biến chứng đái tháo đường	173 (44,7)	101 (58,4)	72 (41,6)	0,848 ^o
Mức HbA1C (TB ± ĐLC)	8,7 ± 3,2	7,3 ± 3,6	10,6 ± 1,8	< 0,001 [#]
Cơ hạ đường huyết	177 (45,7)	114 (64,4)	63 (35,6)	0,044 ^o

[#]T-test; ^ochi bình phương

Bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú có thời gian mắc bệnh trung bình từ 10 năm trở lên và nhóm không tuân thủ điều trị cao hơn có ý nghĩa $p < 0,001$. Phác đồ phối hợp 2 thuốc là chủ yếu hơn 50%, không có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị với các phác đồ. Hầu hết bệnh nhân được điều trị với Metformin (93%) nhóm tuân thủ điều trị cao hơn có ý nghĩa $p = 0,007$. Nhóm Sulfonylurea và ức chế DPP-4 với tỷ lệ hơn 50% và ít nhất là nhóm ức chế SGLT-

2, không có khác biệt giữa hai nhóm. Có 21,7% bệnh nhân được điều trị với insulin, chủ yếu bệnh nhân không tuân thủ điều trị với insulin, $p < 0,001$. Tình trạng đa thuốc chiếm đến 81,4%. Gần 50% bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú đã có biến chứng. Nồng độ HbA1C trung bình là 8,7% trong đó nhóm tuân thủ điều trị đạt 7,3% và nhóm không tuân thủ điều trị là 10,6% với $p < 0,001$. Nhóm tuân thủ điều trị có tỷ lệ hạ đường huyết cao hơn có ý nghĩa, $p = 0,044$.

Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan gồm tuổi, thời gian mắc đái tháo đường, metformin, điều trị với insulin, hạ

đường huyết để xác định yếu tố liên quan độc lập gồm với tuân thủ điều trị như bảng bên dưới.

Bảng 4. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Yếu tố liên quan	Đơn biến Giá trị p	OR (KTC 95%)	Đa biến Giá trị p	OR (KTC 95%)
Tuổi ≤ 60	0,013	0,97 (0,95 – 0,99)	< 0,001	0,95 (0,93 – 0,98)
Thời gian mắc ĐTĐ	< 0,001	1,05 (1,02 – 1,08)	< 0,001	1,05 (1,02 – 1,08)
Metformin	0,007	0,32 (0,14 – 0,74)	0,117	-
Điều trị với insulin	< 0,001	3,63 (2,18 – 6,03)	< 0,001	3,36 (1,94 – 5,84)

Kết quả từ phân tích hồi quy đa biến xác định được 3 yếu tố tuổi, điều trị insulin và thời gian mắc bệnh có liên quan đến sự tuân thủ điều trị, với $p < 0,05$. Trong đó, tuổi ≤ 60, điều trị với insulin và thời gian mắc bệnh lâu làm tăng xác suất không tuân thủ điều trị và gấp lần lượt là 0,95; 3,36 và 1,05 lần so với tuân thủ điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm MARS-5 của nghiên cứu chúng tôi là 58,9%. Tần suất này cao hơn nghiên cứu của Silva-Tinoco tuân thủ điều trị là 48,3% và Lee là 42,9%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Huang là 63,1%.¹⁰⁻¹² Tuổi ở nhóm tuân thủ điều trị trung bình cao hơn nhóm không tuân thủ điều trị lần lượt là 69,6 và 67,1; với nhóm < 70 tuổi thì tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn, ngược lại với nhóm ≥ 70 tuổi thì tuân thủ điều trị lại cao hơn. Điều này tương tự nghiên cứu của Lee tuổi trung bình ở nhóm tuân thủ điều trị cao hơn nhóm không tuân thủ điều trị lần lượt là 63,6 và 60,4 tuổi, $p < 0,01$.¹¹ Bệnh nhân nhóm tuổi trẻ hoặc trung niên bị ảnh hưởng bởi yếu tố giờ giấc, công việc nên sự tuân thủ điều trị sẽ không cao như nhóm tuổi lớn hơn, điều này cũng thấy ở một số báo cáo trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.¹³ Giới tính trong nghiên cứu

của chúng tôi không khác biệt giữa hai nhóm tuân thủ điều trị và không tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, yếu tố này có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của Lee.¹¹ Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy tình trạng học vấn, tình trạng sống một mình liên quan đến tuân thủ điều trị, tương tự với nghiên cứu của Huang.¹² Các yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh đồng mắc kể cả tình trạng đa bệnh như tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, hội chứng vành mạn chưa thấy có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.

Thời gian mắc bệnh đái tháo đường càng lâu làm giảm sự tuân thủ điều trị, nhóm tuân thủ điều trị có thời gian mắc bệnh trung bình là 9,7 năm trong khi nhóm không tuân thủ điều trị là 12,3 năm với $p < 0,001$. Nhưng điều này chưa tìm thấy ở các nghiên cứu khác như của Huang, với thời gian < 5 năm, 5 – 10 năm và > 15 năm.¹² Nhóm thuốc uống được kê toa nhiều là Metformin, nhóm Sulfonylurea và ức chế DPP-4; trong đó Metformin có sự tuân thủ điều trị cao hơn với $p = 0,007$. Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi thì Metformin được sử dụng trong viên phối hợp làm giảm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa. Điều này khác so với nghiên cứu của Lee với nhóm biguanide (metformin) có mức độ tuân thủ điều trị không cao so với các nhóm còn lại.¹¹ Insulin được kê toa ở 21,7%

dân số nghiên cứu và sự tuân thủ điều trị chỉ đạt 1/3 với $p < 0,001$. Giá trị HbA1C trung bình ở nhóm tuân thủ điều trị là 7,3% thấp hơn đáng kể so với nhóm trong tuân thủ điều trị là 10,6% với $p < 0,001$. Tương tự như nghiên cứu của Lee HbA1C nhóm tuân thủ điều trị là 7% và nhóm không tuân thủ điều trị là 7,3% với $p < 0,01$.¹¹ Điều này nhấn mạnh mối liên quan chặt chẽ giữa sự tuân thủ điều trị và kiểm soát tốt tình trạng đường huyết, góp phần bảo vệ biến chứng mạch máu nhỏ ở bệnh nhân đái tháo đường. Và kết quả nghiên cứu cũng cho thấy thực tế lâm sàng là để đạt mức kiểm soát tốt đường huyết thì bệnh nhân có tỷ lệ cơn hạ đường huyết cao hơn, nhóm tuân thủ điều trị có tỷ lệ cơn hạ đường huyết là 64,4% so với nhóm không tuân thủ điều trị chỉ là 35,6% với $p = 0,044$. Nghiên cứu của Samya cũng báo cáo tỷ lệ cơn hạ đường huyết khá cao là 57,44%; trong đó 10,7% là hạ đường huyết nặng.¹⁴

Phân tích hồi quy đa biến thì nghiên cứu của chúng tôi xác định được yếu tố liên quan độc lập với sự không tuân thủ điều trị là tuổi, điều trị với insulin và thời gian mắc bệnh. Nguy cơ không tuân thủ điều trị ở nhóm điều trị với insulin tăng và gấp 3,36 lần so với nhóm tuân thủ điều trị. Điều trị insulin cũng làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị lên 2,85 lần so với nhóm tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của Aminde với $p = 0,04$.¹⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng xác định được thời gian mắc bệnh lâu hơn cũng làm giảm sự tuân thủ điều trị với $p < 0,001$. Điều này cũng tương đồng trong nghiên cứu của Waari thời gian mắc bệnh từ 2-10 năm là yếu tố liên quan độc lập với không tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường (OR = 2,07 với $p = 0,047$).¹⁶

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ không tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú là 41,1%. Tuổi trẻ, điều trị với insulin và thời gian mắc bệnh

lâu là các yếu tố làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp can thiệp nhắm đến nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao như bệnh nhân trẻ tuổi, có thời gian mắc bệnh lâu dài và điều trị insulin, nhằm tăng cường tuân thủ điều trị, cải thiện kiểm soát đường huyết, và giảm thiểu nguy cơ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation. Facts and Figures. Available at <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.
2. Bộ Y Tế. Cổng thông tin điện tử. Available at https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/vietnam-hien-ty-le-nguoi-mac-benh-ai-thao-uong-ang-gia-tang-nhanh.
3. García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, O Beltrán D. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Ther*. 2013; 4:175-94. DOI: 10.1007/s13300-013-0034-y.
4. Menditto E, Orlando V, Rosa GD, et al. Patient centric pharmaceutical drug product design the impact on medication adherence. *Pharmaceutics*. 2020; 12:44. DOI: 10.3390/pharmaceutics12010044.
5. Karter A, Parker M, Moffet H, et al. New prescription medication gaps: a comprehensive measure of adherence to new prescriptions. *Health Serv Res*. 2009; 44(5 Pt 1):1640-61. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2009.00989.x.
6. Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, et al. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35(6): 1279-1284. DOI: 10.2337/dc11-1277.
7. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients

- with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006; 166(17): 1836–1841. DOI: 10.1001/archinte.166.17.1836.
8. 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. *Psychol Health*. 2002; 17:17–32. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870440290001502>.
9. Chan AHY, Horne R, Hankins M, Chisari C. The Medication Adherence Report Scale (MARS-5): a measurement tool for eliciting patients' reports of non-adherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2020; 86(7): 1281-1288. DOI: 10.1111/bcp.14193.
10. Silva-Tinoco R, Cuatecontzi-Xochitiotzi T, Bernal-Ceballosb F et al. Adherence to antidiabetic treatment in primary health care in individuals with type 2 diabetes. A survey including socio-demographic, patient related and clinical factors. *Primary Care Diabetes*. 16 (2022) 780-785. DOI: 10.1016/j.pcd.2022.09.002.
11. Lee CS, Tan JHM, Sankari U, et al. Assessing oral medication adherence among patients with type 2 diabetes mellitus treated with polytherapy in a developed Asian community: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017; 7:e016317. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016317.
12. Huang J, Ding S, Xiong S, Liu Z. Medication Adherence and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes: A Structural Equation Model. *Front Public Health*. 2021(4); 9:730845. DOI: 10.3389/fpubh.2021.730845.
13. Quah JH, Liu YP, Luo N, et al. Younger adult type 2 diabetic patients have poorer glycaemic control: a cross-sectional study in a primary care setting in Singapore. *BMC Endocr Disord*. 2013; 13:18. DOI: 10.1186/1472-6823-13-18.
14. Samya V, Shriram V, Jasmine A, et al. Prevalence of Hypoglycemia Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in a Rural Health Center in South India. *J Prim Care Community Health*. 2019; 10:2150132719880638. DOI: 10.1177/2150132719880638.
15. Aminde LN, Tindong M, Ngwasiri CA, et al. Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes mellitus in two regional hospitals in Cameroon. *BMC Endocr Disord*. 2019; 19: 35 (1-9). DOI: 10.1186/s12902-019-0360-9.
16. Waari G, Mutai J, Gikunju J et al. Medication adherence and factors associated with poor adherence among type 2 diabetes mellitus patients on follow-up at Kenyatta National Hospital, Kenya. *Pan Afr Med J*. 2018; 29:82. DOI: 10.11604/pamj.2018.29.82.12639.

Summary

FACTORS INFLUENCING MEDICATION ADHERENCE IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

This study was conducted to identify factors associated with medication non-adherence in outpatients with type 2 diabetes. This cross-sectional descriptive study was conducted among type 2 diabetes outpatients at the Endocrinology Clinic of Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, from December 2022 to June 2023. Treatment adherence was assessed using the MARS-5 scale (Medication Adherence Report Scale). A total of 387 patients participated, with a mean age of 68.6 years old, and 60.2% were male. The non-adherence rate was 41.1%. Univariate analysis revealed that individuals at less than or equal to 60 years old, lengthier disease duration, metformin and insulin therapy were associated with higher rates of non-adherence. Multivariate regression indicated significant associations between age less than or equal to 60 (OR = 0.95; 95% CI: 0.93 – 0.98), extended disease duration (OR = 1.05; 95% CI: 1.02 – 1.08), and insulin therapy (OR = 3.36; 95% CI: 1.94 – 5.84) with non-adherence. HbA1C levels were notably lower in the adherence group (7.3%) compared to the non-adherence group (10.6%), $p < 0.001$. Additionally, hypoglycemic episodes were more frequent in adherent patients ($p = 0.044$). Individuals younger or equal to 60 years old, insulin therapy, and lengthier duration of disease were significant predictors of non-adherence in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Medication adherence, non-adherence, type 2 diabetes, outpatient management.