

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Thực trạng tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh đồng mắc tăng huyết áp và đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Văn Hùng¹, Lê Thị Diễm Trinh^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị (TTĐT) dùng thuốc và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh đồng mắc tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 đang được quản lý ngoại trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 387 người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp về đặc điểm dân số xã hội, bệnh lý, điều trị và trích xuất thông tin từ hồ sơ bệnh án ngoại trú. TTĐT dùng thuốc được đánh giá bằng thang đo MMAS-8. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập đến TTĐT dùng thuốc.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh TTĐT dùng thuốc cao là 88,6%. Các yếu tố liên quan độc lập đến TTĐT dùng thuốc cao bao gồm giới tính nam (aOR = 2,94; KTC 95%: 1,25 – 6,93; p = 0,014), tuổi ≥ 60 (aOR = 3,39; KTC 95%: 1,64 – 7,00; p = 0,001), huyết áp tâm thu (aOR = 0,97; KTC 95%: 0,95 – 0,99; p = 0,010) và đa bệnh lý kèm theo (aOR = 1,98; KTC 95%: 1,02 – 3,89; p = 0,048).

Kết luận: Mặc dù TTĐT dùng thuốc cao chiếm tỷ lệ lớn, sự khác biệt về mức độ TTĐT theo đặc điểm dân số xã hội và gánh nặng bệnh tật ở người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá TTĐT thường quy và triển khai các chiến lược can thiệp cá thể hóa trong quản lý ngoại trú, nhằm tối ưu hóa sử dụng thuốc và giảm nguy cơ biến cố tim mạch.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị dùng thuốc; đái tháo đường típ 2; tăng huyết áp; MMAS-8; đồng mắc

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuân thủ điều trị (TTĐT) dùng thuốc là một yếu tố then chốt quyết định hiệu quả kiểm soát các bệnh lý mạn tính (1). Ở người bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2), việc duy trì sử dụng thuốc đúng chỉ định có vai trò quan trọng trong kiểm soát huyết áp, đường huyết và giảm nguy cơ xuất hiện biến chứng tim mạch (2). Tuy nhiên việc điều trị kéo dài, phác đồ phức tạp và việc sử dụng đồng thời nhiều thuốc có thể tạo ra những rào cản đáng kể đối với TTĐT (3). Người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 đặc biệt

cần duy trì điều trị lâu dài vì kiểm soát không đầy đủ một hoặc cả hai bệnh có thể làm gia tăng nguy cơ biến chứng và ảnh hưởng đến tiên lượng (4,5). Mặc dù vậy, TTĐT là một hành vi phức tạp, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố từ đặc điểm người bệnh, tình trạng bệnh đến quá trình điều trị và tiếp cận dịch vụ y tế (4). Việc nhận diện các yếu tố liên quan đến TTĐT vì vậy có ý nghĩa quan trọng trong cá thể hóa tư vấn và tăng cường quản lý bệnh mạn tính (4).

Tại Việt Nam, bằng chứng về TTĐT dùng thuốc ở người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 còn hạn chế, mặc dù đây là nhóm có nhu cầu điều trị



*Tác giả liên hệ: Lê Thị Diễm Trinh
Email: trinhle309@ump.edu.vn
¹ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Mã bài báo: SKPT_26_139_V
Ngày nhận bài: 17/08/2026
Ngày nhận bản sửa: 22/09/2026
Ngày chấp nhận: 28/09/2026
Mã DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.107V_SKPT_26_139_V

lâu dài và thường sử dụng nhiều thuốc (6,7). Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá TTĐT dùng thuốc và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Hồ Chí Minh.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2025 đến tháng 04/2026, trong đó thời gian thu thập dữ liệu từ tháng 07/2025 đến tháng 08/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán mắc THA và ĐTĐ típ 2, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong ≥ 3 tháng, có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ người bệnh mắc bệnh cấp tính cần nhập viện, mang thai ≥ 20 tuần hoặc có rối loạn ngôn ngữ, trí nhớ hay nhận thức ảnh hưởng đến cung cấp thông tin.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (mức ý nghĩa 5%), $p = 0,615$ (tham khảo từ nghiên cứu của Lê Thị Minh và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội năm 2023) (6) và $d = 0,05$. Kết quả cỡ mẫu là 364, thực tế nghiên cứu đã thu thập được 387 người bệnh.

Biến số nghiên cứu: Các biến số độc lập gồm đặc điểm dân số (giới tính, tuổi, nghề nghiệp, học vấn, hôn nhân), bệnh lý (huyết áp, glucose huyết tương lúc đói, HbA1c, LDL-c, HDL-c, triglyceride, đa bệnh lý kèm theo và tình trạng dinh dưỡng) và điều trị (thời gian điều trị THA, ĐTĐ típ 2, số loại thuốc hạ áp và phác đồ điều trị hạ đường huyết: thuốc viên hạ đường huyết đơn thuần và thuốc viên hạ đường huyết kết hợp insulin). Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng chỉ số khối cơ thể (Body mass index – BMI), với béo phì xác định khi $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (8). Cân nặng, chiều cao và huyết áp được đo trực tiếp tại phòng khám. Biến số phụ thuộc: TTĐT dùng thuốc được đánh giá đối với thuốc hạ áp và thuốc hạ đường huyết. TTĐT dùng thuốc được phân thành hai mức: TTĐT cao và chưa cao (thấp/trung bình).

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: TTĐT dùng thuốc được đánh giá riêng biệt đối với thuốc hạ đường huyết và thuốc hạ áp bằng thang đo MMAS-8. Mỗi nhóm thuốc được đánh giá bằng một bộ câu hỏi MMAS-8 riêng, với tổng điểm từ 0 đến 8. TTĐT cao được xác định khi người bệnh đạt 8 điểm ở cả MMAS-8 đối với thuốc hạ đường huyết và MMAS-8 đối với thuốc hạ áp; các trường hợp còn lại được xếp vào nhóm chưa cao (< 8 điểm). Người bệnh được chọn mẫu liên tục cho đến khi đủ cỡ mẫu. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi cấu trúc, kết hợp trích xuất thông tin lâm sàng và điều trị từ hồ sơ bệnh án ngoại trú.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và quản lý bằng Microsoft Excel 365 và phân

tích bằng Stata 17.0. Các biến số định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; trong khi các biến số định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn hoặc giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị, tùy thuộc vào phân phối dữ liệu. Mỗi liên quan giữa các yếu tố và TTĐT dùng thuốc được đánh giá bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher. Hồi quy logistic được sử dụng để lượng giá mối liên quan giữa TTĐT dùng thuốc và các yếu tố. Các biến số có $p < 0,20$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến. Mô hình đa biến được xây dựng bằng phương pháp backward stepwise, với tiêu chí loại biến $p > 0,05$. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ số odds (OR), tỷ số odds hiệu chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$

và KTC 95% không chứa giá trị 1.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 2570/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 19/06/2025. Tất cả người bệnh đều được cung cấp thông tin đầy đủ, tham gia trên tinh thần tự nguyện và được đảm bảo tuyệt đối về tính ẩn danh và bảo mật dữ liệu.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 387)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	126	32,6
	Nữ	261	67,4
Nhóm tuổi	18 – 59	76	19,6
	≥ 60	311	80,4
Nghề nghiệp	Đi làm/Tự kinh doanh	53	13,7
	Nội trợ/Nghỉ hưu	334	86,3
Trình độ học vấn	< Trung học cơ sở	166	42,9
	≥ Trung học cơ sở	221	57,1
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	269	69,5
	Chưa kết hôn/Ly thân/Ly hôn/Góa	118	30,5
Huyết áp tâm thu (mmHg) ^a		126,02 ± 14,22	
Huyết áp tâm trương (mmHg) ^a		72,18 ± 9,08	

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói (mg/dL) ^a		142,64 ± 50,55	
HbA1c (%) ^a		7,45 ± 1,48	
LDL-c (mg/dL) ^b		82 [60,9 – 115,6]	
HDL-c (mg/dL) ^b		46 [39,7 – 54]	
Triglyceride (mg/dL) ^b		170 [120 – 239]	
Đa bệnh lý kèm theo	Có	178	46,0
	Không	209	54,0
Tình trạng dinh dưỡng	Không béo phì	147	38,0
	Béo phì	240	62,0
Thời gian điều trị tăng huyết áp	< 5 năm	108	27,9
	5 – 10 năm	96	24,8
	≥ 10 năm	183	47,3
Thời gian điều trị đái tháo đường	< 5 năm	137	35,4
	5 – 10 năm	79	20,4
	≥ 10 năm	171	44,2
Số loại thuốc hạ áp	< 3 loại	279	72,1
	≥ 3 loại	108	27,9
Phác đồ điều trị hạ đường huyết	Thuốc viên hạ đường huyết đơn thuần	321	82,9
	Thuốc viên hạ đường huyết và insulin	66	17,1

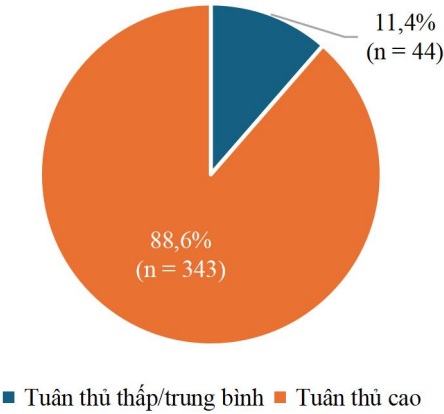
^aTrung bình ± Độ lệch chuẩn; ^bTrung vị [Khoảng tứ phân vị]

Kết quả tại Bảng 1 cho thấy trong 387 người bệnh tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm 67,4% và 69,5% đã kết hôn. Phần lớn người bệnh từ 60 tuổi trở lên (80,4%) và thuộc nhóm nội trợ/ngỉ hưu (86,3%); 57,1% có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên. Giá trị trung bình của huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATTr) lần lượt là 126,02 ± 14,22 mmHg và 72,18 ± 9,08 mmHg. Giá trị trung bình của glucose huyết tương

mao mạch lúc đói và HbA1c lần lượt là 142,64 ± 50,55 mg/dL và 7,45 ± 1,48%. Trung vị LDL-c, HDL-c và triglyceride lần lượt là 82, 46 và 170 mg/dL. Gần một nửa người bệnh có đa bệnh lý kèm theo (46,0%), trong khi tỷ lệ béo phì là 62,0%. Về thời gian điều trị, người bệnh có thời gian điều trị THA từ 10 năm trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (47,3%); tương ứng, 44,2% đã điều trị ĐTD típ 2 từ 10 năm trở lên. Về điều trị, đa số

người bệnh sử dụng dưới 3 loại thuốc hạ áp (72,1%) và thuốc viên hạ đường huyết đơn thuần (82,9%). Phần lớn người bệnh có mức độ TTĐT dùng thuốc cao (88,6%), trong khi 11,4% có mức độ TTĐT dùng thuốc thấp hoặc trung bình (Hình 1).

Tuân thủ điều trị dùng thuốc



Hình 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc (n = 387)

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dùng thuốc

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và tuân thủ điều trị dùng thuốc (n = 387)

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	p
	Thấp/Trung bình n (%)	Cao n (%)		
Giới tính				
Nam	7 (15,9)	119 (34,7)	2,81 (1,21–6,49)	0,016*
Nữ	37 (84,1)	224 (65,3)	1	
Nhóm tuổi				
18 – 59	16 (36,4)	60 (17,5)	1	
≥ 60	28 (63,6)	283 (82,5)	2,70 (1,37–5,29)	0,004*
Nghề nghiệp				
Đi làm/Tự kinh doanh	9 (20,0)	44 (12,8)	1	
Nội trợ/Nghỉ hưu	35 (80,0)	299 (87,2)	1,75 (0,79–3,88)	0,170
Trình độ học vấn				

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	P
	Thấp/Trung bình n (%)	Cao n (%)		
< Trung học cơ sở	22 (50,0)	144 (42,0)	1	
≥ Trung học cơ sở	22 (50,0)	199 (58,0)	1,38 (0,74–2,59)	0,313
Tình trạng hôn nhân				
Đã kết hôn	29 (65,9)	240 (70,0)	1,21 (0,62–2,34)	0,582
Chưa kết hôn/Ly thân/Ly hôn/Góa	15 (34,1)	103 (30,0)	1	
HATT (mmHg)^a	130,80 ± 17,52	125,41 ± 13,65	0,98 (0,96–0,99)	0,019*
HATTr (mmHg)^a	74,50 ± 10,54	71,88 ± 8,85	0,96 (0,94–1,00)	0,075*
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói (mg/dL)^a	151,34 ± 79,69	141,52 ± 45,55	0,99 (0,99–1,00)	0,231
HbA1c (%)^a	7,42 ± 1,65	7,46 ± 1,46	1,02 (0,82–1,26)	0,884
LDL-c (mg/dL)^b	98,3 [60,3 – 133,3]	81,3 [60,9 – 114]	0,99 (0,99–1,00)	0,201
HDL-c (mg/dL)^b	47 [41 – 53,5]	46 [39,4 – 54]	0,98 (0,96–1,01)	0,241
Triglyceride (mg/dL)^b	175,5 [124 – 235,5]	170 [119 – 241]	1,00 (0,99–1,00)	0,764
Đa bệnh lý kèm theo				
Có	26 (59,1)	152 (44,3)	1,82 (0,96–3,43)	0,067
Không	18 (40,9)	191 (55,7)	1	
Tình trạng dinh dưỡng				
Không béo phì	21 (47,8)	219 (63,9)	1	
Béo phì	23 (52,3)	124 (36,1)	0,52 (0,27–0,97)	0,041*
Thời gian điều trị tăng huyết áp				
< 5 năm	21 (47,7)	87 (25,4)	1	

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	P
	Thấp/Trung bình n (%)	Cao n (%)		
5 – 10 năm	6 (13,6)	90 (26,2)	1,55 (1,07–2,24)	0,019*
≥ 10 năm	17 (38,7)	166 (48,4)	2,40 (1,15–5,02)	0,019*
Thời gian điều trị đái tháo đường				
< 5 năm	18 (40,9)	119 (34,7)	1	
5 – 10 năm	12 (27,3)	67 (19,5)	0,84 (0,38–1,86)	0,675
≥ 10 năm	14 (31,8)	157 (45,8)	1,70 (0,81–3,55)	0,160
Số loại thuốc hạ áp				
< 3 loại	31 (70,4)	248 (72,3)	1	
≥ 3 loại	13 (29,6)	95 (27,7)	0,91 (0,46–1,82)	0,797
Phác đồ điều trị hạ đường huyết				
Thuốc viên hạ đường huyết đơn thuần	35 (79,5)	286 (83,4)	1	
Thuốc viên hạ đường huyết và insulin	9 (20,5)	57 (16,6)	0,78 (0,35–1,70)	0,525

^aTrung bình ± Độ lệch chuẩn, ^bTrung vị [Khoảng tứ phân vị]; HATT: Huyết áp tâm thu; HATT_r: Huyết áp tâm trương; *p<0,05

Kết quả phân tích đơn biến ở Bảng 2 cho thấy giới tính, nhóm tuổi, HATT, tình trạng dinh dưỡng và thời gian điều trị THA có liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐT dùng thuốc cao. Cụ thể, khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm nam gấp 2,81 lần nhóm nữ (KTC 95%: 1,21–6,49; p = 0,016). Khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi gấp 2,70 lần nhóm 18–59 tuổi (KTC 95%: 1,37–5,29; p = 0,004). Với mỗi 1 mmHg HATT tăng, khả năng TTĐT dùng thuốc cao giảm 2% (OR = 0,98; KTC 95%: 0,96–0,99; p = 0,019).

Khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm béo phì bằng 0,52 lần nhóm không béo phì (KTC 95%: 0,27–0,97; p = 0,041). So với nhóm điều trị THA < 5 năm, khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm điều trị 5–10 năm và ≥ 10 năm lần lượt gấp 1,55 lần (KTC 95%: 1,07–2,24; p = 0,019) và 2,40 lần (KTC 95%: 1,15–5,02; p = 0,019). Các đặc điểm còn lại chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐT dùng thuốc cao trong phân tích đơn biến.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dùng thuốc trong mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến (n = 387)

Đặc điểm		Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
		OR (KTC 95%)	p	aOR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nam	2,81 (1,21 – 6,49)	0,016	2,94 (1,25 – 6,93)	0,014
	Nữ	1		1	
Nhóm tuổi	18 – 59	1		1	
	≥ 60	2,70 (1,37 – 5,29)	0,004	3,39 (1,64 – 7,00)	0,001
Huyết áp tâm thu (mmHg)		0,98 (0,96 – 0,99)	0,019	0,97 (0,95 – 0,99)	0,010
Đa bệnh lý kèm theo	Có	1,82 (0,96 – 3,43)	0,067	1,98 (1,02 – 3,89)	0,048
	Không	1		1	

Kết quả Bảng 3 cho thấy các yếu tố liên quan độc lập với TTĐT dùng thuốc cao gồm giới tính, nhóm tuổi, HATT và đa bệnh lý kèm theo. Cụ thể, khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm nam gấp 2,94 lần nhóm nữ (KTC 95%: 1,25 – 6,93; $p = 0,014$). Khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm ≥ 60 tuổi gấp 3,39 lần nhóm 18–59 tuổi (KTC 95%: 1,64 – 7,00; $p = 0,001$). Khả năng TTĐT dùng thuốc cao ở nhóm có đa bệnh lý kèm theo ngoài THA và ĐTD típ 2 gấp 1,98 lần so với nhóm không có đa bệnh lý kèm theo (aOR = 1,98; KTC 95%: 1,02 – 3,89; $p = 0,048$). Cứ mỗi 1 mmHg HATT tăng thì khả năng TTĐT dùng thuốc giảm khoảng 3% (aOR = 0,97; KTC 95: 0,95 – 0,99; $p = 0,010$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người bệnh đạt mức TTĐT dùng thuốc cao là 88,6%. Kết quả nghiên cứu ghi nhận cao hơn so với nghiên cứu năm 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

(61,5%) (6). Sự khác biệt có thể liên quan đến phương pháp đánh giá và tiêu chí phân loại TTĐT giữa hai nghiên cứu. TTĐT dùng thuốc là một mắt xích then chốt quyết định hiệu quả điều trị, bởi thuốc chỉ có thể phát huy tác dụng khi người bệnh thực sự sử dụng theo chỉ định. Trong thực tế, chuỗi điều trị có thể bị gián đoạn do người bệnh quên uống thuốc, chủ động ngừng thuốc hoặc gặp tác dụng không mong muốn, do đó việc duy trì TTĐT dùng thuốc cần được xem là một thành phần quan trọng trong quản lý lâu dài người bệnh đồng mắc THA và ĐTD típ 2 (11).

Giới tính nam là một yếu tố liên quan độc lập với TTĐT dùng thuốc cao (aOR = 2,94; $p = 0,014$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với một số bằng chứng cho thấy giới tính là một trong những yếu tố có thể ảnh hưởng đến TTĐT ở người bệnh THA và các bệnh mạn tính khác (4,12). Tuy nhiên, mối liên quan giữa giới tính và TTĐT không hoàn toàn nhất quán giữa các nghiên cứu,

cho thấy ảnh hưởng của giới có thể phụ thuộc vào bối cảnh xã hội, nhận thức sức khỏe và đặc điểm điều trị của từng quần thể (4,12). Một khả năng là nam giới trong nghiên cứu này có thể có mức độ chủ động hơn trong việc quản lý điều trị hoặc duy trì sử dụng thuốc. Tuy nhiên, nghiên cứu không thu thập các biến số về nhận thức, hỗ trợ xã hội hay hành vi sức khỏe nên chưa thể xác định cơ chế này. Do đó, phát hiện này chủ yếu gợi ý sự khác biệt về TTĐT theo giới và cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu dọc trong tương lai.

Nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi có khả năng TTĐT dùng thuốc cao gấp 3,39 lần nhóm 18–59 tuổi ($aOR = 3,39$; $p = 0,001$). Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp ở người bệnh THA ≥ 60 tuổi ghi nhận tuổi cao hơn được xác định là một trong các yếu tố liên quan đến TTĐT tốt hơn; thời gian mắc bệnh dài hơn cũng có thể góp phần hình thành thói quen điều trị ở người bệnh (13). Ở người cao tuổi, thời gian sống chung với bệnh mạn tính lâu hơn có thể làm tăng nhận thức về tính cần thiết của điều trị và giúp hình thành thói quen dùng thuốc. Ngoài ra, nhóm tuổi cao thường có tần suất tiếp xúc với hệ thống y tế cao hơn, tạo thêm cơ hội được theo dõi và củng cố việc sử dụng thuốc. Tuy nhiên, tuổi cao cũng có thể đi kèm suy giảm nhận thức, đa thuốc và khó khăn trong quản lý phác đồ, vốn là những yếu tố có thể làm giảm TTĐT (12,14). Vì vậy, mối liên quan thuận quan sát được trong nghiên cứu này có thể phản ánh đặc điểm riêng của quần thể nghiên cứu hơn là tác động trực tiếp của tuổi.

Cứ mỗi 1 mmHg tăng HATT liên quan với giảm khoảng 3% khả năng TTĐT dùng thuốc ($aOR = 0,97$; $p = 0,010$). Mối liên quan này có thể được giải thích theo hướng HATT cao có thể phản ánh

tình trạng kiểm soát huyết áp chưa tối ưu, trong đó không TTĐT dùng thuốc là một yếu tố có thể góp phần làm giảm hiệu quả kiểm soát huyết áp. Các bằng chứng trước đây cũng cho thấy TTĐT thuốc hạ áp có mối liên quan với kiểm soát huyết áp (2,15). Tuy nhiên, do nghiên cứu có thiết kế cắt ngang, không thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa HATT và TTĐT dùng thuốc. Do đó, kết quả trong nghiên cứu này chỉ nên được diễn giải là một mối liên quan quan sát được, thay vì khẳng định rằng không tuân thủ dùng thuốc là nguyên nhân dẫn đến HATT tăng.

Đa bệnh lý kèm theo được ghi nhận là yếu tố liên quan độc lập đến TTĐT dùng thuốc cao ($aOR = 2,14$; $p = 0,048$). Kết quả này cho thấy tình trạng đa bệnh lý có thể ảnh hưởng đáng kể đến hành vi sử dụng thuốc; tuy nhiên, chiều hướng của mối liên quan không hoàn toàn nhất quán (4,14). Một khả năng giải thích là người có nhiều bệnh lý đồng thời thường nhận thức rõ hơn về mức độ nghiêm trọng của tình trạng sức khỏe, có nhu cầu điều trị thường xuyên hơn và tiếp xúc với hệ thống y tế nhiều hơn, từ đó có thể tăng động lực duy trì thuốc. Nghiên cứu trên người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ cũng cho thấy số lượng thuốc và tình trạng bệnh lý có thể liên quan đến hành vi tuân thủ, đồng thời việc được quản lý điều trị bởi cùng một bác sĩ cho cả hai bệnh có thể cải thiện TTĐT (16). Tuy nhiên, đa bệnh lý thường đi kèm với đa thuốc, vốn lại có thể làm tăng gánh nặng điều trị và nguy cơ không TTĐT (14). Vì vậy, mối liên quan thuận trong nghiên cứu này có thể phản ánh sự gia tăng nhận thức và tiếp xúc chăm sóc y tế ở

người có nhiều bệnh lý, hơn là tác động trực tiếp của số bệnh mắc kèm.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu có cỡ mẫu phù hợp, xem xét đồng thời các yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng và điều trị, đồng thời sử dụng hồi quy logistic đa biến để kiểm soát nhiễu. Tuy nhiên, thiết kế nghiên cứu cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả. Việc sử dụng MMAS-8, một thang đo tự báo cáo, có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch nhớ lại và xu hướng trả lời theo mong muốn xã hội, dẫn đến có thể đánh giá quá mức mức độ TTĐT. Ngoài ra, nghiên cứu đơn trung tâm trên người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 có thể hạn chế khả năng so sánh và tính khái quát hóa của kết quả.

KẾT LUẬN: TTĐT dùng thuốc ở người bệnh đồng mắc THA và ĐTĐ típ 2 được ghi nhận ở mức cao. Giới tính nam, tuổi ≥ 60 , HATT thấp hơn và có đa bệnh lý kèm theo là các yếu tố liên quan độc lập với TTĐT dùng thuốc cao. Những phát hiện nhấn mạnh sự cần thiết của việc tích hợp đánh giá TTĐT thường quy vào quản lý ngoại trú và triển khai các chiến lược can thiệp cá thể hóa, đặc biệt đối với các nhóm có nguy cơ TTĐT chưa tối ưu, nhằm tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, tối ưu hóa kiểm soát bệnh và góp phần giảm nguy cơ biến cố tim mạch ở nhóm người bệnh nguy cơ tim mạch cao.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Lê Văn Thịnh đã tạo điều kiện và hỗ trợ trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu. Chúng tôi đặc biệt cảm ơn những người bệnh đã dành thời gian tham gia nghiên cứu và cung cấp thông tin, qua đó đóng góp

thiết thực cho việc hoàn thành nghiên cứu.

Xung đột về lợi ích liên quan đến nghiên cứu:

Nhóm tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bingham JM, Black M, Anderson EJ, Li Y, Toselli N, Fox S, et al. Impact of Telehealth Interventions on Medication Adherence for Patients With Type 2 Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia: A Systematic Review. *Ann Pharmacother*. 2021 May;55(5):637–649.
2. Mei Y, Zhang H, Miao J, Liu X, Chen D, Jiang M, et al. Medication adherence in hypertension and diabetes comorbidity: implications for disease control in a population-based study. *Front Public Health*. 2026;14:1708587.
3. Khayyat SM, Azfr Ali RS. The role of medication regimen complexity in diabetes management: a rapid review. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2025;16:20420188251372294.
4. Kwakye AO, Kretchy IA, Peprah P, Mensah KB. Factors influencing medication adherence in co-morbid hypertension and diabetes patients: A scoping review. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2024 Mar;13:100426.
5. Gow K, Rashidi A, Whithead L. Factors Influencing Medication Adherence Among Adults Living with Diabetes and Comorbidities: a Qualitative Systematic Review. *Curr Diab Rep*. 2024

- Feb;24(2):19–25.
6. Lê Thị Minh, Lê Thị Bình. Tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp có đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024 Jan 20;534(2): 232–236.
 7. Wong WJ, Nguyen TV, Nguyen VT, Ngo KTT, Nguyen TN. Forgetfulness to Take Antihypertensive Medications and Poor Blood Pressure Control in Older Adults With Type 2 Diabetes and Hypertension in Vietnam. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2025;27(8):e70105.
 8. Weisell RC. Body mass index as an indicator of obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2002;11(s8):S681–4.
 9. de Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, de Lyra DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(3):554–561.
 10. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, Hong YP, Morisky DE. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187139.
 11. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. *Med Clin North Am*. 2017 Jan;101(1):229–245.
 12. Ruksakulpiwat S, Schiltz NK, Irani E, Josephson RA, Adams J, Still CH. Medication Adherence of Older Adults with Hypertension: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence*. 2024;18:957–975.
 13. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2019;10:168.
 14. Maffoni M, Traversoni S, Costa E, Midão L, Kardas P, Kurczewska-Michalak M, et al. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience. *Eur Geriatr Med*. 2020 Jun;11(3):369–381.
 15. Oori MJ, Mohammadi F, Norouzi K, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A. Conceptual Model of Medication Adherence in Older Adults with High Blood Pressure-An Integrative Review of the Literature. *Curr Hypertens Rev*. 2019;15(2):85–92.
 16. An J, Nichol MB. Multiple medication adherence and its effect on clinical outcomes among patients with comorbid type 2 diabetes and hypertension. *Med Care*. 2013 Oct;51(10):879–887.

Medication Adherence Among Patients With Comorbid Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus at Le Van Thinh Hospital, Ho Chi Minh City

Nguyen Van Hung¹, Le Thi Diem Trinh^{1*}

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

ABSTRACT

Objective: To assess medication adherence and identify factors associated with high medication adherence among patients with comorbid hypertension (HTN) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) receiving outpatient care at Le Van Thinh Hospital, Ho Chi Minh City in 2025. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 387 patients with comorbid HTN and T2DM receiving outpatient care at Le Van Thinh Hospital. Data were collected through face-to-face interviews on sociodemographic, clinical, and treatment characteristics, complemented by extraction of relevant information from outpatient medical records. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Multivariable logistic regression was performed to identify independent factors associated with high medication adherence. **Results:** Overall, 88.6% of patients demonstrated high medication adherence. Independent factors associated with high medication adherence included male sex (adjusted odds ratio [aOR] = 2.94; 95% confidence interval [CI], 1.25–6.93; $p = 0,014$), age ≥ 60 years (aOR = 3.39; 95% CI, 1.64–7.00; $p = 0,001$), systolic blood pressure (aOR = 0.97; 95% CI, 0.95–0.99), and the presence of multimorbidity (aOR = 1.98; 95% CI, 1.02–3.89; $p = 0,048$). **Conclusion:** Although high medication adherence was prevalent among patients with comorbid HTN and T2DM, variations in adherence according to sociodemographic characteristics and disease burden underscore the need for routine assessment of medication adherence and individualized interventions in outpatient care. Such strategies may help optimize medication use and reduce the risk of cardiovascular events in this high-risk population.

Keywords: Medication adherence; type 2 diabetes mellitus; hypertension; MMAS-8; multimorbidity