

lồi, tiếp xúc với thành ống tủy ở ba điểm; trong khi Recipro tiếp xúc với ống tủy ở hai điểm. Các tác giả cho rằng Recipro có tính kháng mỏi chu kỳ cao hơn WaveOne là vì Recipro có điểm tiếp xúc với thành ống tủy ít hơn, thiết diện nhỏ hơn, thì tính kháng mỏi sẽ tăng⁽⁵⁾. Như vậy, thiết kế của trâm là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tính kháng mỏi chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tính kháng mỏi chu kỳ của hai hệ thống trâm WO Gold Primary và Recipro R25 bằng cách tiến hành cho dụng cụ quay trong ống tủy cong làm bằng thép không rỉ cho đến khi gãy. Kết quả cho thấy WO Gold Primary có tính kháng mỏi chu kỳ cao hơn với Recipro R25. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cangül Keskin, Uğur Inan, Murat Demiral, Ali Keleş.** Cyclic Fatigue Resistance of Recipro Blue, Recipro, and WaveOne Gold Reciprocating Instruments. *Journal of Endodontics* 2017, 43 (8), 1360-1363
2. **Chen JL, Messer HH.** A comparison of stainless steel hand and rotary nickel-titanium

- instrumentation using a silicone impression technique. *Australia Dental Journal* 2002; 47:12-20
3. **Kim HC, Kwak SW, Cheung GSP, Ko DH.** Cyclic fatigue and torsional resistance of two new nickel-titanium instruments used in reciprocation motion: Recipro versus WaveOne. *Journal of Endodontics* 2012, 38(4): 541-544
 4. **Lopes HP, Elias CN, Vieira VTL, Moreira Ejl et al.** Effects of Electropolishing Surface Treatment on the Cyclic Fatigue Resistance of BioRace Nickel-Titanium Rotary Instruments. *Journal of Endodontics* 2010, 36 (10): 1653-7.
 5. **Plotino G, Grande NM, Testarelli L, Gambarini G.** Cyclic fatigue of Recipro and WaveOne reciprocating instruments. *International Endodontic Journal* 2012, 45 (7): 614-618
 6. **Sattapan B, Nervo GJ, Palamara JE, Messer HH.** Defects in rotary nickel-titanium file after clinical use. *Journal of Endodontics* 2010, 26: 161-5
 7. **Tong Fangli, Keiichiro Maki, Shunsuke Kimura, Miki Nishijo, Daisuke Tokita, Arata Ebihara and Takashi Okiji.** Assessment of mechanical properties of WaveOne Gold Primary reciprocating instruments. *Dental Materials Journal* 2019, 38(3): 490-495
 8. **Topcuoglu H.S., Duzgun S., Akti A., Topcuoglu G.** Laboratory comparison of cyclic fatigue resistance of WaveOne Gold, Recipro and WaveOne files in canals with a double curvature. *International Endodontic Journal* 2016, 50 (7): 713-717.

TUẦN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP BẰNG THUỐC CỦA BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI KHOA TIM MẠCH PKĐK HOÀN MỸ SÀI GÒN

Trần Đức Sĩ*, Nguyễn Hùng**,
Phan Kim Mỹ*, Nguyễn Thanh Hiệp*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Một trong những khuyến cáo để tăng hiệu quả điều trị tăng huyết áp là nâng cao việc tuân thủ điều trị nhằm giảm các biến chứng của bệnh. Nghiên cứu này nhằm mục đích ghi nhận tỉ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc của người bệnh đang điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại Khoa tim mạch Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. **Đối tượng và phương pháp:** Người bệnh được chọn ngẫu nhiên, được phỏng vấn trực tiếp và thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Sự tuân thủ điều trị dùng thuốc được ghi nhận bằng cách hỏi trực tiếp bệnh nhân và gián tiếp bằng cách dùng thang điểm MMAS-8. **Kết quả:** Trong tổng số 387 bệnh nhân, có

355 (91,73%) bệnh nhân tự nhận định mình điều trị đều. Điểm trung bình mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm MMAS-8 trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,77 (ĐLC:1,52). Các lý do không dùng thuốc tăng huyết áp theo đúng chỉ định nổi bật là quên dùng thuốc hàng ngày theo đúng chỉ định (39,28%). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm MMAS-8 gồm tuổi bệnh nhân ($p < 0,01$), nhóm bệnh nhân có HA đạt mục tiêu điều trị thì tuân thủ dùng thuốc (điểm trung bình MMAS-8) cao hơn so với nhóm chưa đạt mục tiêu điều trị ($p = 0,03$). Bên cạnh đó, bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp càng lâu thì điểm tuân thủ dùng thuốc càng cao, điểm số MMAS-8 còn tương quan với tổng lượng thuốc bệnh nhân dùng ($p < 0,01$) cũng như một số yếu tố dịch tễ khác. **Kết luận:** Cần phải nâng cao kiến thức và nhận thức của bệnh nhân về bệnh THA để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị dùng thuốc và cả không dùng thuốc. Cần lưu ý nhắc nhở tuân thủ dùng thuốc đối với những bệnh nhân trẻ, những trường hợp chưa đạt HA mục tiêu, mắc bệnh chưa lâu hoặc đang phải dùng nhiều thuốc cùng lúc.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, thuốc hạ áp, MMAS-8.

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Phòng khám Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ,

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 3/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 29/1/2021

Ngày duyệt bài: 26/2/2021

SUMMARY**COMPLIANCE FOR ANTI-HYPERTENSIVE MEDICATION IN OUT-PATIENTS AT HOAN-MY SAI-GON CLINIC**

Introduction: One of the recommendations to increase the treatment effectiveness for hypertension is improving adherence to treatment in order to reduce the complications of the disease. This study aims to record the medication compliance rate of outpatients coming to Hoan My Saigon Clinic for hypertension treatment. **Subjects and method:** A total of 387 randomized patients were directly interviewed in our study. Clinical information was collected from the hospital's database using a prepared data collection table. Drug adherence was noted by 2 ways: asking patients directly and indirectly using the MMAS-8 scale. **Results:** Out of 387 patients, 91.73% reported them-self as taking medication regularly. The average score of MMAS-8 scale in our study was 5.77 (SD: 1.52). The most prominent reasons for not correctly taking the hypertension medication was forgetting (39.28%). Factors which significantly associated with MMAS-8 score included: the patient's age ($p < 0.01$) and achieving of blood-pressure target ($p = 0.03$). In addition, the longer a patient was diagnosed with hypertension, the higher medication adherence. The MMAS-8 score was also correlated with the amount of drug intake, including both antihypertensive drugs and drugs for treating comorbidity ($p < 0.01$). **Conclusion:** It is necessary to improve knowledge and awareness of patients about hypertension to improve compliance with antihypertensive medication. The medication adherence should be reminded in patients who have not met the blood-pressure target. Young patients, people who were recently diagnosed or who had to take too many drugs were also at risk of poor adherence.

Keywords: Hypertension, adherence, antihypertensive medication, MMAS-8.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh có tính chất thời sự hiện nay, với xu hướng đang tăng dần hàng năm. Theo Tổ chức Y tế thế giới, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tử vong hàng đầu trên thế giới.^[1] Năm 2000, tỷ lệ tăng huyết áp ước tính là 26,4% dân số trưởng thành, toàn thế giới ước tính có 972 triệu; trong đó 2/3 là ở các nước đang phát triển. Số người trưởng thành bị tăng huyết áp dự đoán sẽ tăng lên 60% vào năm 2025 ước tính tổng số 1,56 tỷ người.^[5]

Một trong những khuyến cáo để tăng hiệu quả điều trị tăng huyết áp là nâng cao việc tuân thủ điều trị nhằm giảm các biến chứng như: đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim. Nghiên cứu trước đây cho thấy tỉ lệ kiểm soát huyết áp nói chung ở Việt Nam chỉ đạt hơn 30%.^[3]

Tăng huyết áp là một trong những mặt bệnh khám ngoại trú chính tại Phòng khám đa khoa

Hoàn Mỹ. Chúng tôi chưa biết liệu bệnh nhân tại phòng khám có tuân thủ điều trị tốt? Đối với bệnh nhân cũ, liệu các bác sĩ điều trị có cần dành nhiều thời gian tư vấn nhắc nhở về tuân thủ điều trị để đảm bảo hiệu quả điều trị tăng huyết áp?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán bệnh tăng huyết áp tối thiểu 1 năm trở lên và từng được chỉ định điều trị bằng thuốc trước đó.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Từ tháng 2 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020 chúng tôi phỏng vấn mỗi ngày 4 bệnh nhân ngoại trú đến đăng ký khám tại Khoa tim mạch, Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn để phỏng vấn (từ thứ Hai đến thứ Bảy). Trước lúc bắt đầu làm việc mỗi ngày, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 4 thời điểm nằm trong khoảng thời gian nhận bệnh của phòng khám. Người bệnh đến đăng ký khám gần với thời điểm được chọn nhất, thỏa các điều kiện: đã được chẩn đoán THA tối thiểu 1 năm, từng được chỉ định điều trị bằng thuốc sẽ được giải thích và mời tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu bao gồm ghi nhận thông tin lâm sàng từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng các câu hỏi mở. Sự tuân thủ điều trị dùng thuốc được ghi nhận bằng cách hỏi trực tiếp bệnh nhân và gián tiếp bằng cách dùng thang điểm MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale).

Bệnh nhân, bao gồm cả những người tham gia nghiên cứu sẽ nhận được những kiến thức cần thiết sau đó thông qua các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe, dựa trên kết quả thu được từ nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý và thống kê số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được nhập vào máy tính và kiểm định bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm Stata. Chúng tôi sử dụng các test kiểm định: Chi², Fisher-exact test, t-test, Pearson test cho các biến phân phối chuẩn và Mann-Whitney, Spearman test cho các biến phân phối không chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 56,78 (ĐLC: 8,97). Bệnh nhân trẻ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 79 tuổi. Tỷ số nam/nữ là 0,96/1. Dân tộc Kinh chiếm đa số (96,12%), còn lại là dân tộc Hoa. Nghề nghiệp: người lao động tự do và nội trợ chiếm đa số. Đa số bệnh nhân có trình

độ THPT

Thời gian kể từ lúc bệnh nhân được chẩn đoán bệnh THA đến nay trung bình là 69,73 tháng (tối thiểu là 1 năm, tối đa là 30 năm). Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán kèm các bệnh mạn tính không lây. Các bệnh đồng mắc chiếm đa số là rối loạn lipid máu (88,89%) và đái tháo đường (26,61%). Tổng số thuốc bệnh nhân dùng trung bình: 3,60 thuốc, ít nhất là 1 thuốc (6 bệnh nhân), tối đa đến 7 loại thuốc (6 bệnh nhân). Phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (62,02%) dùng từ 3-4 loại thuốc (kể cả thuốc điều trị tăng huyết áp và thuốc điều trị các bệnh đồng mắc). Trong đó, số thuốc hạ áp bệnh nhân sử dụng trung bình là 2,24 thuốc, ít nhất là 1 thuốc (46 bệnh nhân), tối đa là 4 thuốc hạ áp (4 bệnh nhân).

Trong tổng số 387 bệnh nhân, có 355 bệnh nhân (91,73%) dùng thuốc đều, còn lại 32 bệnh nhân (8,27%) tự nhận uống thuốc điều trị không đều, lúc có, lúc không.

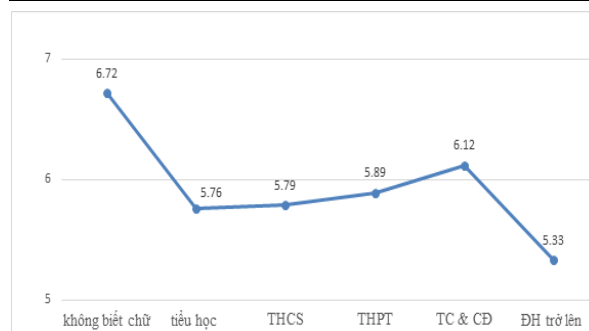
Các lý do không dùng thuốc tăng huyết áp theo đúng chỉ định nổi bật là quên dùng thuốc hàng ngày theo đúng chỉ định (39,28%), kể đến là hết thuốc để dùng (26,87%) (do bệnh nhân không tái khám theo lịch hẹn), bận rộn (24,29%). Các lý do còn lại chiếm tỉ lệ thấp, lần lượt là không biết phải dùng thuốc kéo dài (3,10%), lo lắng việc dùng thuốc ảnh hưởng sức khỏe lâu dài (1,81%), không tin rằng sức khỏe phải phụ thuộc thuốc (0,78%), thiếu sự nhắc nhở uống thuốc (0,78%), và đi nghỉ phép quên uống thuốc (0,26%).

Bảng 1 thể hiện mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm MMAS-8. Trong số các tiêu chí của MMAS-8 thì "quên dùng thuốc" và "tự ngừng thuốc hoặc tự ý dùng thêm thuốc uống mà không tham khảo ý kiến bác sĩ điều trị" là 2 vấn đề thường gặp nhất.

Bảng 1. Kết quả thang điểm tuân thủ điều trị MMAS-8

Câu hỏi tuân thủ điều trị	Tần suất (n = 387)	Tỉ lệ (%)
Ông, bà có khi nào quên uống thuốc không	Có	152, 39,28
	Không	135, 60,72
Trong 2 tuần qua có không dùng thuốc đúng chỉ định	Có	62, 16,02
	Không	325, 83,98
Ngưng dùng thuốc hoặc tự dùng thêm thuốc mà chưa hỏi ý kiến bác sĩ	Có	127, 32,82
	Không	260, 67,18

Ngày hôm qua ông, bà có uống thuốc không	Có	358	92,51
	Không	29	7,49
Quên mang theo thuốc những khi ra khỏi nhà hay đi du lịch	Có	34	8,79
	Không	353	91,21
Có khi nào ngưng uống thuốc khi huyết áp đã được kiểm soát tốt	Có	46	11,89
	Không	341	88,11
Việc uống thuốc mỗi ngày có bất tiện không?	Có	23	5,94
	Không	364	94,06
Việc điều trị THA của mình rắc rối không?	Có	6	1,55
	Không	381	98,45
Thường xuyên gặp khó khăn để nhớ uống thuốc	Không bao giờ / hiếm khi	233	60,21
	Một hai lần	147	37,98
	Vài lần	1	0,26
	Thường xuyên	6	1,55



Biểu đồ 1. Điểm trung bình MMAS-8 theo trình độ học vấn

Khi phân tích về sự liên quan giữa tác dụng phụ của thuốc HA với điểm MMAS-8, việc bệnh nhân thực sự từng chịu tác dụng phụ của thuốc hạ áp không liên quan đến sự tuân thủ điều trị. Điểm trung bình MMAS-8 không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p=0,89$). Tuy nhiên nếu bệnh nhân đang phải sử dụng càng nhiều thuốc (tính cả thuốc điều trị các bệnh mạn tính đồng mắc) thì điểm MMAS-8 càng thấp ($r=0,14$; $p<0,01$). Bệnh nhân hiện đang có bệnh đồng mắc cũng có điểm tuân thủ dùng thuốc kém hơn bệnh nhân chỉ có THA đơn thuần, nhưng sự liên quan không có ý nghĩa thống kê.

Ngược lại, có sự tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa điểm MMAS-8 với tuổi ($r=0,22$; $p<0,01$) và thời gian bệnh THA ($r=0,09$; $p=0,01$). Bệnh nhân càng lớn tuổi và bệnh nhân được chẩn đoán bệnh càng lâu thì điểm MMAS-8 càng cao (tuân thủ tốt hơn).

Một yếu tố khác cũng liên quan có ý nghĩa là

việc đạt huyết áp mục tiêu (điều trị). Nhóm bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị tuân thủ dùng thuốc cao hơn so với nhóm chưa đạt mục tiêu điều trị ($p=0,03$).

Trình độ học vấn càng cao thì điểm trung bình MMAS-8 càng tăng dần. Tuy nhiên, người có trình độ đại học và trên đại học lại có trung bình điểm MMAS-8 thấp nhất so với các nhóm, và ngược lại nhóm không biết chữ lại có điểm MMAS-8 cao nhất (Biểu đồ 1). Tuy nhiên, không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa 2 yếu tố.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu cũng như tỷ số nam:nữ không quá khác biệt so với các nghiên cứu khác. Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn tọa lạc tại Quận Tân Bình, với đa số bệnh nhân đến từ khu vực lân cận nên chúng tôi so sánh về các đặc điểm dịch tễ, văn hóa với các nghiên cứu khác.

Phần đông bệnh nhân có bệnh đồng mắc, thường là rối loạn lipid máu. Có thể là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại phòng khám nên tỉ lệ này cao. Vì không phải là mục tiêu nghiên cứu chính, nên chúng tôi chỉ xác định bệnh đồng mắc dựa vào toa thuốc của bác sĩ điều trị. Do đó có thể có sai số. Tuy nhiên việc có thêm bệnh đồng mắc cùng với tổng số thuốc bệnh nhân dùng hàng ngày tăng thêm có thể phần nào tương quan đến mức nguy cơ tim mạch tổng thể của bệnh nhân.

Trong tổng số 387 bệnh nhân, có 355 bệnh nhân tự báo cáo là điều trị đều (91,73%). Kết quả này cao hơn nhiều so với kết quả của một nghiên cứu cộng đồng tại Điện Biên với mức tuân thủ điều trị là 26,4% tại một xã có can thiệp cộng đồng và 23,4% tại xã đối chứng.^[3] Sự khác biệt này có thể là do thiết kế và do dân số nghiên cứu khác nhau. Mức độ tuân thủ điều trị trong các nghiên cứu cộng đồng có thể thấp hơn trong nghiên cứu tại bệnh viện.

Trong số các tiêu chí về tuân thủ dùng thuốc thì quên dùng thuốc là vấn đề thường gặp nhất. Điều này cho thấy là cần phải có sự nhấn mạnh về tầm quan trọng của việc uống thuốc đều khi tư vấn cho bệnh nhân để họ lưu tâm hơn, tránh quên uống thuốc. Nếu cần, có thể tư vấn cho bệnh nhân các phương pháp phòng tránh quên uống thuốc. Nhìn chung tỉ lệ trả lời cho mỗi tiêu chí của nghiên cứu này đều tiêu cực hơn của chúng tôi ngoại trừ việc BN tự ý ngừng hoặc thêm thuốc uống mà không tham khảo ý kiến bác sĩ điều trị. Đây có lẽ là văn hóa đặc trưng của bệnh nhân Việt Nam khi mà số người bị trừ điểm

tuân thủ vì tiêu chí này chiếm hàng thứ ba (32,82%) trong thang điểm MMAS-8, gần bằng với tiêu chí "quên" (39,28%) và "gặp khó khăn để nhớ uống thuốc" (39,79%). Ngược lại, trong một nghiên cứu tại khoa Nội tim mạch BVĐK Tỉnh Tiền Giang năm 2013 của tác giả Nguyễn Tuấn Khanh, quên thuốc là lý do chiếm tỉ lệ thấp nhất (19,7%) chỉ bằng 1/2 so với kết quả của chúng tôi (39,28%).^[3] Nguyên nhân chính của không tuân thủ thuốc theo nghiên cứu của này là sợ hạ huyết áp (65%) và sợ tác dụng phụ của thuốc (53%). Tuy nhiên đây có thể chỉ là ý kiến chủ quan của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 10,08% bệnh nhân thật sự từng bị tác dụng phụ của thuốc hạ áp và trung bình điểm tuân thủ điều trị dùng thuốc (MMAS-8) giữa 2 nhóm là không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Điểm trung bình MMAS-8 trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,77 (ĐLC:1,52) thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tương tự tại Hoa Kỳ với điểm trung bình 7,4 và độ lệch chuẩn là 0,9.^[7] Kết quả phân loại theo thang điểm MMAS-8 cũng cho thấy mức độ tuân thủ điều trị dùng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi là rất thấp với tỉ lệ tuân thủ tốt, trung bình và kém lần lượt là 0,78%; 52,79% và 46,25%. Kết quả này rất thấp so với nghiên cứu khác tại LA, Hoa Kỳ cho kết quả còn khả quan hơn với 58% tuân thủ tốt, 33% trung bình và chỉ có 9% tuân thủ kém.^[7] Có thể sự khác biệt này có liên quan đến tình hình phát triển kinh tế xã hội khác nhau giữa các quốc gia. Một nghiên cứu tại Sri Lanka, một quốc gia đang phát triển như Việt Nam, cho kết quả tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA rất thấp, với 84,5% BN tuân thủ điều trị kém theo thang MMAS-8, gần gấp đôi so với kết quả của chúng tôi là 46,25%.^[6] Tuy nhiên điều này cũng có thể liên quan đến các khác biệt về văn hóa bởi MMAS-8 ước lượng sự tuân thủ dựa trên các câu hỏi trong đó có một số câu là suy luận gián tiếp, ví dụ như: "việc uống thuốc mỗi ngày có bất tiện không" hay "có gặp khó khăn để nhớ uống thuốc không". Số lượng bệnh nhân trả lời "có thấy bất tiện" hoặc "một đôi lần gặp khó khăn để nhớ uống thuốc" cho các tiêu chí này khá cao ở cả 2 nghiên cứu của chúng tôi lần tại Sri-Lanka. Theo quy định tính điểm, các trường hợp này đều sẽ bị xếp loại là "không tuân điều trị tốt" dù có thể họ vẫn uống thuốc đều nhưng bản tính thích than phiền.

Về các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị, chúng tôi cho rằng càng lớn tuổi, người ta càng quan tâm đến sức khỏe hơn, từ đó cũng tuân thủ điều trị tốt hơn. Ngoài ra các đối tượng hưu

trí cũng có thể có thời gian hơn để đi khám đều so với những người đang phải đi làm. Tương tự như chúng tôi, trong nghiên cứu của Morisky nhóm tuân thủ kém có tuổi trung bình trẻ hơn so với 2 nhóm còn lại (nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê).

Tương tự, trình độ học vấn càng cao thì điểm trung bình MMAS-8 cũng tăng dần, có thể do nhận thức tốt liên quan đến trình độ học vấn nên người bệnh tuân thủ tốt hơn. Tuy nhiên, người có trình độ đại học và trên đại học lại có trung bình điểm MMAS-8 thấp nhất so với các nhóm, có thể là do họ quá bận bịu hoặc do họ chủ quan, ý vào trình độ của mình. Ngược lại, ở nhóm không biết chữ có điểm trung bình MMAS-8 cao nhất, có lẽ do tự biết là trình độ hạn chế nên họ không dám chủ quan. Tuy nhiên nhóm này chỉ có 5 bệnh nhân nên giả thuyết này cần được kiểm chứng thêm.

Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp càng lâu thì điểm tuân thủ dùng thuốc càng cao, $p=0,01$. Sự khác biệt này có thể là do kinh nghiệm, hoặc do thói quen uống thuốc đã lâu năm, hoặc bớt thấy bất tiện, bớt quên.

Điểm số MMAS không tương quan với số thuốc huyết áp mà bệnh nhân đang dùng, tuy nhiên lại tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với tổng lượng thuốc bệnh nhân dùng, kể cả thuốc hạ áp lẫn thuốc điều trị các bệnh đồng mắc. Điều này có thể do số lượng thuốc nhiều bệnh nhân khó quên hơn chứ không liên quan đến việc bệnh nhân có bệnh đồng mắc bởi theo bảng trên, dù cho có tình hình sức khỏe kém hơn, họ lại ít tuân thủ điều trị hơn. Lượng thuốc trung bình bệnh nhân dùng tăng dần ở các nhóm BN tuân thủ điều trị kém, trung bình và tốt, lần lượt là 2,0; 2,1 và 2,2. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa đủ có ý nghĩa thống kê.^[4]

Nhóm bệnh nhân có HA đạt mục tiêu điều trị thì tuân thủ dùng thuốc (điểm trung bình MMAS-8) cao hơn so với nhóm chưa đạt mục tiêu điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$). Điều này có thể là do bản thân việc tuân thủ thuốc tốt đã giúp cho những BN này kiểm soát tốt huyết áp. Kết quả tương tự được quan sát thấy trong nghiên cứu của Morisky với tỉ lệ tuân thủ tốt trong nhóm kiểm soát tốt huyết áp là 56,7% so với 43,3% trong nhóm còn lại ($p<0,05$).^[8]

V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy cần có những hoạt động truyền thông, nâng cao kiến thức của bệnh nhân nếu muốn nâng cao mức độ tuân thủ

điều trị điều trị dùng thuốc bên cạnh việc thay đổi lối sống. Hơn nữa, cần phải nhấn mạnh rằng việc tuân thủ sử dụng thuốc lâu dài ở bệnh nhân tăng huyết áp và xóa bỏ các định kiến về tác dụng phụ của thuốc, quan niệm ngừng thuốc khi thấy huyết áp ổn định hoặc tự "tái sử dụng toa" mà không có sự thăm khám từ bác sĩ. Nội dung tư vấn cũng cần lưu ý tư vấn các biện pháp phòng tránh quên thuốc đối với những BN thường gặp khó khăn để nhớ uống thuốc hàng ngày. Ví dụ như khuyên bệnh nhân mua hộp chia thuốc, cài điện thoại hoặc nhờ người nhà nhắc nhở.

Cần lưu ý nhắc nhở tuân thủ dùng thuốc đối với những BN chưa đạt HA mục tiêu, đối tượng trẻ, trình độ học vấn đại học, sau đại học. Bệnh nhân được bắt đầu điều trị chưa lâu, số lượng thuốc dùng mỗi ngày chưa nhiều cũng nên được lưu ý nhắc nhở để đảm bảo tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế Việt Nam, Tổ chức Y tế thế giới (2018).** Hướng dẫn thực hành cơ bản điều trị, quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế. WHO-BYTVN.
- Ninh Văn Đông (2010).** Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp trên 60 tuổi tại phường Hàng Bông- Hoàn Kiếm - Hà Nội, năm 2010, Luận văn thạc sĩ y học Trường Đại học Y tế Công cộng.
- Nguyễn Tuấn Khanh (2013).** Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Đa Khoa Tiền Giang năm 2013. Cổng thông tin Y tế Tiền Giang – Sở Y Tế Tiền Giang.
- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al.(2017).** Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. JAMA.317(2):165-182.
- Gee ME, Campbell N, Sarrafzadegan N, et al. (2014).** Standards for the uniform reporting of hypertension in adults using population survey data: recommendations from the World Hypertension League Expert Committee. J Clin Hypertens (Greenwich).16:773-81.
- Pirasath S, Kumanan T, and Guruparan M. (2017).** A Study on Knowledge, Awareness, and Medication Adherence in Patients with Hypertension from a Tertiary Care Centre from Northern Sri Lanka. International Journal of Hypertension. Volume, 6 pages. DOI:10.1155/2017/9656450
- Krousel-Wood MA, Islam T, Webber LS, Re RS, Morisky DE, Muntner P. (2009).** New Medication Adherence Scale Versus Pharmacy Fill Rates in Seniors with Hypertension. Am J Manag Care.15(1):59-66.
- Morisky DE, DiMatteo MR. (2011).** Improving the measurement of self-reported medication non-adherence: Final response. J Clin Epidem. 64:258-263.