

TỈ LỆ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT NĂM 2024

Hà Mạnh Kiên^{1,✉}, Nguyễn Đức Công^{1,2}, Nguyễn Văn Huynh²

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tuân thủ điều trị tăng huyết áp liên quan chặt chẽ với kiểm soát huyết áp mục tiêu. Nghiên cứu nhằm đánh giá tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp tại khoa khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024, xác định mối liên quan giữa nhân khẩu học, kinh tế-xã hội và tuân thủ điều trị chung. Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tại Bệnh viện Thống Nhất, từ 08/2023 - 05/2024 ở người bệnh điều trị ngoại trú. Trong khi, tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc đạt 73,9%, và tuân thủ điều trị không dùng thuốc đạt 72,8% thì tỷ lệ tuân thủ điều trị chung (tuân thủ điều trị đồng thời cả dùng thuốc và không dùng thuốc) chỉ đạt 53,8%. Các yếu tố giúp gia tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị chung: nhóm tuổi dưới 70, sống chung với người nhà, trình độ học vấn từ Đại học trở lên, và có tham gia Bảo hiểm y tế. Các chương trình can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị tăng huyết áp cần tập trung vào nhóm trên 70 tuổi, sống một mình, trình độ học vấn dưới trung học và chưa tham gia Bảo hiểm y tế.

Từ khóa: Tăng huyết áp, người cao tuổi, tuân thủ điều trị, ngoại trú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với hơn 7,5 triệu ca tử vong mỗi năm liên quan đến các biến chứng tim mạch, tăng huyết áp (THA) là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong sớm và tàn tật toàn cầu.¹ Điều trị kiểm soát THA đóng vai trò then chốt trong việc giảm nguy cơ các biến cố tim mạch lớn và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hiện là thách thức lớn nhất trong kiểm soát THA - với 33% đến 69% người bệnh tuân thủ kém ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam.² Đối với người bệnh THA, hậu quả của không tuân thủ điều trị là giảm hiệu quả kiểm soát huyết áp, tăng nguy cơ kháng trị, tái phát, nhập viện và tử vong của người bệnh.

Việc tuân thủ tốt giúp duy trì huyết áp mục tiêu, hạn chế nguy cơ tiến triển của bệnh và xuất hiện biến chứng. Ngược lại, việc không tuân thủ có thể làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh, đặc biệt ở các đối tượng điều trị ngoại trú lâu dài - nhóm chiếm tỷ trọng lớn trong quản lý THA hiện nay. Tại Việt Nam, THA đang gia tăng nhanh chóng với tỷ lệ hiện mắc từ 21,1% đến 25,1% trong năm 2022, xu hướng tăng nhanh cùng với sự tuân thủ điều trị chưa cao.³ Mặc dù đây là một bệnh lý mạn tính dễ chẩn đoán, nhưng việc kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân vẫn còn nhiều khó khăn do nhiều yếu tố - trong đó tuân thủ điều trị là một yếu tố then chốt. Khi không được phát hiện và kiểm soát kịp thời, THA có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận, làm tăng gánh nặng cho hệ thống y tế và xã hội.¹

Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "tỉ lệ một số yếu tố liên quan

Tác giả liên hệ: Hà Mạnh Kiên

Bệnh viện Thống Nhất

Email: hoalangthuong1980@gmail.com

Ngày nhận: 12/06/2025

Ngày được chấp nhận: 01/07/2025

đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024". Khoa khám bệnh theo yêu cầu tại Bệnh viện Thống Nhất là khoa quản lý điều trị ngoại trú cho hầu hết người bệnh THA tại Bệnh viện Thống Nhất. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: (1) Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu của Bệnh viện Thống Nhất; (2) Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế-xã hội và tuân thủ điều trị chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh THA có điều trị ngoại trú tại khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Thống Nhất.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các cá nhân được tuyển chọn cần thỏa mãn tất cả các điều kiện: (1) là công dân Việt Nam, đủ 18 tuổi trở lên, bảo đảm nhận thức rõ và chịu trách nhiệm được về hành vi của bản thân; (2) đã được chẩn đoán THA trong thời gian ít nhất 3 tháng, cho phép đảm bảo tính ổn định của tình trạng bệnh và phản ánh trung thực quá trình điều trị; (3) đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, quy trình, lợi ích và những rủi ro có thể gặp phải.

Tiêu chuẩn loại trừ

(1) những người bệnh không thể giao tiếp hiệu quả (bao gồm câm, điếc, tâm thần hoặc mắc các bệnh lý khác làm mất khả năng làm chủ hành vi) sẽ bị loại nhằm tránh sai sót hoặc gián đoạn trong việc thu thập thông tin; (2) phụ nữ có thai vì nguy cơ biến động sinh lý có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu và yêu cầu can thiệp điều trị khác biệt; (3) người bệnh từ chối trả lời hoặc không hoàn thành hết số lượng câu hỏi nghiên cứu, vì không đáp ứng đủ dữ liệu cần thiết để phân tích và đánh giá khách

quan.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu BVTN từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu để xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu ước lượng.

α là mức ý nghĩa = 0,05, độ tin cậy 95%.

z là trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$).

p là tỷ lệ tuân thủ điều trị theo thang đo MMAS-8 của đối tượng từ nghiên cứu của Trần Song Hậu và cộng sự tại quận Bình Thủy, Cần Thơ năm 2021 ($p = 0,553$).⁴

d là sai số cho phép của nghiên cứu, chọn $d = 0,05$.

Thay số vào công thức, ta tính được cỡ mẫu là 380 người bệnh. Chúng tôi cộng thêm 10% hao hụt trong nghiên cứu: $n = 380 + (380 \times 10\%) = 418$ người bệnh.

Phương pháp và quy trình chọn mẫu:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp lựa chọn ngẫu nhiên có hệ thống, dự kiến thời gian thu thập số liệu là 1 tháng, do địa điểm nghiên cứu là Bệnh viện Thống Nhất nên số ngày có thể thực hiện khảo sát là 5 ngày/tuần $\times 4 = 20$ ngày. Vậy một ngày cần thực hiện khảo sát tối thiểu: $418 \text{ người} / 20 \text{ ngày} = 21 \text{ người bệnh}$. Bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tới khám tại khoa KCBTYC của bệnh viện khoảng 3000 người/ tháng (20 ngày), tương đương khoảng 150 người/ngày. Khoảng cách mẫu là $150 / 21 = 7,1$ làm tròn thành 7. Vậy cứ cách 7 người đến khám sẽ chọn 1 người để thực hiện phỏng vấn, cho đến khi đủ cỡ mẫu. Nếu người được chọn thỏa tiêu chí lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu thì thực hiện phỏng vấn, nếu người

được chọn không thỏa tiêu chí lựa chọn hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu thì sẽ chọn người liền tiếp theo sau. Thực hiện chọn và thu thập dữ liệu cho đến khi đủ mẫu. Thực tế nghiên cứu khảo sát được 418 người bệnh.

Công cụ thu thập dữ liệu: Nghiên cứu sử dụng bản câu hỏi tự điền, gồm 50 câu hỏi chia thành 4 phần: Phần A: Thông tin cá nhân (16 câu); Phần B: Hiểu biết về THA (16 câu); Phần C: TTĐT dùng thuốc – thang đo MMAS-8 (11 câu); Phần D: TTĐT không dùng thuốc (10 câu). Tuân thủ điều trị chung được xác định là người vừa tuân thủ dùng thuốc cao và có tuân thủ không dùng thuốc.

Biến số nghiên cứu: Tuân thủ điều trị dùng thuốc được đo lường bằng thang đo MMAS-8 gồm 8 câu hỏi (Q1–Q8), trong đó 7 đầu có dạng “Có” hoặc “Không” và một câu dùng thang đo Likert 5 bậc - tần suất gặp khó khăn trong tuân thủ điều trị - lần lượt quy đổi thành điểm như sau: “Không bao giờ/Hiếm khi” = 0 điểm, “Hơn một lần” = 0,25 điểm, “Thỉnh thoảng” = 0,5 điểm, “Thường xuyên” = 0,75 điểm và “Luôn luôn” = 1 điểm. Với 6 câu “thuận chiều” (Q1, Q2, Q3, Q4, Q6, Q7), trả lời “Có” được 0 điểm và “Không” được 1 điểm; riêng câu Q5 “nghịch đảo” thì trả lời “Có” được 1 điểm và “Không” được 0 điểm. Công thức tính điểm MMAS-8 là tổng điểm của toàn bộ 8 câu, dao động từ 0 đến 8 điểm, trong đó từ 0 đến dưới 6 điểm tương ứng với tuân thủ điều trị thấp, từ 6 đến dưới 8 điểm là tuân thủ trung bình và 8 điểm là tuân thủ cao. Điểm MMAS-8 càng cao cho thấy mức độ tuân thủ điều trị càng tốt, và ngược lại. Thang đo MMAS-8 tiếng Việt có giá trị Cronbach Alpha là 0,83.⁵

Tuân thủ điều trị không dùng thuốc được đánh giá qua một biến nhị giá gồm hai giá trị “Có” hoặc “Không”. Bệnh nhân được coi là tuân thủ nếu họ không còn hút thuốc, không còn uống rượu/bia và đồng thời có thực hiện ăn giảm muối, kiểm soát cân nặng, tập thể dục.

Trường hợp bệnh nhân trả lời khác với các tiêu chí trên sẽ thuộc nhóm không tuân thủ. Nghiên cứu cũng thu thập thông tin tiền sử hút thuốc, số điều hút mỗi ngày, nỗ lực cai thuốc, hay tình trạng uống rượu/bia trước và sau khi chẩn đoán. Kiểm soát cân nặng và tập thể dục được đánh giá qua tần suất tập cũng như tính duy trì hoạt động thường xuyên. Bảng câu hỏi về tuân thủ điều trị không dùng thuốc tham khảo các nghiên cứu đã công bố của Trần Đức Sĩ và cộng sự, Nguyễn Minh Phương và cộng sự, Hoàng Đức Thái và cộng sự.⁶⁻⁸

Quy trình chuẩn hoá đào tạo đánh giá về thang điểm: Nhân viên y tế tham gia lấy mẫu sẽ được tham gia một buổi tập huấn trước khi lấy mẫu, vào tháng 01 năm 2024, nhằm hướng dẫn về: nội dung và mục tiêu nghiên cứu, phương pháp lấy đồng thuận sau khi cung cấp thông tin; nội dung của các bảng câu hỏi; cách giải thích các câu hỏi khi người tham gia có thắc mắc; thống nhất cách hiểu về nội dung của bảng câu hỏi.

Kiểm soát sai số nhớ lại: nhân viên y tế giải thích rõ và giới hạn thời gian nhớ lại sự tuân thủ điều trị và các hành vi trong vòng ba tháng gần nhất.

Phân tích thống kê: Dữ liệu sau khi thu thập được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1. Sau khi hoàn thành việc nhập liệu, kiểm tra tính phù hợp của dữ liệu để phát hiện các giá trị bất thường. Dữ liệu được phân tích thống kê bằng STATA 14.2. Thống kê mô tả trong nghiên cứu sẽ dựa vào phân phối của biến số, đối với các biến số định tính, dữ liệu được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, đối với các biến số định lượng, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn sẽ được sử dụng để mô tả đặc điểm trung tâm và mức độ phân tán của dữ liệu. Nếu biến số định lượng có phân phối không bình thường, trung vị và khoảng tứ phân vị sẽ được sử dụng để mô tả đặc điểm. Nghiên cứu sử dụng kiểm

định chi bình phương, kiểm định Fisher, mô hình hồi quy poisson và số đo kết hợp PR (KTC 95%) để phân tích mối liên quan giữa thông tin chung của bệnh nhân, hiểu biết về THA với các biến số TTĐT dùng thuốc và không dùng thuốc.

3. Đạo đức nghiên cứu

Người tham gia nghiên cứu được thông báo và giải thích về mục đích yêu cầu của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu qua phiếu thỏa thuận. Các số liệu thu thập trong quá trình nghiên cứu được mã hoá và chỉ được sử dụng

cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho mục đích nào khác. Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo tuyên ngôn Helsinki. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Quốc tế Hồng Bàng và Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Thống Nhất theo giấy chứng nhận số 05/2024/BVTN-HĐYĐ ngày 08 tháng 01 năm 2024 của Bệnh viện Thống Nhất.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử mắc bệnh THA của đối tượng nghiên cứu (n = 418)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi*	68,3 ± 8,9	
<i>Nhóm tuổi</i>		
Dưới 60 tuổi	61	14,5%
60 – 69 tuổi	215	51,3%
Trên 70 tuổi	142	33,8%
<i>Giới tính</i>		
Nam	260	62,3%
Nữ	158	37,7%
<i>Dân tộc</i>		
Kinh	406	97,1%
Khác	12	2,9%
<i>Hoàn cảnh sống</i>		
Sống với gia đình	373	89,3%
Sống một mình	45	10,7%
<i>Trình độ học vấn</i>		
Tiểu học/Trung học cơ sở	59	14,0%
Trung học phổ thông	70	16,7%
Trung cấp/Cao đẳng	84	20,1%
Đại học và sau đại học	205	49,1%

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp		
Kinh doanh/ Buôn bán	31	7,4%
Cán bộ, viên chức	54	12,9%
Nhân viên văn phòng	70	16,7%
Hưu trí	190	45,6%
Giáo viên, giảng viên	15	3,7%
Nội trợ	51	12,1%
Khác	7	1,7%
Thu nhập cá nhân/ tháng (VNĐ)		
< 5.000.000	5	1,3%
5.000.000 - 8.000.000	26	6,2%
8.000.000 - 10.000.000	107	25,5%
10.000.000 - 20.000.000	236	56,5%
> 20.000.000	44	10,5%
Tham gia BHYT		
Có	382	91,5%
Không	36	8,5%
Chiều cao* (cm)	168 ± 24	
Cân nặng* (kg)	78 ± 11	
Tiền sử THA		
Dưới 1 năm	13	3,2%
Từ 1 - 5 năm	150	35,9%
Trên 5 năm	255	61,0%

* Trung bình ± SD

Gần 2/3 tổng số người tham gia nghiên cứu đã mắc THA trên 5 năm (61,0%).

Bảng 2. Tần số và tỷ lệ các đặc điểm tuân thủ điều trị chung của người bệnh THA tại Bệnh viện Thống nhất (n = 418)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>TTĐT dùng thuốc</i>		
TTĐT thuốc thấp	44	10,4%
TTĐT thuốc trung bình	65	15,6%
TTĐT thuốc cao	309	73,9%

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>TTĐT không dùng thuốc</i>		
Có	304	72,8%
Không	114	27,2%
<i>TTĐT chung</i>		
Có	225	53,8%
Không	193	46,2%

Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc (72,8%) thấp hơn tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc cao (73,9%), trong khi tỷ lệ tuân thủ chung bao gồm cả tuân thủ điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc chỉ đạt 53,8%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm dân số với tuân thủ điều trị tăng huyết áp (n = 418)

Đặc điểm	TTĐT chung		p-value	PR (KTC 95%)
	Không (n = 193)	Có (n = 225)		
Nhóm tuổi				
Dưới 60 tuổi	22 (36,06)	39 (63,93)	0,037	1,54 (1,02 - 2,30)
60 - 69 tuổi	88 (40,93)	127 (59,07)	0,026	1,42 (1,05 - 1,95)
Trên 70 tuổi	83 (58,45)	59 (41,55)	-	1
Giới tính				
Nam	134 (51,54)	126 (48,46)	0,056	1
Nữ	59 (37,34)	99 (62,66)		1,29 (0,99 - 1,68)
Dân tộc				
Kinh	182 (44,83)	224 (55,17)	0,002*	12,82 (1,67 - 98,43)
Khác	11 (91,67)	1 (8,33)		1
Hoàn cảnh sống				
Sống với gia đình	163 (43,7)	210 (56,30)	0,049	1,69 (1,04 - 2,98)
Sống một mình	30 (66,67)	15 (33,33)		1
Trình độ học vấn				
Tiểu học/ Trung học (TH) cơ sở	37 (62,71)	22 (37,29)	-	1
TH phổ thông	42 (60,00)	28 (40,00)	0,805	1,07 (0,62 - 1,89)
Trung cấp/Cao đẳng	35 (41,67)	49 (58,33)	0,081	1,56 (0,96 - 2,64)
Đại học và sau đại học	79 (38,54)	126 (61,46)	0,031	1,65 (1,07 - 2,66)

Đặc điểm	TTĐT chung		p-value	PR (KTC 95%)
	Không (n = 193)	Có (n = 225)		
Nghề nghiệp				
Hưu trí	101 (53,16)	89 (46,84)	-	1
Kinh doanh/ Buôn bán	15 (48,39)	16 (51,61)	0,721	1,10 (0,62 - 1,82)
Cán bộ, viên chức	25 (46,3)	29 (53,70)	0,523	1,15 (0,74 - 1,72)
Nhân viên văn phòng	30 (42,86)	40 (57,14)	0,296	1,22 (0,83 - 1,76)
Giáo viên, giảng viên	9 (60,00)	6 (40,00)	0,708	0,85 (0,33 - 1,79)
Nội trợ	26 (50,98)	25 (49,02)	0,841	1,05 (0,66 - 1,60)
Khác	3 (42,86)	4 (57,14)	0,697	1,22 (0,37 - 2,92)
Thu nhập cá nhân/ tháng (VNĐ)				
< 5.000.000	3 (60,00)	2 (40,00)	-	1
5.000.000 - 8.000.000	14 (53,85)	12 (46,15)	0,851	1,15 (0,31 - 7,42)
8.000.000 - 10.000.000	48 (44,86)	59 (55,14)	0,655	1,38 (0,43 - 8,41)
10.000.000 - 20.000.000	111 (47,03)	125 (52,97)	0,694	1,32 (0,42 - 8,02)
> 20.000.000	17 (38,64)	27 (61,36)	0,559	1,53 (0,46 - 9,51)
Tham gia BHYT				
Có	168 (43,98)	214 (56,02)	0,049	1,83 (1,05 - 3,57)
Không	25 (69,44)	11 (30,56)		1

* Kiểm định chính xác Fisher

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với việc “Có tuân thủ điều trị chung” bao gồm: nhóm tuổi dưới 60 (PR = 1,54; KTC 95%: 1,02 - 2,30 so với nhóm trên 70 tuổi), nhóm tuổi 60 - 69 (PR = 1,42; KTC 95%: 1,05 - 1,95 so với nhóm trên 70 tuổi); dân tộc Kinh có tuân thủ điều trị cao hơn so với dân tộc khác (PR = 12,82; KTC 95%: 1,67 - 98,43); sống cùng gia đình (PR = 1,69; KTC 95%: 1,04 - 2,98) so với sống một mình, trình độ học vấn Đại học và sau đại học (PR = 1,65; KTC 95%: 1,07 - 2,66) so với Tiểu học/THCS, và có tham gia Bảo hiểm y tế (PR = 1,83; KTC 95%: 1,05 - 3,57) so với không có BHYT. Giới tính nữ có xu hướng tuân thủ cao hơn nam (PR = 1,29; p = 0,056) nhưng sự khác

biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Điểm nổi bật của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ TTĐT đồng thời cả dùng thuốc và không dùng thuốc là không cao (53,8%), mặc dù tỷ lệ TTĐT từng phần là cao. Cụ thể tỷ lệ TTĐT dùng thuốc cao là 73,9% và tỷ lệ TTĐT không dùng thuốc là 72,8%. Nghĩa là nhiều người bệnh chỉ có thể TTĐT dùng thuốc hoặc không dùng thuốc. Điều này góp phần ảnh hưởng không tốt đến khả năng đạt huyết áp mục tiêu. Tuổi trẻ hơn, dân tộc Kinh, sống với gia đình, trình độ học vấn cao và có tham gia bảo hiểm y tế là các yếu tố tăng TTĐT chung.

Tỷ lệ TTĐT ở người bệnh THA

Với 73,9% người tham gia TTĐT dùng thuốc cao, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác trong nước và quốc tế. Cụ thể, nghiên cứu của Trần Song Hậu và cộng sự (2021) tại Cần Thơ cho thấy tỷ lệ TTĐT dùng thuốc cao chỉ là 55,3%.⁴ Một nghiên cứu tổng quan hệ thống vào năm 2019 tại Việt Nam, cho thấy tỷ lệ TTĐT ở các nghiên cứu dao động từ 33% đến 69%.⁹ Gần đây hơn, năm 2023, của Nguyễn Ngọc Nghĩa và cộng sự cũng báo cáo tỷ lệ TTĐT THA là 69,7%.¹⁰ Tỷ lệ TTĐT không dùng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi (72,8%) cũng tương đối cao hơn một số nghiên cứu khác. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Đức Sĩ và cộng sự (2021) tại Phòng khám Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn (46,5%) và nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Trưng Vương (52,2%).^{6,7} Một mặt kết quả của chúng tôi cho thấy những nỗ lực trong việc tư vấn, giáo dục và hỗ trợ bệnh nhân tại Bệnh viện Thống Nhất trong nhiều năm qua, bước đầu đã mang lại hiệu quả tích cực. Mặt khác, có khả năng sự khác biệt này là do đặc điểm đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn khá cao (49,1%), khác biệt với nghiên cứu trước đây. Mà trong các nghiên cứu trước đây đều cho thấy người có trình độ học vấn cao thì tuân thủ điều trị sẽ tốt hơn.

Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan

Nghiên cứu cho thấy người trẻ tuổi hơn có TTĐT chung cao hơn người trên 70 tuổi. Cụ thể, so với nhóm người bệnh trên 70 tuổi, những người bệnh ở nhóm tuổi dưới 60 có tỷ lệ TTĐT cao hơn 1,54 lần (PR = 1,54; KTC 95%: 1,02 - 2,30; p = 0,037). Tương tự, nhóm tuổi 60 - 69 cũng có tỷ lệ hiện mắc TTĐT cao hơn 1,42 lần so với nhóm trên 70 tuổi (PR = 1,42; KTC 95%: 1,05 - 1,95; p = 0,026). Người trẻ tuổi hơn thường có khả năng tiếp cận và xử

lý thông tin tốt hơn, ít bị suy giảm nhận thức, ít mắc các bệnh đồng thời phức tạp hơn khiến TTĐT tốt hơn.

Người sống với gia đình có tỷ lệ TTĐT cao hơn người sống một mình 1,69 lần (KTC 95%: 1,04 - 2,98, p = 0,05), kết quả này phù hợp với kết quả hai nghiên cứu khác tại Bệnh viện Quân Y 354 và tại huyện Ba Vì.^{10,11} Điều này khẳng định vai trò của mạng lưới hỗ trợ xã hội, đặc biệt là từ gia đình, trong việc quản lý bệnh mạn tính. Sự nhắc nhở, động viên, hỗ trợ trong việc chuẩn bị bữa ăn lành mạnh, cùng tham gia các hoạt động thể chất từ người thân có thể cải thiện đáng kể hành vi tuân thủ của bệnh nhân.

Về trình độ học vấn, so với người bệnh có trình độ học vấn tiểu học/THCS và THPT người có trình độ học vấn cao (Đại học/ sau đại học) có tỷ lệ TTĐT cao gấp 1,65 lần (KTC 95%: 1,07 - 2,66, p = 0,03). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Quân Y 354, năm 2023.¹¹ Người có trình độ học vấn cao hơn thường có kiến thức về sức khỏe tốt hơn, chủ động tìm kiếm hoặc tiếp cận thông tin y tế phức tạp, cũng như có nhận thức rõ ràng hơn về lợi ích của việc tuân thủ điều trị.

Cuối cùng, người có BHYT có tỷ lệ TTĐT cao hơn 1,83 lần (KTC 95%: 1,05 - 3,57, p = 0,05) so với người không có BHYT, khá tương đồng khi kết quả trong nghiên cứu của Bệnh viện Quân Y 354.¹¹ BHYT giúp giảm bớt rào cản tài chính trong việc tiếp cận thuốc, xét nghiệm và chi phí tài khám. Từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân duy trì điều trị lâu dài và đều đặn và đặc biệt quan trọng đối với một bệnh mạn tính như THA.

Hạn chế

Do thiết kế cắt ngang, nghiên cứu có hạn chế trong sức mạnh kết luận nhân quả. Sai số nhớ lại có thể ảnh hưởng đến kết quả do người tham gia trả lời hành vi tuân thủ trong quá khứ. Ngoài ra, người tham gia cũng có thể che giấu "sự tuân thủ". Điều này có thể khiến tỷ lệ tuân

thủ trong nghiên cứu cao hơn so với thực tế.

Tính ứng dụng

Phát hiện về sự khác biệt trong tuân thủ điều trị giữa các nhóm tuổi, giới tính, dân tộc, hoàn cảnh sống và trình độ học vấn là cơ sở để tối ưu hóa các chương trình giáo dục sức khỏe, tăng cường hiệu quả truyền thông và phát triển các mô hình can thiệp chuyên biệt. Hơn nữa, kết quả nghiên cứu khuyến nghị việc tích hợp công nghệ thông tin, đặc biệt là các ứng dụng di động, nhằm nâng cao khả năng tự quản lý của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 418 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất cho thấy tỷ lệ TTĐT chung chỉ đạt 53,8%, dù tỷ lệ TTĐT dùng thuốc ở mức cao (73,9%) và TTĐT không dùng thuốc (72,8%) tương đối khả quan. Các đặc điểm gồm: tuổi trẻ hơn (dưới 70 tuổi), dân tộc Kinh, sống với gia đình, trình độ học vấn cao và có tham gia bảo hiểm y tế là các yếu tố tăng TTĐT chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Egan BM, Mattix-Kramer HJ, Basile JN, et al. Managing Hypertension in Older Adults. *Curr Hypertens Rep.* Apr 2024;26(4):157-167. doi:10.1007/s11906-023-01289-7
2. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nature reviews Nephrology.* Apr 2020;16(4):223-237. doi:10.1038/s41581-019-0244-2
3. McGuire H, Truong Bui Van, Le Thi Thu Hien, et al. Improving hypertension awareness and management in Vietnam through a community-based model. *Scientific Reports.* 2022/11/18 2022;12(1):19860. doi:10.1038/s41598-022-22546-w
4. Trần Song Hậu, Thạch Thị Cha Ro Da, Thạch Ngọc Nữ Thu, và cs. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận Bình Thủy, Cần

Thơ năm 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 11/11 2022;(53):197-205. doi:10.58490/ctump.2022i53.177

5. Nguyễn Thiên Vũ, Trương Văn Hòa, Nguyễn Thắng, và cs. Các bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tim mạch. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.* 03/05 2023;(93):31-43.

6. Trần Đức Sĩ, Nguyễn Hùng, Phan Kim Mỹ, và cs. Tuân Thủ Điều Trị Không Dùng Thuốc Của Người Bệnh Tăng Huyết Áp Tại Khoa Tim Mạch Phòng Khám Đa Khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 06/12 2021;500(2). doi:10.51298/vmj.v500i2.350

7. Nguyễn Minh Phương, Võ Ý Lan, Trịnh Thị Hoàng Oanh. Tuân Thủ Điều Trị Không Dùng Thuốc Và Các Yếu Tố Liên Quan Ở Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Điều Trị Ngoại Trú Tại Bệnh Viện Trưng Vương Tp. Hồ Chí Minh Năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 05/16 2023;526(1A). doi:10.51298/vmj.v526i1A.5343

8. Hoàng Đức Thái, Bùi Đặng Minh Trí, Bùi Minh Hiệp, và cs. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp. *Tạp chí Y học cộng đồng.* 2021/04/30/ 2021;62(2 (2021))doi:10.52163/yhc.v62i2

9. Meiqari L, Essink D, Wright P, et al. Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health.* Mar 2019;31(2):101-112. doi:10.1177/1010539518824810

10. Nguyễn Ngọc Nghĩa. Thực trạng về tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại huyện Ba Vì thành phố Hà Nội năm 2023 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 10/06 2023;530(2)doi:10.51298/vmj.v530i2.6821

11. Nguyễn Thị Thanh Thủy, Đỗ Thị Thu Hiền, Dương Thị Hòa. Tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tái nhập viện và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Quân Y 354 năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 01/11 2024;533(2)doi:10.51298/vmj.v533i2.7990

Summary

PREVALENCE OF ADHERENCE TO HYPERTENSION TREATMENT AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL IN 2024

Adherence to hypertension treatment is closely associated with achieving target blood pressure control. This study aimed to evaluate treatment adherence in hypertensive patients at the Outpatient Department of Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, in 2024, and to determine the associations between socio-demographic factors and overall adherence. A descriptive, cross-sectional study was conducted on outpatients from August 2023 to May 2024. The results showed that while the adherence rate for pharmacological treatment was 73.9% and for non-pharmacological therapies was 72.8%, the overall adherence rate (concurrent adherence to both) was only 53.8%. Factors associated with higher overall adherence included being under 70 years of age, living with family, holding a university degree or higher, and having health insurance coverage. Consequently, intervention programs designed to improve hypertension adherence should focus on patients who are over 70 years old, live alone, have a sub-secondary level of education, and are not enrolled in health insurance.

Keywords: Hypertension, elderly, treatment adherence, outpatient.