

# KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Nhị Hà, Ngô Thị Mỹ Bình\*, Phạm Thị Thoa, Trần Trúc Lâm,  
Nguyễn Đức Long, Đào Ngọc Nhi, Phạm Thanh Huyền  
Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp của bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên bằng thang điểm MMAS-8, đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ như đặc điểm nhân khẩu học, thời gian điều trị, bệnh lý kèm theo và đặc điểm trong quá trình dùng thuốc, từ đó đề xuất các giải pháp phù hợp nhằm nâng cao tuân thủ điều trị cho người bệnh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 222 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị ngoại trú, được chọn ngẫu nhiên tại thời điểm tái khám thời gian từ tháng 3 đến tháng 9/2025. Dữ liệu thu thập bằng bảng hỏi có cấu trúc, đánh giá tuân thủ bằng thang điểm Morisky 8 mục (MMAS-8). Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0, với ngưỡng ý nghĩa  $p < 0,05$ .

**Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có mức tuân thủ cao chiếm 32,4%, trung bình 38,3% và thấp 29,3%. Trong các yếu tố khảo sát, chỉ có thời gian điều trị  $\geq 5$  năm cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ ( $p < 0,001$ ). Các yếu tố khác như giới tính, tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và bệnh mắc kèm không có sự khác biệt đáng kể.

**Kết luận:** Mức độ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú còn chưa cao, đa số ở mức trung bình hoặc thấp. Thời gian điều trị kéo dài là yếu tố liên quan chính đến hành vi tuân thủ. Do đó, cần tăng cường tư vấn và hỗ trợ người bệnh, đặc biệt trong giai đoạn đầu điều trị, nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát huyết áp.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, tuân thủ dùng thuốc, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

---

Chịu trách nhiệm: Ngô Thị Mỹ Bình

Email: ngothimybinh@tnmc.edu.vn

Ngày nhận: 21/8/2025

Ngày phản biện: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 24/11/2025

## ASSESSMENT OF MEDICATION ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENT HYPERTENSIVE PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL SUMMARY

**Objective:** To assess the level of medication adherence and related factors among hypertensive outpatients at Thai Nguyen Central General Hospital.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 222 randomly selected patients with primary hypertension at follow-up visits from March 2025 to September 2025. Data were collected through structured questionnaires. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Statistical analysis was performed using SPSS 20.0 with a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** High adherence was observed in 32.4% of patients, moderate in 38.3%, and low in 29.3%. Among the examined factors, only treatment duration  $\geq 5$  years was significantly associated with adherence level ( $p < 0.001$ ). Other factors such as gender, age, residence, education level, and comorbidities showed no statistically significant association.

**Conclusion:** Medication adherence among hypertensive patients remains suboptimal, with the majority at moderate or low levels. Longer treatment duration was the only factor significantly associated with better adherence. Strengthening counseling and support—especially in the early phase of treatment—is essential to improve blood pressure control.

**Keywords:** Hypertension, medication adherence, Morisky scale, outpatients, treatment duration, Thai Nguyen National Hospital.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý mạn tính phổ biến, có tỷ lệ hiện mắc cao và là nguyên nhân hàng đầu gây biến cố tim mạch, đột quỵ, suy thận và tử vong sớm. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hiện có hơn 1,28 tỷ người trưởng thành trên toàn cầu đang sống chung với THA, nhưng chỉ khoảng một nửa trong số đó được kiểm soát huyết áp hiệu quả [1].

Tại Việt Nam, kết quả điều tra STEPwise năm 2021 cho thấy tỷ lệ người trưởng thành mắc THA vào khoảng 26,2%, chủ yếu tập trung ở nhóm dân số cao tuổi [2]. Mặc dù các thuốc điều trị hiện nay đã chứng minh hiệu quả, nhưng một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn không đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp do tình trạng chưa tuân thủ đầy đủ phác đồ điều trị.

Tuân thủ điều trị có vai trò then chốt trong việc kiểm soát huyết áp và phòng ngừa biến chứng lâu dài. Mức độ tuân thủ của bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi,

giới tính, thời gian điều trị, số bệnh mắc kèm, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế - xã hội và niềm tin đối với thầy thuốc. Theo báo cáo của WHO, các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ có thể được phân thành 5 nhóm chính: đặc điểm người bệnh, tình trạng bệnh lý, đặc điểm điều trị, yếu tố kinh tế - xã hội và hệ thống y tế [3].

Tại Thái Nguyên, một địa phương có dân số già hóa nhanh và số lượng bệnh nhân THA ngày càng tăng, việc đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần định hướng chiến lược quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng, đồng thời đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát huyết áp. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát mức độ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA ở bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và phân tích mối liên quan giữa tuân thủ với một số yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 222 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, đến tái khám theo lịch hẹn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian từ tháng 3/2025 đến hết tháng 9/2025.

#### ***Tiêu chí lựa chọn***

- Có chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát theo khuyến cáo Hội Tim mạch học Việt Nam (2022), HATT  $\geq 140$  mmHg và/hoặc HATTr  $\geq 90$  mmHg.

- Có khả năng trả lời phỏng vấn và ký cam kết tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích đầy đủ.

#### ***Tiêu chí loại trừ***

- Bệnh nhân không đủ khả năng trả lời phỏng vấn (rối loạn tri giác, sa sút trí tuệ nặng...).

- Tăng huyết áp thứ phát, mắc bệnh cấp tính nặng kèm theo, hoặc không hoàn thành phỏng vấn.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### ***Thiết kế nghiên cứu***

Mô tả cắt ngang.

#### ***Cỡ mẫu và chọn mẫu***

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với  $\alpha = 0,05$ ;  $Z = 1,96$ ;  $p = 0,86$  (tỷ lệ tuân thủ thuốc theo <sup>[4]</sup>);  $d = 0,05$ ; cộng 20% dự phòng mất mẫu  $\rightarrow n = 222$ .

Cách chọn mẫu ngẫu nhiên các bệnh nhân đến tái khám trong thời gian nghiên cứu.

### **2.3. Nội dung và triển khai nghiên cứu**

Nghiên cứu tập trung khảo sát mức độ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp

và phân tích một số yếu tố liên quan như giới, tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn, thời gian điều trị và bệnh mắc kèm. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi cấu trúc, bao gồm thông tin hành chính và thang đo Morisky 8 câu (MMAS-8).

Phỏng vấn được thực hiện ngay sau khi người bệnh hoàn tất khám và nhận thuốc tại phòng khám ngoại trú. Nhân viên nghiên cứu được tập huấn thống nhất về kỹ thuật phỏng vấn, cách giải thích các câu hỏi và quy trình ghi nhận nhằm đảm bảo tính chuẩn hóa. Trong quá trình phỏng vấn, điều tra viên đọc từng câu hỏi theo đúng nguyên văn, giải thích thuật ngữ nếu cần thiết để người bệnh hiểu rõ và trả lời chính xác.

Để hạn chế sai số thông tin, việc phỏng vấn được tiến hành tại vị trí đủ riêng tư, tránh tiếng ồn hoặc sự vội vã của người bệnh. Những trường hợp bệnh nhân mệt, lo lắng hoặc đang bận làm thủ tục được sắp xếp phỏng vấn vào thời điểm phù hợp hơn. Điều tra viên không gợi ý câu trả lời và kiểm tra lại các thông tin thiếu hoặc bất thường ngay trong buổi thu thập nhằm đảm bảo độ tin cậy và tính nhất quán của dữ liệu.

Mức độ tuân thủ được phân loại theo thang MMAS-8: cao (8 điểm), trung bình (6 - 7 điểm), thấp ( $< 6$  điểm). Dữ liệu phân tích bằng SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả và các kiểm định Chi-square, Fisher's exact test hoặc T-test, với  $p < 0,05$ .

### **2.4. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu tuân thủ quy định đạo đức và được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên phê duyệt (Giấy chứng nhận số 222/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 28/02/2025).

### 3. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

| Đặc điểm chung         |                     | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|---------------------|------------|-----------|
| Giới tính              | Nữ                  | 108        | 48,6      |
|                        | Nam                 | 114        | 51,4      |
| Tuổi (năm)             | < 40                | 0          | 0         |
|                        | 40 – 60             | 15         | 6,8       |
|                        | > 60                | 207        | 93,2      |
| Nơi ở                  | Thành thị           | 201        | 90,5      |
|                        | Nông thôn           | 21         | 9,5       |
| Nghề nghiệp            | Về hưu/Nội trợ      | 218        | 98,2      |
|                        | Công nhân/Dịch vụ   | 4          | 1,8       |
|                        | Công chức/Viên chức | 0          | 0         |
|                        | Khác                | 0          | 0         |
| Thời gian mắc bệnh THA | Từ ≤ 1 năm          | 7          | 3,2       |
|                        | Từ 2 - 4 năm        | 44         | 19,8      |
|                        | Từ 5 – 9 năm        | 102        | 45,9      |
|                        | Từ ≥ 10 năm         | 69         | 31,1      |
| Thời gian điều trị THA | ≤ 1 năm             | 7          | 3,2       |
|                        | Từ 1 - 2 năm        | 8          | 3,6       |
|                        | Từ 3-4 năm          | 36         | 16,2      |
|                        | ≥ 5 năm             | 171        | 77,0      |
| Tình trạng hôn nhân    | Kết hôn             | 1          | 0,5       |
|                        | Độc thân            | 211        | 95,0      |
|                        | Ly hôn/Góa          | 10         | 4,5       |
| Bệnh mắc kèm           | Không               | 1          | 0,5       |
|                        | Có                  | 221        | 99,5      |
|                        | + 1 bệnh            | 173        | 77,9      |
|                        | + 2 bệnh trở lên    | 48         | 21,6      |

**Nhận xét:** Mẫu nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi (> 60 tuổi), sống tại thành thị, đã nghỉ hưu hoặc nội trợ. Thời gian mắc và điều trị THA ≥ 5 năm chiếm tỷ lệ lớn. Đa số bệnh nhân có bệnh mắc kèm (chủ yếu một bệnh). Tỷ lệ nam - nữ phân bố tương đối cân bằng.

**Bảng 2. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (MMAS-8)**

| Mức độ tuân thủ         | Tần số (n)  | Tỷ lệ (%) | p      |
|-------------------------|-------------|-----------|--------|
| Cao (8 điểm)            | 72          | 32,4      | > 0,05 |
| Trung bình (6-7 điểm)   | 85          | 38,3      |        |
| Thấp (<6 điểm)          | 65          | 29,3      |        |
| Tổng                    | 222         | 100       |        |
| Điểm trung bình Morisky | 6,21 ± 0,13 |           |        |

*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân có mức tuân thủ cao chỉ chiếm 32,4%, trong khi nhóm trung bình chiếm tỷ lệ lớn nhất (38,3%) và gần 1/3 có mức tuân thủ thấp (29,3%).

Điểm trung bình MMAS-8 ở mức tiệm cận ngưỡng tuân thủ tốt, song vẫn cho thấy đa số bệnh nhân chưa đạt mức tuân thủ tối ưu.

**Bảng 3. Liên quan mức độ tuân thủ với giới tính**

| Mức độ tuân thủ | Giới tính             |      |              |      | Tổng (n = 222) |      |
|-----------------|-----------------------|------|--------------|------|----------------|------|
|                 | Nam (n = 114)         |      | Nữ (n = 108) |      |                |      |
|                 | n                     | %    | n            | %    | n              | %    |
| Cao             | 35                    | 30,7 | 37           | 34,3 | 72             | 32,4 |
| Trung bình      | 48                    | 42,1 | 37           | 34,3 | 85             | 38,3 |
| Thấp            | 31                    | 27,2 | 34           | 31,5 | 65             | 29,3 |
| Tổng            | 114                   | 100  | 108          | 100  | 222            | 100  |
| p               | p > 0,05 (Chi-Square) |      |              |      |                |      |

*Nhận xét:* Tỷ lệ tuân thủ cao ở nữ (34,3%) nhỉnh hơn nam (30,7%), trong khi nam có tỷ lệ tuân thủ trung bình cao hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), cho thấy giới tính không phải là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ tuân thủ trong nghiên cứu này.

**Bảng 4. Liên quan mức độ tuân thủ với nhóm tuổi**

| Mức độ tuân thủ         | Nhóm tuổi           |   |                     |      |                   |      | Tổng<br>(n = 222) |      |
|-------------------------|---------------------|---|---------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|
|                         | < 40                |   | 40 - 60<br>(n = 15) |      | > 60<br>(n = 207) |      |                   |      |
|                         | n                   | % | n                   | %    | n                 | %    | n                 | %    |
| Cao (8 điểm)            | 0                   | 0 | 2                   | 13,3 | 70                | 38,3 | 72                | 32,4 |
| Trung bình (6 - 7 điểm) | 0                   | 0 | 7                   | 46,7 | 78                | 37,7 | 85                | 38,3 |
| Thấp (< 6 điểm)         | 0                   | 0 | 6                   | 40,0 | 59                | 28,5 | 65                | 29,3 |
| Tổng                    | 0                   | 0 | 15                  | 100  | 207               | 100  | 222               | 100  |
| p                       | > 0,05 (Chi-Square) |   |                     |      |                   |      |                   |      |

*Nhận xét:* Nhóm > 60 tuổi có tỷ lệ tuân thủ cao nhất và chiếm đa số mẫu, trong khi nhóm 40 – 60 tuổi có tỷ lệ tuân thủ cao thấp hơn rõ rệt. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê, cho thấy tuổi không ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ tuân thủ trong nghiên cứu này.

**Bảng 5. Liên quan mức độ tuân thủ với thời gian điều trị THA**

| Mức độ tuân thủ            | Thời gian điều trị THA                     |      |                      |      |                       |      |                      |      | Tổng<br>(n = 222) |      |
|----------------------------|--------------------------------------------|------|----------------------|------|-----------------------|------|----------------------|------|-------------------|------|
|                            | ≤ 1 năm<br>(n = 7)                         |      | 1 - 2 năm<br>(n = 8) |      | 3 - 4 năm<br>(n = 36) |      | ≥ 5 năm<br>(n = 171) |      |                   |      |
|                            | n                                          | %    | n                    | %    | n                     | %    | n                    | %    | n                 | %    |
| Cao<br>(8 điểm)            | 1                                          | 14,3 | 2                    | 25,0 | 10                    | 27,8 | 59                   | 34,5 | 72                | 32,4 |
| Trung bình<br>(6 - 7 điểm) | 2                                          | 28,6 | 3                    | 37,5 | 6                     | 16,7 | 74                   | 43,3 | 85                | 38,3 |
| Thấp<br>( $< 6$ điểm)      | 4                                          | 57,1 | 3                    | 37,5 | 20                    | 55,6 | 38                   | 22,2 | 65                | 29,3 |
| Tổng                       | 7                                          | 100  | 8                    | 100  | 36                    | 100  | 171                  | 100  | 222               | 100  |
| p                          | < 0,001 (Chi-Square);<br>Cramer'sV = 21,5% |      |                      |      |                       |      |                      |      |                   |      |

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ cao tăng dần theo thời gian điều trị: từ 14,3% ở nhóm  $\leq 1$  năm lên đến 34,5% ở nhóm  $\geq 5$  năm. Ngược lại, tỷ lệ tuân thủ thấp giảm dần khi thời gian điều trị kéo dài. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), cho thấy thời gian điều trị là yếu tố liên quan quan trọng nhất đến mức độ tuân thủ trong nghiên cứu.

**Bảng 6. Liên quan mức độ tuân thủ với số bệnh mắc kèm**

| Mức độ tuân thủ            | Bệnh mắc kèm          |     |                     |      |                            |      | Tổng<br>(n = 222) |      |
|----------------------------|-----------------------|-----|---------------------|------|----------------------------|------|-------------------|------|
|                            | Không bệnh<br>(n = 1) |     | 1 bệnh<br>(n = 173) |      | 2 bệnh trở lên<br>(n = 48) |      |                   |      |
|                            | n                     | %   | n                   | %    | n                          | %    | n                 | %    |
| Cao<br>(8 điểm)            | 0                     | 0   | 56                  | 32,4 | 16                         | 33,3 | 72                | 32,4 |
| Trung bình<br>(6 - 7 điểm) | 1                     | 100 | 66                  | 38,2 | 18                         | 37,5 | 85                | 38,3 |
| Thấp<br>(<br>6 điểm)       | 0                     | 0   | 51                  | 29,5 | 14                         | 29,2 | 65                | 29,3 |
| Tổng                       | 1                     | 100 | 173                 | 100  | 48                         | 100  | 222               | 100  |
| p                          | > 0,05 (Chi-Square)   |     |                     |      |                            |      |                   |      |

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ cao ở nhóm có 1 bệnh (32,4%) và  $\geq 2$  bệnh (33,3%) gần tương đương nhau, không khác biệt so với nhóm không có bệnh kèm. Kết quả cho thấy số lượng bệnh mắc kèm không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 7. Liên quan mức độ tuân thủ với nơi ở**

| Mức độ<br>tuân thủ | Nơi ở                 |      |                        |      | Tổng<br>(n = 222) |      |
|--------------------|-----------------------|------|------------------------|------|-------------------|------|
|                    | Nông thôn<br>(n = 21) |      | Thành thị<br>(n = 201) |      |                   |      |
|                    | n                     | %    | n                      | %    | n                 | %    |
| Cao                | 7                     | 33,3 | 65                     | 42,3 | 72                | 32,4 |
| Trung bình         | 11                    | 52,4 | 74                     | 36,8 | 85                | 38,3 |
| Thấp               | 3                     | 14,3 | 62                     | 30,8 | 65                | 29,3 |
| Tổng               | 21                    | 100  | 201                    | 100  | 222               | 100  |
| p                  | > 0,05 (Chi-Square)   |      |                        |      |                   |      |

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ cao ở nhóm bệnh nhân thành thị (32,3%) và nông thôn (33,3%) tương đối tương đồng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), cho thấy nơi cư trú không phải là yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến mức độ tuân thủ trong nghiên cứu này.

**Bảng 8. Liên quan mức độ tuân thủ với trình độ học vấn**

| Mức độ tuân thủ | Trình độ học vấn           |      |                           |      | Tổng<br>(n = 222) |      |
|-----------------|----------------------------|------|---------------------------|------|-------------------|------|
|                 | Đại học trở lên<br>(n = 6) |      | Dưới đại học<br>(n = 216) |      |                   |      |
|                 | n                          | %    | n                         | %    | n                 | %    |
| Cao             | 3                          | 50,0 | 69                        | 31,9 | 72                | 32,4 |
| Trung bình      | 1                          | 16,7 | 84                        | 38,9 | 85                | 38,3 |
| Thấp            | 2                          | 33,3 | 63                        | 29,2 | 65                | 29,3 |
| Tổng            | 6                          | 100  | 216                       | 100  | 222               | 100  |
| p               | > 0,05 (Chi-Square)        |      |                           |      |                   |      |

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn đại học trở lên có tỷ lệ tuân thủ cao hơn (50,0%) so với nhóm dưới đại học (31,9%). Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân trình độ đại học rất ít ( $n = 6$ ), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều này cho thấy trình độ học vấn không phải là yếu tố ảnh hưởng đáng kể trong nghiên cứu này.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Tuân thủ dùng thuốc

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có mức tuân thủ cao chỉ đạt 32,4%, trong khi đa số ở mức trung bình (38,3%) và thấp (29,3%). Điều này phản ánh thực tế tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên còn chưa

cao. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu đa trung tâm tại miền Trung Việt Nam, nơi tỷ lệ tuân thủ cao ghi nhận là 34,8%<sup>[5]</sup>. Phân tích gộp trên quy mô quốc tế cũng cho thấy chỉ khoảng 40% bệnh nhân tại các quốc gia thu nhập trung bình duy trì tuân thủ sau 12 tháng<sup>[6]</sup>.

Điểm trung bình MMAS-8 trong nghiên cứu là  $6,21 \pm 0,13$ , ở ngưỡng tiệm cận mức tuân thủ tốt ( $\geq 6$  điểm). Tuy nhiên, gần 30% bệnh nhân có điểm dưới 6 cho thấy vẫn còn một bộ phận đáng kể gặp khó khăn trong việc duy trì việc dùng thuốc thường xuyên. Những kết quả này nhấn mạnh tính cấp thiết của các biện pháp can thiệp.

Các nghiên cứu gần đây đề xuất nhiều

giải pháp giúp cải thiện tuân thủ: áp dụng công nghệ số như tin nhắn nhắc nhở, ứng dụng di động quản lý sức khỏe hoặc tư vấn dựa trên lý thuyết thay đổi hành vi. Những phương pháp này có thể nâng tỷ lệ tuân thủ lên 60 - 70% sau 3 - 6 tháng [7, 8]. Bên cạnh đó, các mô hình can thiệp do được sĩ lâm sàng triển khai cũng đã chứng minh hiệu quả trong việc tăng tuân thủ và cải thiện kiểm soát huyết áp [9].

#### **4.2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc**

Trong nghiên cứu, thời gian điều trị là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tuân thủ cao tăng dần theo thời gian điều trị: từ 14,3% ở nhóm  $\leq 1$  năm lên 34,5% ở nhóm  $\geq 5$  năm. Điều này phản ánh quá trình hình thành và ổn định thói quen dùng thuốc sau thời gian điều trị lâu dài. Kết quả phù hợp với nghiên cứu tại Philippines, nơi thời gian điều trị  $> 3$  năm là yếu tố dự báo mạnh mẽ của tuân thủ tốt [10].

Các yếu tố khác như giới tính, tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và số bệnh mắc kèm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ví dụ, tỷ lệ tuân thủ cao ở nữ nhỉnh hơn nam (34,3% so với 30,7%) và nhóm  $> 60$  tuổi có mức tuân thủ cao hơn nhóm 40 - 60 tuổi, nhưng sự khác biệt không đủ lớn để kết luận. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Malaysia, cho thấy yếu tố địa lý (nông thôn - thành thị) không còn ảnh hưởng đáng kể khi hệ thống y tế đã bao phủ rộng rãi [11].

Về số lượng bệnh kèm, dù đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có bệnh phối hợp (99,5%), kết quả không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tuân thủ. Điều này khác với các nghiên cứu châu Âu, nơi đa bệnh lý thường làm giảm tuân thủ do gánh nặng thuốc [12]. Sự khác biệt có thể do bác sĩ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên áp dụng phác đồ đơn

giản, dễ tuân thủ hoặc đã cá thể hóa điều trị cho từng người bệnh.

#### **4.3. Một số hạn chế của nghiên cứu**

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được thừa nhận:

Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép mô tả mối liên quan, chưa xác định được quan hệ nhân quả.

Công cụ đánh giá tuân thủ dựa trên thang MMAS-8 tự báo cáo có thể bị ảnh hưởng bởi sai lệch trí nhớ hoặc xu hướng trả lời xã hội.

Mẫu nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi sống tại thành thị, nên chưa đại diện đầy đủ cho các nhóm dân số khác.

Nghiên cứu chưa xem xét các yếu tố quan trọng khác như số lượng thuốc trong phác đồ, mức độ phức tạp của điều trị hay sự hài lòng của bệnh nhân.

Những hạn chế này gợi mở hướng nghiên cứu tiếp theo với thiết kế dọc, kết hợp các biện pháp can thiệp, đồng thời mở rộng đối tượng khảo sát để tăng tính khái quát và giá trị thực tiễn.

#### **5. KẾT LUẬN**

Mức độ tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên còn chưa cao, với chỉ 32,4% đạt mức tuân thủ cao, trong khi đa số ở mức trung bình hoặc thấp. Trong số các yếu tố được khảo sát, thời gian điều trị là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ tuân thủ; các yếu tố khác như giới tính, tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và số bệnh mắc kèm không ghi nhận sự khác biệt đáng kể.

Kết quả nghiên cứu gợi ý cần tăng cường các hoạt động tư vấn, hỗ trợ và theo dõi chặt chẽ ngay từ giai đoạn đầu điều trị, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân mới chẩn đoán hoặc điều trị ngắn ngày, nhằm cải thiện tuân thủ và nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp lâu dài.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Hypertension. World Health Organization; 2023. Truy cập tại: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Bộ Y tế (2022), Báo cáo kết quả điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPwise 2021). Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
3. WHO (2003), Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization.
4. Bùi Thị Hợi và cộng sự (2024). “Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên”, 3(1): tr. 88 - 98. Tạp chí Khoa học và Công nghệ y dược.
5. Ho Anh Hien et al (2023), Medication adherence and its determinants among hypertensive patients in Central Vietnam: a multicenter study. PLOS ONE, 18(12):e0289497.
6. Chow CK, Patel A, Woodward M, et al (2023), “Adherence to antihypertensive medications and mortality: meta-analysis of cohort studies”, *BMJ Open*, 13:e070114.
7. Leung K, Xu X, Tsoi M. F., et al. (2024), “Mobile health interventions to improve medication adherence in hypertension: a systematic review”, *J. Clin Hypertens*, 26(3): pp. 487 - 495.
8. Yulianti T., Prabandari Y. S., Trihandini I., et al. (2023), “Theory-based interventions to improve medication adherence among hypertensive patients: A systematic review”, *Int. J. Hypertens*, 2023:6850214.
9. Nguyen T. H. et al. (2024), “Effectiveness of pharmacist-led interventions to improve blood pressure control and medication adherence: A quasi-experimental study in Vietnam”, *JACCP*, 7(4): pp. 322 - 329.
10. Dela Cruz M. D. et al. (2023), “Factors associated with medication adherence among elderly hypertensive patients in the Philippines”, *Asian J. Pharm. Clin. Res.*, 16(1): pp. 112 - 116.
11. Tang Y. H. et al. (2023), “Urban–rural differences in antihypertensive adherence: A nationwide study in Malaysia”, *BMC Public Health*, 23:855.
12. Nielsen J. et al. (2023), “Polypharmacy and adherence in older adults with hypertension: A population-based cohort study”, *J. Hypertens*, 41(2): pp. 213 - 221.