

Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky (MMAS-8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Lê Chuyền^{1,2*}, Trần Thị Thùy Nhi^{1,2}, Ngô Thị Kim Cúc^{1,2},
Lê Thị Thanh Tinh^{1,2}, Nguyễn Thị To², Nguyễn Thị Hải Yến^{1,2}
(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
(2) Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Mở đầu: Kiểm soát tốt đường huyết là vấn đề quan trọng nhất trong điều trị đái tháo đường (ĐTĐ). Việc tuân thủ sử dụng thuốc (TTSĐT) trong bệnh ĐTĐ là rất quan trọng để đạt được kiểm soát đường huyết tối ưu. **Mục tiêu:** Đánh giá TTSĐT theo thang điểm Morisky (MMAS-8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân (BN) ĐTĐ týp 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc được tiến hành trên 396 BN được chẩn đoán ĐTĐ týp 2 trong khoảng thời gian 2019 - 2020 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Phỏng vấn trực tiếp BN bằng bộ câu hỏi, tư vấn tuân thủ sử dụng thuốc (theo Nguyên tắc điều trị cho người bệnh ĐTĐ - “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường týp 2” của Bộ Y tế); đồng thời thang điểm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị Morisky 8 câu hỏi (The Morisky Medication Adherence Scale -MMAS-8) được sử dụng để đánh giá sự tuân thủ điều trị của BN vào thời điểm bắt đầu nghiên cứu và đánh giá lại sau 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 66,28 năm $\pm$ 14,08; 68,7% là nữ. Thời điểm bắt đầu nghiên cứu: tỉ lệ BN không tuân thủ là 36,6%. Sau 3 tháng: tỉ lệ không tuân thủ là 26,3%. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ của BN có ý nghĩa thống kê: tập thể dục thể thao thường xuyên ($p = 0,009$); chế độ ăn ($p = 0,039$); sự nhắc nhở tuân thủ điều trị từ cán bộ y tế ($p = 0,042$); hài lòng với dịch vụ y tế ($p = 0,022$). Thời điểm bắt đầu nghiên cứu: 19,2% BN có mức glucose máu đạt mục tiêu điều trị ($6,3 \pm 0,8$ mmol/l); 22,0% BN có mức HbA1c đạt mục tiêu điều trị ($6,4 \pm 0,4$ %). Sau 3 tháng: 29,0% BN có mức glucose máu đạt mục tiêu điều trị ($6,1 \pm 0,9$ mmol/l); 33,3% BN có mức HbA1c đạt mục tiêu điều trị ($6,3 \pm 0,4$ %). Tỷ lệ BN đạt chỉ số glucose máu và HbA1c mục tiêu tại thời điểm ban đầu và sau 3 tháng liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ dùng thuốc ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kiểm soát đường huyết liên quan có ý nghĩa thống kê với TTSĐT. Cải thiện TTSĐT của BN có thể cải thiện kiểm soát đường huyết. Để cải thiện việc tuân thủ điều trị bằng thuốc, cần có sự tư vấn và giáo dục sức khỏe tốt hơn.

Từ khóa: Đái tháo đường týp 2, tuân thủ sử dụng thuốc, thang điểm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị Morisky

Abstract

Evaluating medication adherence by Morisky scale and advisory effecton in patients with type 2 diabetes mellitus in Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Le Chuyen^{1,2*}, Tran Thi Thuy Nhi^{1,2}, Ngo Thi Kim Cuc^{1,2},
Le Thi Thanh Tinh^{1,2}, Nguyen Thi To², Nguyen Thi Hai Yen^{1,2}
(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue Univeristy
(2) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Introduction: Good glycemic control is the most important factor in treatment of diabetes. Medication adherence in diabetes is crucial to achieve optimal glycemic control. **Objectives:** To evaluate the medication adherence by the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and the effectiveness of counseling in patients with type 2 diabetes. **Methods:** The longitudinal descriptive study was conducted with 396 patients diagnosed of type 2 diabetes mellitus during 2019 - 2020 at Hue University of Medicine and Pharmacy. Interviewing patients with questionnaires, advising medication adherence (according to

Treatment principles for diabetic patients - “Guidelines for diagnosis and treatment of type 2 diabetes” of the Ministry of Health); and The Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) was used to assess the patients’ adherence of treatment at the beginning of the study and reevaluated after 3 months. **Results:** The mean age of the patients was 66.28 ± 14.08 years; 68.7% females. At baseline: 36.6% of patients were non-adherent. After 3 months, 26.3% of patients were non-adherent. Factors affecting the patients’ compliance level was statistically significant: Physical activity ($p = 0.009$); diet ($p = 0.039$); reminders of medication adherence from health officer ($p = 0.042$); satisfied with medical services ($p = 0.022$). At baseline: 19.2% of patients achieved good glycemic control (6.3 ± 0.8 mmol/l), 22.0% of patients with HbA1c reached target of treatment ($6.4 \pm 0.4\%$). After 3 months: 29.0% of patients achieved good glycemic control (6.1 ± 0.9 mmol/l), 33.3% of patients with HbA1c reached target of treatment ($6.3 \pm 0.4\%$). The proportion of patients achieved blood glucose and HbA1c targets at baseline and after 3 months was related statistically significant with medication adherence level ($p < 0.05$). **Conclusions:** Relevant glycemic control was statistically significant with medication adherence. Improving patients’ medication adherence may improve glycemic control. In order to improve medication adherence better, good consultation counseling and health education are required.

Key words: Type 2 diabetes, Medication adherence, Morisky Medication Adherence Scale.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong bốn bệnh không lây nhiễm dẫn đến tử vong hàng đầu trên thế giới. Các bệnh không lây nhiễm (NCDs) gây tử vong 41 triệu người mỗi năm, tương đương với 71% tổng số ca tử vong trên toàn cầu, trong đó ĐTĐ chiếm 1,6 triệu ca tử vong [1].

Kiểm soát tốt đường huyết là vấn đề quan trọng nhất trong điều trị ĐTĐ. Tuân thủ các liệu pháp là một yếu tố chính quyết định thành công của việc điều trị [2], [3]. Ít nhất 45% bệnh nhân (BN) mắc bệnh ĐTĐ típ 2 không đạt được kiểm soát đường huyết đầy đủ ($HbA1c < 7\%$). Một trong những yếu tố đóng góp chính là tuân thủ điều trị bằng thuốc kém [4]. Thang điểm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị Morisky 8 câu hỏi (The Morisky Medication Adherence Scale -MMAS-8) là một trong những công cụ được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Sự tuân thủ khi dùng thuốc hạ đường huyết là rất quan trọng để đạt được kiểm soát đường huyết tối ưu.

Vì vậy, đề tài này được tiến hành với mục tiêu:

1. Khảo sát tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky 8 câu hỏi ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.
2. Đánh giá hiệu quả tư vấn thông qua mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng thuốc đến hiệu quả điều trị (đường máu, HbA1c) ở bệnh nhân trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN được chẩn đoán mắc ĐTĐ típ 2 đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Thời gian nghiên cứu từ 2019 – 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 và được bác sĩ chỉ định dùng thuốc điều trị ĐTĐ. BN có sức khỏe tâm thần bình thường, có khả năng giao tiếp và đối thoại trực tiếp bằng tiếng phổ thông. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có các bệnh cấp tính như nhồi máu cơ tim, phẫu thuật, ung thư. BN phải điều trị bệnh khác có ảnh hưởng đến kết quả điều trị như bệnh suy ngoại tiết, dùng thuốc điều trị HIV, thuốc chống thải ghép, thuốc làm tăng đường huyết như glucocorticoid. Phụ nữ có thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

BN được theo dõi trong khoảng thời gian 3 tháng về các chỉ số đường máu, HbA1c, phỏng vấn BN theo phiếu thu thập thông tin, tư vấn TTSDT cho BN tại thời điểm phỏng vấn ban đầu.

Sự TTSDT của BN được đánh giá bằng bộ câu hỏi đánh giá sự tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky MMAS-8. Đánh giá hiệu quả điều trị thông qua chỉ số glucose máu lúc đói, HbA1c; đánh giá mối liên quan giữa TTSDT đến hiệu quả điều trị bệnh ĐTĐ.

Đánh giá BN ĐTĐ có đạt mục tiêu điều trị hay không căn cứ theo Hướng dẫn của Bộ Y tế:

Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường ở người trưởng thành, không có thai [5], [6]:

HbA1c: $< 7\%$

Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn: 80-130 mg/dL ($4,4-7,2$ mmol/L).

Đánh giá BN ĐTĐ có đạt mục tiêu điều trị hay không căn cứ theo Hướng dẫn của Bộ Y tế [5], [6]:

Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường ở người trưởng thành, không có thai [5], [6]:

- HbA1c: $< 7\%$

- Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn: 80-130 mg/dL (4,4-7,2 mmol/L)

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Tất cả các thông tin thu thập, kết quả thang điểm đánh giá sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2016.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu và một số thông tin khác (N = 396)

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (Tỷ lệ %)
Giới tính	Nam	124 (31,3%)
	Nữ	272 (68,7%)
Tuổi	< 40	11 (2,8%)
	40 - <50	34 (8,6%)
	50 - <60	83 (21,0%)
	≥ 60	268 (67,7%)
Trình độ học vấn	Tiểu học	86 (21,7%)
	THCS + THPT + TC-CD	143 (36,1%)
	Đại học	67 (16,9%)
	Mù chữ	100 (25,3%)
Nghề nghiệp	Cán bộ CNVC	34 (8,6%)
	Nông dân	21 (5,3%)
	Tự do	132 (33,3%)
	Ở nhà + nghỉ hưu	209 (52,8%)
Khu vực sống	Tăng huyết áp	261 (65,9%)
	Rối loạn lipid máu	16 (4,1%)
	Bệnh tim mạch khác	48 (12,1%)
	Bệnh lý gan	14 (3,5%)
	Bệnh lý thận	15 (3,8%)
	Khác	57 (14,4%)
	Không có bệnh kèm	85 (21,5%)
Luyện tập thể thao	Không thường xuyên	215 (54,3%)
	Thường xuyên	181 (45,7%)
Chế độ ăn	Ăn kiêng	257 (64,9%)
	Không ăn kiêng	139 (35,1%)
Cán bộ y tế (CBYT) có hướng dẫn TTSDT	Thường xuyên	221 (55,8%)
	Thỉnh thoảng	129 (32,6%)
	Không bao giờ	46 (11,6%)
Hài lòng về chất lượng dịch vụ y tế	Hài lòng	304 (76,8%)
	Bình thường	81 (20,5%)
	Không hài lòng	11 (2,8%)

Nhận xét: Tỷ lệ BN nữ chiếm 68,7%, BN có bệnh mắc kèm là 78,5% trong đó BN bị tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 65,9%.

3.2. Khảo sát sự tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky 8 câu hỏi

3.2.1. Phân loại và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc

Bảng 2. Phân loại và mức độ TTSDT của bệnh nhân trong nghiên cứu (N=396)

Phân loại TTSDT	Mức độ TTSDT	Thời điểm bắt đầu nghiên cứu (T ₀)			Thời điểm sau 3 tháng (T ₃)			p
		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng n (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng n (%)	
Có	Tốt	114	28,8	251	153	38,6	292	p < 0,001
	Trung bình	137	34,6	(63,4)	139	35,1	(73,7)	
Không	Kém	145	36,6	145 (36,6) (36,6%)	104	26,3	104 (26,3) (26,3%)	

Nhận xét: Sau 3 tháng tỉ lệ BN TTSDT tăng 10,3% so với thời điểm ban đầu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3. Kết quả đánh giá mức độ TTSDT của bệnh nhân

Câu hỏi	Thời điểm bắt đầu nghiên cứu (T ₀)		Thời điểm kết thúc nghiên cứu (T ₃)	
	n	%	n	%
1. Thỉnh thoảng quên uống thuốc	205	51,8	154	38,9
2. Trong 2 tuần vừa qua có lúc quên uống thuốc	54	13,6	51	12,9
3. Giảm hoặc ngưng uống thuốc mà không nói với bác sỹ vì cảm thấy sức khỏe xấu hơn	14	3,5	11	2,8
4. Quên mang thuốc khi đi xa	45	11,4	32	8,1
5. Chưa uống thuốc ngày hôm qua	17	4,3	15	3,8
6. Ngưng thuốc khi cảm thấy triệu chứng bệnh thuyên giảm	27	6,8	23	5,8
7. Cảm thấy phiền khi phải điều trị dài ngày	114	28,8	72	18,2
8. Gặp phải khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ	179	45,2	156	39,4

Nhận xét: BN không TTSDT chủ yếu là do thỉnh thoảng quên uống thuốc và gặp khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ.

3.2.2. Tuân thủ sử dụng thuốc theo các đặc điểm của của bệnh nhân

Bảng 4. Tuân thủ sử dụng thuốc (M₃) theo các đặc điểm của của bệnh nhân

Đặc điểm	Phân loại tuân thủ sử dụng thuốc			p
	Có		Không	
	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Kém n (%)	
Tuổi				
< 40	2 (18,2%)	5 (45,5%)	4 (36,4%)	χ ² = 11,70 p = 0,062
40 - <50	11 (32,4%)	11 (32,4%)	12 (35,3%)	
50 - <60	23 (27,7%)	38 (45,8%)	22 (26,5%)	
≥ 60	117 (43,7%)	85 (31,7%)	66 (24,6%)	
Giới				
Nam	43 (34,7%)	47 (37,9%)	34 (27,4%)	χ ² = 1,228 p = 0,541
Nữ	110 (40,4%)	92 (33,8%)	70 (25,7%)	

Nghề nghiệp

Cán bộ CNVC	7 (20,6%)	14 (41,2%)	13 (38,2%)	$\chi^2 = 10,74$ $p = 0,97$
Nông dân	10 (47,6%)	6 (28,6%)	5 (23,8%)	
Tự do	44 (33,3%)	48 (36,4%)	40 (30,3%)	
Ở nhà + nghỉ hưu	92 (44,0%)	71 (34,0%)	46 (22,0%)	

Trình độ

Tiểu học	33 (38,4%)	32 (37,2%)	21 (24,4%)	$\chi^2 = 2,147$ $p = 0,91$
THCS+THPT+TC-CD	54 (37,8%)	48 (33,6%)	41 (28,7%)	
Đại học	24 (35,8%)	23 (34,3%)	20 (29,9%)	
Mù chữ	42 (42,0%)	36 (36,0%)	22 (22,0%)	

Bệnh mắc kèm

Có bệnh kèm	123 (39,5%)	106 (34,1%)	82 (26,4%)	$\chi^2 = 0,75$ $p = 0,69$
Không có bệnh kèm	30 (35,3%)	33 (38,8%)	22 (25,9%)	

Tập thể dục

Không thường xuyên	69 (32,1%)	80 (37,2%)	66 (30,7%)	$\chi^2 = 9,33$ $p = 0,009$
Thường xuyên	84 (46,4%)	59 (32,6%)	38 (21,0%)	

Chế độ ăn

Ăn kiêng	110 (42,8%)	88 (34,2%)	59 (23,0%)	$\chi^2 = 6,49$ $p = 0,039$
Không ăn kiêng	43 (30,9%)	51 (36,7%)	45 (32,4%)	

Nhắc nhở tuân thủ từ cán bộ y tế

Thường xuyên	87 (39,4%)	88 (39,8%)	46 (20,8%)	$\chi^2 = 9,92$ $p = 0,042$
Thỉnh thoảng	46 (35,7%)	40 (31,0%)	43 (33,3%)	
Không bao giờ/hiếm khi	20 (43,5%)	11 (23,9%)	15 (32,6%)	

Hài lòng dịch vụ y tế

Hài lòng	127 (41,8%)	103 (33,9%)	74 (24,3%)	$\chi^2 = 10,9$ $p = 0,022$
Bình thường	25 (30,9%)	33 (40,7%)	23 (28,4%)	
Không hài lòng	1 (9,1%)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	

Nhận xét: Tỷ lệ không TTSDT gặp chủ yếu ở những người không tập thể dục thường xuyên (30,7%), không thực hiện chế độ ăn kiêng (32,4%), không thường xuyên nhận được sự nhắc nhở TTSDT từ cán bộ y tế (33,3% và 32,6%) và không hài lòng với dịch vụ y tế (63,6%).

3.3. Liên quan giữa tuân thủ sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị (đường máu, HbA1C)

3.3.1. Mối liên quan giữa nồng độ glucose máu, HbA1c và mức độ TTSDT tại thời điểm ban đầu

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ glucose máu và HbA1c lần 1 với mức độ TTSDT tại thời điểm ban đầu T0

Mức độ TTSDT (M_0)	Số bệnh nhân	G_{00} (mmol/l)		HbA1c lần 1 (%)	
		Trung bình	Trung vị	Trung bình	Trung vị
Tốt	114	$8,9 \pm 3,3$	8,0	$7,7 \pm 1,6$	7,3
Trung bình	137	$9,9 \pm 3,1$	8,9	$8,0 \pm 1,4$	8,0
Kém	145	$11,7 \pm 4,3$	11,3	$9,1 \pm 1,6$	9,1

Nhận xét: Mức độ TTSDT càng cao thì nồng độ glucose huyết tương và chỉ số HbA1c có trung bình càng thấp.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tỉ lệ đạt mức FPG mục tiêu và HbA1c mục tiêu Với mức độ TTSDT tại thời điểm ban đầu (M₀)

Mức độ TTSDT (M ₀)	Số bệnh nhân	G ₀₀ (mmol/l)				HbA1c lần 1 (%)			
		Đạt		Không đạt		Đạt		Không đạt	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	114	39	34,2	75	65,8	36	31,6	78	68,4
Trung bình	137	21	15,3	116	84,7	38	27,7	99	72,3
Kém	145	16	11,0	129	89,0	13	9,0	132	91,0
Tổng	396	76	19,2	320	80,8	87	22,0	309	78,0
p		p < 0,001				p < 0,001			

Nhận xét: Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỉ lệ BN đạt chỉ số FPG mục tiêu và HbA1c mục tiêu liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ dùng thuốc (p < 0,001).

3.3.2. Ảnh hưởng của việc tuân thủ sử dụng thuốc đến hiệu quả điều trị

3.3.2. Ảnh hưởng của việc tuân thủ sử dụng thuốc đến hiệu quả điều trị

Bảng 7. Mối liên quan giữa nồng độ glucose máu và HbA1c sau 3 tháng với mức độ TTSDT (M₃)

Mức độ TTSDT (M ₀)	Số bệnh nhân	G03 (mmol/l) (Glucose máu sau 3 tháng)		HbA1c lần 2 (%) (HbA1c sau 3 tháng)	
		Trung bình	Trung vị	Trung bình	Trung vị
Tốt	153	8,5 ± 2,9	7,7	7,4 ± 1,3	7,2
Trung bình	139	9,1 ± 3,2	8,2	7,8 ± 1,3	7,7
Kém	104	9,6 ± 3	8,8	8,1 ± 1,4	8,1
Tổng	396	p=0,022		p<0,001	

Nhận xét: Sau 3 tháng, BN TTSDT tốt có mức glucose huyết tương trung bình và HbA1c thấp hơn BN TTSDT trung bình và BN TTSDT kém. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 8. Mối liên quan giữa tỉ lệ đạt mức FPG mục tiêu và HbA1c mục tiêu (sau 3 tháng) với mức độ TTSDT (M₃)

Mức độ TTSDT (M ₀)	Số bệnh nhân	G ₀₃ (mmol/l)				HbA1c lần 2 (%)			
		Đạt		Không đạt		Đạt		Không đạt	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	153	56	36,6	97	63,4	64	41,8	89	58,2
Trung bình	139	37	26,6	102	73,4	45	32,4	94	67,6
Kém	104	22	21,2	82	78,8	23	22,1	81	77,9
Tổng	396	115	29,0	281	71,0	132	33,3	264	66,7
p		p = 0,02				p = 0,004			

Nhận xét: Tỷ lệ BN đạt chỉ số FPG mục tiêu và HbA1c mục tiêu (sau 3 tháng) liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ dùng thuốc (p < 0,05).

Bảng 9. Phân tích hồi quy tương quan giữa TTSDT đến hiệu quả điều trị

	Biến độc lập	Hệ số hồi quy	Khoảng tin cậy 95%	p
Thời điểm ban đầu T ₀		Kết quả FPG		
	Điểm TTSDT	0,843	0,588 – 1,098	p < 0,001
		Kết quả HbA1c		
	Điểm TTSDT	0,379	0,271 – 0,487	p < 0,001

	Biến độc lập	Hệ số hồi quy	Khoảng tin cậy 95%	p
Thời điểm kết thúc nghiên cứu T₃	Kết quả FPG			
	Điểm TSDT	0,301	0,075 – 0,527	p = 0,009
	Kết quả HbA1c			
	Điểm TTSDT	0,219	0,121 – 0,317	p < 0,001

Nhận xét: Tại thời điểm T₀, tổng điểm TTSDT tăng 1 điểm thì kết quả FPG tăng 0,843 mmol/l và kết quả HbA1c tăng 0,379%. Sau 3 tháng, tổng điểm TTSDT tăng 1 điểm thì kết quả FPG tăng 0,301 mmol/l và kết quả HbA1c tăng 0,219%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Số lượng BN trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ lớn (67,7%), tỉ lệ này phù hợp vì ĐTĐ típ 2 trước kia được gọi là ĐTĐ của người lớn tuổi hay ĐTĐ không phụ thuộc insulin, chiếm 90 - 95% các trường hợp ĐTĐ [5], [6]. Tỉ lệ BN nữ là 68,7%, gấp 2,2 lần tỉ lệ BN nam

Trong nghiên cứu có 78,5% BN có bệnh mắc kèm, trong đó, tỉ lệ BN bị tăng huyết áp (THA) là 65,9%. ĐTĐ và THA là những tình trạng phổ biến thường xuyên xuất hiện cùng nhau. Tăng huyết áp phổ biến gấp đôi ở BN ĐTĐ hơn ở người không mắc bệnh ĐTĐ [7]. Phối hợp THA và ĐTĐ làm gia tăng nguy cơ biến chứng và tử vong tim mạch ở quần thể BN ĐTĐ. Chính vì vậy, theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2 của Bộ Y tế năm 2020, ngoài mục tiêu đường huyết cần đạt thì việc kiểm soát huyết áp là không thể thiếu ở BN ĐTĐ.

4.2. Khảo sát sự tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky 8 câu hỏi

ĐTĐ là một bệnh mãn tính và BN cần sử dụng thuốc trong suốt cuộc đời. Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỉ lệ BN TTSDT là 63,4%. Sau 3 tháng tỉ lệ TTSDT là 73,7%, tăng 10,3%. Tỉ lệ này tương tự nghiên cứu của Rwegerera về tuân thủ phác đồ điều trị ĐTĐ ở BN ĐTĐ típ 2 ở Tanzania năm 2014. Tuy nhiên nghiên cứu của Rwegerera không sử dụng thang điểm MMAS-8 mà chỉ đánh giá dựa trên những ký ức tự báo cáo của BN bỏ qua ngày không dùng thuốc, trong một tuần và ba tháng trước đó [8]. Tương tự, nghiên cứu của Mohammed MM Al-Haj-Mohd và cộng sự năm 2016 cũng sử dụng thang MMAS-8 đánh giá sự TTSDT của BN và đánh giá lại vào 6 tháng sau khi đã can thiệp bằng biện pháp giáo dục về tầm quan trọng của việc tuân thủ dùng thuốc đối với BN ĐTĐ. Kết quả cho thấy việc can thiệp giúp giảm tỷ lệ BN tuân thủ kém từ 64,6% xuống còn 44,8% [9].

Đa số BN không TTSDT là do quên uống thuốc (38,9%). Việc không TTSDT do quên uống thuốc là lý do thường gặp nhất, phù hợp với kết quả nghiên

cứu của Trần Việt Hà [10], hay Đoàn Thị Thoan [11] và một số nghiên cứu trên thế giới [11], [12], [13], [14],.... TTSDT kém là một vấn đề nghiêm trọng và các tác động xấu của nó sẽ được nhân lên trong việc tăng tỷ lệ biến chứng, gánh nặng tâm lý và chăm sóc sức khỏe nếu không được giải quyết. Hiệu quả của việc điều trị phụ thuộc vào cả hiệu quả của thuốc và sự tuân thủ chế độ điều trị của BN [2]. Cải thiện sự tuân thủ điều trị của BN có thể cải thiện vấn đề kiểm soát đường huyết [12]. Do vậy, việc can thiệp để đảm bảo mức độ tuân thủ dùng thuốc của BN tốt hơn là rất cần thiết.

Có 4 yếu tố trong nghiên cứu là tập thể dục thể thao (TDTT) thường xuyên, chế độ ăn, sự nhắc nhở tuân thủ điều trị từ CBYT và hài lòng với dịch vụ y tế ảnh hưởng đến mức độ TTSDT của BN có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Hướng dẫn từ Hiệp Hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) và Hiệp hội nghiên cứu về bệnh ĐTĐ Châu Âu (EASD) nhấn mạnh tầm quan trọng của chế độ ăn uống và tập thể dục trong điều trị các giai đoạn của bệnh ĐTĐ típ 2 [16]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, việc thường xuyên nhận được sự nhắc nhở TTSDT từ CBYT và hài lòng về dịch vụ y tế giúp BN có tỉ lệ TTSDT cao hơn. Nghiên cứu của Pascal và cộng sự tại Nigeria năm 2016 đã chứng minh mối liên quan giữa sự hài lòng trong điều trị bệnh ĐTĐ và kiểm soát đường huyết [17]. Do đó, vấn đề tư vấn cho BN khi điều trị bệnh, về phương pháp điều trị, về thuốc điều trị một cách chính xác, đơn giản, dễ hiểu nhất và củng cố mối quan hệ giữa BN và nhân viên y tế là cần thiết.

4.3. Đánh giá hiệu quả tư vấn thông qua mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị (đường máu, HbA1C) trong nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị trên 396 BN ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú, tái khám đầy đủ theo lịch hẹn tái khám. Sự thay đổi nồng độ glucose máu sau 3 tháng so với thời điểm bắt đầu nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Tại thời điểm ban đầu 19,2% BN có FPG đạt mục tiêu điều trị; sau 3 tháng, tỉ lệ BN có FPG đạt mục tiêu là 29,0%,

tăng 9,8%. Việc giảm chỉ số HbA1c là mục tiêu hàng đầu trong điều trị ĐTĐ típ 2. Khi đánh giá mức HbA1c theo mục tiêu điều trị của Bộ Y tế, tỉ lệ BN đạt HbA1c mục tiêu sau 3 tháng là 33,3%, tăng 11,3%.

Sau 3 tháng, BN TTSDT tốt có mức glucose huyết tương trung bình là $8,5 \pm 2,9$ mmol/l và HbA1c trung bình là $7,4 \pm 1,3\%$, thấp hơn BN TTSDT trung bình và BN TTSDT kém. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Sau 3 tháng, tỉ lệ đạt HbA1c mục tiêu BN TTSDT tốt là cao nhất (41,8%). Tỉ lệ BN đạt chỉ số HbA1c mục tiêu liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ dùng thuốc ($p = 0,004 < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [10], [12], [17], [15], ...

Đối với BN mắc bệnh ĐTĐ típ 2, việc tuân thủ điều trị bằng thuốc ngày càng tăng có thể mang lại những cải thiện có ý nghĩa trong kiểm soát HbA1c khi yêu cầu leo thang điều trị tăng lên [18]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự ảnh hưởng của mức độ tuân thủ đến hiệu quả điều trị thông qua việc tư vấn về TTSDT cho BN. Bệnh nhân có mức độ tuân thủ dùng thuốc càng cao thì hiệu quả điều trị càng cao. Như vậy, để tăng hiệu quả điều trị ĐTĐ típ 2 trên BN ngoại trú chúng ta cần tìm và áp dụng các biện pháp can thiệp để nâng cao mức độ tuân thủ dùng thuốc của BN. Để cải thiện sự tuân thủ điều trị tốt hơn ở BN, việc tư vấn và giáo dục sức khỏe là cần thiết.

ĐỀ XUẤT:

1. Tăng cường phối hợp công tác dược lâm sàng với các bác sĩ điều trị và giáo dục bệnh nhân về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị nhằm nâng cao hiệu quả trong điều trị bệnh

2. Nên có bảng hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc trong điều trị khi đến khám và điều trị ngoại trú.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 396 BN đái tháo đường trong khoảng thời gian 3 tháng cho thấy tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu: tỉ lệ BN tuân thủ sử dụng thuốc là 63,4%, không tuân thủ là 36,6%; thời điểm sau 3 tháng: tỉ lệ BN tuân thủ sử dụng thuốc là 73,7%, không tuân thủ là 26,3%. Bốn yếu tố ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ của BN có ý nghĩa thống kê: tập thể dục thể thao thường xuyên ($p = 0,009$); chế độ ăn ($p = 0,039$); sự nhắc nhở tuân thủ điều trị từ cán bộ y tế ($p = 0,042$); hài lòng với dịch vụ y tế ($p = 0,022$).

Thời điểm bắt đầu nghiên cứu: 19,2% BN có mức glucose máu đạt mục tiêu điều trị ($6,3 \pm 0,8$ mmol/l). Sau 3 tháng: 29,0% BN có mức glucose máu đạt mục tiêu điều trị ($6,1 \pm 0,9$ mmol/l). Thời điểm bắt đầu nghiên cứu: 22,0% BN có mức HbA1c đạt mục tiêu điều trị ($6,4 \pm 0,4\%$). Sau 3 tháng: 33,3% BN có mức HbA1c đạt mục tiêu điều trị ($6,3 \pm 0,4\%$). Tỉ lệ BN đạt chỉ số FPG mục tiêu và chỉ số HbA1c mục tiêu liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ dùng thuốc ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

2. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

3. Trần Việt Hà (2016), Phân tích tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

4. Đoàn Thị Thoan (2016), Đánh giá tuân thủ điều trị và khảo sát kiến thức về thuốc sử dụng trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa khu vực Yên Minh, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa I, trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

5. Almadhoun MR, Alagha HZ (2018), "Assessment of Medication Adherence and its Association with Glycemic Control among Type-2 Diabetes Mellitus Patients in Gaza-Palestine", Journal of Clinical and Experimental Pharmacology, 8(3), pp 1-10.

6. Chua S.S., Chan S.P. (2011), "Medication adherence and achievement of glycaemic targets in ambulatory type 2 diabetic patients", Journal of Applied Pharmaceutical Science, 01 (04), pp. 55-59

7. García-Pérez L.E., Álvarez M., et al (2013), "Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes", Diabetes Ther, 4, pp.175-194

8. Gordon J., McEwan P., et al (2018), "Treatment choice, medication adherence and glycemic efficacy in people with type 2 diabetes: a UK clinical practice database study", BMJ Open Diab Res Care;6

9. Grossman A., Grossman E. (2017), "Blood pressure control in type 2 diabetic patients", Cardiovasc Diabetol, 16 (3), pp.1-15

10. Jimmy B., Jose J. (2011), "Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice", Oman Medical Journal, 26 (3), pp. 155-159

11. Lavakumar S., Jacob Jesurun RS (2016), "A study on the level of drug compliance among the outpatients who are on the long-term drug therapy in a tertiary care teaching hospital at Kancheepuram district in Tamilnadu", Asian J Pharm Clin Res, 10 (3), pp.174-176

12. Manan M. M., Husin A. R., et al (2014), "Interplay between Oral Hypoglycemic Medication Adherence and

Quality of Life among Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients", J Clin Diagn Res, 8(12): JC05–JC09

13. Mohd Mohammed M. M. Al-Haj, Phung H., et al. (2016), "Improving adherence to medication in adults with diabetes in the United Arab Emirates", BMC Public Health. 16(1), p. 857.

14. Pascal I G U., Nkwa A. A. (2016), "Diabetes Treatment Satisfaction, Medication Adherence, and Glycemic Control among Ambulatory Type 2 Diabetic Nigerians in a Primary Care Clinic of a Tertiary Hospital Situated in a Resource-limited Environment of Southeast Nigeria", Archives of Medicine and Health Sciences, 4(2), pp.169-174

15. Polonsky W. H., Henry R. R. (2016), "Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the

problem and its key contributors", Patient Preference and Adherence, 10, pp. 1299 – 1307

16. Rwegerera G M., et al (2014), "Adherence to anti-diabetic drugs among patients with Type 2 diabetes mellitus at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania- A cross-sectional study", The Pan African Medical Journal, pp. 1-9

17. Wang J, Bian R., Mo Y. (2013), "Validation of the Chinese version of the eight-item Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes mellitus", Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics 4, pp. 119-122

18. World Health Organization (2003), Adherence to long - term therapies.

19. World Health Organization (2018), Noncommunicable diseases