

Medication Adherence Rate and one - year Treatment Characteristics of Hypertensive Outpatients at Hanoi Medical University Hospital

Nguyen Thi Minh Ly , Doan Thi Phuong Thao, Nguyen Thi Hue, Pham Thi Lan Anh

Hanoi Medical University Hospital

► **Correspondence to**

Dr. Nguyen Thi Minh Ly
Hanoi Medical University Hospital
Email: minhly.ng@gmail.com

► Received 20 November 2025
Accepted 11 December 2025
Published online 28 February 2026

To cite: Nguyen TML, Doan TPT, Nguyen TH, et al. *J Vietnam Cardiol* 2026;**120**:154-163

ABSTRACT

A longitudinal descriptive study was conducted at Hanoi Medical University Hospital involving 252 outpatients with hypertension to assess medication adherence rates and blood pressure management over a one-year period. The study revealed that the overall medication adherence rate was 55.95%, with good and moderate adherence levels at 26.59% and 29.37%, respectively. Of the initial cohort, 164 patients were re-interviewed after one year. Regarding follow-up frequency during that year: 20.12% of patients did not attend follow-up visits; 31.1% attended fewer than three visits; 29.88% attended between three and five visits; and 12.2% attended more than nine visits. Patients with health insurance experienced higher rates of prescription changes and hypertensive crises, although these differences were not statistically significant. The primary reasons for changing prescriptions included high cost (40.91%), uncontrolled blood pressure (27.27%), and side effects (6.82%). The most common medication switch was to single-pill combinations (SPC) of two drugs, representing 39.39% of changes. In conclusion, medication adherence remains low. Since hypertension is a chronic condition, regular follow-up examinations are crucial. Patients and healthcare providers should discuss medication costs to choose options that promote better adherence. Prioritizing single-pill combinations of two drugs in treatment may enhance patient compliance and blood pressure control.

Tỷ lệ tuân thủ và đặc điểm điều trị huyết áp trong 1 năm ở người bệnh tăng huyết áp khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nguyễn Thị Minh Lý[✉], Đoàn Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Huế, Phạm Thị Lan Anh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

► Tác giả liên hệ

BS. Nguyễn Thị Minh Lý
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Email: minhly.ng@gmail.com

- Nhận ngày 20 tháng 11 năm 2025
Chấp nhận đăng ngày 11 tháng 12 năm 2025
Xuất bản online ngày 28 tháng 02 năm 2026

Mẫu trích dẫn: Nguyen TML, Doan TPT, Nguyen TH, et al. *J Vietnam Cardiol* 2026;**120**: 154-163

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trên 252 người bệnh tăng huyết áp khám và điều trị ngoại trú với mục tiêu khảo sát tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc và tình hình điều trị huyết áp trong 1 năm của nhóm người bệnh này. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Có 164 người bệnh được phỏng vấn lại sau 1 năm. Trong một năm, có 20,12 % người bệnh không đi tái khám, 31,1% đi khám lại dưới 3 lần, 29,88% đi khám từ 3-5 lần, 12,2 % đi khám trên 9 lần. Tỷ lệ người bệnh có thay đổi đơn thuốc và có xuất hiện cơn tăng huyết áp cao hơn ở nhóm dùng thuốc bảo hiểm y tế, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Lý do thay đổi đơn thuốc hay gặp nhất là chi phí cao: 40,91%; do huyết

áp chưa kiểm soát:27,27%, do gặp tác dụng phụ chỉ chiếm 6,82%. Loại thuốc được lựa chọn đổi sang thường gặp nhất viên phối hợp đôi:39,39%. Tăng huyết áp là bệnh mãn tính, đòi hỏi tuân thủ uống thuốc lâu dài để kiểm soát bệnh và khám định kì là cần thiết. Người bệnh và nhân viên y tế nên trao đổi về kinh phí mua thuốc để lựa chọn phù hợp đảm bảo tuân thủ điều trị tốt hơn. Viên phối hợp đôi nên được lựa chọn trong điều trị nhằm tối đa sự tuân thủ và kiểm soát huyết áp.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) hiện nay được xem là “kẻ giết người thầm lặng” và là vấn đề sức khỏe cộng đồng cấp bách trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), THA là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim và suy thận, đóng góp phần lớn vào tỷ

lệ tử vong do các bệnh không lây nhiễm toàn cầu. Ước tính năm 2024, có 1,4 tỷ người lứa tuổi 30-79 trên thế giới mắc THA¹. Tuy nhiên, dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được huyết áp mục tiêu vẫn còn ở mức thấp, đặc biệt tại các nước đang phát triển. Số người trên thế giới được kiểm soát huyết áp chỉ 320 triệu người^{1,2}.

Một trong những rào cản chính dẫn đến việc kiểm soát huyết áp chưa được tối ưu là tình trạng tuân thủ điều trị mới đạt tỷ lệ thấp. Tuân thủ điều trị trong THA là một quá trình phức tạp, bao gồm việc uống thuốc đúng theo đơn, duy trì việc khám lại theo hẹn với bác sĩ và kiên trì theo đuổi liệu trình dài hạn². Trong một báo cáo, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc sau 1 năm kể từ khi phát hiện THA chỉ đạt < 50%². Một nghiên cứu của tác giả Sunita tại Nepal, tỷ lệ tuân thủ thuốc huyết áp đạt 61%³.

Tại Việt Nam, mô hình bệnh tật đang chuyển dịch nhanh chóng sang các bệnh mạn tính. Bệnh nhân THA điều trị ngoại trú được quản lý rất đa dạng: khám hàng tháng lĩnh thuốc bảo hiểm y tế, tự đi khám tại một cơ sở y tế công lập hoặc tư nhân, thay đổi cơ sở khám, bác sĩ khám giữa các lần khám bệnh,... Tại Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, phần lớn số người bệnh đến khám ngoài Bảo hiểm y tế và tự chi trả tiền thuốc. Những người bệnh này có thể được chẩn đoán lần đầu hoặc đã từng khám và theo dõi tại đây hoặc đã điều trị tại một cơ sở y tế khác nhưng chưa đạt hiệu quả kiểm soát huyết áp. Mặc dù bệnh viện có nhiều hình thức đa dạng để nhắc người bệnh khám lại, tuy nhiên có rất nhiều yếu tố chi phối các lần khám và điều trị tiếp sau

của người bệnh, có liên quan chặt chẽ với hiệu quả của điều trị THA.

Trong phạm vi bài báo này, chúng tôi muốn khảo sát tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh tăng huyết áp khám ngoại trú và đặc điểm điều trị thuốc trong 1 năm sau đó của nhóm người bệnh này tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán là tăng huyết áp vô căn (mã bệnh ICD X: I10), khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán xác định tăng huyết áp vô căn, được kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp ngoại trú.

- Tuổi: từ 18 tuổi trở lên.

- Tỉnh táo, có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- THA thứ phát được xác định là do nguyên nhân khác.

- Người mắc bệnh tâm thần, thiếu năng, không đủ khả năng trả lời phỏng vấn.

- Người đang mắc các bệnh cấp tính, suy chức năng gan thận nặng, phụ nữ có thai.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian: Từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023, trong đó việc thu tuyển người bệnh vào nghiên cứu sẽ dừng vào tháng 6/2022 và chúng tôi sẽ thực hiện phỏng vấn lần 2 người bệnh sau 1 năm từ lần phỏng vấn đầu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả có theo dõi dọc.

Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times q}{e^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

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

p: tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú theo nghiên cứu của Phạm Gia Khải (2002), lấy $p = 0,19185$; q: $1-p$; e: 5%⁴.

Cỡ mẫu tính được là 237. Cộng thêm 5%

đối tượng từ chối tham gia, cỡ mẫu nghiên cứu thực tế là 252 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu đến khám tại Trung tâm Y khoa số 1 TTT trong thời gian nghiên cứu sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Việc chọn mẫu sẽ dừng lại khi số lượng người bệnh đồng ý tham gia đạt đủ 252 người.

Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc bằng bộ câu hỏi Morisky – 8

Thang điểm Morisky-8 (MAQ – Morisky Medication Adherence Scale – 8) để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc THA gồm 8 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá theo điểm số 0 và 1.

		Có	Không
1	Ông / bà có thường xuyên quên thuốc hay không?	0	1
2	Trong 2 tuần qua, Ông / bà có quên thuốc ngày nào không?	0	1
3	Trong 2 tuần qua khi uống thuốc thấy khó chịu Ông / bà có tự ý dừng thuốc lần nào không?	0	1
4	Khi phải đi vắng đầu đó Ông/ bà có khi nào quên mang theo thuốc huyết áp không?	0	1
5	Ngày hôm qua Ông / bà có quên uống thuốc không?	0	1
6	Khi cảm thấy bình thường hoặc huyết áp ở mức bình thường Ông / bà có tự bỏ thuốc không?	0	1
7	Ông / bà có thấy việc dùng thuốc hàng ngày bất tiện /phiền toái không?	0	1
8	Ông / bà có thấy việc phải nhớ uống thuốc hàng ngày khó khăn không?	0	1

Tổng số điểm đạt được là để đánh giá mức độ tuân thủ: Điểm thấp nhất là 0 điểm, điểm cao nhất là 8 điểm.

- 8 điểm: Tuân thủ điều trị tốt
- 6 – 7 điểm: Tuân thủ điều trị trung bình
- < 6 điểm: Tuân thủ điều trị kém/ không tuân thủ điều trị.

Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được phỏng vấn lần đầu tại bệnh viện trong lần thu thập bệnh nhân

nghiên cứu. Phỏng vấn lần 2 được thực hiện qua điện thoại sau 1 năm từ lần phỏng vấn đầu. Các nội dung phỏng vấn được thực hiện theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu đồng nhất trong toàn bộ nghiên cứu

Xử lý số liệu

Quá trình thu thập số liệu được giám sát bởi nghiên cứu viên chính để kịp thời phát hiện sai sót. Số liệu sau khi được thu thập được nhập với Excel 2016. Phần mềm Stata phiên bản 12.0

được sử dụng để làm sạch số liệu và phân tích thống kê.

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD) cho các biến phân phối chuẩn; trung vị (phạm vi, IQR) cho các biến không phân phối chuẩn. Các biến định tính được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm và tần số. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến sẽ được sử dụng để mô tả mối quan hệ giữa các biến (khoảng tin cậy 95%).

Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin và số liệu này chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, không sử dụng cho các mục đích khác. Kết quả được công bố tổng hợp và không cung cấp thông tin định danh cá nhân.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

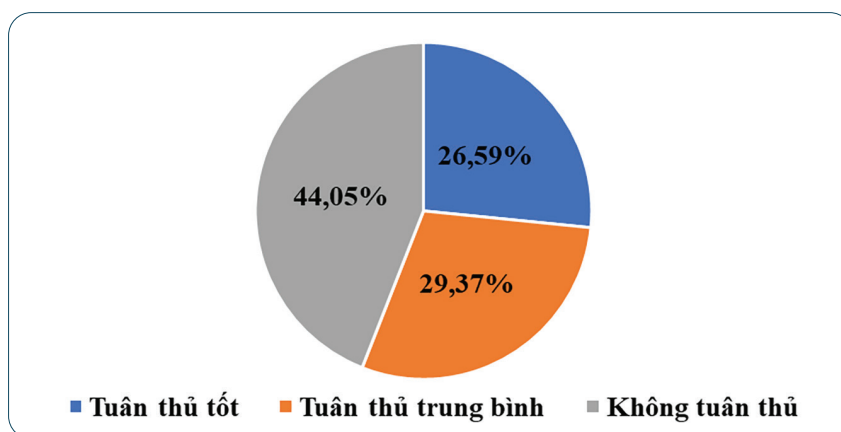
Để tính tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc, chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn 252 người bệnh tăng huyết áp đến khám.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 50 tuổi	46	18,2
	50 tuổi đến <60 tuổi	39	15,5
	$\geq$ 60 tuổi	167	66,3
Giới	Nữ	129	51,2
	Nam	123	48,8
Bệnh mắc kèm	Đái tháo đường	120	47,6
	Đột quỵ	35	13,9
	Bệnh mạch vành	32	12,7
	Suy thận	24	9,5
	Bệnh lí khác	51	20,24
	Không có bệnh kèm	34	13,49

Nhận xét: Nhóm tuổi $\geq$ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất, 66,3%. Tỷ lệ phân bố giới Nam/Nữ là 48,8%/51,2%. Bệnh lí mắc kèm phổ biến nhất là đái tháo đường, chiếm 47,6%. Đột quỵ và bệnh mạch vành có tỷ lệ mắc kèm lần lượt là 13,9% và 12,7%. Có 13,49% người bệnh chỉ mắc THA không có bệnh lí mắc kèm.

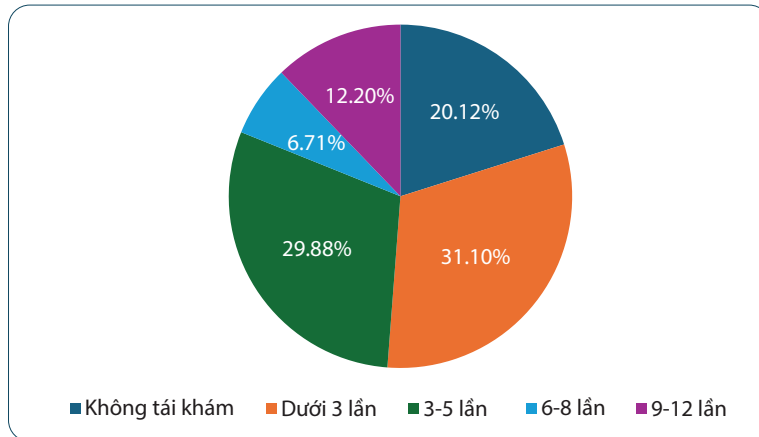
Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của nhóm nghiên cứu được thể hiện qua biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm tuân thủ điều trị thuốc THA chiếm tỉ lệ là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị chiếm 44,05%. Sau 1 năm chúng tôi đã gọi điện phỏng vấn được 164 người bệnh trong số 252 người bệnh ban đầu.

Đặc điểm khám lại trong 1 năm của các bệnh nhân được thể hiện trong biểu đồ 2:



Biểu đồ 2. Tỷ lệ số lượt tái khám của bệnh nhân trong một năm

Nhận xét: Trong một năm, có 20,12 % bệnh nhân không đi tái khám, 31,1% bệnh nhân đi khám lại dưới 3 lần, 29,88% bệnh nhân đi khám từ 3-5 lần, có 12,2 % bệnh nhân đi khám trên 9 lần.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan với tái khám lại trong một năm (n=164)

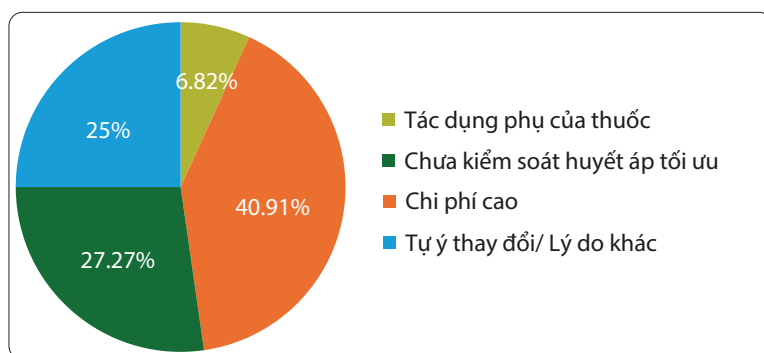
Đặc điểm		Có tái khám		Không tái khám		P
		N	%	N	%	
Trình độ học vấn	Cấp 1, cấp 2	40	75,47	13	24,53	0,43
	Cấp 3	40	78,43	11	21,57	
	Cao đẳng, Đại học	51	85	9	15	
Nguồn thuốc điều trị	Thuốc BHYT	20	76,92	6	23,08	0,682
	Thuốc ngoài BHYT	111	80,43	27	19,57	
Giới	Nam	64	78,05	18	21,95	0,559
	Nữ	67	81,71	15	18,29	
Tuổi	Dưới 50	23	74,19	8	25,81	0,495
	50 tới < 60 tuổi	26	76,47	8	23,53	
	Trên 60	82	82,83	17	17,17	
Nơi ở	Miền núi	3	75	1	25	0,152
	Nông thôn	32	71,11	13	28,89	
	Thành thị	96	83,48	19	16,52	

Nhận xét: Mỗi liên quan giữa tỷ lệ tái khám trong một năm với các yếu tố: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, sử dụng BHYT và nơi ở không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm xuất hiện cơn THA và thay đổi thuốc ở nhóm có và không có dùng thuốc theo BHYT

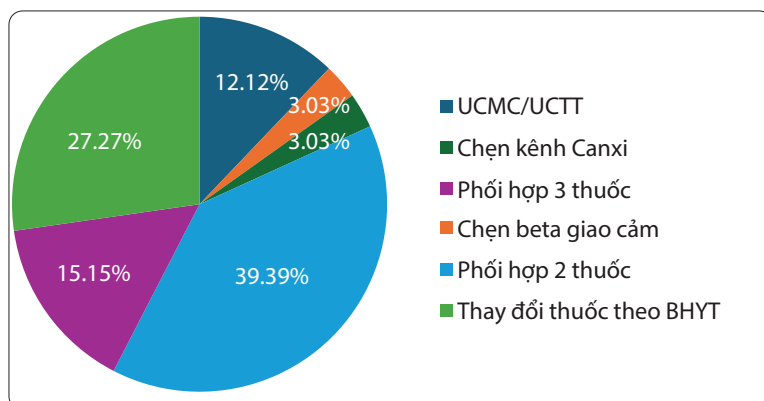
	Dùng thuốc BHYT		Không dùng thuốc BHYT		P
	N	%	N	%	
Lên cơn THA	4	15,4	10	7,2	0,24
Không lên cơn THA	22	84,6	128	92,8	
Có đổi thuốc	7	26,9	36	26,1	0,93
Không đổi thuốc	19	73,1	102	73,9	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có lên cơn tăng huyết áp ở nhóm dùng thuốc BHYT là 15,4%, cao hơn so với nhóm dùng thuốc ngoài BHYT (7,2%); tỷ lệ người bệnh có thay đổi thuốc điều trị huyết áp ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc BHYT là 26,9%, tỷ lệ đổi thuốc ở nhóm không dùng thuốc theo BHYT là 26,1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3. Lý do thay đổi thuốc điều trị tăng huyết áp

Nhận xét: Lý do thay đổi đơn thuốc trong một năm qua do chi phí cao chiếm 40,91%, tiếp theo là do huyết áp chưa kiểm soát tối ưu chiếm 27,27%, bệnh nhân tự ý thay đổi thuốc do không tái khám hoặc lý do khác chiếm 25%. Chỉ 6,82% bệnh nhân thay đổi đơn thuốc do tác dụng phụ của thuốc.



Biểu đồ 4. Đặc điểm các nhóm thuốc được lựa chọn khi thay đổi thuốc

Nhận xét: Sự thay đổi thuốc thường gặp nhất là chuyển sang phối hợp 2 thuốc chiếm chủ yếu với 39,39%, sau đó là nhóm sử dụng thuốc theo BHYT chiếm 27,27% và nhóm phối hợp 3 thuốc chiếm 15,15%. Trong nhóm sử dụng đơn trị liệu thì nhóm UCMC/UCTT được lựa chọn nhiều hơn hai nhóm còn lại chiếm 12,12%.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 252 đối tượng, tỷ lệ người bệnh nữ và nam giới gần xấp xỉ nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam là 1,05/1; của tác giả Ninh Văn Đông năm 2010 tỷ lệ nữ/nam là 1,25/1⁵; trong nghiên cứu năm 2020 tại Huế của tác giả Lê Chuyển và cộng sự tỷ lệ nữ/nam là 0,83/1⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số 66,3%; đặc điểm này tương tự trong nghiên cứu của Lê Chuyển và cộng sự tại Huế, nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 75,9%⁶. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm dân số chung khi tuổi thọ trung bình của dân cư ngày càng cao, đạt 73,7 tuổi năm 2020 và THA là bệnh lý mãn tính có xu hướng gặp ở người cao tuổi (theo niên giám thống kê y tế năm 2020 của Bộ Y tế⁷).

Nhóm tuân thủ điều trị thuốc chiếm tỉ lệ là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị thuốc chiếm 44,05%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Ninh Văn Đông tại Hà Nội năm 2010 (68%)⁶. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc trong nghiên cứu của tác giả Lê Chuyển tại Huế năm 2020 là 72,3%⁴.

Trong số các bệnh lý đồng mắc thì đái tháo đường là bệnh phổ biến nhất sau đó là đột quỵ và bệnh mạch vành với tỷ lệ tương đương nhau. Đặc điểm này phù hợp với đặc điểm dịch tễ bệnh không lây nhiễm vì đái tháo đường và tăng huyết áp là các bệnh không lây nhiễm có chung nhiều yếu tố nguy cơ nên một người bệnh mắc THA dễ có xu hướng bị mắc kèm ĐTD hoặc ngược lại. Tỷ lệ người bệnh không có bệnh mắc kèm trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,49 % thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Chuyển là 21,9%⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khám lại ở giới nữ, nhóm tuổi trên 60, sống ở thành thị và trình độ học vấn từ bậc cao đẳng, đại học trở lên có xu hướng cao hơn nhóm khác. Ở nhóm tuổi dưới 60 thường công việc bận rộn và sức khỏe còn tốt nên nhiều người có tâm lý chủ quan không tuân thủ lịch tái khám. Giới nữ thường quan tâm lo lắng về sức khỏe của bản thân hơn, điều này thể hiện sự khác nhau trong việc quan tâm tới sức khỏe của nam và nữ, và đã được đề cập trong nghiên cứu về giới tính và sức khỏe của Tổ chức Y tế thế giới⁸. Khoảng cách địa lý cũng là một yếu tố quan trọng về vấn đề tuân thủ tái khám, những người ở vùng sâu xa, vùng nông thôn thường gặp nhiều khó khăn trong việc đi lại cùng với vấn đề về kinh tế thường khó khăn hơn. Những người có trình độ học vấn từ cao đẳng và đại học có xu hướng tỉ lệ tái khám cao hơn, nguyên nhân có thể từ việc tiếp cận hệ thống y tế và hiểu biết tốt hơn về gánh nặng bệnh tật.

Tỷ lệ tái khám ở nhóm người bệnh không dùng BHYT có xu hướng cao hơn ở nhóm dùng thuốc BHYT. Bảo hiểm y tế hỗ trợ kinh phí giúp

nhiều người bệnh được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tuy nhiên bảo hiểm chỉ cho phép chỉ định đầy đủ xét nghiệm cho người bệnh THA trong lần đầu khám và có thể làm lại mỗi 6-12 tháng hoặc sớm hơn nếu người bệnh có bất thường. Vì vậy một số người có xu hướng chỉ đi khám lại vào đúng thời điểm lấy xét nghiệm. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi các kết quả chưa có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ, cần thêm những nghiên cứu lớn hơn để đánh giá mối liên quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa số lần lên cơn tăng huyết áp với sử dụng thuốc theo BHYT hay dùng thuốc ngoài BHYT ($p > 0,05$). Tuy nhiên tần số xuất hiện cơn tăng huyết áp trong một năm ở nhóm dùng thuốc BHYT có xu hướng cao hơn so với nhóm người bệnh không dùng thuốc BHYT.

Chúng tôi khảo sát vấn đề thay đổi đơn thuốc, nhận thấy tỷ lệ người bệnh có đổi đơn thuốc trong vòng 1 năm chiếm khoảng 25%, tương tự ở nhóm dùng thuốc bảo hiểm và nhóm dùng thuốc ngoài bảo hiểm. Các lý do dẫn đến sự thay đổi đơn thuốc điều trị THA trong nhóm nghiên cứu kết quả cho thấy tỷ lệ chiếm cao nhất là do liên quan đến chi phí cao 40,91%, tiếp theo là huyết áp chưa kiểm soát chưa tối ưu. Nhóm đổi thuốc do gặp tác dụng phụ (như ho, phù...) chiếm tỷ lệ thấp nhất, 6,82%. Nghiên cứu ghi nhận một số nguyên nhân khác như người bệnh tự ý thay đổi thuốc hoặc người bệnh không rõ lý do tại sao được thay đổi thuốc, chiếm 25%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, giữa các nhóm thuốc thì nhóm thuốc phối hợp được ưu

tiên lựa chọn khi thay đổi thuốc. Điều này phù hợp với khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Phân hội tăng huyết áp- Hội tim mạch học Việt Nam năm 2022⁹. Người bệnh tăng huyết áp thường phối hợp với nhiều bệnh khác, vậy nên số lượng thuốc bệnh nhân phải uống khá nhiều, để giảm thiểu số viên uống, tránh quên và nhầm lẫn thuốc, thì phối hợp các loại thuốc trong một viên thuốc giúp tăng tuân thủ điều trị cho bệnh nhân. Kết quả này cũng tương xứng với kết quả của các nghiên cứu của các tác giả khác¹⁰. Nhóm phối hợp ba có chiếm 15,15%, thấp hơn nhóm phối hợp hai, có thể do số loại nhóm thuốc phối hợp ba chưa đa dạng, ngoài ra trong điều trị có nhóm thuốc uống vào buổi sáng, có nhóm thuốc uống vào tối. Do đó, điều này cũng hạn chế việc lựa chọn nhóm phối hợp ba. Trong nhóm đơn trị liệu, thuốc ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể là nhóm thuốc được lựa chọn chiếm ưu thế trong các nhóm đơn trị liệu, kết quả này phù hợp với quần thể nghiên cứu của chúng tôi. Vì trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 13,49% bệnh nhân không có bệnh kèm theo, phần lớn bệnh nhân có bệnh đồng mắc hay gặp nhất là đái tháo đường chiếm 47,62%, nhóm bệnh nhân này ưu tiên điều trị bằng nhóm UCMC/UCTT, kết quả này có sự tương đồng đối với kết quả nghiên cứu trước đó ở một số cơ sở y tế khác trên toàn quốc.

KẾT LUẬN

Tăng huyết áp là bệnh lý mãn tính phổ biến trong cộng đồng, nếu được kiểm soát tốt sẽ góp phần giảm gánh nặng biến chứng trên cơ quan đích liên quan tới huyết áp cao. Tuy nhiên

tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc trong khảo sát của chúng tôi mới đạt mức trung bình (55,95%). Nghiên cứu các đặc điểm dùng thuốc trong vòng 1 năm cho thấy có 20,1% số người bệnh không đi khám lại. Tỷ lệ người bệnh xảy ra cơn THA ở nhóm dùng thuốc BHYT và không BHYT lần lượt là 15,4% và 7,2%. Tỷ lệ người bệnh có thay đổi đơn thuốc huyết áp khoảng 26%, cả ở nhóm dùng thuốc và không dùng thuốc BHYT. Có 27,2 % người bệnh phải đổi thuốc do chưa kiểm soát huyết áp tối ưu và 6,82% đổi thuốc vì gặp phải tác dụng phụ. Nhóm thuốc được lựa chọn thay đổi phổ biến nhất là viên phối hợp đôi, chiếm 39,39 %. Trong các thuốc đơn trị liệu đổi thì nhóm UCMC/UCTT là nhóm được lựa chọn đổi nhiều nhất. Các đặc điểm này có thể gợi ý thực hành điều trị khi tiếp cận ban đầu với người bệnh THA trong lựa chọn loại thuốc để việc kiểm soát huyết áp có thể đạt tối ưu sớm và chi phí phù hợp từ những lần thăm khám đầu tiên. Đồng thời các tư vấn về sự cần thiết người bệnh đi khám lại nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Farrar J, et al. WHO global report on hypertension 2025. *Lancet*. 2025;406 (10517):2318-2319. doi:10.1016/S0140-6736 (25)XXXXX-X
2. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-1140. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313220
3. Sharma S, et al. Adherence to antihypertensive medication and its associated factors among patients with hypertension attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *PLoS One*. 2024;19(7):e0305941. doi:10.1371/journal.pone.0305941
4. Pham GK, et al. Prevalence of hypertension and associated risk factors in northern provinces of Vietnam, 2001–2002. *Vietnam J Cardiol*. 2002;33:9-15.
5. Ninh VD. Evaluation of treatment adherence among hypertensive patients aged over 60 years in Hang Bong Ward, Hoan Kiem District, Hanoi, 2010 [master's thesis]. Hanoi: University of Public Health; 2010.
6. Le C, Nguyen TT, Do THD, Nguyen TT. Medication adherence among outpatients with hypertension at the Department of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. *J Med Pharm Hue Univ*. 2020;10(3).
7. Ministry of Health (Vietnam). Health Statistics Yearbook 2019. Hanoi: Medical Publishing House; 2020.
8. World Health Organization. Gender and health. 2024.
9. Vietnam National Heart Association (VSH/ VNHA). Recommendations for diagnosis and treatment of hypertension 2022. 2024.
10. Tran TLA, Mai DA, Le TTH. Prescribing patterns of antihypertensive medications in outpatient settings at Military Central Hospital 108 in 2019. *Vietnam Med J*. 2022;514(2).