

- Jan 2010;33 Suppl 1(Suppl 1):S62-9. doi:10.2337/dc10-S062
3. **Darraj A.** The Link Between Sleeping and Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Cureus*. Nov 2023;15(11):e48228. doi:10.7759/cureus.48228
 4. **Mehrdad M, Azarian M, Sharafkhaneh A, Alavi A, Zare R, Hassanzadeh Rad A, Dalili S.** Association Between Poor Sleep Quality and Glycemic Control in Adult Patients with Diabetes Referred to Endocrinology Clinic of Guilan: A Cross-sectional Study. *Int J Endocrinol Metab*. Jan 2022;20(1):e118077. doi:10.5812/ijem.118077
 5. **Nedeltcheva AV, Scheer FA.** Metabolic effects of sleep disruption, links to obesity and diabetes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. Aug 2014;21(4):293-8. doi:10.1097/med.000000000000082
 6. **Tôn NNT, Trần TN, Lê VC.** Nghiên cứu chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*. 07/01 2023;(61):98-105. doi:10.47122/VJDE.2023.61.10
 7. **Dương Thị Ngọc Lan, Lê Văn A.** Rối loạn giấc ngủ và mối liên quan với kiểm soát đường huyết ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế năm 2024. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 06/2025/06/20 2025;66(CĐ10-HNKH Trường ĐH Phenikaa)doi:10.52163/yhc.v66iCD10.2606
 8. **Hải TH, Quỳnh TT, Dương TTT, Anh TTL, Dung HTM.** Khảo sát tỉ lệ rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường típ 2 và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024/12/12 2024;65(CĐ 12 - Bệnh viện Thủ Đức)doi:10.52163/yhc.v65iCD12.1814
 9. **Đặng Thị Thu H, Đặng Thị Thu N, Phạm Thị B.** Tìm hiểu rối loạn giấc ngủ của người bệnh ngoại trú đái tháo đường típ 2 tại 2 xã Vũ Hội và Việt Thuận huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y Dược Thái Bình*. 2024/03/20 2024;10
 10. **Schipper S, Van Veen M, Elders P, Straten A, Werf Y, Knutson K, Rutters F.** Sleep disorders in people with type 2 diabetes and associated health outcomes: a review of the literature. *Diabetologia*. 11/01 2021;64doi:10.1007/s00125-021-05541-0

SO SÁNH CÁC CHỈ SỐ TRÊN SIÊU ÂM SINH HIỂN VI Ở MẮT CÓ CƠN GÓC ĐÓNG CẤP VÀ MẮT ĐỐI BÊN

Trịnh Xuân Trang¹, Trịnh Đăng Tuấn Dũng¹,
Nguyễn Thị Thu Tâm¹, Võ Thị Hoàng Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và so sánh các thông số trên siêu âm sinh hiển vi của mắt góc đóng cấp và mắt đối bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 mắt (30 mắt góc đóng cấp và 30 mắt đối bên được thực hiện tại khoa Glaucoma và khoa Chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân lên cơn góc đóng cấp nguyên phát 1 mắt. Thực hiện siêu âm sinh hiển vi cả 2 mắt sau khi qua cơn cấp. Các chỉ số phân tích gồm: độ sâu tiền phòng (ACD), độ dày thủy tinh thể (LT), vị trí thủy tinh thể (LP), góc bè - mỏng mắt (TIA), độ dày mỏng (IT750/IT2000), khoảng cách mỏng mắt - thể mi (ICPD), độ vòng mỏng (IC). **Kết quả:** Nữ giới chiếm đa số (80%), tuổi trung bình 57,7 ± 7,41 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có đau nhức mắt; 36,7% kèm nôn ói và 43,3% có quang sáng. Các dấu hiệu thực thể điển hình gồm cương tụ kết mạc, phù giác mạc, đồng tử giãn và góc hẹp toàn bộ. Về thị lực, 80% mắt bệnh có thị lực dưới 1/10, trong đó 41,7% chỉ còn phân biệt được bóng bàn tay; chỉ 20% đạt thị lực ≥ 1/10. Nhấn áp trung bình ở mắt bệnh là 47,74 ± 13,40 mmHg. So với mắt đối bên, mắt bệnh có ACD nông hơn (1,84 ±

0,17 so với 1,98 ± 0,16 mm; p < 0,001), LP thấp hơn (4,088 ± 0,24 so với 4,211 ± 0,229; p < 0,001) và TIA hẹp hơn rõ rệt (1,98 ± 1,99° so với 7,95 ± 5,72°; p < 0,001). Các chỉ số khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tiền phòng nông, thủy tinh thể nằm về phía trước nhãn cầu hơn, và góc bè - mỏng mắt hẹp là đặc điểm hình thái nổi bật ở mắt có cơn góc đóng cấp. **Từ khóa:** cơn góc đóng cấp; UBM; tiền phòng; góc bè - mỏng mắt; vị trí thủy tinh thể.

SUMMARY

COMPAIRSION OF UBM PARAMETERS BETWEEN ACUTE ANGLE CLOSURE EYES AND FELLOW EYES

Objective: To describe and compare ultrasound biomicroscopy (UBM) parameters between eyes with acute primary angle closure (AAC) and fellow eyes. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 eyes (30 AAC eyes and 30 fellow eyes) at the Glaucoma Department and the Imaging Department of Ho Chi Minh City Eye Hospital. Eligible subjects were patients presenting with unilateral acute primary angle closure. UBM was performed in both eyes after the acute episode had resolved. Parameters analyzed included anterior chamber depth (ACD), lens thickness (LT), lens position (LP), trabecular-iris angle (TIA), iris thickness at 750 μm and 2000 μm from the scleral spur (IT750, IT2000), iris-ciliary process distance (ICPD), and iris convexity (IC). **Results:** Female patients predominated, accounting for 80%, with a mean age

¹Trường Y - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đăng Tuấn Dũng
Email: trịnhdangtuandung99@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025
Ngày duyệt bài: 11.12.2025

of 57.7 ± 7.41 years. All patients presented with ocular pain; 36.7% reported associated nausea or vomiting, and 43.3% reported seeing halos. Typical ocular signs included conjunctival injection, corneal edema, mid-dilated pupil, and a uniformly narrow anterior chamber angle. Regarding visual acuity, 80% of affected eyes had vision worse than 1/10, of which 41.7% could only perceive hand motion; only 20% achieved visual acuity of $\geq 1/10$. The mean intraocular pressure (IOP) in affected eyes was 47.74 ± 13.40 mmHg. Compared with fellow eyes, affected eyes had significantly shallower anterior chamber depth (ACD: 1.84 ± 0.17 vs. 1.98 ± 0.16 mm; $p < 0.001$), more anterior lens position (LP: 4.088 ± 0.24 vs. 4.211 ± 0.229 ; $p < 0.001$), and markedly narrower trabecular-iris angle (TIA: $1.98 \pm 1.99^\circ$ vs. $7.95 \pm 5.72^\circ$; $p < 0.001$). Other parameters showed no statistically significant differences. **Conclusion:** Shallower anterior chamber, more anterior lens position, and narrower trabecular-iris angle are the distinctive morphometric features of eyes with acute primary angle closure.

Keywords: acute primary angle-closure; UBM; anterior chamber; trabecular-iris angle; lens position.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ góc đóng cấp là một tình trạng cấp cứu nhãn khoa có thể gây suy giảm thị lực nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Bệnh thường khởi phát ở một mắt, tuy nhiên nhiều nghiên cứu ghi nhận rằng hơn một nửa số trường hợp sẽ có mắt còn lại bị ảnh hưởng trong vòng 5 năm sau đó. Tỷ lệ mắc cao ở các quốc gia châu Á, trong đó có Việt Nam.[1, 4]

Siêu âm sinh hiển vi phần trước nhãn cầu đóng vai trò quan trọng vì cho phép khảo sát trực tiếp mối liên hệ giải phẫu giữa mống mắt ngoại vi, thể mi và vùng bệ. Phương tiện này không chỉ cung cấp hình ảnh tĩnh mà còn phản ánh được sự thay đổi động học của tiền phòng, kể cả khi giác mạc phù.[3] Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm hình thái học bằng siêu âm sinh hiển vi ở nhóm bệnh nhân này còn hạn chế. Nghiên cứu hiện tại được thực hiện với mục tiêu mô tả và so sánh một số đặc điểm siêu âm sinh hiển vi ở mắt có cơ góc đóng cấp và mắt đối bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Glaucoma và khoa Chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025. Nghiên cứu này đã được duyệt qua Hội đồng Đạo đức đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu thực hiện siêu âm sinh hiển vi trên 30 mắt góc đóng cấp và 30 mắt đối bên đủ tiêu chuẩn chọn mẫu. Mỗi bệnh nhân cũng được thăm khám lâm sàng trước đó.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Mắt có cơ góc đóng cấp (1) có ít nhất một trong các triệu chứng dưới đây: đau quanh mắt/đau đầu; buồn nôn/ nôn; giảm thị lực; tiền sử nhìn thấy quầng sáng cầu vồng quanh bóng đèn. (2) nhãn áp đo được > 21 mmHg (đo bằng nhãn áp kế Goldmann). (3) Khi soi góc có tiếp xúc bệ - mống mắt với chu vi nhiều hơn 180° và (4) khám trên đèn khe tìm thấy tối thiểu 4 dấu hiệu dưới đây: cương tụ rìa; phù biểu mô giác mạc; giãn đồng tử cố định; tiền phòng ngoại vi nông.

- Mắt đối bên (1) Có tiếp xúc bệ - mống mắt với chu vi nhiều hơn 180° trên soi góc và (2) không có tiền sử hoặc dấu hiệu của cơ góc đóng cấp trước đó.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân góc mở ($>180^\circ$) trên soi góc trước khi dùng thuốc. Bệnh nhân có tổn thương gai thị với hình thái gợi ý Glaucoma. Tiền sử laser tạo hình mống mắt chu biên, tạo hình đồng tử, phẫu thuật tạo hình mống mắt chu biên, phẫu thuật thủy tinh thể. Góc đóng thứ phát ví dụ như: do chấn thương, tân mạch mống, viêm màng bồ đào, thủy tinh thể phồng đặc biệt là sự đục thủy tinh thể khác nhau giữa hai mắt. Trường hợp cơ góc đóng cấp hai mắt. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Các đặc điểm dịch tễ và các dữ liệu cơ bản được ghi nhận bao gồm: tuổi, giới tính, mắt bị ảnh hưởng, nhãn áp, thị lực ban đầu. Ngoài ra, các triệu chứng cơ năng như đau mắt, nôn/buồn nôn, nhìn quầng sáng cũng như các dấu hiệu thực thể bao gồm cương tụ kết mạc, giác mạc phù, đồng tử giãn hẹp, góc tiền phòng hẹp cũng được ghi nhận qua thăm khám lâm sàng.

Phân tích siêu âm sinh hiển vi. Các chỉ số được khảo sát bằng máy Siêu âm sinh hiển vi model Vumax U do hãng Sonomed Inc (Mỹ) sản xuất năm 2018. Tần số đầu dò ở mức 50 MHz. Thực hiện siêu âm ở 2 chế độ Angle – to – Angle và Angle Model. Chế độ Angle – to – Angle, được sử dụng để đo độ sâu tiền phòng và độ dày thủy tinh thể. Ở chế độ Angle Model, các chỉ số còn lại được đo ở các góc phần tư hướng 9 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 12 giờ. Giá trị trung bình ở 4 góc phần tư được sử dụng để đại diện cho mắt đó. Quy trình siêu âm được thực hiện bởi cùng 1 người. Các đặc điểm được ghi nhận trên siêu âm sinh hiển vi bao gồm: độ sâu tiền phòng (ACD), độ dày thủy tinh thể (LT), vị trí thủy tinh thể (LP), góc bệ - mống mắt (TIA), độ dày mống (IT750/IT2000), khoảng cách mống mắt - thể mi (ICPD) và độ vòng mống (IC).

bằng siêu âm sinh hiển vi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mắt bệnh và mắt đối bên, bao gồm độ sâu tiền phòng trung tâm, vị trí thủy tinh thể và góc bè – mỏng mắt. Cụ thể, ACD nông hơn, LP tiến ra trước hơn và TIA hẹp hơn rõ rệt ở mắt có cơn cấp. Đây là những đặc điểm hình thái nổi bật, góp phần quan trọng vào cơ chế bệnh sinh của cơn góc đóng cấp.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Nguyễn Xuân Hiệp (2020) cũng ghi nhận ACD trung bình ở mắt cơn cấp là $1,83 \pm 0,26$ mm, thấp hơn so với mắt đối bên ($2,06 \pm 0,20$ mm) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tác giả đồng thời báo cáo LP thấp hơn và TIA hẹp hơn ở mắt bệnh, tương đồng với kết quả của chúng tôi. [2] Tại Thái Lan, Suwan (2017) nghiên cứu trên 71 mắt có cơn góc đóng cấp cũng cho thấy ACD nông, LP tiến ra trước và TIA hẹp hơn đáng kể so với mắt đối bên và nhóm nghi ngờ góc đóng (PACS).[5] Nghiên cứu của You và cộng sự (2021) tại Trung Quốc cũng xác nhận TIA ở mắt cơn cấp hẹp hơn rõ rệt ($2,10 \pm 1,57^\circ$ so với $8,79 \pm 4,98^\circ$ ở mắt đối bên, $p < 0,001$).[6] Sự thống nhất giữa các báo cáo trong và ngoài nước cho thấy ACD, LP và TIA là những yếu tố hình thái học có giá trị cao trong nhận diện và dự báo cơn góc đóng cấp.

Về cơ chế sinh học, tiền phòng nông và thủy tinh thể nằm ra trước làm giảm thể tích tiền phòng, tăng diện tiếp xúc giữa mỏng mắt và thủy tinh thể, gây cản trở dòng thủy dịch qua đồng tử, dẫn đến tăng áp lực hậu phòng, đẩy mỏng mắt áp sát vùng bè và gây bít góc. Góc bè – mỏng mắt hẹp phản ánh trực tiếp sự bít góc này và là chỉ số lâm sàng – hình ảnh có giá trị nhất để xác định nguy cơ xảy ra cơn cấp. Đây cũng là lý do vì sao trong phân tích hồi quy logistic, cả ACD và TIA đều chứng minh được mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ xảy ra cơn cấp (ACD nhỏ: OR = 0,0053; TIA hẹp: OR = 0,63).

Ngược lại, một số thông số khác không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mắt bệnh và mắt đối bên, bao gồm độ dày thủy tinh thể (LT), khoảng cách mỏng mắt – thể mi (ICPD), độ vòng mỏng mắt (IC), và độ dày mỏng mắt tại 750 μ m và 2000 μ m (IT750, IT2000). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiệp (2020) và Suwan (2017), khi cả hai tác giả đều không tìm thấy sự khác biệt rõ rệt về LT giữa hai mắt, cũng như giá trị hạn chế của độ vòng mỏng mắt và độ dày mỏng mắt trong phân biệt mắt cơn cấp với mắt đối bên. Một giả thuyết hợp lý là trong bối cảnh cơn cấp, nhãn áp tăng rất cao và kéo dài, dẫn đến sự cân bằng áp lực trước – sau mỏng mắt, làm mất đi

dấu hiệu vòng mỏng mắt vốn được coi là đặc trưng của cơ chế nghiền đồng tử. Điều này giải thích tại sao độ vòng mỏng mắt và các chỉ số độ dày mỏng mắt không còn giá trị chẩn đoán trong giai đoạn cấp.

Ý nghĩa lâm sàng của kết quả nghiên cứu này là siêu âm sinh hiển vi cần được xem như phương tiện quan trọng trong đánh giá mắt bệnh và mắt đối bên ở bệnh nhân cơn góc đóng cấp. Việc nhận diện sớm ACD nông, LP tiến ra trước và TIA hẹp có thể giúp xác định nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, từ đó chỉ định can thiệp dự phòng kịp thời ở mắt đối bên, thay vì chỉ dựa vào soi góc thông thường. Ngoài ra, kết quả cũng gợi ý rằng chỉ số độ vòng mỏng mắt hay độ dày mỏng mắt không nên được sử dụng đơn lẻ để xác định cơ chế bệnh sinh trong cơn cấp.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Cỡ mẫu còn hạn chế (30 bệnh nhân), chưa đủ mạnh để phân tích chi tiết theo các cơ chế bệnh sinh khác nhau. Thiết kế cắt ngang khiến chúng tôi chỉ ghi nhận được hình thái sau khi cơn cấp đã qua giai đoạn cấp tính, do đó có thể có sự thay đổi thứ phát của một số chỉ số. Hơn nữa, chúng tôi chưa có nhóm chứng là mắt bình thường hay mắt góc đóng tiềm tàng, nên giá trị so sánh còn hạn chế.

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm bằng chứng rằng ACD, LP và TIA là ba thông số hình thái học quan trọng, có giá trị trong nhận diện mắt có nguy cơ cao xảy ra cơn góc đóng cấp. Các thông số khác ít có ý nghĩa hơn trong giai đoạn cấp, và cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định giá trị của chúng.

V. KẾT LUẬN

Cơn góc đóng cấp nguyên phát chủ yếu gặp ở nữ giới trung niên và cao tuổi, thường khởi phát đột ngột với các triệu chứng điển hình và gây tăng nhãn áp nặng nề, dẫn đến suy giảm thị lực trầm trọng ngay từ giai đoạn đầu. Kết quả siêu âm sinh hiển vi cho thấy ba đặc điểm hình thái học nổi bật ở mắt bệnh so với mắt đối bên là tiền phòng nông hơn, thủy tinh thể nằm ra trước hơn và góc bè – mỏng mắt hẹp hơn rõ rệt. Đây là những thông số có ý nghĩa thống kê và có giá trị thực tiễn trong việc nhận diện mắt nguy cơ cao, góp phần định hướng chiến lược dự phòng và can thiệp kịp thời cho mắt đối bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân**, chủ biên. Nhãn khoa (Bộ 3 tập). Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012.
2. **Nguyễn Xuân Hiệp**. Đặc điểm lâm sàng và hình thái học mắt glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp.

- cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;496(1):25-32.
3. **Dada T, Gadia R, Sharma A, Ichhpujani P, Bali SJ, Bhartiya S, Panda A.** Ultrasound biomicroscopy in glaucoma. *Surv Ophthalmol.* 2011;56:433-50.
 4. **Gedde SJ, Chen PP, Muir KW, Vinod K, Lind JT, Wright MM, Li T, Mansberger SL.** Primary Angle-Closure Disease Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology.* 2021 Jan;128(1):P30-70.
 5. **Suwan Y, Jiamsawad S, Tantraworasin A, Rojanapongpun P.** Ultrasound biomicroscopic diagnosis of angle closure mechanisms in Thai subjects with unilateral acute angle closure. *BMC Ophthalmol.* 2017;17(1): 246. doi:10.1186/s12886-017-0640-7
 6. **You QS, et al.** Biometric parameters in acute primary angle closure and fellow eyes: an anterior segment optical coherence tomography study. *Br J Ophthalmol.* 2021;105(6):777-782.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ INSULIN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TỈNH HƯNG YÊN

Đồng Thị Xuân Phương¹, Hoàng Thị Thu Huệ¹, Nguyễn Thùy Ánh Dương¹, Nguyễn Thị Thảo¹, Nguyễn Thu Chinh³, Lê Văn Anh⁴, Phạm Thị Thúy Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng insulin và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Y Dược Cổ truyền tỉnh Hưng Yên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 130 bệnh nhân từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2024. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang đo MARS-5 thông qua phỏng vấn trực tiếp. Phân tích hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ insulin đạt 68,0% trong tổng số các bệnh nhân khảo sát. Hành vi không tuân thủ phổ biến nhất là quên tiêm thuốc và bỏ lỡ liều (31,5%). Các hành vi nguy cơ cao như tự ý đổi liều hoặc ngừng thuốc rất hiếm gặp. Hai yếu tố liên quan đến không tuân thủ là thời gian mắc bệnh ≥ 6 năm (OR = 2,622; p = 0,016) và số lần tiêm insulin ≥ 3 lần/ngày (OR = 3,687; p = 0,011). **Kết luận:** Tuân thủ điều trị insulin còn chưa tối ưu, đặc biệt ở bệnh nhân mắc bệnh lâu năm và dùng phác đồ tiêm nhiều lần. Cần có biện pháp hỗ trợ nhóm đối tượng này nhằm nâng cao mức độ tuân thủ, hướng đến tối ưu hóa hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. **Từ khóa:** đái tháo đường typ 2, tuân thủ điều trị, MARS - 5

SUMMARY

MEDICATION ADHERENCE TO INSULIN THERAPY AND ASSOCIATED FACTORS IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT HUNG YEN TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Trường Cao đẳng Y tế Hưng Yên

³Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

⁴Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thúy Vân

Email: vanptt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

Objective: To assess the level of adherence to insulin therapy and related factors in outpatients with type 2 diabetes at Hung Yen Traditional Medicine Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 130 patients from October to December 2024. Adherence was assessed using the MARS-5 questionnaire through direct interviews. Univariate logistic regression was applied to identify factors associated with adherence. **Results:** The adherence rate to insulin therapy was 68.0%. The most common non-adherent behaviors were forgetting injections and missing doses (31.5%). High-risk behaviors such as self-adjusting doses or discontinuing insulin were very rare. Two factors significantly associated with non-adherence included having diabetes for ≥ 6 years (OR = 2.622; p = 0.016) and administering insulin ≥ 3 times/day (OR = 3.687; p = 0.011). **Conclusion:** Adherence to insulin therapy remains suboptimal, especially among patients with longer disease duration and more frequent insulin injections. Targeted support is needed for these groups to improve adherence and treatment effectiveness. **Keywords:** Type 2 Diabetes, Medication adherence, MARS-5

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 là bệnh mạn tính phổ biến với xu hướng gia tăng nhanh chóng và gây ra nhiều hệ lụy về sức khỏe cũng như kinh tế. Theo Trading Economics, tỷ lệ mắc đái tháo đường ở Việt Nam vào năm 2021 là 6,1% trong nhóm dân số từ 20 đến 79 tuổi (theo bộ chỉ số phát triển của Ngân hàng Thế giới được tổng hợp từ các nguồn chính thức được công nhận) [1]. Con số này phản ánh xu hướng tăng nhanh của căn bệnh này trong những năm gần đây.

Trong điều trị ĐTĐ typ 2, insulin là lựa chọn cần thiết ở nhiều giai đoạn tiến triển bệnh. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc lớn vào mức