

# TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI HOÀNG MAI, NGHỆ AN NĂM 2025

Hồ Thị Kim Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh<sup>2</sup>  
Đỗ Nguyên Vũ<sup>1</sup> và Nguyễn Thị Phương Anh<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai

*Nghiên cứu cắt ngang, mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai năm 2025. Thu nhận số liệu của 523 người bệnh tại Khoa Khám bệnh trong thời gian từ tháng 03/2025 đến tháng 05/2025. Tuân thủ sử dụng thuốc được đánh giá bằng thang đo Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 95,4%, trong đó 75,9% tuân thủ tốt và 19,5% tuân thủ trung bình; 4,6% không tuân thủ. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 41,7%. Người bệnh sử dụng  $\geq 2$  thuốc có mức tuân thủ cao hơn so với nhóm dùng 1 thuốc (OR = 3,5; KTC 95%: 1,3 – 9,6; p = 0,011). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ sử dụng thuốc với các yếu tố khác. Cần chú trọng tối ưu hóa điều trị và kiểm soát các yếu tố lối sống nhằm cải thiện kiểm soát huyết áp.*

**Từ khóa:** Tuân thủ sử dụng thuốc, tăng huyết áp, MMAS-8.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trên toàn cầu, với gánh nặng bệnh tật ngày càng gia tăng ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Năm 2024, tỷ lệ hiện mắc THA ở người trưởng thành 30 – 79 tuổi tại Việt Nam là 31% (khoảng 16,9 triệu người).<sup>1</sup> Trong số này, 51% được chẩn đoán, 32% được điều trị và chỉ 15% kiểm soát được huyết áp đạt mục tiêu.<sup>2</sup> Kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu có thể làm giảm đáng kể nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong sớm.<sup>3</sup> Trong các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ kiểm soát huyết áp, tuân thủ điều trị được ghi nhận là một trong các yếu tố quan trọng nhất.<sup>4</sup> Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa tuân thủ điều trị bệnh mạn tính là mức độ hành vi của

người bệnh phù hợp với các khuyến nghị đã thỏa thuận với cán bộ y tế, bao gồm tuân thủ sử dụng thuốc, tuân thủ chế độ ăn uống và thay đổi lối sống.<sup>5</sup> Thuốc không thể có tác dụng nếu người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc. Tình trạng không tuân thủ có thể dẫn đến kết cục lâm sàng kém, gia tăng tỷ lệ mắc biến chứng, tử vong và chi phí y tế.<sup>6</sup> Một phân tích tổng hợp các nghiên cứu đoàn hệ cho thấy người bệnh THA tuân thủ sử dụng thuốc có nguy cơ tử vong chung và tử vong do tim mạch thấp hơn so với nhóm không tuân thủ.<sup>7</sup> Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc còn khác nhau giữa các địa phương. Nghiên cứu tại xã Yên Sơn, tỉnh Bắc Giang (2023) cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 73,8%.<sup>8</sup> Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2025 ghi nhận tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 67,1%.<sup>9</sup> Nghiên cứu tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang năm 2023 cho thấy nhóm người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc đạt kiểm soát huyết áp cao hơn 2,26 lần so với nhóm không tuân thủ (OR = 2,26; KTC 95%:

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Phương Anh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: [nguyenphuonganh123.pan@gmail.com](mailto:nguyenphuonganh123.pan@gmail.com)

Ngày nhận: 17/03/2026

Ngày được chấp nhận: 15/04/2026

1,22 – 4,22;  $p = 0,009$ ).<sup>10</sup>

Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai, tỉnh Nghệ An quản lý và cấp phát thuốc định kỳ hàng tháng cho hơn 1.000 người bệnh THA.<sup>11</sup> Mặc dù đã có một số nghiên cứu về tuân thủ sử dụng thuốc tại Việt Nam, số liệu tại khu vực miền Trung còn hạn chế, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở. Qua rà soát các tài liệu công khai, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu đã công bố về tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại thị xã Hoàng Mai. Việc đánh giá thực trạng tại địa phương có ý nghĩa thực tiễn, góp phần cung cấp bằng chứng cho công tác quản lý bệnh mạn tính tại tuyến cơ sở và định hướng các can thiệp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh THA điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai năm 2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Chẩn đoán xác định tăng huyết áp, điều trị ngoại trú  $\geq 06$  tháng.
- Tuổi  $\geq 18$ .
- Đồng thuận tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.
- Mắc bệnh cấp tính.
- Rối loạn tâm thần hoặc suy giảm nhận thức.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Thời gian thu thập số liệu:** Từ tháng 03/2025 đến tháng 05/2025.

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

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

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  (độ tin cậy 95%).

$p = 0,671$  (theo nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2025, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 67,1%).<sup>9</sup>

$d = 0,05$  (sai số tuyệt đối cho phép).

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 339 người. Dự phòng 10%, cỡ mẫu cần đạt 373 người. Thực tế, 523 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu được đưa vào phân tích.

### **Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu**

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Người bệnh tăng huyết áp đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đến khám định kỳ tại Khoa Khám bệnh, tuyến chọn liên tiếp cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu nghiên cứu. Mỗi người bệnh chỉ được lựa chọn 1 lần. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi chuẩn hóa do các điều dưỡng đã được tập huấn thực hiện và không trực tiếp tham gia điều trị người bệnh nhằm hạn chế sai lệch do xu hướng trả lời xã hội. Người bệnh được giải thích mục đích nghiên cứu, đảm bảo tính bảo mật thông tin và khuyến khích trả lời trung thực. Phỏng vấn thực hiện trong thời gian người bệnh chờ kết quả cận lâm sàng hoặc trước khi ra về. Thông tin lâm sàng, xét nghiệm được khai thác từ hồ sơ bệnh án ngoại trú tại lần khám định kỳ gần nhất trong thời gian nghiên cứu.

#### **Biến số nghiên cứu**

Nhóm biến số mô tả đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, mạch, thời gian chẩn đoán THA, tiền sử gia đình mắc THA, số thuốc điều trị THA, số

lần sử dụng thuốc điều trị THA trong ngày và nhóm bệnh kèm theo.

#### *Nhóm biến số kết quả*

Tuân thủ sử dụng thuốc: Được đánh giá bằng thang Morisky Medication Adherence Scale gồm 8 câu hỏi (MMAS-8).<sup>12</sup> Tuân thủ tốt khi đạt 8 điểm, tuân thủ trung bình khi đạt 6 – 7 điểm, và không tuân thủ/tuân thủ kém khi < 6 điểm.

Đạt huyết áp mục tiêu: Đánh giá theo 2 ngưỡng. Ngưỡng chung cho mọi đối tượng là < 140/90 mmHg. Đối với nhóm nguy cơ cao như đái tháo đường, suy tim, bệnh thận mạn, ngưỡng huyết áp theo khuyến nghị là < 130/80 mmHg (Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam 2022).<sup>3</sup>

#### *Phương pháp xử lý số liệu*

Số liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa, phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ

phần trăm.

Hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố độc lập (tuổi, giới, thời gian chẩn đoán THA, số thuốc điều trị, bệnh kèm theo và tình trạng đạt huyết áp mục tiêu) với tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Do số trường hợp không tuân thủ trong nghiên cứu thấp ( $n = 24$ ), phân tích hồi quy logistic đa biến không được thực hiện nhằm tránh ước lượng không ổn định.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt. Người tham gia được giải thích đầy đủ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, tham gia trên cơ sở tự nguyện và có quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ lúc nào. Mọi thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## **III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh tham gia nghiên cứu ( $n = 523$ )**

|                                | <b>Đặc điểm</b>            | <b>n (%) hoặc TB <math>\pm</math> SD</b> |
|--------------------------------|----------------------------|--|
| <i>Tuổi</i>                    | < 60                       | 95 (18,2)                                |
|                                | 60 – 69                    | 196 (37,5)                               |
|                                | $\geq 70$                  | 232 (44,4)                               |
|                                | Tuổi trung bình            | 67,8 $\pm$ 9,2                           |
| <i>Giới</i>                    | Nam                        | 261 (49,9)                               |
|                                | Nữ                         | 262 (50,1)                               |
| <i>BMI</i>                     | Thiếu cân (< 18,5)         | 36 (6,9)                                 |
|                                | Trung bình (18,5 – 22,9)   | 294 (56,2)                               |
|                                | Thừa cân ( $\geq 23$ )     | 193 (36,9)                               |
| <b>Chỉ số huyết áp và mạch</b> |                            |  |
|                                | Huyết áp tâm thu (mmHg)    | 123,4 $\pm$ 12,7                         |
|                                | Huyết áp tâm trương (mmHg) | 75,5 $\pm$ 7,3                           |
|                                | Mạch (lần/phút)            | 75,2 $\pm$ 6,4                           |

| Đặc điểm                           | n (%) hoặc TB ± SD |            |
|------------------------------------|--------------------|------------|
| <b>Đặc điểm bệnh tăng huyết áp</b> |                    |            |
| <i>Thời gian chẩn đoán THA</i>     | < 5 năm            | 174 (33,3) |
|                                    | 5 – 10 năm         | 256 (48,9) |
|                                    | > 10 năm           | 93 (17,8)  |
| <i>Tiền sử gia đình mắc THA</i>    | Có                 | 94 (18,0)  |
|                                    | Không              | 429 (82,0) |

Nhóm tuổi  $\geq 70$  chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%); phân bố giới gần như cân bằng (49,9% nam; 50,1% nữ). BMI bình thường chiếm 56,2%, trong khi thừa cân chiếm 36,9%. Thời gian mắc

THA 5 – 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%). Tiền sử gia đình mắc THA được ghi nhận ở 18,0% người bệnh.

**Bảng 2. Đặc điểm điều trị tăng huyết áp của người bệnh tham gia nghiên cứu (n = 523)**

| Đặc điểm   | n (%)          |            |
|--|----------------|------------|
| <i>Số thuốc điều trị THA</i>                     | 1 thuốc        | 278 (53,2) |
|  | $\geq 2$ thuốc | 245 (46,8) |
| <i>Số lần dùng thuốc điều trị THA trong ngày</i> | 1 lần          | 331 (63,3) |
|  | $\geq 2$ lần   | 192 (36,7) |
| <i>Huyết áp mục tiêu</i>                         | Không đạt      | 305 (58,3) |
|  | Đạt            | 218 (41,7) |

Đơn trị liệu chiếm 53,2%, trong khi đa trị liệu ( $\geq 2$  thuốc) chiếm 46,8%; 36,7% người bệnh sử

dụng thuốc  $\geq 2$  lần/ngày. Tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu là 41,7%.

**Bảng 3. Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp theo MMAS-8 (n = 523)**

| Thực trạng                             | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--|--------------|-----------|
| Có tuân thủ ( $\geq 6$ điểm)           | 499          | 95,4      |
| Tuân thủ tốt (8 điểm)                  | 397          | 75,9      |
| Tuân thủ trung bình (6 - 7 điểm)       | 102          | 19,5      |
| Tuân thủ kém/Không tuân thủ (< 6 điểm) | 24           | 4,6       |
| Tổng                                   | 523          | 100,0     |

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc theo thang MMAS-8 đạt 95,4%; trong đó 75,9% tuân thủ tốt và 19,5% tuân thủ trung bình (Bảng

3).

Có 22,8% người bệnh báo cáo gặp khó khăn trong việc ghi nhớ sử dụng thuốc (Bảng 4).

**Bảng 4. Các hành vi liên quan đến sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp (n = 523)**

| Đặc điểm  |       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|-------|--------------|-----------|
| <i>Thỉnh thoảng quên uống thuốc</i>               | Có    | 32           | 6,1       |
|   | Không | 491          | 93,9      |
| <i>2 tuần qua, có ngày quên uống thuốc</i>        | Có    | 23           | 4,4       |
|   | Không | 500          | 95,6      |
| <i>2 tuần qua, ngưng thuốc vì cảm thấy tệ hơn</i> | Có    | 0            | 0         |
|   | Không | 523          | 100       |
| <i>Quên mang thuốc khi đi xa</i>                  | Có    | 3            | 0,6       |
|   | Không | 520          | 99,4      |
| <i>Hôm qua đã uống thuốc đầy đủ</i>               | Có    | 495          | 94,6      |
|   | Không | 28           | 5,4       |
| <i>Ngưng thuốc khi cảm thấy khỏe hơn</i>          | Có    | 2            | 0,4       |
|   | Không | 521          | 99,6      |
| <i>Phiền phức khi dùng thuốc lâu dài</i>          | Có    | 2            | 0,4       |
|   | Không | 521          | 99,6      |
| <i>Khó khăn để ghi nhớ việc dùng thuốc</i>        | Có    | 119          | 22,8      |
|   | Không | 404          | 77,2      |

**Bảng 5. Tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan (n = 523)**

| Đặc điểm                           | Tình trạng tuân thủ       |                         | OR (95% CI) | p               |       |
|------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|-------|
|                                    | Có tuân thủ<br>n (%)      | Không tuân thủ<br>n (%) |             |                 |       |
| <i>Giới</i>                        | Nam                       | 249 (95,4%)             | 12 (4,6%)   | -               | -     |
|                                    | Nữ                        | 250 (95,4%)             | 12 (4,6%)   | 1,0 (0,4 - 2,3) | 1,000 |
| <i>Nhóm tuổi</i>                   | < 60 tuổi                 | 88 (92,6%)              | 7 (7,4%)    | -               | -     |
|                                    | Từ 60 đến<br>dưới 70 tuổi | 187 (95,4%)             | 9 (4,6%)    | 1,7 (0,6 - 4,6) | 0,411 |
|                                    | ≥ 70 tuổi                 | 224 (96,6%)             | 8 (3,4%)    | 2,2 (0,8 - 6,3) | 0,147 |
| <i>Thời gian chẩn<br/>đoán THA</i> | < 5 năm                   | 163 (93,7%)             | 11 (6,3%)   | -               | -     |
|                                    | ≥ 5 năm                   | 336 (96,3%)             | 13 (3,7%)   | 1,7 (0,8 - 4,0) | 0,189 |
| <i>Số loại thuốc sử<br/>dụng</i>   | 1 loại                    | 259 (93,2%)             | 19 (6,8%)   | -               | -     |
|                                    | ≥ 2 loại                  | 240 (98,0%)             | 5 (2,0%)    | 3,5 (1,3 - 9,6) | 0,011 |

| Đặc điểm                 | Tình trạng tuân thủ  |                         | OR (95% CI) | p               |       |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|-------------|-----------------|-------|
|                          | Có tuân thủ<br>n (%) | Không tuân thủ<br>n (%) |             |                 |       |
| <i>Bệnh lý đi kèm</i>    | Không                | 169 (95,5%)             | 8 (4,5%)    | -               | -     |
|                          | Có 1 loại            | 272 (95,4%)             | 13 (4,6%)   | 1,0 (0,4 - 2,4) | 1,000 |
|                          | Có ≥ 2 loại          | 58 (96,4%)              | 3 (4,9%)    | 0,9 (0,2 - 3,6) | 1,000 |
| <i>Huyết áp mục tiêu</i> | Không đạt            | 289 (94,8%)             | 16 (5,2%)   | -               | -     |
|                          | Đạt                  | 210 (96,3%)             | 8 (3,7%)    | 1,5 (0,6 - 3,5) | 0,526 |

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy giới tính, nhóm tuổi và thời gian chẩn đoán THA không liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ( $p > 0,05$ ). Số loại thuốc điều trị là yếu tố duy nhất liên quan đến tuân thủ. Người bệnh sử dụng  $\geq 2$  thuốc điều trị tăng huyết áp có tỷ suất chênh tuân thủ cao hơn 3,5 lần so với nhóm sử dụng 1 thuốc (OR = 3,5; KTC 95%: 1,3 – 9,6).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 523 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc theo thang đo MMAS-8 (điểm  $\geq 6$ ) đạt 95,4%, trong đó tuân thủ tốt (8 điểm) chiếm 75,9%, tuân thủ trung bình (6 – 7 điểm) 19,5% và không tuân thủ (điểm  $< 6$ ) 4,6%. Mức tuân thủ này cao hơn so với một số nghiên cứu tại Việt Nam như tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa (67,1%), Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ (74,7%) và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (72,3%).<sup>9,13,14</sup> Ở mức tuân thủ tốt (8 điểm), tỷ lệ 75,9% của chúng tôi cũng cao hơn đáng kể so với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa (27,7%) và cao hơn tỷ lệ tuân thủ mức cao 21,4% được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp tái nhập viện tại Bệnh viện Quân y 354.<sup>9,15</sup> Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu

cũng như bối cảnh quản lý điều trị tại tuyến y tế cơ sở. Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai quản lý người bệnh trong khu vực bán kính gần, cách Trung tâm  $< 10$  km. Người bệnh được theo dõi định kỳ, cấp phát thuốc thường xuyên và nhận tư vấn từ nhân viên y tế trong quá trình tái khám. Việc duy trì mối liên hệ thường xuyên với cơ sở y tế có thể góp phần cải thiện nhận thức về bệnh và hỗ trợ duy trì tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp. Ngoài ra, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu tương đối cao ( $67,84 \pm 9,24$  năm) và nhiều người bệnh đã có thời gian điều trị kéo dài. Cụ thể, 48,9% người bệnh được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp từ 5 – 10 năm và 17,8% trên 10 năm. Do đó, việc sử dụng thuốc hàng ngày có thể đã trở thành một thói quen ổn định.

Tuy nhiên, kết quả này cần được diễn giải thận trọng. Tuân thủ sử dụng thuốc trong nghiên cứu được đánh giá bằng thang đo tự báo cáo MMAS-8 nên có thể chịu ảnh hưởng của thiên lệch xã hội mong muốn. Khi phỏng vấn được thực hiện tại cơ sở y tế nơi người bệnh đang điều trị, người bệnh có thể có xu hướng báo cáo hành vi sử dụng thuốc tích cực hơn so với thực tế. Ngoài ra, việc lựa chọn người bệnh đến tái khám định kỳ có thể làm tăng ước lượng tuân thủ so với quần thể chung.

Khi phân tích các thành phần cụ thể trong MMAS-8, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ngừng

thuốc khi cảm thấy khỏe hơn hoặc khi cảm thấy tệ hơn ở mức rất thấp, trong khi 22,8% người bệnh cho biết gặp khó khăn trong việc ghi nhớ sử dụng thuốc. Mẫu hình này gợi ý nếu tồn tại không tuân thủ thì chủ yếu thuộc nhóm không chủ ý, liên quan đến việc quên thuốc hơn là chủ động ngừng thuốc. So với nhóm người bệnh nguy cơ cao hơn, nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 354 ở bệnh nhân tăng huyết áp tái nhập viện ghi nhận tỷ lệ quên thuốc trong 2 tuần gần nhất 41,6% và quên mang thuốc khi đi xa 35,5%, đồng thời tỷ lệ tuân thủ mức cao chỉ 61,8%.<sup>15</sup> Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm đối tượng nghiên cứu: nhóm tái nhập viện thường có bệnh nặng hơn, đa bệnh lý và phác đồ điều trị phức tạp hơn so với nhóm ngoại trú được quản lý định kỳ tại tuyến cơ sở.

Trong phân tích hồi quy logistic đơn biến, nghiên cứu ghi nhận người bệnh sử dụng từ hai thuốc hạ huyết áp trở lên có mức tuân thủ cao hơn so với nhóm sử dụng một thuốc (OR = 3,5). Kết quả này khác với xu hướng chung của nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó phác đồ điều trị càng phức tạp thường liên quan đến giảm tuân thủ. Một số giả thuyết có thể giải thích cho sự khác biệt này, bao gồm việc người bệnh nhận thức bệnh nặng hơn nên tuân thủ tốt hơn hoặc được theo dõi chặt chẽ hơn trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, phân tích chỉ dừng ở hồi quy đơn biến và chưa hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu tiềm tàng, do đó, chưa thể khẳng định đây là mối liên quan độc lập. Bên cạnh đó, số trường hợp không tuân thủ tương đối thấp (n = 24), có thể làm giảm công suất thống kê và ảnh hưởng đến độ ổn định của ước lượng OR.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu là 41,7%, trong khi tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc tự báo cáo đạt 95,4%, cho thấy khoảng cách đáng kể giữa hành vi tuân thủ và hiệu quả kiểm soát huyết áp. Mặc dù mức tuân thủ cao, chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân

thủ sử dụng thuốc và tình trạng đạt huyết áp mục tiêu. Kết quả này khác với nghiên cứu tại Đồng Đa năm 2025, trong đó người bệnh đạt huyết áp mục tiêu có khả năng tuân thủ cao hơn (OR = 3,3; KTC 95%: 2 – 5,5).<sup>9</sup> Sự khác biệt có thể được giải thích bởi tỷ lệ tuân thủ tự báo cáo trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức rất cao, làm giảm biến thiên của biến phụ thuộc và hạn chế khả năng phát hiện mối liên quan thống kê. Đạt huyết áp mục tiêu không chỉ phụ thuộc vào tuân thủ sử dụng thuốc mà còn liên quan đến mức độ tối ưu hóa phác đồ điều trị và điều chỉnh liều. Các yếu tố lối sống như chế độ ăn nhiều muối, sử dụng rượu bia, ít hoạt động thể lực, tình trạng thừa cân béo phì và các bệnh kèm theo có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng kiểm soát huyết áp. Do vậy, việc không ghi nhận mối liên quan giữa tuân thủ và đạt huyết áp mục tiêu trong nghiên cứu này không đồng nghĩa với việc phủ nhận vai trò của tuân thủ, mà gợi ý rằng ngoài tuân thủ điều trị, việc rà soát phác đồ, điều chỉnh liều và kiểm soát các yếu tố liên quan khác cũng cần được xem xét để cải thiện hiệu quả kiểm soát huyết áp.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 523 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai năm 2025 ghi nhận tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc đạt 95,4%, trong đó 75,9% người bệnh tuân thủ tốt. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu chỉ đạt 41,7%, cho thấy sự không tương xứng giữa mức độ tuân thủ theo tự báo cáo và hiệu quả kiểm soát huyết áp trên lâm sàng. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy người bệnh sử dụng từ hai thuốc hạ áp trở lên có khả năng tuân thủ cao hơn so với nhóm sử dụng một thuốc có ý nghĩa thống kê.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng ngoài việc duy trì tuân thủ điều trị, cần chú trọng tối ưu

hóa phác đồ và điều chỉnh liều nhằm cải thiện kiểm soát huyết áp. Đồng thời, việc quản lý các yếu tố lối sống như chế độ ăn, sử dụng rượu bia, hoạt động thể lực và kiểm soát các bệnh kèm theo cần được tăng cường trong chăm sóc người bệnh tăng huyết áp tại tuyến cơ sở. Các nghiên cứu tiếp theo nên đánh giá đầy đủ hơn các yếu tố này và sử dụng mô hình phân tích đa biến để làm rõ các yếu tố liên quan.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kario K, Okura A, Hoshida S, et al. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res.* 2024;47(5):1099-1102. doi:10.1038/s41440-024-01622-w
2. World Health Organization. *Global report on hypertension 2025: high stakes – turning evidence into action.* World Health Organization; 2025. <https://www.who.int/publications/item/9789240115569>
3. Hội Tim mạch học Việt Nam. *Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022.* Hội Tim mạch học Việt Nam; 2022.
4. Algabbani FM, Algabbani AM. Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clin Hypertens.* 2020;26:18. doi:10.1186/s40885-020-00151-1
5. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* World Health Organization; 2003.
6. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *Biomed Res Int.* 2015;2015:217047. doi:10.1155/2015/217047
7. Peng X, Wan L, Yu B, et al. The link between adherence to antihypertensive medications and mortality rates in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Cardiovasc Disord.* 2025;25(1):145. doi:10.1186/s12872-025-04538-6
8. Nguyễn Thị Tố Uyên, Vũ Thị Phương Vân, Ngô Thành Long. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý điều trị tại xã Yên Sơn - huyện Lục Nam - tỉnh Bắc Giang và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;538(3):119-123. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/9591/8449>
9. Trần Thị Thúy Hương, Trần Thị Phương Thảo, Nguyễn Hải Phương, và cs. Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2025. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2025;197(12):680-691. <https://tapchingiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/4212/2933>
10. Trần Huỳnh Thái, Trần Công Luận. Khảo sát thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;532(2):404-409. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/7659/6779>
11. Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai. *Giới thiệu Trung tâm Y tế thị xã Hoàng Mai.* <http://ttythoangmai.com/Gioithieu-1.html>
12. Mapi Research Trust. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *ePROVIDE.* <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/morisky-medication-adherence-scale-8-item>
13. Đặng Thị Ngọc Yến, Tạ Thanh Hồng, Nguyễn Thị Huyền Trân, và cs. Nghiên cứu việc tuân thủ dùng thuốc tăng huyết áp và yếu tố liên quan trên bệnh nhân ngoại trú tại khoa khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024. *Tạp chí Khoa học Đại học Cần Thơ.* 2024;60:394-401. doi:10.22144/ctujos.2024.360

14. Le C, Nguyen TT, Do THD, et al. Compliance to antihypertensive medications in outpatient treatment prior to admission to the Department of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. *J Med Pharm.* 2020;10(3):57-66. doi:10.34071/jmp.2020.3.8

15. 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.* 2023;533(2):353-357. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/7990/7059>

## Summary

### **MEDICATION ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION IN HOANG MAI, NGHE AN, VIETNAM, 2025**

A cross-sectional study was conducted to describe the current status of medication adherence and identify factors associated with adherence among hypertensive outpatients at Hoang Mai Town Medical Center in 2025. Data were collected from 523 patients attending the Outpatient Department from March to May 2025. Medication adherence was assessed using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). The results showed that the medication adherence rate was 95.4%, including 75.9% with good adherence and 19.5% with moderate adherence, while 4.6% were non-adherent. The proportion of patients achieving target blood pressure was 41.7%. Patients using two or more antihypertensive medications had higher odds of adherence than those using one medication (OR = 3.5; 95% CI: 1.3 – 9.6; p = 0.011). No statistically significant association was found between medication adherence and the other factors examined. Greater emphasis should be placed on optimizing treatment and the management of lifestyle-related factors to improve blood pressure control.

**Keywords: Medication adherence, hypertension, MMAS-8.**