

## Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại trung tâm y tế quận Gò Vấp, TP. Hồ Chí Minh, 2025

Nguyễn Tuấn Khiêm<sup>1</sup>, Trương Thị Phương Mai<sup>1</sup>, Lê Nguyễn Quyên<sup>2</sup>, Trần Quốc Cường<sup>3</sup>, Nguyễn Trung Hòa<sup>4</sup>, Trần Thị Khánh Hà<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Trưng Vương, TP HCM

<sup>3</sup>Khoa Y, Trường Đại học Cửu Long

<sup>4</sup>Trung tâm Y tế Quận Gò Vấp, TP. HCM

<sup>5</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị (thuốc và không thuốc) ở người cao tuổi tăng huyết áp và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp. Tuân thủ thuốc đánh giá bằng MMAS-8 ( $\geq 6$  điểm), tuân thủ lối sống bằng LAS-9 (tốt  $\geq 13$  điểm). Hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố liên quan ( $\alpha = 0,05$ ).

**Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc là 71,8%; Tỷ lệ tuân thủ lối sống tốt 59,3%. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc là biến chứng tăng huyết áp (OR = 0,39; KTC 95% 0,23–0,66), uống rượu bia vượt mức (OR = 0,25; 0,15–0,43), hoạt động thể lực  $\geq 180$  phút/tuần (OR = 2,44; 1,55–3,85), tuổi  $<75$  (OR=1,16; 0,91–1,19), có khả năng chi trả (OR=0,25; 0,18–0,34) và trình độ học vấn thấp (OR= 4,05; 3–5,47).

**Kết luận:** Tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp đạt mức khá; cần can thiệp nhắc thuốc, giảm rượu bia, tăng vận động, tăng cường các chương trình giáo dục sức khoẻ cá thể hoá cho người bệnh.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, người cao tuổi, yếu tố liên quan.

### Abstract

#### Adherence to hypertension treatment and associated factors in the elderly at Go Vap district health center, Ho Chi Minh city, 2025

**Objective:** To determine the rates of treatment adherence-both pharmacological and non-pharmacological-and to identify factors associated with adherence among older adults with hypertension.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 outpatients aged  $\geq 60$  years at the Go Vap District Health Center. Medication adherence was assessed with the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8; good adherence  $\geq 6$  points), while lifestyle adherence was measured with the 9-item Lifestyle Adherence Scale (LAS-9; good adherence  $\geq 13$  points). Independent predictors were identified using multivariable logistic regression ( $\alpha = 0.05$ ).

**Results:** Good medication adherence was observed in 71.8% of patients, and good lifestyle adherence in 59.3%. Factors independently associated with medication adherence included hypertension-related complications (OR = 0.39; 95% CI 0.23–0.66),

**Ngày nhận bài:**

09/06/2025

**Ngày phản biện:**

18/07/2025

**Ngày đăng bài:**

20/10/2025

**Tác giả liên hệ:**

Nguyễn Tuấn Khiêm

**Email:** nguyentuankhiem

@gmail.com

**ĐT:** 0903910622

excessive alcohol consumption (OR = 0.25; 0.15–0.43),  $\geq 180$  minutes of physical activity per week (OR = 2.44; 1.55–3.85), age  $< 75$  years (OR = 1.16; 0.91–1.49), adequate financial capacity for treatment (OR = 0.25; 0.18–0.34), and education level  $\leq$  high school (OR = 4.05; 3.00–5.47).

**Conclusion:** Overall treatment adherence among older adults with hypertension at the Go Vap District Health Center was moderately high; however, targeted interventions are needed-such as medication reminders, alcohol-reduction strategies, promotion of physical activity, and personalized health-education programs-to further improve adherence.

**Keywords:** Hypertension, treatment adherence, elderly, associated factors.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh tim mạch mạn tính phổ biến, gây tử vong hàng đầu toàn cầu và dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng như đột quỵ, suy tim, bệnh thận mạn và mù lòa. *Tại Việt Nam, tình trạng này cũng đáng lo ngại*, với 47,3% người trên 25 tuổi mắc bệnh, nhưng gần 50% không biết mình bị THA, và đa số chưa kiểm soát được huyết áp. Trước thực trạng đó, việc tuân thủ điều trị bao gồm cả dùng thuốc và thay đổi lối sống là yếu tố then chốt trong phòng ngừa biến chứng, đặc biệt ở người cao tuổi (NCT). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ còn thấp do các yếu tố như nhận thức, chi phí điều trị và chất lượng tư vấn y tế.

*Tại TP.HCM, tính đến giữa năm 2024, có hơn 81.000 NCT được phát hiện mắc THA.* Mặc dù có những nghiên cứu về tình hình kiểm soát huyết áp và tuân thủ điều trị tại Việt Nam, nhưng còn thiếu các nghiên cứu toàn diện về thực trạng tuân thủ điều trị (cả dùng thuốc và không dùng thuốc) ở NCT tại các Trạm Y tế phường thuộc địa bàn quận Gò Vấp, TP.HCM. Do đó, việc thực hiện đề án "**Sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025**" là cần thiết.

Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu cụ thể sau:

- Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025
- Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thời điểm nghiên cứu.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng:** Người cao tuổi đã được chẩn đoán tăng huyết áp đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) đã được chẩn đoán THA bởi cơ sở y tế.
- Đang quản lý và điều trị tại các Trạm Y tế (TYT) phường thuộc TTYT quận Gò Vấp, có hồ sơ quản lý bệnh mạn tính.
- Người bệnh cao tuổi THA có thời gian thường trú 6 tháng trở lên tại quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh cao tuổi THA vắng mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu.
- Người bệnh cao tuổi THA đang nằm viện hoặc có biến chứng nặng của THA như suy tim nặng, suy thận mạn đang chạy thận, biến chứng não, mạch máu cấp tính.
- Người bệnh cao tuổi THA không có khả năng nghe, hiểu và trả lời như không còn minh mẫn,
- Mắc bệnh tâm thần, thiếu năng trí tuệ, tâm đức.

### 2.2. Phương pháp

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

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

**Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ với

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

Với  $\alpha=0,05$  ( $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ ), sai số ước lượng  $d=0,05$ , và tỷ lệ tuân thủ điều trị chung  $p=0,553$  (theo nghiên cứu của Trần Song Hậu và cộng sự năm 2021) [2], cỡ mẫu tối thiểu là 380 người. Nghiên cứu thực tế thu thập 400 người bệnh cao tuổi THA.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu “nhiều giai đoạn” (Multi-stage sampling)

**Bước 1:** Chọn 8 phường trong tổng số 17 phường của quận Gò Vấp bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn là phường 1, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15 với tổng số NCT THA đang được quản lý là 2.143 người

**Bước 2:** Tại mỗi TYT phường, dựa vào danh sách NCT THA, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống với khoảng cách  $k=N/n=2143/400=5$  để chọn ra đối tượng

nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu (Biến số):**

**Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi:**

Giới, dân tộc, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp, chi phí điều trị, khả năng chi trả, thời gian mắc bệnh THA, số bệnh mắc kèm theo, biến chứng của THA, và huyết áp mục tiêu (đạt/chưa đạt).

**2.3. Công cụ thu thập**

**Bộ câu hỏi cấu trúc** gồm: thông tin nhân khẩu – bệnh tật, MMAS-8, LAS-9.

**MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale-8):** Thang đo 8 mục do Morisky và cộng sự (2008) phát triển nhằm đánh giá hành vi tuân thủ dùng thuốc. Bản tiếng Việt đã được Trần & Nguyễn (2019) xác thực (Cronbach’s  $\alpha=0,78$ ). Mỗi mục chấm 0–1 điểm, tổng 0–8; tuân thủ  $\geq 6$ .

**LAS-9 (Lifestyle Adherence Scale)**

Mục	Nội dung	Chấm điểm (0–2)*
1	Ăn $\geq 5$ phần trái cây/ngày	0–2
2	Ăn $\geq 5$ phần rau xanh/ngày	0–2
3	Hạn chế muối $< 5$ g/ngày	0–2
4	Không ăn thức ăn nhanh $> 1$ lần/tuần	0–2
5	Dùng dầu thực vật thay mỡ động vật	0–2
6	Không hút thuốc	0–2
7	Uống rượu bia trong giới hạn*	0–2
8	Hoạt động thể lực $\geq 180$ phút/tuần	0–2
9	Tự đo huyết áp tại nhà $\geq 1$ lần/tuần	0–2

**Tổng 0–18: Thấp  $\leq 9$ , Trung bình 10 - 12, Tốt  $\geq 13$ .**

\*Giới hạn:  $\leq 2$  cốc chuẩn (nam) hoặc  $\leq 1$  cốc (nữ)/ngày

**Quy trình thu thập:** Tập huấn 8 điều dưỡng viên tiến hành phỏng vấn tại TYT hoặc tại nhà. Kiểm tra, nhập và làm sạch số liệu SPSS 26.0.

**Phân tích số liệu:** Biến định tính  $\rightarrow$  tần số, %. So sánh bằng Chi-square; các biến  $p < 0,2$  đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề án được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Trà Vinh chấp thuận số 461/GCT- HĐĐĐ

**3. KẾT QUẢ**

**Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:**

Tổng số 400 người bệnh tăng huyết áp tham gia nghiên cứu. Về đặc điểm cá nhân nữ chiếm tỷ lệ 66,2%, nam 33,8%. Nhóm tuổi 60–74 chiếm đa số 76,2%, cho thấy đây là giai đoạn thường gặp tăng huyết áp ở người cao tuổi. Hầu hết người tham gia đã kết hôn và sống cùng gia đình, điều này có thể góp phần tạo điều kiện cho

việc tuân thủ điều trị tốt hơn nhờ có sự hỗ trợ xã hội. Điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận thông tin y tế và quyết định điều trị. Hơn một nửa số đối tượng có ít nhất một bệnh lý kèm theo (51,2%) và 34% có biến chứng tăng huyết áp, cho thấy đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao cần được theo dõi sát và hỗ trợ điều trị. Về trình độ học vấn, 58,5% có trình độ từ cấp 3 (THPT) trở lên, điều này có thể ảnh hưởng đến

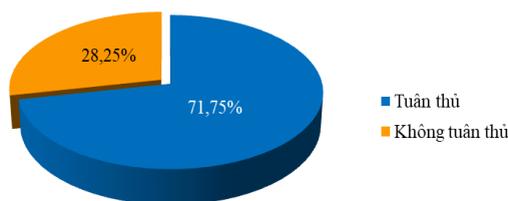
khả năng tiếp nhận thông tin y tế và quyết định điều trị. Nghề nghiệp trước đây đa dạng, với 34,5% là viên chức và 48,5% là lao động tự do/khác. Về chi phí điều trị, 59% được BHYT chi trả hoàn toàn, 32% đồng chi trả, và 9 % tự chi trả. 55,5% NCT cho rằng không có khả năng chi trả cho các khoản chi phí khám chữa bệnh.

**Tình trạng bệnh tật:** NCT mắc bệnh THA từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%), và 41,5% mắc bệnh dưới 5 năm. Tất cả 400 NCT đều có ít nhất 1 bệnh lý kèm theo, phổ biến nhất là 2 bệnh kèm theo (61,2%). Có 97,5% NCT tham gia nghiên cứu có biến chứng của THA, trong đó biến chứng tim mạch là phổ biến nhất (55,7%), kế đến là biến chứng thận (27,6%), mắt (11,2%) và não (3,0%).

**Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc của đối tượng khảo sát: Tình hình tuân thủ sử**

**dụng thuốc ở người cao tuổi tham gia nghiên cứu** cho thấy còn tồn tại nhiều rào cản đáng lưu ý. Mặc dù tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc chung đạt mức 71,8%, vẫn còn 28,3% người cao tuổi không tuân thủ đầy đủ theo chỉ định. Trong số này, có đến 96,3% từng quên uống thuốc ít nhất một lần, cho thấy việc duy trì thói quen dùng thuốc đều đặn còn gặp nhiều khó khăn. Đáng chú ý 48 % người tham gia từng chủ động giảm liều hoặc ngừng thuốc mà không có sự tham vấn với bác sĩ điều trị. Ngoài ra, 44,3% người cao tuổi cho rằng việc nhớ đúng giờ uống thuốc là một khó khăn lớn, trong khi 28% cảm thấy phiền hà với việc phải dùng thuốc hàng ngày.

**Biểu đồ 1:** cho thấy, mức độ tuân thủ dùng thuốc chung của NCT tham gia nghiên cứu đạt 71,8%, trong khi 28,3% NCT không tuân thủ dùng thuốc



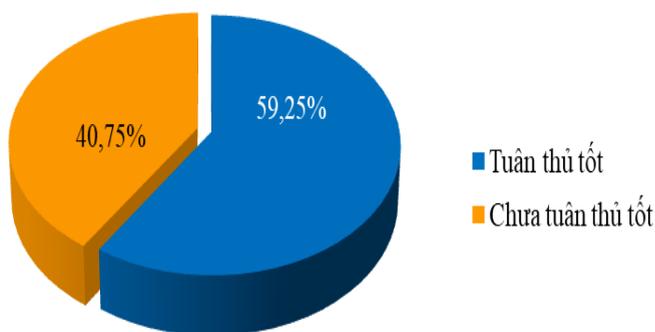
**Biểu đồ 1.** Đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc theo Morisky

**Thực trạng tuân thủ điều trị không dùng thuốc:** Tuân thủ thay đổi lối sống của đối tượng khảo sát

**Bảng 1.** Đặc điểm NCT tuân thủ điều trị không dùng thuốc

Đặc điểm	Tần số N=400	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ ăn đủ trái cây	370	92,5%
Tuân thủ ăn đủ rau xanh	343	85,8%
Thói quen ăn mặn	207	51,8%
Ăn thức ăn nhanh ít nhất 1 lần/tuần	381	95,2%
Sử dụng mỡ động vật để chiên xào	209	52,2%
NCT nam hút thuốc lá	92	23%
Sử dụng rượu bia vượt mức khuyến cáo	166	41,5%
Có hoạt động thể lực $\geq$ 180 phút/tuần	214	53,4%
Chưa tuân thủ chế độ dinh dưỡng, chưa kiểm soát tốt chỉ số BMI	245	61,3%
Không tuân thủ việc tự theo dõi huyết áp tại nhà	210	52,5%

Có 59,3% NCT tuân thủ điều trị không dùng thuốc, còn lại 40,8% chưa tuân thủ.



**Biểu đồ 2.** Trình bày các khía cạnh về tuân thủ điều trị không dùng thuốc

**Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị**

**Đặc điểm cá nhân:** có mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân của NCT như tuổi, trình độ học vấn, khả năng chi trả đến tuân thủ điều trị bằng thuốc. Người có trình độ cao, viên chức, bệnh nhân có khả năng chi trả lại tuân thủ điều trị kém hơn.

**Bảng 2.** Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân với tuân thủ điều trị dùng thuốc

Đặc điểm	Mức độ tuân thủ n (%)		OR (KTC 95%)	Giá trị p đơn biến	Giá trị p đa biến
	Không/trung bình	Tốt			
Nhóm tuổi					
< 75 tuổi	208(68,2)	97(31,8)	1,16 (0,91 – 1,49)	0,001	0,03
≥ 75 tuổi	62(65,3)	33(34,7)			
Tình trạng hôn nhân					
Còn vợ/chồng	145(78,0)	41(22,0)	0,41 (0,30 – 0,56)	0,05	0,06
Độc thân, góa	100(46,7)	114(53,3)			
Học vấn					
≤ cấp 3	51(30,7)	115(69,3)	4,05 (3,00– 5,47)	0,002	0,01
> cấp 3 (THPT)	194(82,9)	40(17,1)			
Nghề nghiệp					
Viên chức	184(79,3)	48(20,7)	0,33 (0,25 – 0,43)	0,03	0,12
Không phải viên chức	61(36,3)	107(63,7)			
Khả năng chi trả					
Có	176(84,2)	33(15,8)	0,25 (0,18 – 0,34)	0,004	0,02
Không	69(36,1)	122(63,9)			
Chi phí điều trị					
BN và BHYT đồng chi trả	133 (81,1)	31(18,9)	0,26 (0,22 – 0,49)	0,03	0,08
BHYT chi trả	83 (35,2)	153(31,8)			

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa yếu tố không dùng thuốc và tuân thủ điều trị dùng thuốc

Đặc điểm	Tuân thủ (%)	OR hiệu chỉnh*	p
Có biến chứng THA	56,4	<b>0,39 (0,23–0,66)</b>	<0,001
Uống rượu bia vượt mức	38,6	<b>0,25 (0,15–0,43)</b>	<0,001
Hoạt động thể lực $\geq 180$ phút/tuần	74,8	<b>2,44 (1,55–3,85)</b>	<0,001
Dùng $\geq 3$ thuốc hạ áp	45,0	0,68 (0,41–1,13)	0,124

**Tình trạng mắc bệnh:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NCT có biến chứng của THA và tuân thủ điều trị dùng thuốc ( $p < 0,001$ ). NCT chưa có biến chứng của THA có mức độ tuân thủ điều trị tốt cao hơn 2,54 lần so với những NCT có biến chứng THA.

**Yếu tố không sử dụng thuốc:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc dùng bia rượu trong ngày và thời gian hoạt động thể lực mỗi tuần đến tuân thủ điều trị dùng thuốc. Cụ thể là NCT sử dụng rượu, bia trong giới hạn cho phép ( $\leq 2$  cốc chuẩn đối với nam,  $\leq 1$  cốc chuẩn đối với nữ) **tuân thủ điều trị dùng thuốc cao hơn 4 lần** so với nhóm sử dụng vượt mức ( $p < 0,001$ ).

Những người có thời gian hoạt động thể lực mỗi tuần từ  $> 180$  phút/tuần trở lên có mức độ tuân thủ điều trị dùng thuốc cao hơn 2,4 lần so với những người có thời gian hoạt động thể lực  $\leq 180$  phút/tuần ( $p < 0,001$ ). (Bảng 2)

#### 4. BÀN LUẬN

**Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu cho thấy NCT THA điều trị ngoại trú tại TTYT quận Gò Vấp chủ yếu là nữ giới (66,2%), độ tuổi 60-74 (76,2%) và dân tộc Kinh (92%) [9]. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh và Trần Thị Nga Tỷ lệ NCT còn sống chung với vợ/chồng là 46,5%, cao hơn một số nghiên cứu trước đó, điều này có lợi cho việc hỗ trợ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, 55,5% NCT không có khả năng chi trả cho chi phí khám chữa bệnh, cho thấy gánh nặng tài chính đáng kể [5].

Phần lớn NCT mắc THA từ 5-10 năm (48,5%) và tất cả đều có ít nhất một bệnh lý kèm theo, với 61,2% có từ 2 bệnh kèm theo trở lên. Có 97,5% NCT đã có biến chứng THA, chủ yếu là biến chứng tim mạch (55,7%). Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Lý Ngọc Tú và Đỗ Thị Hiền, Phạm Trường Sơn [4].

##### Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc đạt 71,8%. Kết quả này là khá khả quan và tương đồng với các nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh (73,8%) và Trần Thị Nga (75,1%). Tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể NCT vẫn không tuân thủ dùng thuốc (28,3%), với

96,3% từng quên uống thuốc và 44,3% gặp khó khăn trong việc nhớ lịch uống thuốc. Điều này cho thấy gánh nặng của bệnh tật và các khó khăn trong sinh hoạt của NCT có thể ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ điều trị [6].

Về tuân thủ điều trị không dùng thuốc, chỉ 59,3% NCT tuân thủ tốt, cho thấy vẫn còn một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân chưa thực hiện đầy đủ các khuyến cáo về thay đổi lối sống. Mặc dù phần lớn tuân thủ chế độ ăn nhiều trái cây và rau xanh, nhưng vẫn còn nhiều NCT có thói quen ăn mặn (51,8%), ăn thức ăn nhanh (95,2% ăn ít nhất 1 lần/tuần), và sử dụng mỡ động vật (52,2%). Tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu bia ở NCT nam giới vẫn còn cao (23% và 41,5% tương ứng). Ngoài ra, có đến 61,3% NCT chưa kiểm soát tốt chỉ số BMI và 52,5% không tự theo dõi huyết áp tại nhà. Các yếu tố này có thể làm gia tăng nguy cơ biến chứng tim mạch và là một thách thức trong việc chăm sóc sức khỏe cho NCT, đồng thời cho thấy sự phụ thuộc vào người thân/người chăm sóc trong việc duy trì lối sống lành mạnh và theo dõi sức khỏe.

##### Ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dùng thuốc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh dưới 75 tuổi có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,03$ ) so với nhóm từ 75 tuổi trở lên, mặc dù sự khác biệt này không

quá lớn (97 {31,8%} vs. 33 {34,7%}). Điều này có thể được giải thích bởi việc người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên có xu hướng gặp nhiều vấn đề sức khỏe hơn, nên quan tâm đến điều trị hơn, ngoài ra có thể họ có thời gian hơn. Ngoài ra nhóm bệnh nhân cao tuổi thường sẽ được các bác sĩ, người nhà lưu ý, nhắc nhở tuân thủ điều trị hơn vì sợ họ cao tuổi hay quên. Có thể do chúng tôi đã nhóm tuổi bệnh nhân thành một biến nhị giá nên không thể hiện rõ sự khác biệt, OR thấp. Yếu tố quan trọng khác là trình độ học vấn, nơi những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp hơn có tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt hơn (OR = 4,05; p = 0,002). Đây là kết quả ngược với nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), vốn cho thấy người có trình độ học vấn cao có khả năng hiểu và áp dụng các khuyến nghị y tế tốt hơn. Sự khác biệt này có thể giải thích do phân nhóm học vấn cao có thể đi kèm với những áp lực cuộc sống, công việc, giới hạn thời gian ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị. Cũng có thể lý giải tương tự cho các biến số khác như phân nhóm nghề nghiệp (viên chức và không phải viên chức), học vấn cao, trẻ tuổi và lớn tuổi.

Về đặc điểm khả năng chi trả, nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Hạnh (2017) và Trần Thị Nga (2020) đều chỉ ra rằng khả năng chi trả là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị dùng thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có khả năng chi trả có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có khả năng chi trả (OR = 0,25; p = 0,004). Điều này có thể do nhóm khó khăn tài chính phụ thuộc nhiều vào bảo hiểm y tế vốn chi trả phần lớn tiền thuốc và cận lâm sàng cho bệnh nhân. Ngược lại nhóm khá giả dễ bỏ thuốc khi cảm thấy tình trạng bệnh ổn định do quá bận rộn công việc, không có thời gian tuân thủ dùng thuốc hoặc có thể có lúc khám tư, mua thuốc bên ngoài.

Nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng của THA và tuân thủ điều trị dùng thuốc (p=0,001). NCT chưa có biến chứng của THA có mức độ tuân thủ điều trị tốt cao hơn 2,54 lần so với những NCT có biến chứng THA. Điều này có thể giải thích là những người đã có biến chứng thường phải đối mặt với tình trạng sức khỏe suy giảm

và gánh nặng điều trị lớn hơn, ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ hoặc ngược lại vì tuân thủ điều trị kém họ kiểm soát huyết áp kém và có nhiều biến chứng hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh và Trần Thị Nga [6].

Quan trọng hơn, nghiên cứu chỉ ra rằng việc sử dụng bia rượu hợp lý và duy trì hoạt động thể lực đều đặn có mối liên quan đáng kể đến sự tuân thủ thuốc điều trị (p<0,001). Cụ thể, NCT không lạm dụng rượu bia và thường xuyên hoạt động thể lực có mức độ tuân thủ thuốc cao hơn đáng kể. Kết quả này nhất quán với các nghiên cứu của Trần Thị Nga, Trần Thị Mỹ Hạnh, và Nguyễn Ngọc Cẩm Quyên, nhấn mạnh vai trò quan trọng của điều trị không dùng thuốc và lối sống lành mạnh trong việc kiểm soát THA. Điều này cho thấy sự tuân thủ cả về khía cạnh dùng thuốc hay hành vi lối sống (dù có hơi kém hơn) có thể cùng liên quan đến tâm lý, nhận thức chung về sức khỏe của bệnh nhân.

#### **Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu**

**Điểm mạnh:** Cỡ mẫu lớn (400), sử dụng MMAS-8 chuẩn hóa cùng thang LAS-9 mới xây dựng. Điều tra viên được đào tạo và quy trình thu thập chuẩn.

**Hạn chế:** Thiết kế cắt ngang không suy luận nhân – quả, Dữ liệu tự khai dễ sai lệch nhớ. Chỉ khảo sát tại một quận nội thành, hạn chế khái quát.

#### **5. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu cắt ngang trên 400 bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp ghi nhận tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc 71,8 % và thay đổi lối sống 59,3 %. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy ba đặc điểm nhân khẩu-xã hội dự báo hành vi không tuân thủ: tuổi < 75, điều kiện tài chính khá/giàu và trình độ học vấn trên THPT. Ngoài ra, bệnh nhân đã có biến chứng tăng huyết áp, tiêu thụ rượu/bia vượt khuyến nghị và hoạt động thể lực < 180 phút/tuần cũng liên quan đáng kể đến nguy cơ bỏ thuốc.

#### **6. KIẾN NGHỊ**

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất một số kiến nghị nhằm nâng cao chất lượng điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại **Trung tâm Y tế quận Gò Vấp**: Tiếp tục lưu ý nhóm

bệnh nhân nguy cơ “cổ điển”:  $\geq 75$  tuổi hoặc BN đã có biến chứng bằng nhắc thuốc tự động, viên phối hợp liều cố định và sàng lọc tuân thủ mỗi lần tái khám; Ngoài ra không quên nhắc nhở tuân thủ dùng thuốc với những bệnh nhân trẻ hơn, đặc biệt là những người có vẻ bận rộn. Giáo dục cá thể hoá, ngoài việc dùng tờ rơi, video minh hoạ cho bệnh nhân nói chung, với người học vấn cao/kinh tế khá phải tư vấn dựa trên số liệu nguy cơ, cho họ đồng quyết định phác đồ kèm cảnh báo bỏ thuốc; Tư vấn thay đổi lối sống – câu lạc bộ thể dục miễn phí, gói tập luyện cá nhân hoá và mô-đun cai rượu để đạt  $\geq 180$  phút vận động/tuần và giảm bia rượu; Hỗ trợ tài chính linh hoạt – tăng mức BHYT cho người thu nhập thấp; cải tiến quy trình, nâng cấp dịch vụ hỗ trợ những người có điều kiện kinh tế, nhưng thiếu thời gian được khám, nhận thuốc nhanh chóng, ít ảnh hưởng cuộc sống, công việc, từ đó cải thiện tuân thủ điều trị cho họ và nâng cao tỉ lệ quản lý điều trị chung của bệnh viện.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 3192/QĐ-BYT: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Hà Nội; 2020.
2. Trần Song Hậu và cộng sự. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận Bình Thủy, Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;(53):197-205.
3. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Minh Nam. Phân tích thực trạng tuân thủ điều trị trên người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(1):201–206.
4. Đỗ Thị Hiền, Phạm Trường Sơn, Lê Thị Bình. Đánh giá sự tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2020;1–7.
5. Trần Thị Mỹ Hạnh. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình. Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng. 2017.
6. Trần Thị Nga, Nguyễn Thu Quỳnh. Tuân thủ thuốc điều trị ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp I và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2020.130(6), tr. 174 - 181.
7. Trần Đức Sĩ và cộng sự. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của người bệnh ngoại trú tại khoa tim mạch PKĐK Hoàn Mỹ Sài Gòn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;500(1):39–43.
8. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. Circulation Research. 2019; 124(7):1124–1140.
9. World Health Organization. Diagnosis and management for patients with hypertension. WHO; 2017.
10. Alsolami F, Velez IC, Hou XY. Factors Affecting Antihypertensive Medications Adherence among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. Am J Med Med Sci. 2015; 5(4):181–189.