

KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Hồ Thị Kim Thanh¹, Vũ Việt Hằng¹, Trần Thị Hương Lý²

Dương Thị Ngọc Tâm³, Nguyễn Thị Thanh⁴

Đỗ Nguyên Vũ¹ và Bùi Trâm Anh¹,✉

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Y tế Tam Điệp

³Trung tâm Y tế Vĩnh Yên

⁴Trung tâm Y tế Hoàng Mai

Nghiên cứu mô tả, đa trung tâm trên 1.419 người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Vĩnh Yên, Hoàng Mai và Tam Điệp năm 2025 xác định tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu theo VNHA 2024 - 2025. Kết quả: tuổi trung bình $68,8 \pm 9,2$; tỷ lệ kiểm soát huyết áp chung 48,3%, gồm 75,7% ở nhóm không bệnh đồng mắc, 19,7% ở nhóm có bệnh đồng mắc. Đơn trị liệu chiếm ưu thế (71,4%), tỷ lệ dùng viên phối hợp còn thấp. Hồi quy đa biến xác định nam giới (aOR = 0,71, KTC 95%: 0,54 - 0,91), tăng huyết áp độ 2-3 (aOR = 0,54 - 0,59, KTC 95%: 0,39 - 0,89) và bệnh đồng mắc (aOR = 0,04 - 0,08, KTC 95%: 0,01 - 0,10) có liên quan độc lập với khả năng đạt đích thấp hơn ($p < 0,05$), bệnh đồng mắc vừa là yếu tố liên quan, vừa là tiêu chí phân loại ngưỡng đích. Ngược lại, tuân thủ thuốc (MMAS-8 – thang đo tuân thủ dùng thuốc Morisky 8 mục) có liên quan với khả năng đạt đích cao hơn (aOR = 1,43, KTC 95%: 1,02 – 2,00, $p = 0,04$). Nghiên cứu nhấn mạnh cần phối hợp thuốc sớm, nâng cao tuân thủ điều trị tại tuyến y tế cơ sở, đặc biệt ở nhóm có bệnh đồng mắc.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu, tuyến y tế cơ sở.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý tim mạch mạn tính phổ biến và là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến các biến cố hiểm nghèo (như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, suy tim và bệnh thận mạn) cũng như tử vong sớm toàn cầu. Tính đến năm 2019, trên thế giới có khoảng 1,28 tỷ người trong độ tuổi 30 - 79 tuổi mắc THA, và chỉ khoảng 21% trong số đó được kiểm soát HA thành công. Con số này ở các nước Đông Nam Á nói chung cũng chỉ chiếm khoảng 23% trên tổng số hơn 400 triệu người mắc.¹ Tại Việt Nam nói riêng, dịch tễ học THA ghi nhận sự

gia tăng mạnh mẽ qua các thập kỷ, từ 1% năm 1960 lên tới 25,1% năm 2008 và 36,2% trong những năm gần đây.²⁻⁴ Mặc dù, công tác quản lý ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở đã được đẩy mạnh, tỷ lệ kiểm soát huyết áp (HA) đạt mục tiêu tại Việt Nam vẫn còn khiêm tốn. Số liệu từ các chương trình sàng lọc THA trên toàn quốc ghi nhận tỷ lệ người bệnh đạt mức HA kiểm soát an toàn chỉ đạt 36,3% vào năm 2011 và tuy tăng cường quản lý ở giai đoạn sau, con số này cũng chỉ đạt 44,0% vào năm 2022.^{2,3} Điều này cho thấy, THA không chỉ là một bệnh rất thường gặp, gây ra nhiều biến cố, mà còn khó kiểm soát ở nước ta.

Mới đây, trong giai đoạn 2024 - 2025, Hội Tim mạch Châu Âu (ESC), Hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) và Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (VNHA) đã đồng loạt cập nhật các

Tác giả liên hệ: Bùi Trâm Anh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tramanht99@gmail.com

Ngày nhận: 19/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

khuyến cáo điều trị, nhấn mạnh việc hạ ngưỡng HA mục tiêu xuống dưới 130/80 mmHg cho hầu hết người bệnh, đặc biệt là nhóm có nguy cơ tim mạch cao hoặc có bệnh lý kèm theo, nhằm tối ưu hóa lợi ích bảo vệ cơ quan đích.⁵⁻⁷ Sự thay đổi khắt khe này đòi hỏi tuyến y tế cơ sở - nơi chủ chốt quản lý người bệnh THA, phải nhanh chóng đánh giá lại hiệu quả quản lý để kịp thời điều chỉnh phác đồ. Bên cạnh đó, các Trung tâm Y tế (TTYT) Vĩnh Yên (Phú Thọ), Hoàng Mai (Nghệ An) và Tam Điệp (Ninh Bình) là những TTYT tuyến cơ sở tại miền Bắc và Bắc Trung Bộ, đang theo dõi và điều trị cho một lượng lớn người bệnh THA nhưng dữ liệu về tỷ lệ đạt HA mục tiêu theo các tiêu chuẩn mới nhất vẫn chưa được báo cáo đầy đủ.

Phần lớn nghiên cứu trước đây về kiểm soát HA tại Việt Nam được thực hiện ở tuyến bệnh viện hoặc dựa trên ngưỡng HA mục tiêu cũ. Từ khi Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam (VNHA) cập nhật khuyến cáo 2024 – 2025 với ngưỡng HA mục tiêu cá thể hóa theo nguy cơ và bệnh đồng mắc, hiện còn rất ít dữ liệu đánh giá tỷ lệ đạt HA mục tiêu theo ngưỡng mới này tại tuyến y tế cơ sở — nơi quản lý phần lớn người bệnh THA trong cộng đồng. Đây là khoảng trống mà nghiên cứu hướng tới lấp đầy.

Nghiên cứu lựa chọn ngưỡng HA mục tiêu theo khuyến cáo VNHA 2024–2025 vì đây là hướng dẫn thực hành hiện hành tại Việt Nam, được xây dựng trên cơ sở tham chiếu các khuyến cáo quốc tế (ESC, ISH, ACC/AHA) nhưng có hiệu chỉnh cho phù hợp với quần thể người Việt; việc đánh giá theo ngưỡng này bảo đảm tính ứng dụng trực tiếp cho thực hành lâm sàng tại tuyến cơ sở. Cụ thể, VNHA và ACC/AHA đồng thuận đưa đích kiểm soát về < 130/80 mmHg cho đối tượng nguy cơ cao và có bệnh đồng mắc, trong khi ESC 2024 tiến xa hơn với đích HA tâm thu nghiêm ngặt từ 120 - 129 mmHg dựa trên các bằng chứng từ thử nghiệm JSPRINT và STEP.⁵⁻⁷

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm hai mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu ở người bệnh THA ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở theo khuyến cáo VNHA 2024 – 2025; 2) Phân tích yếu tố liên quan đến khả năng đạt huyết áp mục tiêu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh được chẩn đoán THA điều trị ngoại trú tại các cơ sở nghiên cứu từ 05/2025 đến 08/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ≥ 18 tuổi, THA nguyên phát, đang điều trị ngoại trú ít nhất 03 tháng liên tục và đồng ý tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ: THA thứ phát, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú, người bệnh mắc các bệnh lý cấp tính nghiêm trọng hoặc rối loạn nhận thức không có khả năng phỏng vấn hoặc cung cấp thông tin chính xác.

Nghiên cứu này là phân tích thứ cấp trên tập dữ liệu của khảo sát đa trung tâm năm 2025 về quản lý THA tại 07 đơn vị: bệnh viện đa khoa Vũ Thư (Hưng Yên), bệnh viện 71 trung ương (Thanh Hóa), bệnh viện hữu nghị Việt Nam – Cuba Đồng Hới (Quảng Trị), trung tâm y tế Vĩnh Yên (Phú Thọ), trung tâm y tế Tam Điệp (Ninh Bình), trung tâm y tế Hoàng Mai (Nghệ An), bệnh viện tim mạch Thành phố Cần Thơ (Cần Thơ). Phân tích hiện tại về tuyến y tế cơ sở nên chỉ bao gồm các trung tâm y tế Vĩnh Yên, Hoàng Mai, Tam Điệp với mục tiêu chuyên biệt là đánh giá tỷ lệ đạt HA mục tiêu theo khuyến cáo cập nhật và các yếu tố liên quan ở tuyến y tế cơ sở. 3 trung tâm y tế này thuộc khu vực Bắc và Bắc Trung Bộ, đều trực thuộc các đô thị vệ tinh đang phát triển nên có điểm tương đồng, kết quả có thể đại diện tốt cho tuyến y tế cơ sở tại các đô thị vệ tinh khác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, đa trung tâm.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ cho quần thể:

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

Trong đó:

$Z = 1,96$ (ứng với độ tin cậy 95%).

$p = 0,440$ (tỷ lệ người bệnh đạt HA mục tiêu ở nhóm đang điều trị từ báo cáo May Measurement Month 2022 tại Việt Nam của Huỳnh Văn Minh và cộng sự).³

$d = 0,034$ (sai số tuyệt đối cho phép).

$DEFF = 1,5$ (hiệu ứng thiết kế cho nghiên cứu đa trung tâm).

Cỡ mẫu lý thuyết tính được là 1.229 người bệnh. Dự phòng 10% sai lệch, cỡ mẫu cần thiết là 1.352 người bệnh. Tuyển chọn liên tiếp theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, mỗi người bệnh chỉ chọn 1 lần, không trùng lặp. Thực tế nghiên cứu thu thập được 1.419 người bệnh.

Công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Điều tra viên là các điều dưỡng và bác sĩ đã được tập huấn thống nhất quy trình phỏng vấn, khai thác thông tin của bộ câu hỏi nghiên cứu. Phỏng vấn trực tiếp trong thời gian người bệnh chờ kết quả cận lâm sàng hoặc trước khi ra về. Sử dụng bệnh án nghiên cứu được thiết kế cho nghiên cứu để phỏng vấn trực tiếp người bệnh kết hợp trích lục hồ sơ bệnh án và đo lường trực tiếp (chỉ số HA, nhân trắc học) theo quy chuẩn. Quy trình đo HA: Thực hiện theo chuẩn của Bộ Y tế. Người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 5 phút; đo HA ở tư thế ngồi, đo 3 lần, mỗi lần cách nhau 1 - 2 phút; lấy giá trị HA là trung bình cộng của 2 lần đo cuối. Sử dụng thang đo tuân thủ dùng thuốc Morisky 8 mục (MMAS-8) để đánh giá tuân thủ dùng thuốc và bộ câu hỏi hoạt động thể lực quốc tế – phiên bản ngắn (IPAQ-SF) đánh giá mức độ hoạt động thể lực.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung và thói quen sinh hoạt: tuổi,

giới, BMI (bình thường khi $< 22,9$, thừa cân/béo phì khi $\geq 23,0$). Tuân thủ thuốc và lối sống theo MMAS-8 và IPAQ-SF. Trong phân tích hồi quy, để tối ưu hóa sức mạnh của mô hình, điểm MMAS-8 được chia làm 2 mức độ: đạt khi ≥ 6 điểm, không đạt khi < 6 điểm. IPAQ-SF đạt khi tổng MET ≥ 600 MET phút/tuần. Thói quen ăn mặn, ăn chay: Khai thác qua phỏng vấn về thói quen thêm muối/gia vị mặn, ăn chay (một phần/hoàn toàn). Tiền sử sử dụng chất kích thích (thuốc lá, rượu bia) khai thác qua phỏng vấn, được tính là đã bỏ thuốc/rượu khi ngừng sử dụng ít nhất 03 tháng.

Đặc điểm lâm sàng và thực trạng dùng thuốc: thời gian mắc bệnh, phân độ THA tại thời điểm chẩn đoán theo Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (Quyết định 3192/QĐ-BYT) để phù hợp với thực tiễn lâm sàng tại tuyến y tế cơ sở (độ 1: 140-159/90-99 mmHg, độ 2: 160-179/100-109 mmHg, độ 3: $\geq 180/110$ mmHg), số lượng thuốc HA dùng, loại chế phẩm thuốc, bệnh đồng mắc và tỷ lệ đạt HA mục tiêu.

Tiêu chuẩn đạt HA mục tiêu (Theo VNHA 2024-2025):

Người bệnh có một trong các bệnh đồng mắc sau (đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh tim mạch do xơ vữa, suy tim, rung nhĩ, tiền sử đột quỵ/ cơn thiếu máu não thoáng qua): HA $< 130/80$ mmHg. Các bệnh lý không nằm trong nhóm trên sẽ không được thống kê trong nghiên cứu này (do không nằm trong nhóm cần đạt HA mục tiêu nghiêm ngặt).^{5,7} Người bệnh không mắc bất kỳ bệnh nào trong các bệnh đồng mắc kể trên: mục tiêu HA $< 140/90$ mmHg.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng SPSS 22.0, sử dụng thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, tần suất, giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) và thống kê suy luận - sử dụng mô hình hồi quy Logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng đạt HA mục tiêu dựa trên tỷ suất

chênh lệch chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%), với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Biến độc lập được đưa vào mô hình gồm các yếu tố có ý nghĩa trong phân tích đơn biến ($p < 0,2$) hoặc có ý nghĩa lâm sàng.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, không can thiệp,

không gây hại, được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (số 9657/QĐ-ĐHYHN, ngày 21/11/2025) và các điểm nghiên cứu. Người bệnh được giải thích rõ và ký phiếu chấp thuận tham gia. Mọi thông tin cá nhân đều được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ:

Bảng 1. Đặc điểm chung và thói quen sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu (n = 1419)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu		
<i>Nhóm tuổi</i>		
< 40 tuổi	3	0,2
40 - 59 tuổi	206	14,5
60 - 69 tuổi	521	36,7
70 - 79 tuổi	523	36,9
≥ 80 tuổi	166	11,7
Tuổi trung bình (mean ± SD)	68,8 ± 9,2	
<i>Giới tính</i>		
Nữ	744	52,4
Nam	675	47,6
<i>BMI</i>		
Bình thường	808	57,0
Thừa cân/ béo phì	609	43,0
BMI trung bình (mean ± SD)	22,9 ± 7,4	
Thói quen sinh hoạt		
<i>Tiền sử hút thuốc lá</i>		
Không/ Đã bỏ	1303	91,8
Đang sử dụng	116	8,2
<i>Tiền sử sử dụng rượu bia</i>		
Không/ Đã bỏ	1149	81,0
Đang sử dụng	270	19,0
<i>Chế độ ăn muối</i>		
Ăn nhạt/ vừa	1310	92,3
Ăn mặn	109	7,7

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thói quen sinh hoạt		
<i>Chế độ ăn chay</i>		
Không ăn chay	1392	98,1
Có ăn chay	27	1,9
<i>Hoạt động thể lực (IPAQ-SF)</i>		
Không	227	16,0
Có	1192	84,0
<i>Tuân thủ dùng thuốc (MMAS-8)</i>		
Không	256	18,0
Có	1163	82,0

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $68,8 \pm 9,2$, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số (85,3%). Nữ giới chiếm 52,4%, tỷ lệ thừa cân/béo phì là 43,0%. Hầu hết người bệnh có

lối sống lành mạnh với 91,8% không hút thuốc, 81,0% hiện không sử dụng rượu bia, 92,3% duy trì chế độ ăn nhạt/vừa và 84,0% tuân thủ tập thể dục. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc đạt 82,0%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh, thực trạng dùng thuốc HA (n = 1419)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
<i>Số bệnh đồng mắc</i>		
0 bệnh đồng mắc	725	51,1
1 bệnh đồng mắc	650	45,8
≥ 2 bệnh đồng mắc	44	3,1
<i>Thời gian được chẩn đoán THA</i>		
< 5 năm	588	41,4
5 - 10 năm	447	31,5
> 10 năm	384	27,1
<i>Số thuốc HA đang sử dụng</i>		
1 loại	1013	71,4
2 loại	344	24,2
3 loại trở lên	62	4,4
<i>Loại chế phẩm thuốc (trên nhóm ≥ 2 loại)</i>		
Tổng số	406	28,6
Viên đơn (viên rời)	290	71,4
Viên phối hợp	116	28,6

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
<i>Phân độ THA lúc chẩn đoán</i>		
Độ 1	495	34,9
Độ 2	738	52,1
Độ 3	184	13,0
<i>Tỷ lệ đạt HA mục tiêu chung</i>		
Đạt HA mục tiêu chung	686	48,3
Không đạt HA mục tiêu chung	733	51,7
<i>Nhóm CÓ bệnh đồng mắc (< 130/80 mmHg)</i>		
Đạt HA mục tiêu	137	19,7
Không đạt HA mục tiêu	557	80,3
<i>Nhóm KHÔNG bệnh đồng mắc (< 140/90 mmHg)</i>		
Đạt HA mục tiêu	549	75,7
Không đạt HA mục tiêu	176	24,3

Gần một nửa nhóm đối tượng có bệnh đồng mắc (48,9%), với đa số là 1 bệnh (45,8%). Thời gian chẩn đoán THA dưới 5 năm có tỷ lệ cao nhất (41,4%) nhưng đa số ở mức THA độ 2 (52,1%). Về điều trị, đơn trị liệu chiếm ưu thế (71,4%); ở nhóm đa trị liệu, chủ yếu sử dụng

viên đơn, tỷ lệ sử dụng viên phối hợp liều cố định (Single-Pill Combination - SPC) đạt 28,6%. Tỷ lệ đạt HA mục tiêu chung là 48,3%, có sự chênh lệch lớn giữa nhóm có bệnh đồng mắc (19,7%) và không bệnh đồng mắc (75,7%).

Bảng 3. Phân tích hồi quy Logistic đa biến các yếu tố liên quan đến đạt HA mục tiêu (n = 1419)

Biến số	Mô hình chưa điều chỉnh (KTC 95%)			Mô hình sau điều chỉnh (KTC 95%)		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Nhóm tuổi: 60 - 69 (< 60)	0,76	0,55 - 1,05	0,10	0,82	0,55 - 1,22	0,33
Nhóm tuổi: 70 - 79 (< 60)	0,66	0,48 - 0,92	0,01	0,78	0,52 - 1,16	0,22
Nhóm tuổi: ≥ 80 tuổi (< 60)	0,73	0,48 - 1,10	0,13	0,91	0,55 - 1,51	0,71
Giới tính: Nam (Nữ)	0,83	0,67 - 1,02	0,08	0,71	0,54 - 0,91	0,01
Số bệnh đồng mắc: 1 (0)	0,08	0,06 - 0,11	< 0,001	0,08	0,06 - 0,10	< 0,001
Số bệnh đồng mắc: ≥ 2 (0)	0,04	0,02 - 0,11	< 0,001	0,04	0,01 - 0,10	< 0,001

Biến số	Mô hình chưa điều chỉnh (KTC 95%)			Mô hình sau điều chỉnh (KTC 95%)		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Thời gian THA: 5 - 10 năm (< 5 năm)	0,93	0,72 - 1,18	0,53			
Thời gian THA: > 10 năm (< 5 năm)	0,97	0,75 - 1,26	0,83			
Số loại thuốc HA: 2 loại (1 loại)	1,08	0,85 - 1,38	0,52			
Số loại thuốc HA: 3 loại trở lên (1 loại)	0,89	0,53 - 1,49	0,67			
Phân độ THA: độ 2 (độ 1)	0,55	0,44 - 0,70	$< 0,001$	0,54	0,41 - 0,72	$< 0,001$
Phân độ THA: độ 3 (độ 1)	0,78	0,55 - 1,09	0,15	0,59	0,39 - 0,89	0,01
Phác đồ điều trị: ≥ 2 loại-viên phối hợp (1 loại thuốc)	1,25	0,85 - 1,83	0,26			
Phác đồ điều trị: ≥ 2 loại- viên đơn (1 loại thuốc)	0,98	0,76 - 1,28	0,91			
BMI: Thừa cân/ béo phì (Bình thường)	0,94	0,77 - 1,17	0,59			
Hút thuốc: đang sử dụng (không/đã bỏ)	1,04	0,71 - 1,51	0,86			
Rượu bia: Đang sử dụng (không/đã bỏ)	0,89	0,68 - 1,16	0,38			
Ăn muối: Ăn mặn (Ăn nhạt/vừa)	0,69	0,47 - 1,01	0,05	0,65	0,41 - 1,04	0,07
Ăn chay: có ăn chay (không)	1,38	0,51 - 3,74	0,52			
Tập luyện: có (không)	0,99	0,75 - 1,32	0,97			
Tuân thủ thuốc: Có (Không)	1,21	0,92 - 1,58	0,18	1,43	1,02 - 2,00	0,04

Phân tích hồi quy đa biến xác định các yếu tố có liên quan với khả năng đạt HA mục tiêu thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) gồm: giới tính nam (aOR = 0,71), có bệnh đồng mắc

(aOR = 0,04 - 0,08) và phân độ THA lúc chẩn đoán từ độ 2 trở lên (aOR = 0,54 - 0,59. Ngược lại, tuân thủ dùng thuốc tốt là yếu tố giúp tăng khả năng đạt đích HA lên 1,43 lần.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh đạt HA mục tiêu chung là 48,3%, trong đó nhóm có bệnh đồng mắc (các bệnh lý tim mạch - chuyển hóa gây thay đổi ngưỡng HA mục tiêu) chỉ có 19,7% đạt HA mục tiêu. Tỷ lệ này ở nhóm không bệnh đồng mắc cao hơn khá nhiều với 75,7%, mặc dù tỷ lệ có và không có bệnh đồng mắc xấp xỉ nhau (48,9% và 51,1%), cho thấy phác đồ hiện tại ở tuyến y tế cơ sở khá hiệu quả đối với những trường hợp không có bệnh đồng mắc hay yếu tố nguy cơ, nhưng còn gặp khó khăn khi điều trị người bệnh đa bệnh lý phức tạp. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu gần đây tại Việt Nam; khác biệt giữa các nghiên cứu chủ yếu đến từ tiêu chuẩn đánh giá HA mục tiêu, đặc điểm quần thể nghiên cứu và hiệu quả quản lý tại từng địa phương. Cụ thể, ở nghiên cứu mô tả của Cao Trường Sinh và cộng sự tại Nghệ An (2016 - 2020), với ngưỡng đạt HA mục tiêu là 140/90 mmHg, có 72,9% người bệnh điều trị đạt HA mục tiêu, con số này xấp xỉ với kết quả của chúng tôi đối với nhóm có cùng ngưỡng đích HA.⁸ Trong khu vực châu Á, nghiên cứu của Fujishima và cộng sự (2020) khi sàng lọc sức khỏe toàn bộ người dân Nhật Bản, cho thấy có 66,6% đạt HA mục tiêu < 140/90 mmHg, nhưng chỉ 30,7% đáp ứng HA < 130/80 mmHg.⁹ Để hạ mức HA thêm 10 mmHg (từ 140 xuống 130), bác sĩ thường phải đối mặt với hiện tượng “ngưỡng kháng trị”, đòi hỏi sự phối hợp đa trị liệu và tăng nguy cơ gặp tác dụng phụ, từ đó làm giảm sự tuân thủ của người bệnh. Ở thử nghiệm lâm sàng trên 33.357 người tại Bắc Mỹ của Cushman và cộng sự (2008), với ngưỡng HA đích là 140/90 mmHg, cho thấy việc kiểm soát HA luôn kém hơn ở những người có bệnh lý đi kèm khác (tiểu đường, béo phì, phì đại thất trái và creatinine cao) và những người tham gia này sử dụng nhiều loại thuốc hơn so với nhóm không mắc các bệnh này, do bệnh đồng mắc

làm phức tạp hóa phác đồ điều trị do tương tác thuốc và tăng hiện tượng “cộng gộp nguy cơ”.^{7,10} Do đó, ở nhóm đối tượng có bệnh đồng mắc kết hợp giảm mục tiêu HA xuống 130/80 mmHg, bệnh đồng mắc đóng vai trò vừa là yếu tố liên quan, vừa là tiêu chí phân loại ngưỡng HA mục tiêu, dẫn đến sự khác biệt đáng kể về khả năng đạt kiểm soát giữa các nhóm đối tượng. thì tỷ lệ đạt đích HA còn xuống thấp hơn nữa.

Mô hình hồi quy Logistic đa biến đã xác định được 04 yếu tố liên quan độc lập đến việc kiểm soát HA ($p < 0,05$). Thứ nhất, nam giới có khả năng đạt đích thấp hơn nữ giới (aOR = 0,71, KTC 95%: 0,54 – 0,91, $p = 0,01$), có thể do lối sống ít lành mạnh và mức độ quan tâm sức khỏe kém hơn. Những hành vi này không chỉ trực tiếp gây tăng HA mà còn gián tiếp làm giảm hiệu quả cũng như gây tương tác với các nhóm thuốc hạ áp chính như ức chế men chuyển hoặc chẹn kênh canxi. Thứ hai, phân độ THA ban đầu ở độ 2 và độ 3 làm giảm gần một nửa khả năng đạt mục tiêu (aOR lần lượt là 0,54 và 0,59, KTC 95%: 0,39 – 0,89, $p \leq 0,01$), bởi HA nền càng cao càng đòi hỏi phối hợp thuốc mạnh mẽ hơn, đồng thời, tổn thương cơ quan đích và sự xơ cứng thành mạch cũng nghiêm trọng hơn, từ đó cản trở khả năng đạt HA mục tiêu. Thứ ba, bệnh đồng mắc là rào cản lớn nhất khi làm giảm khả năng đạt đích từ hơn 12 lần (với 1 bệnh đồng mắc, aOR = 0,08, KTC 95%: 0,06 – 0,10, $p < 0,001$) đến 25 lần (với ≥ 2 bệnh đồng mắc, aOR = 0,04, KTC 95%: 0,01 – 0,10, $p < 0,001$). Mặc nhiều bệnh khiến người bệnh phải sử dụng nhiều loại thuốc hơn, từ đó dẫn đến sự khó tuân thủ thuốc. Lúc này, việc kiểm soát HA không còn là bài toán của riêng hệ tim mạch mà là sự giao thoa phức tạp của nhiều cơ chế bệnh sinh. Ngoài ra, “bệnh đồng mắc” còn là tiêu chí để phân loại ngưỡng đích HA khắt khe hơn (giảm 10mmHg so với nhóm không bệnh đồng mắc), do đó OR cực thấp nhưng

không phản ánh hoàn toàn tác động của yếu tố nguy cơ mà phần lớn phản ánh sự khác biệt trong tiêu chuẩn đánh giá kết cục. Cuối cùng, tuân thủ dùng thuốc là yếu tố tích cực duy nhất, giúp tăng khả năng đạt đích lên 1,43 lần (aOR = 1,43, KTC 95%: 1,02 – 2,00, p = 0,04). Qua nghiên cứu tại bệnh viện Thống Nhất (2024), Hà Mạnh Kiên cho rằng, các yếu tố giúp gia tăng tuân thủ điều trị gồm: < 70 tuổi, sống cùng người nhà, trình độ học vấn từ đại học trở lên và có tham gia bảo hiểm y tế.¹¹ Do đó, vận động người dân tham gia bảo hiểm y tế có thể cải thiện hiệu quả điều trị, đồng thời gia tăng quản lý ở nhóm người bệnh > 70 tuổi, sống một mình và trình độ học vấn thấp.

Các kết quả của chúng tôi tương đồng với ghi nhận của Cushman và cộng sự (2008), cho thấy tuổi trẻ, nữ giới, BMI < 30, không mắc đái tháo đường, HA tâm thu ban đầu thấp (tương đương với độ 1 trong nghiên cứu của chúng tôi), không phì đại thất trái có khả năng kiểm soát HA tốt hơn.¹⁰ Các nghiên cứu tại Việt Nam cũng ghi nhận kết quả tương tự: trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thảo Vy và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y dược Huế (2023), các yếu tố có liên quan với khả năng đạt HA mục tiêu thấp hơn là giới tính nam, không theo tôn giáo, có bệnh đồng mắc, không giảm muối ăn, sử dụng cà phê/ trà đặc, không tuân thủ điều trị thuốc.¹² Huỳnh Thanh Vũ và cộng sự (2024) cũng ghi nhận người bệnh từ 60 tuổi trở lên, nữ giới, không có biến chứng và tuân thủ lịch tái khám có khả năng đạt HA mục tiêu cao hơn.¹³ Huỳnh Thanh Vũ cũng ghi nhận rằng, thiếu thuốc men, kinh phí và cơ sở vật chất góp phần gây giảm hiệu quả điều trị, điều này tương đồng với nghiên cứu tại các trạm y tế xã của Lại Thị Minh Hằng và cộng sự (2021 – 2022), nhận thấy¹³: các yếu tố ảnh hưởng chính đến hiệu quả của hoạt động quản lý điều trị tại trạm y tế bao gồm thiếu thuốc, thiết bị y tế, nhân lực và kinh phí.¹⁴ Bên cạnh đó, việc chẩn đoán muộn

có thể do sự thiếu hụt trong sàng lọc cộng đồng, hoặc đến từ sự chủ quan của người bệnh khiến nguy cơ tổn thương cơ quan đích cao ngay từ khi khởi trị, gây khó khăn lớn trong lựa chọn thuốc. Dù trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi sử dụng đơn và đa trị liệu, các hiệp hội tim mạch đều khuyến cáo phối hợp thuốc ngay từ đầu để tăng hiệu quả điều trị.⁵⁻⁷ Đáng chú ý, tỷ lệ đơn trị liệu còn cao (71,4%) trong khi 65,1% người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp độ 2 – 3, và chỉ 28,6% người bệnh đa trị liệu được dùng viên phối hợp liều cố định. Thực trạng này có thể phản ánh việc điều trị chưa tối ưu, hạn chế về nguồn cung thuốc và phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế tại tuyến cơ sở.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác lập quan hệ nhân quả; các kết quả chỉ phản ánh mối liên quan tại một thời điểm. Thứ hai, do sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện và chỉ phân tích 3/7 cơ sở, mẫu nghiên cứu có thể chưa đại diện đầy đủ cho toàn bộ người bệnh THA quản lý tại tuyến y tế cơ sở, dẫn tới nguy cơ sai lệch chọn mẫu. Thứ ba, và quan trọng nhất về phương pháp luận, biến bệnh đồng mắc vừa được dùng để xác định ngưỡng HA mục tiêu (< 130/80 mmHg cho nhóm có bệnh đồng mắc so với < 140/90 mmHg cho nhóm không có bệnh đồng mắc), vừa được đưa vào mô hình hồi quy đa biến như một biến độc lập. Do tiêu chí kết cục ở nhóm có bệnh đồng mắc khắt khe hơn, giá trị aOR rất thấp của biến này (aOR = 0,08 và 0,04) phần lớn phản ánh sự khác biệt trong ngưỡng đánh giá kết cục hơn là tác động sinh học thực sự của bệnh đồng mắc lên khả năng kiểm soát HA. Vì vậy, ước lượng này cần được diễn giải hết sức thận trọng.

V. KẾT LUẬN

Quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở hiện nay còn gặp nhiều thách thức, đặc biệt ở

nhóm người bệnh có bệnh đồng mắc chuyển hóa hoặc tim mạch do ngưỡng HA mục tiêu thấp hơn. Trong nghiên cứu này, giới tính nam, bệnh đồng mắc và tăng huyết áp độ 2 – 3 có liên quan với khả năng đạt HA mục tiêu thấp hơn; tuân thủ dùng thuốc có liên quan với khả năng đạt HA mục tiêu cao hơn.

Trên cơ sở kết quả, chúng tôi đề xuất: (1) tăng cường sử dụng viên phối hợp liều cố định, đặc biệt ở người bệnh THA độ 2 – 3; (2) chuẩn hóa quy trình đo HA tại phòng khám; (3) áp dụng theo dõi HA tại nhà hoặc Holter HA 24 giờ ở nhóm khó kiểm soát; (4) tăng cường đào tạo liên tục cho nhân viên y tế tuyến cơ sở về quản lý THA theo khuyến cáo cập nhật; (5) tăng cường can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị bệnh đồng mắc bệnh đồng mắc bệnh đồng mắc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-980. doi:10.1016/S0140-6736(21)01330-1
2. Son PT, Quang NN, Viet NL, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *J Hum Hypertens*. 2012;26(4):268-280. doi:10.1038/jhh.2011.18
3. Van MH, Lan VN, Quoc HNV, et al. May Measurement Month 2022: an analysis of blood pressure screening results from Vietnam. *Eur Heart J Suppl*. 2025;27(Suppl 7). doi:10.1093/eurheartjsupp/suaf057
4. Nguyễn Lân Việt. Tăng huyết áp - vấn đề cần được quan tâm hơn. Hội nghị Chương trình Mục tiêu Quốc gia phòng chống tăng huyết áp; 2011.
5. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. 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. *J Am Coll Cardiol*. 2025;86(18):1567-1678. doi:10.1016/j.jacc.2025.05.007
6. Phác đồ 53 – 2025: chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Tim mạch học. Published September 12, 2025. Accessed March 11, 2026. <https://timmachhoc.vn/phac-do-53-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap/>
7. 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
8. Cao Trường Sinh, Nguyễn Thị Hải Yến. Kết quả sàng lọc huyết áp ở người từ 18 tuổi trở lên tại Nghệ An: nghiên cứu mô tả cắt ngang 5 năm từ 2016-2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;539(1). doi:10.51298/vmj.v539i1.9765
9. Fujishima S, Kodama S, Tsuchihashi T. Achievement rate of blood pressure < 140/90 mm Hg and < 130/80 mm Hg in subjects with hypertension: findings from a Japanese health checkup in 2017. *Clin Exp Hypertens*. 2020;42(7):648-655. doi:10.1080/10641963.2020.1764017
10. Cushman WC, Ford CE, Cutler JA, et al. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *J Clin*

Hypertens (Greenwich). 2002;4(6):393-404. doi:10.1111/j.1524-6175.2002.02045.x

11. Hà Mạnh Kiên, Nguyễn Đức Công, Nguyễn Văn Huynh. Tỷ 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. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2025;193(8):54-63. doi:10.52852/tcncyh.v193i8.3785

12. Nguyễn Vũ Thảo Vy, Lê Thị Bích Thúy, Đoàn Phạm Phước Long, Trần Thị Thanh Nhân, Đoàn Phước Thuộc. Nghiên cứu tỷ lệ người bị tăng huyết áp điều trị không đạt mục tiêu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám nội, Bệnh viện Trường

Đại học Y - Dược Huế. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2023;13(7):190. doi:10.34071/jmp.2023.7.26

13. Huỳnh Thanh Vũ, Nguyễn Ngọc Lý. Tình hình điều trị bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;551(1). doi:10.51298/vmj.v551i1.14502

14. Lại Thị Minh Hằng, Kim Bảo Giang, Lại Đức Trường. Thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã của một số tỉnh Việt Nam năm 2021-2022. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*. 2025;9(2):42-49. doi:10.38148/JHDS.0902SKPT24-104

Summary

TARGET BLOOD PRESSURE CONTROL AND ASSOCIATED FACTORS IN HYPERTENSIVE OUTPATIENTS IN PRIMARY HEALTHCARE

This multicenter, cross-sectional study evaluated target blood pressure (BP) achievement rates among 1,419 hypertensive outpatients across Vinh Yen, Hoang Mai, and Tam Diep in 2025, aligned with the VNHA 2024 – 2025 guidelines. The cohort's mean age was $68,8 \pm 9,2$ years old, and the overall BP control rate was 48.3%, exhibiting a significant disparity between patients without comorbidities (75.7%) and those with comorbidities (19.7%). Monotherapy was the predominant treatment strategy (71.4%), whereas the utilization of single-pill combinations (SPCs) remained low. Multivariate logistic regression analysis identified male gender (aOR = 0.71; 95% CI: 0.54 – 0.91), stage 2 – 3 hypertension at diagnosis (aOR = 0.54 – 0.59; 95% CI: 0.39 – 0.89), and the presence of comorbidities (aOR = 0.04 – 0.08; 95% CI: 0.01 – 0.10) as independent risk factors for failing to achieve target BP ($p < 0.05$). Comorbidity served as both an associated factor and a key criterion for target differentiation. Conversely, robust medication adherence (measured via MMAS-8) significantly enhanced the likelihood of target attainment (aOR = 1.43; 95% CI: 1.02 – 2.00; $p = 0.04$). These findings underscore the critical necessity of promoting early combination therapies and optimizing treatment adherence within primary healthcare settings, with a particular therapeutic focus on patients with comorbidities.

Keywords: Hypertension, medication adherence, blood pressure target achievement rate,