

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ DÙNG THUỐC, TUÂN THỦ TÁI KHÁM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thu Hương¹, Trần Thúy Hằng¹,
Cầm Thị Hải Anh¹, Hoàng Thị Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ tái khám theo hẹn và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 195 người bệnh được chọn mẫu liên tiếp. Tuân thủ dùng thuốc đánh giá bằng thang GMAS phiên bản tiếng Việt (0-33 điểm, đạt khi ≥ 27 điểm). Tuân thủ tái khám xác định từ hồ sơ/phiếu hẹn trong 6 tháng, đạt khi giữ $\geq 70\%$ số lịch hẹn có thể đánh giá.

Kết quả: Tuổi trung bình $64,7 \pm 11,2$; nữ 56,4%. Điểm GMAS trung bình $27,7 \pm 4,2$; 71,8% đạt ngưỡng tuân thủ dùng thuốc (KTC95%: 65,1-77,6). Tỷ lệ tuân thủ tái khám đạt 77,4% (KTC95%: 71,1-82,7). Trong mô hình đa biến, học vấn $\geq$ THPT (aOR=2,18), có người hỗ trợ (aOR=2,88) và được nhân viên y tế tư vấn (aOR=2,61) liên quan với tuân thủ thuốc cao hơn; tác dụng không mong muốn liên quan với tuân thủ thấp hơn (aOR=0,29). Đối với tái khám, thời gian đi viện >60 phút (aOR=0,32) và dùng ≥ 2 thuốc hạ áp (aOR=0,39) liên quan với tuân thủ thấp hơn; hỗ trợ gia đình (aOR=3,33), tư vấn (aOR=2,71) và tuân thủ thuốc đạt (aOR=2,73) liên quan với tuân thủ tái khám tốt hơn.

Kết luận: Khoảng ba phần tư người bệnh đạt tuân thủ thuốc và tái khám, nhưng vẫn còn nhóm nguy cơ cần được sàng lọc và hỗ trợ có mục tiêu, đặc biệt người bệnh có tác dụng không mong muốn, dùng nhiều thuốc, đi lại xa hoặc thiếu hỗ trợ.

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Dung
Email: kimdungbvdkwtwn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/08/2026

Ngày phản biện khoa học: 25/08/2026

Ngày duyệt bài: 30/08/2026

Từ khóa: Tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ tái khám, tăng huyết áp, GMAS, điều trị ngoại trú.

SUMMARY

MEDICATION ADHERENCE, APPOINTMENT ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To describe medication adherence, appointment-keeping adherence, and analyze associated factors among outpatients with hypertension at the Outpatient Department, Thai Nguyen National Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional analytical study was conducted among 195 patients selected consecutively. Medication adherence was assessed using the Vietnamese version of the General Medication Adherence Scale (GMAS, 0-33 points; adherent if ≥ 27). Appointment adherence was determined from appointment records over 6 months, classified as adherent if $\geq 70\%$ of assessable appointments were kept.

Results: Mean age was 64.7 ± 11.2 years; 56.4% were female. The mean GMAS score was 27.7 ± 4.2 ; 71.8% reached the medication adherence threshold (95%CI: 65.1-77.6). Appointment adherence was 77.4% (95%CI: 71.1-82.7). In the multivariable models, education $\geq$ high school (aOR=2.18), having a support person (aOR=2.88), and having received counseling (aOR=2.61) were associated with higher medication adherence; adverse drug effects were associated with lower adherence (aOR=0.29). For appointment adherence, travel time >60 minutes (aOR=0.32) and using ≥ 2 antihypertensive drugs (aOR=0.39) were associated with lower adherence; family support (aOR=3.33), counseling (aOR=2.71), and medication

adherence (aOR=2.73) were associated with better appointment-keeping.

Conclusion: About three-quarters of patients achieved medication and appointment adherence, but a notable at-risk group remains, particularly those with adverse effects, polypharmacy, long travel time, or lack of support, warranting targeted screening and support.

Keywords: Medication adherence, appointment adherence, hypertension, GMAS, outpatient care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của bệnh tim mạch, đột quỵ, bệnh thận mạn và tử vong sớm. Báo cáo toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới tiếp tục nhấn mạnh gánh nặng rất lớn của tăng huyết áp chưa được kiểm soát và nhu cầu mở rộng phát hiện, điều trị, duy trì thuốc và theo dõi liên tục [6]. Hướng dẫn của WHO về điều trị thuốc tăng huyết áp ở người lớn cũng coi quản lý lâu dài, tái đánh giá và duy trì điều trị là các thành phần thiết yếu của chăm sóc [7].

Mặc dù thuốc hạ huyết áp có hiệu quả rõ ràng, hiệu quả ngoài đời thực phụ thuộc đáng kể vào việc người bệnh có dùng thuốc đúng và duy trì điều trị hay không. Phân tích tổng hợp quy mô lớn cho thấy không tuân thủ thuốc hạ huyết áp vẫn phổ biến trên toàn cầu và liên quan với kiểm soát huyết áp kém, biến cố tim mạch và sử dụng dịch vụ y tế bất lợi [3]. Tại Việt Nam, một phân tích tổng hợp 26 nghiên cứu công bố năm 2025 ước tính tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú khoảng 62% [2]; trong khi một nghiên cứu tại tỉnh miền núi dùng thang GMAS với ngưỡng phân loại khác báo cáo tỷ lệ tuân thủ cao hơn nhiều [1], cho thấy cần diễn giải tỷ lệ tuân thủ trong mỗi liên hệ chặt chẽ với công cụ, ngưỡng phân loại và bối cảnh cung cấp

dịch vụ.

Bên cạnh việc dùng thuốc, tuân thủ tái khám là một mắt xích riêng nhưng liên quan chặt chẽ trong chuỗi quản lý tăng huyết áp ngoại trú, giúp đánh giá huyết áp, tác dụng không mong muốn và nhu cầu điều chỉnh kế hoạch chăm sóc. Một nghiên cứu tại Ethiopia năm 2024 ghi nhận 39,2% người bệnh không tuân thủ lịch tái khám, với khoảng cách tới cơ sở y tế là yếu tố liên quan đáng chú ý [8]. Tại một bệnh viện tuyến trung ương ở Việt Nam, khoảng 80% người bệnh giữ lịch theo dõi, cho thấy hành vi này có thể lượng hóa và dùng để cải tiến quản lý ngoại trú [5].

Điều dưỡng có vị trí thuận lợi để nhận diện sớm người bệnh quên thuốc, gặp tác dụng không mong muốn, khó tiếp cận cơ sở y tế hoặc thường xuyên bỏ hẹn, từ đó thực hiện giáo dục sức khỏe, nhắc lịch và phối hợp xử trí. Tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chưa có số liệu mô tả đồng thời hai cấu phần tuân thủ này theo một khung chuẩn hóa. Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu: (1) Mô tả mức độ tuân thủ dùng thuốc hạ huyết áp; (2) Mô tả mức độ tuân thủ tái khám theo hẹn; (3) Phân tích một số yếu tố liên quan đến hai hành vi tuân thủ ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán tăng huyết áp, đang điều trị ngoại trú bằng ít nhất một thuốc hạ huyết áp tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, có thời gian quản lý ngoại trú tối thiểu 3 tháng, đồng ý tham gia.

Loại trừ người bệnh không đủ khả năng trả lời do rối loạn nhận thức/tình trạng cấp tính nặng, hoặc không hoàn thành các nội dung chính của bộ công cụ.

2.2. Thời gian, địa điểm: Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 3 đến tháng 8/2026.

2.3. Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ, $p=0,62$ (từ phân tích tổng hợp 26 nghiên cứu Việt Nam) [2], $d=0,07$, độ tin cậy 95%, cho n tối thiểu 185; dự phòng 5%, cỡ mẫu mục tiêu 195. Chọn mẫu liên tiếp các trường hợp đủ tiêu chuẩn đến khi đạt đủ cỡ mẫu; đây không phải chọn mẫu xác suất nên có thể chịu sai lệch chọn mẫu và hạn chế tính đại diện.

2.5. Bộ công cụ, biến số: Tuân thủ dùng thuốc đo bằng thang GMAS phiên bản tiếng Việt đã được dịch, thích nghi và thẩm định [4], gồm 11 mục, tổng điểm 0-33, phân 5 mức (cao 30-33, tốt 27-29, một phần 17-26, thấp 11-16, rất thấp ≤ 10); quy ước $\text{GMAS} \geq 27$ là “tuân thủ đạt” (gộp hai mức cao và tốt của thang đã thẩm định). Tuân thủ tái khám xác định từ hồ sơ/phiếu hẹn trong 6 tháng gần nhất; một lần khám tính là giữ hẹn nếu đúng ngày hoặc trong cửa sổ ± 7 ngày (có xét lịch đổi hẹn); đạt tuân thủ khi giữ $\geq 70\%$ số lịch hẹn có thể đánh giá. Khác với ngưỡng GMAS, cửa sổ ± 7 ngày và ngưỡng $\geq 70\%$ là định nghĩa thao tác của nhóm nghiên cứu, chưa có phân tích độ nhạy theo ngưỡng khác - cần lưu ý khi diễn giải. Các biến độc lập khác gồm đặc điểm nhân khẩu học, thời gian di chuyển, đặc điểm điều trị (số thuốc, số lần dùng/ngày, tác dụng không mong muốn) và yếu tố hỗ trợ (người nhắc thuốc/tái khám, tư vấn của nhân viên y tế).

2.6. Thu thập số liệu: Điều tra viên được tập huấn thống nhất cách hỏi, cách đối chiếu hồ sơ và định nghĩa “giữ hẹn”. Phiếu được kiểm tra trong ngày; mã số nghiên cứu duy nhất dùng để liên kết phiếu phỏng vấn và dữ liệu hồ sơ, tách thông tin định danh khỏi tệp phân tích.

2.7. Phân tích số liệu: Số liệu phân tích bằng SPSS 25.0. Thống kê mô tả gồm tần số, tỷ lệ, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR); tỷ lệ tuân thủ chính báo cáo kèm KTC95%. Phân tích đơn biến dùng Chi-square hoặc Fisher's Exact test. Hồi quy logistic đa biến xây dựng riêng cho tuân thủ thuốc và tuân thủ tái khám, ưu tiên biến có ý nghĩa lâm sàng và/hoặc $p < 0,20$ ở đơn biến, giới hạn số biến theo số sự kiện để giảm nguy cơ quá khớp; $p < 0,05$. Nghiên cứu chưa kiểm định chính thức đa cộng tuyến (VIF) hay độ phù hợp mô hình (Hosmer-Lemeshow) - hạn chế cần bổ sung ở phân tích tiếp theo.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua (Số: 429/QĐ-BV, ngày 09/02/2026). Người bệnh được cung cấp thông tin, tham gia tự nguyện, có quyền từ chối hoặc dừng tham gia; thông tin được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Trong 195 người bệnh, tuổi trung bình $64,7 \pm 11,2$ (40-85 tuổi); 71,8% từ 60 tuổi trở lên. Nữ chiếm 56,4%. Hơn một nửa có trình độ học vấn từ THCS trở xuống (56,4%) và 63,6% sống ở nông thôn hoặc miền núi/vùng sâu. Có 44,1% mất trên 60 phút để đến bệnh viện; 97,9% có bảo hiểm y tế (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=195)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình $\pm$ SD (min-max)	64,7 $\pm$ 11,2 (40-85)
Tuổi ≥ 60 , n (%)	140 (71,8)
Giới tính nữ, n (%)	110 (56,4)
Học vấn $\leq$ THCS, n (%)	110 (56,4)
Cư trú nông thôn/miền núi, n (%)	124 (63,6)
Thời gian đi viện >60 phút, n (%)	86 (44,1)
Có bảo hiểm y tế, n (%)	191 (97,9)

Đặc điểm bệnh và điều trị: Đa số người bệnh mắc tăng huyết áp ≥ 5 năm (69,2%) và có ít nhất một bệnh kèm (71,3%), thường gặp nhất là rối loạn lipid máu (38,5%). Có 64,1% dùng từ 2 thuốc hạ áp trở lên; 17,4% báo cáo tác dụng không mong muốn trong 3 tháng gần nhất. Tỷ lệ có người hỗ trợ nhắc thuốc/tái khám là 71,8%; được nhân viên y tế tư vấn về thuốc và tái khám là 79,0% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh và điều trị tăng huyết áp (n=195)

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian mắc THA ≥ 5 năm, n (%)	135 (69,2)
Có ít nhất một bệnh kèm, n (%)	139 (71,3)
Dùng ≥ 2 thuốc hạ áp, n (%)	125 (64,1)
Uống thuốc ≥ 2 lần/ngày, n (%)	61 (31,3)
Có tác dụng không mong muốn (3 tháng), n (%)	34 (17,4)
Có người hỗ trợ nhắc thuốc/tái khám, n (%)	140 (71,8)
Được NVYT tư vấn thuốc và tái khám, n (%)	154 (79,0)

Tuân thủ dùng thuốc: Điểm GMAS trung bình 27,7 $\pm$ 4,2 (trung vị 28, khoảng 12-33). Nhóm mức “cao” và “tốt” cùng chiếm 35,9%; tỷ lệ tuân thủ đạt (GMAS ≥ 27) là 71,8% (KTC95%: 65,1-77,6) (Bảng 3).

Tuân thủ tái khám: Trung vị số lịch hẹn trong 6 tháng là 4 (IQR 3-4); tỷ lệ lịch hẹn được giữ trung bình 84,3 $\pm$ 27,3%. Tỷ lệ tuân

thủ tái khám đạt ($\geq 70\%$) là 77,4% (KTC95%: 71,1-82,7). Có 62 người (31,8%) có ít nhất một lịch hẹn không được giữ đầy đủ, trong đó chỉ 33,9% chủ động liên hệ đổi lịch (Bảng 4). Ba lý do trễ/bỏ hẹn thường gặp nhất là bận công việc (37,1%), khoảng cách xa/khó phương tiện (30,6%) và quên lịch (25,8%) (Bảng 5).

Bảng 3. Tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ tái khám (n=195)

Chỉ tiêu	Kết quả
Điểm GMAS, TB $\pm$ SD (khoảng)	27,7 $\pm$ 4,2 (12-33)
Tuân thủ dùng thuốc đạt (GMAS ≥ 27), n (%)	140 (71,8)

Chỉ tiêu	Kết quả
KTC95% tuân thủ dùng thuốc	65,1 - 77,6
Tỷ lệ lịch hẹn được giữ, TB $\pm$ SD	84,3 $\pm$ 27,3%
Tuân thủ tái khám đạt ($\geq 70\%$), n (%)	151 (77,4)
KTC95% tuân thủ tái khám	71,1 - 82,7
Có ≥ 1 lịch hẹn không được giữ đầy đủ, n (%)	62 (31,8)

Bảng 4. Lý do trễ/bỏ hẹn ở nhóm có vấn đề giữ lịch (n=62)

Lý do	n	%
Bận công việc/không sắp xếp được thời gian	23	37,1
Khoảng cách xa/khó phương tiện	19	30,6
Quên lịch	16	25,8
Thấy khỏe, nghĩ chưa cần tái khám	12	19,4
Thời tiết/sức khỏe tạm thời	10	16,1
Chờ đợi lâu/ngại thủ tục	8	12,9
Chi phí đi lại/khám	6	9,7
Không có người đưa đi/hỗ trợ	5	8,1
Khác	4	6,5

Yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc: Phân tích đơn biến cho thấy học vấn $\geq$ THPT, số thuốc, số lần dùng/ngày, tác dụng không mong muốn, có người hỗ trợ và được tư vấn có liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); tuổi, giới, nơi cư trú, thời gian mắc bệnh và bệnh kèm chưa cho thấy liên quan. Trong mô hình đa biến (Bảng 5), bốn yếu tố còn liên quan độc lập: học vấn $\geq$ THPT (aOR=2,18; KTC95%: 1,03-4,60), có người hỗ trợ (aOR=2,88; KTC95%: 1,37-6,04) và được tư vấn (aOR=2,61; KTC95%: 1,16-5,86) liên quan với tuân thủ cao hơn; tác dụng không mong muốn liên quan với tuân thủ thấp hơn (aOR=0,29; KTC95%: 0,13-0,68).

Yếu tố liên quan đến tuân thủ tái khám: Phân tích đơn biến cho thấy tuân thủ tái khám tốt hơn ở nhóm thành thị, có hỗ trợ, được tư vấn và tuân thủ thuốc đạt; thấp hơn ở nhóm đi viện > 60 phút và dùng ≥ 2 thuốc hạ áp. Trong mô hình đa biến (Bảng 5), đi viện > 60 phút (aOR=0,32; KTC95%: 0,14-0,70) và dùng ≥ 2 thuốc hạ áp (aOR=0,39; KTC95%: 0,16-0,97) liên quan với tuân thủ thấp hơn; có người hỗ trợ (aOR=3,33; KTC95%: 1,51-7,31), được tư vấn (aOR=2,71; KTC95%: 1,15-6,41) và tuân thủ dùng thuốc đạt (aOR=2,73; KTC95%: 1,22-6,09) liên quan với khả năng giữ lịch cao hơn.

Bảng 5. Kết quả hồi quy logistic đa biến đối với tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ tái khám

Yếu tố	Mô hình tuân thủ thuốc, aOR (KTC95%)	Mô hình tuân thủ tái khám, aOR (KTC95%)
Học vấn $\geq$ THPT	2,18 (1,03-4,60)*	-
Đi viện >60 phút	-	0,32 (0,14-0,70)*
Dùng ≥ 2 thuốc hạ áp	0,60 (0,26-1,35)	0,39 (0,16-0,97)*
Có tác dụng không mong muốn	0,29 (0,13-0,68)*	-
Có người hỗ trợ	2,88 (1,37-6,04)*	3,33 (1,51-7,31)*
Được NVYT tư vấn	2,61 (1,16-5,86)*	2,71 (1,15-6,41)*
Tuân thủ dùng thuốc đạt	-	2,73 (1,22-6,09)*

** $p < 0,05$. Dấu “-” là biến không đưa vào hoặc không thuộc mô hình tương ứng.*

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình 64,7 và 71,8% người bệnh từ 60 tuổi trở lên phù hợp đặc trưng thường gặp của phòng khám tăng huyết áp tuyến bệnh viện, tương tự một nghiên cứu tại bệnh viện tuyến trung ương khác [5]. Tỷ lệ 63,6% sống ở nông thôn/miền núi phản ánh vùng tiếp nhận rộng của bệnh viện, tạo điều kiện kiểm tra giả thuyết về rào cản di chuyển đối với tuân thủ tái khám.

Tỷ lệ tuân thủ thuốc theo ngưỡng GMAS ≥ 27 là 71,8% (KTC95%: 65,1-77,6), cao hơn ước tính gộp 62% từ 26 nghiên cứu Việt Nam sử dụng nhiều thang đo khác nhau [2], nhưng thấp hơn tỷ lệ ghi nhận tại một nghiên cứu miền núi dùng GMAS với ngưỡng phân loại cao hơn [1]. Khác biệt này cần diễn giải thận trọng vì không nên so sánh trực tiếp tỷ lệ tuân thủ giữa các thang đo và ngưỡng phân loại khác nhau.

Trong mô hình đa biến, học vấn từ THPT trở lên liên quan với khả năng tuân thủ cao hơn (aOR=2,18; KTC95%: 1,03-4,60); khoảng tin cậy rộng, cận dưới gần 1, cho thấy độ chính xác

ước lượng còn hạn chế. Tác dụng không mong muốn là yếu tố bất lợi mạnh nhất (aOR=0,29), phù hợp cơ chế người bệnh tự giảm liều/ngừng thuốc khi khó chịu nếu chưa được tư vấn xử trí, tương đồng một nghiên cứu miền núi Việt Nam [1]. Hỗ trợ gia đình (aOR=2,88) và tư vấn của nhân viên y tế (aOR=2,61) đều liên quan tuân thủ tốt hơn; tuy nhiên hai biến này có khả năng chịu nhiễu do chỉ định hoặc nhân quả ngược - người bệnh nặng hơn có thể vừa được tư vấn/hỗ trợ nhiều hơn vừa tuân thủ khác đi vì lý do khác - nên không nên diễn giải như biện pháp bảo vệ đã chứng minh. Tư vấn nên chuyển từ “đã tư vấn hay chưa” sang đánh giá chất lượng qua kỹ thuật teach-back.

Tỷ lệ tuân thủ tái khám 77,4% (KTC95%: 71,1-82,7) khá gần mức ghi nhận tại một bệnh viện tuyến trung ương khác ở Việt Nam [5] và cao hơn tỷ lệ suy ra tại nghiên cứu Ethiopia, nơi 39,2% người bệnh không tuân thủ lịch hẹn [8]. Ba lý do trễ/bỏ hẹn thường gặp nhất - bận công việc, khoảng cách/di chuyển và quên lịch - gợi ý can thiệp điều dưỡng nên tập trung

vào nhắc hẹn trước lịch và cung cấp cách liên hệ đổi lịch thuận tiện, đặc biệt khi chỉ 33,9% người có vấn đề giữ lịch chủ động liên hệ.

Thời gian đi viện >60 phút liên quan khả năng tuân thủ tái khám thấp hơn ($aOR=0,32$), cùng hướng với nghiên cứu tại Ethiopia [8]. Đây là yếu tố hệ thống khó thay đổi hoàn toàn nhưng có thể giảm tác động bằng lịch hẹn linh hoạt và chủ động đổi lịch khi có trở ngại. Dùng từ hai thuốc hạ áp trở lên cũng liên quan tuân thủ tái khám thấp hơn ($aOR=0,39$), là dấu hiệu để điều dưỡng tăng cường đổi chiều thuốc và tư vấn, dù đơn giản hóa phác đồ phải do bác sĩ quyết định theo chỉ định lâm sàng.

Mỗi liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ tái khám ($aOR=2,73$) gợi ý hai hành vi tự quản lý có thể đi thành cụm ở cùng người bệnh. Tuy nhiên, do thiết kế cắt ngang, kết quả chỉ mô tả mối liên quan, không cho phép kết luận nhân quả theo bất kỳ chiều nào.

Điểm mạnh là đánh giá đồng thời hai hành vi tuân thủ bằng công cụ chuẩn hóa và dữ liệu hồ sơ. Hạn chế gồm: thiết kế cắt ngang không xác định nhân quả; chọn mẫu liên tiếp không phải xác suất; GMAS là thang tự báo cáo có thể chịu thiên lệch nhớ lại; ngưỡng tuân thủ tái khám là định nghĩa thao tác chưa phân tích độ nhạy; và mô hình hồi quy chưa kiểm định đa cộng tuyến/độ phù hợp chính thức.

V. KẾT LUẬN

Trong 195 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú, điểm GMAS trung bình $27,7 \pm 4,2$; 71,8% đạt ngưỡng tuân thủ dùng thuốc (KTC95%: 65,1-77,6). Sau hiệu chỉnh, học vấn $\geq$ THPT ($aOR=2,18$), có người hỗ trợ ($aOR=2,88$) và được tư vấn ($aOR=2,61$) liên quan với khả năng tuân thủ cao hơn; tác dụng

không mong muốn liên quan với khả năng tuân thủ thấp hơn ($aOR=0,29$) - các mối liên quan này mang tính quan sát, không hàm ý quan hệ nhân quả.

Tỷ lệ tuân thủ tái khám đạt 77,4% (KTC95%: 71,1-82,7), theo định nghĩa thao tác của nghiên cứu (giữ $\geq 70\%$ lịch hẹn trong cửa sổ ± 7 ngày). Thời gian đi viện >60 phút ($aOR=0,32$) và dùng ≥ 2 thuốc hạ áp ($aOR=0,39$) liên quan với khả năng tuân thủ thấp hơn; hỗ trợ gia đình ($aOR=3,33$), được tư vấn ($aOR=2,71$) và tuân thủ dùng thuốc đạt ($aOR=2,73$) liên quan với khả năng giữ lịch cao hơn. Khoảng ba phần tư người bệnh đạt cả hai hành vi tuân thủ, nhưng vẫn còn nhóm nguy cơ cần được sàng lọc và hỗ trợ có mục tiêu.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Khoa Khám bệnh xây dựng quy trình sàng lọc ngắn về tuân thủ thuốc và lịch hẹn, ưu tiên người bệnh có tác dụng không mong muốn, đi lại xa, dùng nhiều thuốc hoặc thiếu hỗ trợ; đồng thời chuẩn hóa tư vấn bằng checklist và kỹ thuật teach-back thay vì chỉ ghi nhận “đã tư vấn hay chưa”.

2. Phối hợp bác sĩ/dược sĩ đánh giá khi người bệnh có tác dụng không mong muốn hoặc gánh nặng thuốc; cân nhắc đơn giản hóa phác đồ nếu phù hợp lâm sàng, và cung cấp cách liên hệ đổi lịch thuận tiện cho người bệnh khó giữ hẹn.

3. Theo dõi định kỳ tỷ lệ bỏ/trễ hẹn và tỷ lệ được tư vấn như chỉ số chất lượng quản lý ngoại trú; nghiên cứu tiếp theo nên xác định cỡ mẫu theo phương pháp xác suất, phân tích độ nhạy cho ngưỡng tuân thủ tái khám và kiểm định đầy đủ mô hình hồi quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoang YTB, Bui NTN, Tran TT, Hoang TA.** Determinants of adherence to antihypertensive medication among outpatients in a mountainous province of Vietnam: a cross-sectional study. *J Pharm Pharmacogn Res.* 2026;14(3):2524.
2. **Huynh Ngoc Linh, Ho Thanh Tung.** A comprehensive analysis of medication adherence in outpatients with hypertension in Viet Nam. *Vietnam J Community Med.* 2025;66(2):18-23.
3. **Lee EKP, Poon P, Yip BHK, Bo Y, Zhu MT, Yu CP, et al.** Global burden, regional differences, trends, and health consequences of medication nonadherence for hypertension during 2010 to 2020: a meta-analysis involving 27 million patients. *J Am Heart Assoc.* 2022;11(17):e026582.
4. **Nguyen TH, Truong HV, Vi MT, Taxis K, Nguyen T, Nguyen KT.** Vietnamese version of the General Medication Adherence Scale (GMAS): translation, adaptation, and validation. *Healthcare* (Basel). 2021;9(11):1471.
5. **Pham Thi Phuong Nga, Nguyen Thi Mai Phuong, Cao Duc Chinh, et al.** Analysis of Treatment Adherence and Association with Blood Pressure Control Among Outpatients with Hypertension in Vietnam - Cuba Friendship Hospital. *VNU J Sci Med Pharm Sci.* 2026.
6. **World Health Organization.** Global report on hypertension 2025: high stakes - turning evidence into action. Geneva: WHO; 2025.
7. **World Health Organization.** Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: WHO; 2021.
8. **Yirga GK, Mekonen GS, Hiruy EG, Shiferaw K, et al.** Non-adherence to appointment follow-up and its associated factors among hypertensive patients in follow-up clinics in South Gondar hospitals. *Sci Rep.* 2024;14:21336.