

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP Ở MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ TẠI VIỆT NAM NĂM 2025

Hồ Thị Kim Thanh^{1,✉}, Vũ Việt Hằng¹, Võ Hồng Sô², Thiều Đình Hưng³
Trần Thị Hương Lý⁴, Lê Thị Thu Hương⁵, Dương Thị Ngọc Tâm⁶
Nguyễn Thị Thanh⁷, Lê Thị Thu Hiền⁸, Đỗ Nguyễn Vũ¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tim mạch Cần Thơ

³Bệnh viện 71 Trung ương

⁴Trung tâm Y tế Tam Điệp

⁵Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư

⁶Trung tâm Y tế Vĩnh Yên

⁷Trung tâm Y tế Hoàng Mai

⁸Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba Đồng Hới

Nghiên cứu đánh giá thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp và đạt huyết áp mục tiêu tại Việt Nam năm 2025, các phác đồ điều trị đang được áp dụng và xu hướng sử dụng viên phối hợp liều cố định (SPC). Nghiên cứu mô tả cắt ngang đa trung tâm được tiến hành trên 3.197 bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại 7 cơ sở y tế (3 vùng Nam, Trung, Bắc). Kết quả cho thấy 54,5% bệnh nhân được điều trị đơn trị liệu, trong khi 45,5% sử dụng phối hợp từ hai thuốc trở lên, trong đó 17,9% dùng SPC và 15,9% phối hợp rời. Phối hợp ba thuốc chiếm 9,8% và ≥ 4 thuốc chiếm 1,7%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu $< 140/90\text{mmHg}$ là 73,6%, và $< 130/80\text{mmHg}$ là 26,5%. Tỷ lệ sử dụng SPC cao hơn rõ tại các cơ sở tuyến tỉnh và trung ương so với tuyến cơ sở. Kết quả cho thấy xu hướng gia tăng sử dụng phác đồ phối hợp, đặc biệt SPC, phù hợp với khuyến cáo quốc tế (ISH 2020, ESH 2023, WHO 2025), song mức độ triển khai chưa đồng đều, cần tăng cường hướng dẫn và chuẩn hóa điều trị nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp trên toàn quốc.

Từ khóa: Tăng huyết áp, thuốc hạ áp, Viên phối hợp liều cố định (SPC).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA), hay cao huyết áp, là một trong những bệnh không lây nhiễm (BKNL) phổ biến nhất và là yếu tố nguy cơ hàng đầu có thể thay đổi được gây tử vong sớm trên toàn thế giới. ¹Theo báo cáo mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), gánh nặng toàn cầu của THA đang ở mức báo động. Ước tính năm 2024, có khoảng 1,4 tỷ người trưởng thành trong độ tuổi

30 - 79 bị ảnh hưởng bởi THA, chiếm 33% dân số trong nhóm tuổi này.² Mặc dù tỷ lệ hiện mắc được chuẩn hóa theo tuổi tương đối ổn định trong ba thập kỷ qua, số lượng tuyệt đối các trường hợp tăng huyết áp đã cao gấp đôi kể từ năm 1990, chủ yếu do sự gia tăng dân số và quá trình già hóa.³ Sự gia tăng về quy mô này đặt ra một thách thức khổng lồ cho các hệ thống y tế, đòi hỏi sự chuyển dịch trọng tâm từ phòng ngừa đơn thuần sang tối ưu hóa hiệu quả của các mô hình quản lý và điều trị lâu dài. WHO dự báo nếu không có các biện pháp can thiệp quyết liệt, số người mắc THA có thể vượt 1,5 tỷ vào năm 2030.²

Tác giả liên hệ: Hồ Thị Kim Thanh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hokimthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 28/10/2025

Ngày được chấp nhận: 04/12/2025

Dữ liệu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đang dùng thuốc nhưng không kiểm soát được huyết áp cũng tăng liên tục, từ 37,7% năm 2017 lên đến 48,8% vào năm 2019.³⁻⁵ Điều này có nghĩa là gần một nửa số bệnh nhân đang điều trị vẫn đối mặt với nguy cơ biến chứng cao, cho thấy những hạn chế, rào cản trong hiệu quả quản lý lâm sàng. Các rào cản chính bao gồm tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh còn thấp (chỉ khoảng 35% tuân thủ tốt) và những hạn chế về năng lực (nguồn thuốc, xét nghiệm theo dõi, kinh nghiệm của bác sĩ...) của hệ thống y tế cơ sở.⁶

Bối cảnh lâm sàng toàn cầu đã có sự thay đổi lớn với việc các hướng dẫn uy tín như ISH 2020 và ESH 2023 khuyến nghị mục tiêu huyết áp nghiêm ngặt hơn là < 130/80mmHg cho phần lớn bệnh nhân nhằm giảm thiểu nguy cơ tim mạch.^{7,8} Xu hướng này đã được chính thức hóa tại Việt Nam qua Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) năm 2022, đặc biệt cho các bệnh nhân nguy cơ cao.⁹ Gần đây, các tổ chức hàng đầu như ESC/ESH 2024 và AHA/ACC 2025 tiếp tục khẳng định mức huyết áp mục tiêu tối ưu là < 130/80mmHg cho phần lớn bệnh nhân tăng huyết áp, bao gồm cả các nhóm nguy cơ cao như đái tháo đường, bệnh thận mạn hoặc có bệnh tim mạch. ESC 2024 thậm chí đề xuất mức HA tâm thu tối ưu là 120 - 129mmHg, trong khi AHA 2025 khuyến cáo kiểm soát huyết áp < 130/80mmHg một cách tích cực, có cá thể hóa ở người cao tuổi hoặc bệnh nhân dễ tụt huyết áp.^{10,11} Những cập nhật này tiếp tục mở rộng “khoảng trống giữa hướng dẫn và thực hành”, đặt ra câu hỏi cấp thiết về mức độ tuân thủ và hiệu quả đạt được các mục tiêu mới này trong thực tiễn lâm sàng trên cả nước.

Tại Việt Nam, “Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2022 - 2025” đặt mục tiêu đến năm 2025 phát hiện được 50% người mắc THA và 50% trong số

đó được quản lý, điều trị.¹² Hiện tại, đang thiếu các dữ liệu quy mô lớn, đa trung tâm được thu thập sau năm 2019 và sau khi các hướng dẫn mới được ban hành. Do đó, chúng tôi mong muốn có một nghiên cứu toàn diện vào năm 2025 để đánh giá thực trạng quản lý THA, đo lường mức độ thành công của chiến lược quốc gia, và cung cấp bằng chứng khoa học vững chắc để xây dựng các chính sách y tế hiệu quả cho giai đoạn tiếp theo. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp và xác định tỉ lệ bệnh nhân ngoại trú đạt được các mức huyết áp mục tiêu khác nhau (< 140/90mmHg và < 130/80mmHg) theo các khuyến cáo hiện hành tại các cơ sở y tế thuộc 7 tỉnh năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán THA nguyên phát và đang được quản lý, điều trị ngoại trú bằng thuốc liên tục trong ít nhất 3 tháng tại các cơ sở y tế tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định THA nguyên phát, đang điều trị thuốc hạ áp ngoại trú ổn định ít nhất 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

THA thứ phát; phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú; bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh giai đoạn cuối; suy giảm nhận thức nặng không thể cung cấp sự đồng thuận hoặc dữ liệu đáng tin cậy.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đa trung tâm.

Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 05/2025 đến tháng 08/2025 tại phòng khám

ngoại trú của các bệnh viện và trung tâm y tế tại 7 tỉnh/ thành phố đại diện cho các vùng miền trên cả nước: Thái Bình, Vĩnh Phúc, Ninh Bình, Thanh Hóa, Nghệ An, Quảng Bình, Cần Thơ. Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích nhiều giai đoạn. Ở giai đoạn 1, chúng tôi lựa chọn 7 tỉnh/thành phố (Thái Bình, Vĩnh Phúc, Ninh Bình, Thanh Hóa, Nghệ An, Quảng Bình, Cần Thơ) nhằm đảm bảo sự phân bố tương đối theo vùng miền (Đồng bằng sông Hồng, Bắc Trung Bộ, Duyên hải miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long) và bao phủ cả tuyến tỉnh/thành phố và tuyến huyện/thị xã. Ở giai đoạn 2, tại mỗi tỉnh/thành phố, một bệnh viện hoặc trung tâm y tế có phòng khám ngoại trú tăng huyết áp, số lượng bệnh nhân quản lý ổn định và sẵn sàng tham gia nghiên cứu được lựa chọn làm điểm nghiên cứu (BV 71 Thanh Hóa, BV Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới, BV Tim mạch TP Cần Thơ, BV huyện Vũ Thư - Thái Bình, TTYT TX Hoàng Mai - Nghệ An, TTYT TP Tam Điệp - Ninh Bình, TTYT TP Vĩnh Yên - Vĩnh Phúc).

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

$$n_0 = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

$Z = 1,96$; d (sai số mong muốn) $= 0,02$.

Tỷ lệ bệnh nhân THA có huyết áp được kiểm soát trên toàn cầu (p), theo báo cáo của WHO năm 2024, là 23% ($p = 0,23$).²

Ước tính p trong bối cảnh Việt Nam hiện chưa có dữ liệu đa trung tâm sau 2019 về tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu. Do đó, dùng p thấp hơn/ tiệm cận mức toàn cầu sẽ giúp tăng cỡ mẫu, đảm bảo đủ công suất để ước tính tỷ lệ kiểm soát huyết áp và so sánh giữa các tỉnh một cách tin cậy.

Cỡ mẫu tính toán ban đầu là **1696** bệnh nhân.

Sau khi hiệu chỉnh với hiệu ứng thiết kế ($DEFF = 1,5$) và dự phòng 10% tỷ lệ từ chối tham gia, cỡ mẫu tối thiểu cần tuyển là **2544** bệnh nhân. Để đảm bảo tính khả thi và cân bằng trong việc tuyển bệnh tại các địa điểm, nghiên cứu sẽ tuyển chọn **ít nhất 2827 bệnh nhân** (400 bệnh nhân/tỉnh). Trên thực tế, chúng tôi thu tuyển được 3197 bệnh nhân từ 7 điểm nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Tại mỗi cơ sở, chúng tôi lập danh sách toàn bộ người bệnh tăng huyết áp đủ tiêu chuẩn lựa chọn, có lịch tái khám trong khoảng thời gian nghiên cứu. Danh sách này được đánh số thứ tự và sử dụng làm khung chọn mẫu. Bệnh nhân đầu tiên được chọn ngẫu nhiên bằng bảng số ngẫu nhiên, sau đó các bệnh nhân tiếp theo được chọn theo khoảng cách k cố định cho đến khi đủ cỡ mẫu dự kiến tại mỗi điểm (khoảng 400 bệnh nhân/tỉnh).

Công cụ và quy trình thu thập: Sử dụng **bệnh án nghiên cứu (CRF)** được thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp người bệnh và thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân được đo huyết áp bằng máy đo điện tử đã hiệu chuẩn, theo **quy trình chuẩn của WHO**: nghỉ ngơi ít nhất 5 phút, đo huyết áp ở tư thế ngồi 3 lần liên tiếp cách nhau 1 phút, lấy trung bình của 2 lần đo cuối để giảm sai số. Ngoài ra, các chỉ số nhân trắc như chiều cao, cân nặng và vòng bụng được đo theo quy chuẩn. Mục tiêu điều trị huyết áp $< 140/90\text{mmHg}$ cho bệnh nhân THA không có bệnh đồng mắc, và $< 130/80\text{mmHg}$ (tâm thu) cho nhóm nguy cơ cao hoặc đã có bệnh tim mạch.⁷

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng SPSS 22.0.

Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Thống kê phân tích: So sánh giữa nhóm đạt huyết áp mục tiêu và nhóm không đạt mục tiêu, cũng như giữa các tỉnh/thành. Các biến định tính được so sánh bằng kiểm định Chi-square; các biến định lượng so sánh bằng T-test (hoặc kiểm định tương đương khi phân phối không chuẩn). Tiêu chí phân nhóm “đạt/không đạt” được xác định dựa trên ngưỡng huyết áp mục tiêu tương ứng với từng đối tượng như nêu trên.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, không can thiệp, không có hại cho người bệnh. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Việc thu thập số liệu được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội và các điểm nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích rõ và ký phiếu chấp thuận tham gia. Mọi thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm)	
18 - 40	19 (0,6%)
40 - 60	582 (18,2%)
> 60	2596 (81,2%)
Giới	
Nam	1535 (48,0%)
Nữ	1662 (52,0%)
Thời gian mắc THA	
< 1 năm	160 (5,0%)
1 - 5 năm	1439 (45,0%)
> 5 năm	1503 (47,0%)
Phân độ THA	
Độ 1	1870 (58,5%)
Độ 2	1087 (34,0%)
Độ 3	240 (7,5%)
Số bệnh kèm theo	
0 bệnh	866 (27,1%)
1 bệnh	1781 (55,7%)
≥ 2 bệnh	550 (17,2%)
HA tâm thu (mmHg)	130,6 ± 15,4
HA tâm trương (mmHg)	78,5 ± 8,5

Đặc điểm	Kết quả
BMI	22,7 ± 2,8
Gầy	180 (5,6%)
Bình thường	1629 (50,9%)
Thừa cân	861 (27,0%)
Béo phì độ I	490 (15,3%)
Béo phì độ II	37 (1,2%)

Nghiên cứu thu tuyển được 3197 bệnh nhân, trong đó phần lớn là người cao tuổi (> 60 tuổi chiếm 81,2%) và có thời gian mắc tăng huyết áp dài (> 5 năm chiếm 47%). Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ nhỉnh hơn nam (52% so với 48%). Tăng huyết áp độ 1 chiếm đa số (58,5%), song

vẫn có gần 42% ở độ 2-3. Đáng chú ý, 72,9% bệnh nhân có kèm ít nhất một bệnh lý khác, cho thấy đặc điểm đa bệnh lý phổ biến. Mặc dù HA trung bình (130,6/78,5mmHg) và BMI (22,7) nằm trong ngưỡng kiểm soát, nhưng vẫn có hơn 43% bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì.

Bảng 2. Tỷ lệ các nhóm phác đồ thuốc điều trị huyết áp (n = 3197)

Phác đồ điều trị	Số BN (n, %)
Đơn trị liệu (1 thuốc)	1743 (54,51%)
Phối hợp hai thuốc	1088 (34,03%)
• Phối hợp đôi (viên rời)	512 (16,02%)
• Phối hợp đôi (SPC)	576 (18,02%)
Phối hợp ba thuốc	314 (9,82%)
• Phối hợp ba (3 viên rời)	85 (2,67%)
• Phối hợp ba (SPC đôi + 1 mono)	223 (7%)
Phối hợp ba (SPC ba)	5(0,15%)
Phối hợp bốn thuốc trở lên	53 (1,72%)
• Phối hợp ≥ 4 (viên rời)	3 (0,09%)
• Phối hợp ≥ 4 (có SPC)	50 (1,63%)

Hơn một nửa bệnh nhân được điều trị đơn trị liệu (54,5%), trong khi 45,5% sử dụng phối hợp thuốc, chủ yếu phối hợp hai thuốc (34,0%). Tỷ lệ dùng viên phối hợp liều cố định (SPC) đạt 18,0%, cao hơn phối hợp rời (16,0%). Phối hợp

ba thuốc chiếm 9,8% và ≥ 4 thuốc 1,7%. Cấu trúc phác đồ cho thấy xu hướng tăng sử dụng SPC, phù hợp với khuyến cáo quốc tế về điều trị tăng huyết áp.

Bảng 3. Tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu (n = 3197)

Mức mục tiêu huyết áp	Số BN đạt mục tiêu	Tỷ lệ % đạt mục tiêu
< 130/80mmHg (Theo AHA 2025, ESC 2024)	874	27,3%
< 140/90mmHg	2306	72,1%

Trong tổng số 3.197 bệnh nhân tăng huyết áp tại 7 cơ sở y tế, 72,1% đạt mục tiêu < 140/90mmHg và 27,3% đạt < 130/80mmHg. Kết quả này phản ánh rằng, mặc dù đa số bệnh nhân đạt được mục tiêu huyết áp chuẩn, việc đạt được mục tiêu khắt khe hơn vẫn còn là thách thức lâm sàng đáng kể.

Bảng 4. Phác đồ điều trị theo từng đơn vị

Nhóm phác đồ	Bệnh viện 71	Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba Đồng Hới	Bệnh viện Tim mạch TP Cần Thơ	Bệnh viện huyện Vũ Thư, Thái Bình	TTYT Hoàng Mai, Nghệ An	TTYT thành phố Tam Điệp, Ninh Bình	TTYT thành phố Vinh Yên, Vinh Phúc	Toàn bộ
Đơn trị liệu	257 (58,9%)	252 (64,6%)	175 (49,7%)	284 (47,3%)	278 (53,2%)	216 (54,4%)	281 (56,3%)	1743 (54,5%)
Phối hợp đôi (rời)	75 (17,2%)	46 (11,8%)	36 (10,2%)	108 (18,0%)	63 (12,0%)	61 (15,4%)	123 (24,6%)	512 (16,0%)
Phối hợp đôi (SPC2)	73 (16,7%)	79 (20,3%)	74 (21,0%)	112 (18,7%)	100 (19,1%)	80 (20,2%)	58 (11,6%)	576 (18,0%)
Phối hợp ba (rời)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	13 (3,7%)	31 (5,2%)	16 (3,1%)	7 (1,8%)	17 (3,4%)	85 (2,7%)
Phối hợp ba (có SPC)	30 (6,9%)	12 (3,1%)	42 (11,9%)	47 (7,8%)	53 (10,1%)	26 (6,5%)	18 (3,6%)	228 (7,1%)
Phối hợp ≥ 4 thuốc	1 (0,2%)	0 (0,0%)	12 (3,4%)	18 (3,0%)	13 (2,5%)	7 (1,8%)	2 (0,4%)	53 (1,7%)

Phân tích phác đồ điều trị cho thấy đơn trị liệu vẫn chiếm ưu thế (54,5%), có 45,5% bệnh nhân đã được điều trị bằng phác đồ phối hợp ≥ 2 thuốc, trong đó khoảng 18% sử dụng viên phối hợp liều cố định (SPC). Phối hợp ba thuốc được áp dụng ở 9,8% bệnh nhân, và chỉ 1,7% cần phối hợp ≥ 4 thuốc. Việc gia tăng sử dụng SPC phản ánh sự chuyển dịch tích cực trong thực hành lâm sàng, hướng tới điều trị hiệu quả hơn và cải thiện tuân thủ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu chuẩn (< 140/90mmHg) là 72,1%, trong khi chỉ 27,3% đạt được mục tiêu nghiêm ngặt hơn (< 130/80mmHg), cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu của **Nguyễn Thị Thắm và cộng sự** (2019) tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng ghi nhận tỷ lệ kiểm soát huyết áp chỉ đạt 55,3%, với các yếu tố ảnh hưởng chủ yếu là

thời gian mắc bệnh, tuân thủ điều trị, và trình độ học vấn.¹³ Trong khi đó, **Dương Ngọc Định và cộng sự** (2022) tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang cho thấy chỉ 37,1% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu, và các yếu tố liên quan đến tình trạng chưa kiểm soát gồm béo phì, tuổi cao, và không tuân thủ điều trị thuốc.¹⁴ Điều này phản ánh thực tế rằng mục tiêu kiểm soát huyết áp cơ bản đã đạt được ở đa số bệnh nhân, song việc đạt được mục tiêu chặt chẽ hơn vẫn còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Xu hướng này tương đồng với các khảo sát quốc tế cho thấy mức độ kiểm soát huyết áp toàn cầu chỉ đạt khoảng 23%, và khoảng cách giữa khuyến cáo và thực hành vẫn còn lớn, nhất là ở các nước thu nhập trung bình.²

Theo *Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới về Tăng huyết áp 2025*, chỉ một phần tư số quốc gia có tỷ lệ kiểm soát trên 40%, trong khi đa số các quốc gia thu nhập thấp và trung bình duy trì mức dưới 25%.² So sánh với các nước trong khu vực, tỷ lệ kiểm soát huyết áp của Việt Nam cao hơn nhiều nước Đông Nam Á, nơi trung bình chỉ đạt 18 - 28%.² Kết quả này phản ánh nỗ lực cải thiện quản lý tăng huyết áp trong hệ thống y tế cơ sở, đặc biệt thông qua chương trình quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2022 - 2025.

Một phát hiện đáng chú ý là xu hướng sử dụng phác đồ phối hợp thuốc ngày càng phổ biến, chiếm 45,5% tổng số bệnh nhân, trong đó việc sử dụng viên phối hợp liều cố định (single-pill combination, SPC) đạt gần 18%. Điều này phù hợp với khuyến cáo của ISH (2020) và ESH (2023), trong đó nhấn mạnh nên khởi trị bằng hai thuốc phối hợp, ưu tiên dạng SPC, nhằm tăng hiệu quả điều trị và giảm biến thiên huyết áp.^{7,8} Báo cáo của WHO năm 2025 cũng khẳng định SPC là chiến lược chủ chốt để cải thiện tỷ lệ kiểm soát huyết áp toàn cầu, đồng thời kêu gọi đưa SPC vào danh mục thuốc thiết

yếu quốc gia để giảm gánh nặng chi phí và cải thiện tiếp cận. Một số quốc gia như Kenya và Bangladesh đã ghi nhận sự cải thiện rõ rệt khi áp dụng chính sách SPC ở tuyến y tế cơ sở, với tỷ lệ kiểm soát huyết áp tăng hơn 20% trong vòng 3 năm.^{2,15} Theo các phân tích quốc tế, phác đồ phối hợp cố định giúp giảm biến cố tim mạch xuống khoảng 34% so với điều trị đơn độc và giảm gánh nặng sử dụng tài nguyên y tế. Do đó, duy trì và nhân rộng chiến lược này tại Việt Nam sẽ góp phần đáng kể vào việc giảm thiểu tử vong do các bệnh tim mạch và chi phí chăm sóc y tế trong tương lai.¹⁶

Ở Việt Nam, tỷ lệ sử dụng SPC trong nghiên cứu này tuy chưa cao, nhưng xu hướng đang dịch chuyển tích cực so với các khảo sát giai đoạn trước năm 2020, khi SPC còn rất hạn chế trong thực hành lâm sàng. Ở các quốc gia thu nhập trung bình, SPC cũng được xem là công cụ quan trọng để nâng tỷ lệ kiểm soát; nhiều nước đã đưa SPC vào hướng dẫn và/hoặc danh mục thuốc thiết yếu, nhưng mức độ triển khai thực tế còn rất khác nhau và nhìn chung vẫn ở mức khiêm tốn.² Vì vậy, tỷ lệ SPC 18% tại Việt Nam có thể xem là tín hiệu tích cực, song vẫn còn dư địa lớn để mở rộng so với mục tiêu điều trị hiện đại tại các hệ thống y tế thu nhập trung bình. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các trung tâm nghiên cứu cho thấy tính đồng nhất trong kê đơn và lựa chọn phác đồ vẫn chưa được đảm bảo, cần có hướng dẫn lâm sàng chi tiết và đào tạo lại cho tuyến y tế cơ sở.

Từ góc độ dịch tễ học, tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt gần 45% tổng thể là tín hiệu tích cực, cho thấy Việt Nam đang tiến gần mục tiêu toàn cầu của WHO là đạt tỷ lệ kiểm soát $\geq 50\%$ vào năm 2030. Để đạt được mục tiêu này, cần tiếp tục đẩy mạnh sử dụng SPC, chuẩn hóa phác đồ điều trị và mở rộng chương trình quản lý bệnh mạn tính tại tuyến y tế cơ sở, kết hợp theo dõi thường quy và cung cấp thuốc ổn định cho bệnh nhân.

Về ý nghĩa lâm sàng, nghiên cứu này là bằng chứng thực tiễn khẳng định xu hướng toàn cầu trong điều trị tăng huyết áp đã bắt đầu hình thành tại Việt Nam. Việc tăng sử dụng SPC không chỉ phù hợp với các khuyến cáo quốc tế mà còn mang lại hiệu quả kinh tế - xã hội rõ rệt khi giúp giảm biến cố tim mạch và chi phí chăm sóc dài hạn.^{2,7,8} Cuối cùng, nghiên cứu này có một số hạn chế cần được thừa nhận: mẫu nghiên cứu được tuyển tại phòng khám ngoại trú nên có thể tạo thiên vị về chọn mẫu, chỉ phản ánh nhóm bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang điều trị, không đại diện cho dân số chung; do đó khả năng ước tính tỷ lệ kiểm soát có thể cao hơn thực tế cộng đồng. Bên cạnh đó, thiết kế mô tả cắt ngang không cho phép suy luận quan hệ nhân-quả giữa các yếu tố liên quan và mức độ đạt mục tiêu huyết áp. Những hạn chế này cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả và khi xây dựng khuyến nghị chính sách. Nỗ lực duy trì và mở rộng chiến lược này sẽ góp phần quan trọng vào việc giảm gánh nặng tim mạch quốc gia trong thập kỷ tới.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy thực hành điều trị tăng huyết áp tại Việt Nam đang chuyển biến tích cực theo hướng tăng sử dụng phác đồ phối hợp, trong đó viên phối hợp liều cố định (SPC) đã bắt đầu được áp dụng và phù hợp với khuyến cáo quốc tế. Tuy vậy, mức độ triển khai còn chưa đồng đều, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở, dẫn tới chênh lệch hiệu quả kiểm soát huyết áp giữa các địa phương. Vì thế, cần triển khai SPC ở quy mô quốc gia thông qua việc xây dựng phác đồ điều trị chuẩn thống nhất và đào tạo/cập nhật năng lực cho bác sĩ tuyến cơ sở về chỉ định, theo dõi và tối ưu hóa SPC, nhằm nâng tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu và giảm gánh nặng tim mạch trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Hypertension. March 16, 2023. Accessed October 26, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Global report on hypertension 2025: high stakes: turning evidence into action. Accessed October 13, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569>.
3. Minh HV, Poulter NR, Viet NL, et al. Blood pressure screening results from May Measurement Month 2019 in Vietnam. *Eur Heart J Suppl J Eur Soc Cardiol*. 2021; 23(Suppl B): B154-B157. doi:10.1093/eurheartj/suab035.
4. Van Minh H, Viet NL, Sinh CT, et al. Blood pressure screening during the May Measurement Month 2017 programme in Vietnam-South-East Asia and Australasia. *Eur Heart J Suppl J Eur Soc Cardiol*. 2019; 21(Suppl D):D127-D129. doi:10.1093/eurheartj/suz076.
5. Van Minh H, Lan Viet N, Sinh CT, et al. May Measurement Month 2018: an analysis of blood pressure screening results from Vietnam. *Eur Heart J Suppl J Eur Soc Cardiol*. 2020; 22(Suppl H): H139-H141. doi:10.1093/eurheartj/suaa049.
6. Nguyễn MK, Nguyễn TĐ, Nguyễn NVN. Tình hình thực hiện điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp, và đánh giá kết quả sau can thiệp tại các trạm y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2024; (80): 140-146. doi:10.58490/ctump.2024i80.2860.
7. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023; 41(12): 1874-2071.

doi:10.1097/HJH.0000000000003480.

8. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertens Dallas Tex* 1979. 2020; 75(6): 1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.

9. Hội Tim mạch học Việt Nam. *Khuyến cáo về Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022*. Hội Tim mạch học Việt Nam; 2022.

10. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines | Circulation. Accessed October 31, 2025. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001356?utm_campaign=sciencenews25-26&utm_source=science-news&utm_medium=phd-link&utm_content=phd-08-14-25.

11. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J*. 2024; 45(38):

3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.

12. Chính phủ Việt Nam. Quyết định số 155/QĐ-TTg: Phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025. January 29, 2022. Accessed September 27, 2025. <https://vanban.chinhphu.vn/?pageid=27160&docid=205279>.

13. Nguyễn TT, Nguyễn TTH, Mai TH, Phạm TH. Thực trạng kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019; 29(9): 55-60.

14. Dương ND, Lưu ND, Huỳnh TH. Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp chưa kiểm soát tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*. 2022; 53: 34-40.

15. The Business Standard. Bangladesh makes encouraging progress in controlling hypertension. 2025. Accessed October 15, 2025. <https://www.tbsnews.net/bangladesh/bangladesh-makes-encouraging-progress-controlling-hypertension-speakers-1256601>.

16. Bruyn E, Nguyen L, Schutte AE, Murphy A, Perel P, Webster R. Implementing Single-Pill Combination Therapy for Hypertension: A Scoping Review of Key Health System Requirements in 30 Low- and Middle-Income Countries. *Glob Heart*. 17(1): 6. doi:10.5334/gh.1087.

Summary

STATUS OF ANTIHYPERTENSIVE MEDICATION USE AT SEVERALS HEALTHCARE FACILITIES IN VIETNAM IN 2025

This study aimed to assess the current situation of antihypertensive drug use in Vietnam in 2025, describe treatment regimens applied in clinical practice, and analyze the trend of single-pill combination (SPC) therapy. A multicenter cross-sectional study was conducted on 3,197 hypertensive patients receiving outpatient treatment at seven healthcare facilities across different regions. Results showed that 54.5% of patients were treated with monotherapy, while 45.5% received combination therapy with two or more agents, including 17.9% using SPCs and 15.9% using free combinations. Triple therapy accounted for 9.8% and quadruple or more for 1.7%. The proportions of patients achieving target blood pressure < 140/90mmHg and < 130/80mmHg were 73.6% and 26.5%, respectively. The use of SPCs was more common in provincial and central hospitals than in primary care settings. These findings indicate a positive shift in hypertension management in Vietnam, with increasing adoption of combination therapy, particularly SPCs, consistent with international recommendations (ISH 2020, ESH 2023, WHO 2025). However, the implementation remains heterogeneous, underscoring the need for standardized prescribing guidance and enhanced training to improve blood pressure control nationwide.

Keywords: Hypertension, antihypertensive drugs, Single-pill combination (SPC).