

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHÔNG TUÂN THỦ DÙNG THUỐC CỦA NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI QUẬN 10 TP.HCM

Tô Hoàng Linh¹, Lê Hồng Hoài Linh¹, Trương Hoàng Tuấn Anh¹, Nguyễn Hùng Sang¹, Trần Ngọc Đăng², Hồ Hoàng Vũ², Phan Thanh Xuân²

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, ²Đại học Y dược TP.HCM

Tăng huyết áp (THA) được xem là “kẻ giết người thầm lặng”, liên quan đến cái chết của hàng triệu người hàng năm trên toàn thế giới. Việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp luôn là một vấn đề cần phải quan tâm, đặc biệt trong bối cảnh đại dịch COVID-19 làm thay đổi nhiều thói quen và hành vi của con người. Một nghiên cứu cắt ngang có phân tích trên 1035 người cao tuổi được tiến hành ở Quận 10, thành phố Hồ Chí Minh nhằm xác định tỉ lệ không tuân thủ điều trị dùng thuốc trong cộng đồng và các yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ không tuân thủ điều trị dùng thuốc ở quận 10, thành phố Hồ Chí Minh là 15,8% (KTC 95%: 13,7 – 18,2), trong đó có 2% bỏ trị. Các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị là nhóm tuổi 65-69, không bảo hiểm y tế, trị số huyết áp cao, thời gian mắc bệnh THA ngắn, không đi khám đường đi kèm, không có máy đo huyết áp, không tự theo dõi huyết áp và tái khám không đầy đủ.

Từ khóa: Không tuân thủ dùng thuốc, Tăng huyết áp, người cao tuổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh lý diễn biến phức tạp và có chiều hướng ngày càng gia tăng trong cộng đồng. Năm 2015, theo ước tính của Hội tim mạch học Việt Nam, có đến 47,8% người Việt Nam bị mắc bệnh THA. Trong điều trị bệnh THA, việc kiểm soát được huyết áp mục tiêu là vấn đề tối quan trọng.¹ Thất bại trong việc kiểm soát huyết áp mục tiêu sẽ dẫn tới nhiều biến chứng nguy hiểm, thậm chí dẫn đến tử vong như suy thận, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não và một số bệnh tim mạch khác.² Việc không tuân thủ điều trị liên quan với việc không kiểm soát được huyết áp mục tiêu. Tuy nhiên, kết quả nhiều nghiên cứu ở trong và ngoài

nước đã chỉ ra tỉ lệ không tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA còn cao.^{3,4}

Tại Quận 10, thành phố Hồ Chí Minh, theo kết quả nghiên cứu mới nhất, có 33,8% người trưởng thành mắc bệnh THA, trong đó, tỉ lệ mắc bệnh trong nhóm ≥ 60 tuổi là 66,8%.⁵

Bên cạnh việc chưa có dữ liệu mới về tình hình tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở Quận 10, đặc biệt trong bối cảnh đại dịch COVID-19 đang thay đổi nhiều hành vi lối sống của con người, việc tìm hiểu về vấn đề không tuân thủ điều trị dùng thuốc là cấp thiết, đặc biệt trên nhóm người cao tuổi được ghi nhận tỉ lệ có các biến chứng THA là 26,25%.⁶ Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ người cao tuổi mắc bệnh THA tại Quận 10, TP.HCM không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp của người cao tuổi mắc bệnh THA.

Tác giả liên hệ: Tô Hoàng Linh

Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Email: dr.linhto1204@gmail.com

Ngày nhận: 07/09/2020

Ngày được chấp nhận: 15/09/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người cao tuổi mắc bệnh THA đang sinh sống tại Quận 10, TP.HCM. Nghiên cứu chọn vào những người ≥ 60 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp trên 1 tháng và đã loại ra những người không đủ khả năng trả lời bộ câu hỏi (không có khả năng nghe, hiểu tiếng Việt, không còn minh mẫn, tự trả lời các câu hỏi lưu loát, không thể trả lời câu hỏi nghiên cứu do cảm xúc, tâm thần, thiếu năng trí tuệ hay tình trạng sức khỏe).

2. Phương pháp

Thời gian nghiên cứu: tháng 08/2020.

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

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước tính tỉ lệ:

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{P(1-P)}{e^2}$$

Với tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc là 75%,³ d (độ chính xác tuyệt đối mong muốn) = 0,05 (5%), Z score 95% CI = 1,96, hệ số thiết kế = 3 và tỉ lệ mất mẫu ước tính là 10%². Từ đó, có cỡ mẫu tối thiểu là 964.

Kỹ thuật chọn mẫu: Dùng phương pháp chọn mẫu nhiều bậc. Bậc 1: chọn ngẫu nhiên ra 5 phường. Bậc 2: chọn ngẫu nhiên 4 tổ dân phố trong mỗi khu phố trên tổng số 26 khu phố của 5 phường. Bậc 3: Ở mỗi tổ dân phố, điều tra viên chọn ngẫu nhiên 1 hộ gia đình và những hộ gia đình liền kề phía bên tay phải. Bậc 4: Ở mỗi hộ gia đình, chọn tất cả các đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn chọn vào, loại ra của nghiên cứu cho đến khi đủ 10 người. Trên thực tế, nghiên cứu phỏng vấn được 1035 người cao tuổi mắc bệnh THA tại quận 10, TP.HCM.

Biến số nghiên cứu: Biến số độc lập gồm: các biến số nền (tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình, có BHYT), các biến số về tiền sử bệnh (chỉ số huyết áp, thời gian mắc THA, bệnh đi kèm), các biến số về theo dõi điều trị (có máy đo huyết áp, có theo dõi huyết áp, số loại thuốc trong toa, mức độ tái khám đầy đủ trong dịch COVID-19 từ 2/2020 đến 6/2020). Biến số phụ thuộc: sử dụng bộ câu hỏi Morisky Medication Adherence Scale để đánh giá tuân thủ dùng thuốc (bộ công cụ này có độ nhạy là 0,81 và độ tin cậy Cronbach $\alpha = 0,617$): Câu 1-4, 6-7: mỗi câu “Không” tính 1 điểm, “Có” tính 0 điểm. Câu 5: “Có” tính 1 điểm, “Không” tính 0 điểm. Câu 8: “Luôn luôn cảm thấy vậy” tính 0 điểm, “Thường xuyên” tính 0 điểm, “Thỉnh thoảng” tính 0 điểm, “Gần như không có” tính 0 điểm và “Tuyệt đối không” tính 1 điểm, biến số tuân thủ điều trị dùng thuốc theo MMSA-8 là biến nhị giá, không tuân thủ (< 6 điểm), tuân thủ (≥ 6 điểm).

Công cụ thu thập số liệu: 1) Máy đo huyết áp điện tử được chuẩn hóa. 2) Bảng câu hỏi phỏng vấn gồm 4 phần: Thông tin chung, Tiền sử bệnh, Theo dõi điều trị, Tuân thủ dùng thuốc hạ áp.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp người cao tuổi mắc bệnh THA dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn và đo huyết áp tại thời điểm phỏng vấn.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.2. Thống kê mô tả: đối với biến định tính: mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm; đối với biến định lượng: mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ vị. Thống kê phân tích: sử dụng phép kiểm chi bình phương và kiểm định t để đo lường mối liên quan giữa các biến độc lập và biến số tuân thủ điều trị

dùng thuốc. Mức ý nghĩa $\alpha < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% được sử dụng.

4. Đạo đức nghiên cứu

Người cao tuổi mắc bệnh THA được mời tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu và quyền được từ chối tham gia nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Đại học Y dược TP.HCM, số quyết định: 457/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 24/07/2020.

III. KẾT QUẢ

1. Mô tả đặc điểm của người cao tuổi mắc bệnh THA tại quận 10, TPHCM (n=1035)

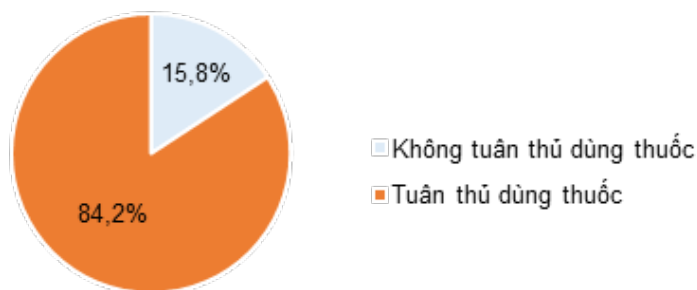
Đặc điểm chung: Nhóm tuổi 60-64 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 34,3%, nhóm tuổi từ 80 trở lên chiếm tỉ lệ thấp nhất với 16,6%. Giới tính nữ chiếm đa số với 66,3%. Trình độ học vấn Bậc THPT chiếm tỉ lệ cao nhất với 32,9%, sau đó là bậc THCS 30,6%, tỉ lệ không đi học thấp nhất với 9%. Về nghề nghiệp hiện tại, đa số đều không đi làm với tỉ lệ 77,5%. Số người sống một mình chỉ chiếm 3,2%, còn lại 96,8% là sống cùng người thân và đình. Tỉ lệ sở hữu BHYT chiếm 97,6% và nơi đăng ký BHYT là Bệnh

viện/Trung tâm y tế Quận chiếm nhiều nhất với 64,7%, kế tiếp là Bệnh viện đa khoa cấp thành phố với 23,8%, ở Trạm y tế thấp với 0,2%.

Đặc điểm bệnh lý: Tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu chỉ chiếm 38%. Về thời gian mắc bệnh THA, tỉ lệ mắc trên 10 năm cao nhất với 35,5%, tỉ lệ mắc bệnh dưới 1 năm thấp nhất, chiếm tỉ lệ 11,1%. Đa số đều mắc bệnh đi kèm với 65,4%, trong đó, tỉ lệ bệnh đi kèm là đái tháo đường nhiều nhất với 49,8%, thứ hai là bệnh khớp với 44,7%, rối loạn lipid máu đứng thứ ba với 16,1%.

Đặc điểm theo dõi điều trị THA: Tỉ lệ có máy đo huyết áp chiếm đa số với 71,2%. Tỉ lệ có theo dõi huyết áp tại nhà là 57,5%. Tỉ lệ người đang không dùng thuốc hạ áp là 2%. Trong toa của người sử dụng thuốc hạ áp, sử dụng 2-3 loại thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất với 39,8%, thấp nhất là sử dụng 1 loại thuốc với 27,1%. Trong dịch COVID-9 từ tháng 2 - 6/2020, số người không tái khám lần nào chiếm tỉ lệ 15,9% và tái khám không đầy đủ chiếm 11,3%. Đa phần các lý do không tái khám trong khoảng thời gian từ tháng 2 - 6/2020 là lý do liên quan đến COVID-19 hoặc cảm thấy huyết áp đã ổn.

2. Tỉ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp



Hình 1. Tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc hạ áp (n=1035)

Tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp chiếm 15,8% (KTC 95%: 13,7 – 18,2).

3. Các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp

Bảng 1. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung với việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc tại quận 10, TPHCM (n = 1035)

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc THA		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Không (n = 164)	Có (n = 871)		
Giới tính				
Nam	54 (15,5)	295 (84,5)	1	
Nữ	110 (16,0)	576 (84,0)	1,04 (0,77 – 1,40)	0,230
Nhóm tuổi				
60 - 64 tuổi	48 (13,5)	307 (86,5)	1	
65 - 69 tuổi	55 (21,4)	202 (78,6)	1,58 (1,11 – 2,25)	0,011
70 -79 tuổi	36 (14,0)	221 (86,0)	1,04 (0,69 – 1,55)	0,863
80 tuổi trở lên	25 (15,0)	141 (85,0)	1,11 (0,71 – 1,74)	0,673
Học vấn (n=1034)				
Bậc THPT	54 (15,9)	286 (84,1)	1	
Không đi học	14 (16,9)	69 (83,1)	1,06 (0,62 – 1,82)	
Bậc tiểu học	31 (17,3)	148 (82,7)	1,09 (0,73 – 1,63)	
Bậc THCS	46 (14,5)	271 (85,5)	0,91 (0,64 – 1,31)	
Trung cấp trở lên	19 (16,4)	97 (83,6)	1,03 (0,64 – 1,67)	0,938
Nghề nghiệp				
Không đi làm	123 (15,3)	679 (84,7)	1	
Có đi làm	41 (17,6)	192 (82,4)	1,15 (0,83–1,58)	0,406
Hoàn cảnh gia đình				
Sống cùng người thân	159 (15,9)	843 (84,1)	1	
Một mình	5 (15,2)	28 (84,8)	0,95 (0,42–2,17)	0,912
Bảo hiểm y tế				
Có	154 (15,3)	856 (84,7)	1	
Không	10 (40,0)	15 (60,0)	2,62 (1,59–4,33)	0,003

Người trong nhóm 65-69 tuổi có tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp cao gấp 1,58 lần người trong nhóm 60-64 tuổi (KTC 95%: 1,11 – 2,25), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,02$. Trong khi đó, tỉ lệ không tuân thủ hạ áp dùng thuốc của người trong nhóm 70-79 tuổi và từ 80 tuổi trở lên so với nhóm 60-64 tuổi có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Người cao tuổi không có BHYT có tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp cao gấp 2,62 lần người có BHYT (KTC

95%: 1,59 – 4,33), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa không tuân thủ điều trị dùng thuốc với yếu tố giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình ($p > 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm bệnh lý với việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc của người cao tuổi mắc bệnh THA tại quận 10, TPHCM (n = 1035)

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc THA		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Không (n = 164)	Có (n = 871)		
HATT (mmHg)	139,2 ± 17,0	131,1 ± 13,3		<0,001
HATTr (mmHg)	83,7 ± 9,3	79,4 ± 9,0		<0,001
Thời gian mắc bệnh THA				
Dưới 1 năm	20 (29,4)	48 (70,6)	1	
Từ 1 đến 5 năm	40 (14,6)	233 (85,4)	0,79 (0,69 – 0,91)	
Từ 5 đến 10 năm	45 (16,1)	234 (83,9)	0,63 (0,48 – 0,82)	
Trên 10 năm	45 (12,2)	323 (87,8)	0,49 (0,33 – 0,74)	0,001**
Đái tháo đường đi kèm				
Không	125 (17,6)	585 (82,4)	1	
Có	2 (6,9)	27 (93,1)	0,43 (0,11 – 1,64)	0,298*
Bệnh thận đi kèm				
Không đi làm	123 (15,3)	679 (84,7)	1	
Có đi làm	41 (17,6)	192 (82,4)	1,15 (0,83–1,58)	0,406

*Kiểm định Fisher's exact, **Kiểm định tính khuynh hướng

Người cao tuổi không tuân thủ dùng thuốc hạ áp có huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình cao hơn lần lượt khoảng 8,1 và 4,3 mmHg so với nhóm tuân thủ dùng thuốc hạ áp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Người cao tuổi có thời gian mắc bệnh THA càng lâu thì có tỉ lệ không tuân thủ điều trị càng giảm với thời gian mắc bệnh THA lâu thêm 1 bậc thì tỉ lệ không tuân thủ điều trị giảm đi 1 bậc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Người cao tuổi có bệnh THA mắc kèm bệnh đái tháo đường có tỉ lệ không tuân thủ điều trị thấp hơn 0,43 lần người không mắc kèm bệnh đái tháo đường (KTC 95%: 0,54 – 0,97), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,03$.

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố có bệnh thận đi kèm với việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố theo dõi điều trị với việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc của người cao tuổi mắc bệnh THA tại quận 10, TPHCM (n = 1035)

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc THA		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Không (n = 164)	Có (n = 871)		
Máy đo huyết áp				
Có	106 (14,4)	631 (85,6)	1	
Không	58 (19,5)	240 (80,5)	1,35 (1,01–1,81)	0,041
Theo dõi huyết áp				
Có	82 (13,8)	513 (86,2)	1	
Không	82 (18,6)	358 (81,4)	1,35 (1,02–1,79)	0,035
Số loại thuốc trong toa				
≥ 4 thuốc	42 (12,5)	294 (87,5)	1	
2 – 3 thuốc	54 (13,4)	349 (86,6)	1,07 (0,74 – 1,56)	
1	47 (17,1)	228 (82,9)	1,37 (0,93 – 2,01)	0,234
Tái khám trong COVID-19				
Đầy đủ	90 (12,0)	661 (88,0)	1	
Không đầy đủ	19 (16,2)	98 (83,8)	1,63 (1,40–1,90)	<0,001
Không tái khám	53 (32,3)	111 (67,7)	2,65 (1,96–3,60)	<0,001

Người cao tuổi không có máy đo huyết áp có tỉ lệ không tuân thủ điều trị thuốc cao gấp 1,35 lần người có máy đo huyết áp với PR=1,35 (KTC 95%: 1,01 – 1,81), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người cao tuổi không có hành vi tự theo dõi HA có tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp cao gấp 1,35 lần người có hành vi theo dõi HA với PR= 1,35 (KTC 95%: 1,02 – 1,79), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong dịch COVID-19 từ tháng 2/2020 đến 6/2020, người cao tuổi càng tái khám không đầy đủ thì tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp càng tăng, với mức độ đầy đủ của tái khám giảm 1 bậc thì tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc tăng lên 1 bậc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số loại thuốc trong toa với việc không tuân thủ dùng thuốc ($p=0,234$).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu này, tỉ lệ không tuân thủ điều trị dùng thuốc ở nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 15,8%. Tỉ lệ này khá thấp so với kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Haley William và các cộng sự sử dụng thang đo MMAS-8

cho kết quả 61,2% người không tuân thủ dùng thuốc,⁸ nghiên cứu của tác giả Yunying Hou và các cộng sự thực hiện tại Trung Quốc cũng sử dụng thang đo MMAS-8 cho thấy có 65,8% người không tuân thủ dùng thuốc.⁹

Khi xét các yếu tố liên quan, về tuổi tác, nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê giữa các nhóm tuổi với việc không tuân thủ điều trị, nhưng khi so sánh với nhóm 60-64 tuổi, chỉ có nhóm 65-69 tuổi có tỉ lệ không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 1,58 lần (KTC 95%: 1,11–2,25), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó, nhóm 70-79 tuổi và nhóm từ 80 tuổi trở lên có tỉ lệ không tuân thủ điều trị dùng thuốc gấp lần lượt 1,04 lần (KTC 95%: 0,69-1,55) và 1,11 lần (KTC 95%: 0,71-1,74) nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Mọi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi và không tuân thủ điều trị dùng thuốc ở nghiên cứu này tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu khác.^{3,4} Người không có BHYT có tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp cao hơn 2,62 lần người có bảo hiểm y tế (KTC 95%: 1,59 – 4,33), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Có thể lí do đến từ việc sở hữu BHYT sẽ khiến người bệnh quan tâm đến tình trạng sức khỏe hiện tại và đi khám bệnh nhiều hơn khi có sự hỗ trợ từ việc chi trả của BHYT, từ đó tiếp cận với y tế tốt hơn và tuân thủ điều trị hơn. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa không tuân thủ điều trị với các yếu tố giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp và hoàn cảnh gia đình với việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc ($p > 0,05$), khá tương đồng với một số kết quả nghiên cứu khác.^{3,10,11}

Về yếu tố đặc điểm bệnh lý, kết quả nghiên cứu chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa không tuân thủ điều trị dùng thuốc với chỉ số huyết áp hiện tại, thời gian mắc bệnh tăng huyết, có bệnh đái đường đi kèm ($p < 0,05$). Cụ thể, người mắc bệnh THA càng lâu thì tỉ lệ không tuân thủ điều trị dùng thuốc càng giảm, tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác.^{4,9} Việc người có bệnh đái đường đi kèm có tỉ lệ không tuân thủ điều trị thấp hơn người không có bệnh đái đường kèm theo cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị

Mỹ Hạnh.⁹ Nhóm không tuân thủ điều trị dùng thuốc có huyết áp tâm thu và tâm trương cao hơn nhóm tuân thủ điều trị dùng thuốc lần lượt khoảng 8,1 và 4,3 mmHg. Điều này cho thấy việc không tuân thủ điều trị dùng thuốc gây khó khăn trong việc điều trị bệnh THA, cụ thể là làm giảm chỉ số huyết áp của người bệnh về mục tiêu điều trị. Trong một nghiên cứu công bố năm 2011, tác giả Gianpaolo Reboldi đã chỉ ra rằng nguy cơ đột quỵ sẽ giảm lần lượt 13% (KTC 95%: 5-20; $p=0,002$) và 11,5% (KTC 95%: 5-17 mmHg; $p < 0,001$) của mỗi 5 mmHg được giảm của huyết áp tâm thu và mỗi 2 mmHg được giảm của huyết áp tâm trương.¹³

Về yếu tố theo dõi điều trị, nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa không tuân thủ điều trị dùng thuốc với việc sở hữu máy đo huyết áp, có tự theo dõi huyết áp và tình trạng đi tái khám của người bệnh với việc không tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Cụ thể hơn, người không có máy đo huyết áp có tỉ lệ không tuân thủ điều trị thuốc cao gấp 1,35 lần người có máy đo huyết áp (KTC 95%: 1,01 – 1,81, $p < 0,05$) so với nhóm không có máy đo huyết áp. Đồng thời, người không có hành vi tự theo dõi HA có tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp cao gấp 1,35 lần người có hành vi theo dõi HA với (KTC 95%: 1,02 – 1,79, $p < 0,05$). Điều này cho thấy việc sở hữu máy đo huyết áp không chỉ giúp người bệnh chủ động theo dõi huyết áp theo lời khuyên từ bác sĩ điều trị mà còn giúp giảm tỉ lệ không tuân thủ điều trị xuống. Trong dịch COVID-19 từ tháng 2/2020 đến 6/2020, người cao tuổi càng tái khám không đầy đủ thì tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc hạ áp càng tăng, với mức độ đầy đủ của tái khám giảm 1 bậc thì tỉ lệ không tuân thủ dùng thuốc tăng lên 1 bậc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ngoài ra, nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số loại thuốc trong toa điều trị và việc

không tuân thủ điều trị ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.^{8,14} Tuy nhiên, lại không tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khi cho rằng người bệnh sử dụng nhiều thuốc sẽ tuân thủ điều trị kém hơn người sử dụng ít thuốc.^{15,16}

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người cao tuổi mắc bệnh THA không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp là 15,8%, trong đó có 2% bỏ trị. Các yếu tố liên quan bao gồm: nhóm tuổi 65-69, BHYT, chỉ số huyết áp cao, thời gian mắc bệnh THA còn ngắn, không có đái tháo đường đi kèm, không có máy đo huyết áp, không theo dõi huyết áp và không tái khám đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Law M, et al. Lowering blood pressure to prevent myocardial infarction and stroke: a new preventive strategy. *Health Technol Assess*. 2003;7(31):1-94.
2. B. M. Psaty, et al. Association between blood pressure level and the risk of myocardial infarction, stroke, and total mortality: the cardiovascular health study. *Archives of internal medicine*. May 14 2001;161(9):1183-1192.
3. Bùi Thị Mai Trinh, các cộng sự. Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2012;16(4):275.
4. Uchmanowicz B, et al. 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. *Frontiers in Pharmacology*. 2019;10(168):1-11.
5. Võ Thị Xuân Hạnh, các cộng sự. Tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường qua khảo sát trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư tại quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019;27(8):79.
6. Trương Hoàng Tuấn Anh. Thực trạng yêu cầu sử dụng dịch vụ y tế tuyến cơ sở ở người cao tuổi được chẩn đoán Tăng huyết áp. *Thành phố Hồ Chí Minh, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*; 2019.
7. Morisky DE, et al. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. Jan 1986;24(1):67-74.
8. Haley WE, et al. The association between Self-Reported Medication Adherence scores and systolic blood pressure control: a SPRINT baseline data study. *Journal of the American Society of Hypertension : JASH*. Nov 2016;10(11):857-864.e852.
9. Hou Y, et al. The association between self-perceptions of aging and antihypertensive medication adherence in older Chinese adults. *Aging clinical and experimental research*. Dec 2016;28(6):1113-1120.
10. Kim Bảo Giang, các cộng sự. Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện đa khoa huyện Cẩm Khê, Phú Thọ năm 2015-2016. *Tạp chí Y tế Công cộng*. 2017;44:tr 30-35.
11. Lo SH, et al. Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. *The Journal of cardiovascular nursing*. Jul-Aug 2016;31(4):296-303.
12. Reher D, et al. Living Alone in Later Life: A Global Perspective. *Population and Development Review*. 2020/09/03 2018;44(3):427-454.
13. Reboldi G, et al. Effects of intensive blood pressure reduction on myocardial infarction and stroke in diabetes: a meta-analysis in 73,913 patients. *Journal of hypertension*. Jul

2011;29(7):1253-1269.

14. Lee GK, et al. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PloS one*. 2013;8(4):e62775.

15. Teshome DF, et al. Medication adherence and its associated factors among hyper-

tensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, northwest Ethiopia. *Integrated blood pressure control*. 2017;10:1-7.

16. Jankowska-Polanska B, et al. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:363-371.

Summary

FACTORS ASSOCIATED WITH MEDICATION NON-ADHERENCE IN ELDERLY WITH HYPERTENSION IN DISTRICT 10, HO CHI MINH CITY

Hypertension is referred to as a “silent killer”, related to millions of deaths over around the world annually. The medication non-adherence is such a problem that authorities need to deal with, especially in the situation of COVID-19 pandemic changing modern behaviors of people. A cross-sectional correlational study was conducted in 1035 elders in district 10, Ho Chi Minh city with the aim of determining the prevalence of the medication non-adherence and factors associated with. The results showed that the prevalence of the medication non-adherence is 15,8% (95% CI: 13,7 – 18,2), including 2% abandoned to hypertensive treatment. Moreover, the determinants associated with this issue were age, medical insurance, blood pressure, duration of hypertension, concomitant diabetes, blood pressure monitor, self-monitoring blood pressure and hypertension appointment during COVID-19.

Keywords: Medication non-adherence, Hypertension, Elders.