

Nghiên cứu gốc

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC NĂM 2024-2025

Nguyễn Khoa Lý¹, Nguyễn Thị Bích Uyên^{1,2,*}, Trương Thị Vân Anh¹, Lâm Thanh Hương³, Phạm Thị Liên³

1. Bệnh viện Lê Văn Việt, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Trường Đại học Cửu Long, Vĩnh Long, Việt Nam
3. Trung tâm y tế khu vực Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Bích Uyên ✉ uyendr0610@gmail.com

TÓM TẮT: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị bệnh mạn tính (BMT) và phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị BMT của người bệnh điều trị ngoại trú tại thành phố Thủ Đức năm 2024-2025. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả. Nghiên cứu ở 253 người bệnh (BN) Tăng huyết áp (THA), 150 BN Đái tháo đường (ĐTĐ), 130 BN bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) điều trị tại Bệnh viện Lê Văn Việt và Trung tâm Y tế thành phố Thủ Đức cơ sở 1,2,3 từ tháng 7/2024 - 02/2025. Độ tuổi trung bình là 65.7 ± 10.9 ; nam 52.2%, nữ 47.8%. Thời gian mắc bệnh 6.8 ± 6.5 năm. THA, ĐTĐ phát hiện chủ yếu tình cờ, 74.6% COPD được phát hiện khi có triệu chứng. 10% người THA, 17.3% người ĐTĐ và 6.2% người COPD có ít nhất 1 bệnh đồng mắc. 67.7% người THA đạt HA $< 140/90$ mmHg. Chỉ số đường huyết 137.7 ± 50.4 mg/dl (96%). 24.6% người COPD giai đoạn GOLD 3,4 Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 23.8% tốt, 48.6% trung bình và 27.6% kém. Tuân thủ điều trị tốt hơn ở các nhóm: sống cùng gia đình, phát hiện bệnh qua khám định kỳ, thời gian bệnh dưới 5 năm, không có bệnh đồng mắc ($p < 0.05$); có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và kết quả điều trị đạt mục tiêu, rõ ràng nhất ở người bệnh THA, 1 phần ở COPD và ĐTĐ. Tuân thủ điều trị giữ vai trò thiết yếu trong quản lý bệnh mạn tính.

Từ khóa: Bệnh mạn tính, tuân thủ điều trị, khám định kỳ

CURRENT STATUS OF TREATMENT ADHERENCE AND RELATED FACTORS IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN THU DUC CITY FROM 2024 TO 2025

Nguyen Khoa Ly, Nguyen Thi Bich Uyen, Truong Thi Van Anh, Lam Thanh Huong, Pham Thi Lien

ABSTRACT: To describe the current status of treatment adherence among outpatients with chronic diseases and to analyze factors associated with treatment adherence in Thu Duc City during 2024-2025. Cross-sectional descriptive study. The study included 253 patients with hypertension, 150 patients with diabetes mellitus, and 130 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) treated at Le Van Viet Hospital and Thu Duc City Medical Center (Facilities 1, 2, and 3) from July 2024 to March 2025. The mean age was 65.7 ± 10.9 years; 52.2% were male and 47.8% were female. The duration of illness was 6.8 ± 6.5 years. Hypertension and diabetes were mostly discovered incidentally; 74.6% of COPD patients were diagnosed when symptoms appeared. 10% of hypertensive patients, 17.3% of diabetic patients, and 6.2% of COPD patients had at least one comorbidity. 67.7% of hypertensive patients had blood pressure $< 140/90$ mmHg. Blood glucose levels were 137.7 ± 50.4 mg/dL (96%). 24.6% of COPD patients were in GOLD stage 3 or 4. The overall treatment adherence rate was 23.8% good, 48.6% fair, and 27.6% poor. Better treatment adherence was observed among patients who lived with family, were diagnosed through regular check-ups, had a disease duration of less than 5 years, and had no comorbidities ($p < 0.05$). Treatment adherence was significantly associated with achieving treatment goals, particularly among patients with hypertension, and to a lesser extent among those with COPD and diabetes. Conclusion: Treatment adherence plays an essential role in the management of chronic diseases.

Keywords: Chronic disease, treatment adherence, regular check-ups

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO,2023), bệnh mạn tính không lây (BMT) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới, chiếm 74% tổng số ca tử vong hàng năm [1]. Tại Việt Nam, các bệnh này chiếm khoảng 77% tổng số ca tử vong, chủ yếu do các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường (ĐTĐ) và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) [2]. Việc tuân thủ điều trị kém sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu quả điều trị, tỷ lệ biến chứng và tăng chi phí cho chăm sóc sức khỏe [3]. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh mạn tính điều trị ngoại trú tại thành phố Thủ Đức năm 2024-2025", với 02 mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị bệnh mạn tính; và Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị bệnh mạn tính của người bệnh điều trị ngoại trú tại thành phố Thủ Đức năm 2024-2025.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Người BMT: tăng huyết áp (THA), ĐTĐ, COPD đang điều trị ngoại trú và có thời gian điều trị tối thiểu 2 tháng tại bệnh viện Lê Văn Việt hoặc Trung tâm Y tế thành phố Thủ Đức (cơ sở 1,2,3).

Tiêu chí chọn mẫu: người bệnh (BN) đã được chẩn đoán ít nhất một trong các bệnh THA, ĐTĐ, COPD đang dùng thuốc và được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Việt hoặc Trung tâm y tế thành phố Thủ Đức với thời gian tối thiểu 2 tháng.

Tiêu chí loại trừ: BN không có đủ sức khỏe về thể chất và tinh thần để tham gia nghiên cứu, người bệnh có rối loạn ý thức, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Lê Văn Việt, Trung tâm Y tế thành phố Thủ Đức.

2.3. Thời gian nghiên cứu:

Tháng 7/2024 - 03/2025.

2.4. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu:

Phiếu nghiên cứu được xây dựng dựa

trên thang đo tuân thủ điều trị Morisky Medication Adherence Scales MMAS-8 đã được dịch, hiệu chuẩn và sử dụng rộng rãi trong các bệnh mạn tính [4], [5], [6].

Số liệu được thu thập thông qua Phiếu nghiên cứu, được làm sạch và nhập vào máy tính bằng Google sheet, sau đó số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0.

2.5. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu:

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức bệnh viện Lê Văn Việt.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của BN mắc BMT tại thành phố Thủ Đức

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65.7 ± 10.9 , trong đó 80.9% thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên. Tỷ lệ nam (52.2%) nhiều hơn hơn nữ (47.8%). Chứng tỏ, BMT gặp cả nam và nữ, thường ở người lớn tuổi do quá trình lão hóa, giảm dự trữ chức năng và tích lũy nhiều yếu tố nguy cơ, cũng như tình hình già hóa của dân số [7].

Đa số BN sống với gia đình (96.4%), chỉ 2.8% sống một mình. Việc sống với gia đình thường giúp BN được quan tâm, nhắc nhở lịch uống thuốc, tái khám, từ đó có thể nâng cao tuân thủ. Trong khi đó, nhóm sống một mình dễ bỏ thuốc hoặc tái khám trễ hơn [8].

Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế cao (97,4%), giúp giảm bớt rào cản tài chính và hỗ trợ việc duy trì điều trị. Ngược lại, BN không có bảo hiểm (2,6%) có thể gặp khó khăn về tài chính, ảnh hưởng tiêu cực đến việc tuân thủ điều trị [9]

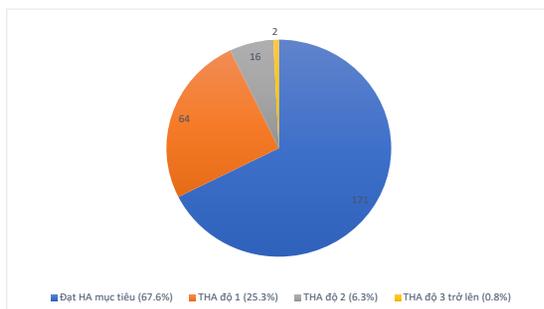
Thời gian mắc bệnh trung bình của cả ba nhóm dao động 6-7 năm. Đây là khoảng thời gian đủ dài để BN có nguy cơ biến chứng nếu không kiểm soát tốt [10]. Nhiều nghiên cứu khác cũng ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình của BMT thường từ 5-10 năm, đặc biệt ở nhóm >60 tuổi [11].

40% BN THA, 39% BN ĐTĐ được chẩn đoán qua khám sức khỏe định kỳ (KSK) hoặc tình cờ khi đi khám bệnh khác, chứng tỏ các BMT thường không có triệu chứng rõ ràng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của KSK để phát hiện sớm, nhất là THA, ĐTĐ có biểu hiện âm thầm [12], [13]. Ngược lại, COPD phần lớn (74.6%) được

Bảng 1. Tình trạng bệnh của người BMT

Tình trạng bệnh		THA (n=253)		ĐTĐ (n=150)		COPD (n=130)	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh phát hiện bệnh	Khám sức khỏe	108	42.7	59	39.3	7	5.4
	Khám bệnh khác	66	26.1	30	20.0	13	10.0
	Biểu hiện bệnh	50	19.8	42	28.0	97	74.6
	Không nhớ	29	11.5	19	12.7	13	10.0
Thời gian mắc bệnh (kể từ lúc phát hiện bệnh)	6.4 ± 5.3; min = 1; max = 30	6.8 ± 4.6	6.8 ± 6.5				
Thời gian phát hiện bệnh	< 5 năm	120	47.4	55	36.7	62	47.7
	≥ 5 năm	133	52.6	95	63.3	68	52.3
Thời gian điều trị	6.3 ± 5.3	6.5 ± 4.6	6.7 ± 6.6				
Thời gian tái khám định kỳ	31.2 ± 25.1	37.3 ± 33.6	30.7 ± 14.3				
BMT kèm theo	Có	26	10.3	26	17.3	8	6.2
	Không	227	89.7	124	82.7	122	93.8
Biến chứng	Có	11	4.3	6	4.0	9	6.9
	Không	242	95.7	144	96.0	121	93.1

phát hiện khi BN có biểu hiện khó thở, ho kéo dài. 10% THA, 17.3% ĐTĐ, 6.2% COPD có ít nhất 1 bệnh đồng mắc. Việc có nhiều bệnh đồng mắc thường tăng gánh nặng điều trị, số loại thuốc phải dùng, đồng thời nâng cao nguy cơ tương tác thuốc và giảm tuân thủ điều trị. Tuy nhiên việc mắc nhiều bệnh lý, có thể BN đi khám thường xuyên hơn, do đó ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị cần được phân tích cụ thể tùy trường hợp [14].



Hình 3. 1. Phân bố người bệnh THA theo mức độ THA

Ở nhóm THA, kết quả cho thấy 67.6% BN đạt huyết áp (HA) mục tiêu, phù hợp với các nghiên cứu tại khu vực đô thị Việt Nam, thường 60-70% BN THA ngoại trú có thể kiểm soát HA dưới 140/90 mmHg

[15]. Ở nhóm ĐTĐ, chỉ số đường huyết trung bình là 136.7 ± 50.4 mg/dL, với phần lớn BN (96%) chưa xuất hiện biến chứng nghiêm trọng và có 4% trường hợp đường huyết còn vượt ngưỡng khuyến cáo. Đối với nhóm COPD, 55.4% BN ở GOLD 1, 20.0% GOLD 2, 15.4% GOLD 3 và 9.2% GOLD 4 và việc quản lý BN COPD ở địa phương cần tập trung nhiều vào phát hiện sớm, điều trị duy trì lâu dài, đặc biệt hướng dẫn kỹ năng dùng thuốc hít để hạn chế đợt kịch phát [16].

3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị của BN:

Tỷ lệ chung (cả 3 nhóm bệnh) có tái khám định kỳ là 88.0%. Đáng chú ý, 79.7% số BN vẫn tái khám trễ so với lịch hẹn, thời gian trễ trung bình 14.5 ± 14.9 ngày. Lý do trễ hẹn chính là “bận công việc” (63.5%), tiếp đó là “đi khám không thuận tiện” (11.8%), “ngại đi khám” (10.8%) và lý do khác (13.9%).

Bảng 2. Thực trạng tuân thủ khám định kỳ của bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Tình trạng bệnh		THA (n=253)		ĐTĐ (n=150)		COPD (n=130)	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tái khám định kỳ (KĐK)	Có	213	84.2	145	96.7	111	85.4
	Không	40	15.8	5	3.3	19	14.6
Tái khám trễ hẹn	Có	199	78.7	116	77.3	110	84.6
	Không	54	21.3	34	22.7	20	15.4
Thời gian tái khám trễ hẹn	13.3 ± 14.1	10.9 ± 12.1	20.6 ± 17.1				
	Bận công việc	127	63.8	62	53.4	81	73.6
	Ngại đi khám	21	10.6	16	13.8	9	8.2
Lý do khám trễ	Đi khám không thuận tiện	23	11.6	19	16.4	8	7.3
	Khác	28	14.1	19	16.4	12	10.9

Bảng 3. Mức độ tuân thủ điều trị tổng thể theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	Tốt n(%)	Trung bình n(%)	Kém/ Không tuân thủ n(%)
Người bệnh THA (n = 253)	66 (26.1)	122 (48.2)	65 (25.7)
Người bệnh ĐTĐ (n = 150)	44 (29.3)	71 (47.3)	35 (23.3)
Người bệnh COPD (n = 130)	17 (13.1)	66 (50.8)	47 (36.2)
Chung (n = 533)	127(23.8)	259 (48.6)	147 (27.6)

253 BN THA trong nghiên cứu có 74.3% tuân thủ điều trị, 25.7% thuộc nhóm tuân thủ kém hoặc không tuân thủ. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước trước đây: Nguyễn Thị Tố Uyên và cộng sự (2024) báo cáo tỷ lệ tuân thủ là 73.8% tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang [17]; Lê Trung Hiếu và cộng sự (2020-2021) tại Vĩnh Long là 74% [18]; Huỳnh Ngọc Linh (2025) ghi nhận tỷ lệ tuân thủ chung 62% trên toàn quốc, với 61% ở miền Bắc, 59% miền Trung và 65% miền Nam [19]. Việc tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố, bao gồm tính chất không triệu chứng của tăng huyết áp,

sự hay quên do tuổi tác và những quan niệm sai lầm rằng sử dụng thuốc lâu dài gây hại cho gan hoặc thận, Một số BN cũng giảm hoặc ngừng thuốc khi họ cảm thấy HA ổn định. Do đó, việc đơn giản hóa phác đồ điều trị, chẳng hạn như sử dụng thuốc kết hợp liều cố định, có thể giúp cải thiện sự tuân thủ [12].

Trong nhóm 150 BN ĐTĐ, 76.6% tuân thủ điều trị, 23.3% tuân thủ kém. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ĐTĐ tốt cao hơn so với BN THA (29.3% so với 26.1%); mặc dù gần ¼ số BN vẫn tuân thủ kém. Kết quả này tương tự với một nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 của Phạm Thị Lâm Phương và cộng sự, báo cáo tỷ lệ tuân thủ thuốc là 73.5% [20], nhưng thấp hơn so với 84.05% được báo cáo bởi Lương Thị Kiều Diễm và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Nguyên [21]. Những khác biệt này có thể do đặc thù dân số, môi trường chăm sóc sức khỏe,.... Trên toàn cầu, sự tuân thủ điều trị ĐTĐ rất khác nhau; các nghiên cứu từ Hoa Kỳ và châu Âu báo cáo tỷ lệ 50-70% [22], [23]. Sự phức tạp của việc quản lý bệnh tiểu đường, bao gồm thay đổi lối sống và lo ngại về hạ đường huyết, cũng như chứng hay quên khi sử dụng insulin, ... góp phần dẫn đến việc tuân thủ không tối ưu [24].

Nghiên cứu của chúng tôi có 130 BN COPD, chỉ có 13.1% tuân thủ tốt, là nhóm bệnh có tỷ lệ tuân thủ tốt thấp nhất trong ba bệnh lý được khảo sát; đồng thời nhóm không tuân thủ hoặc tuân thủ kém chiếm hơn 1/3. Điều này phù hợp với các nghiên

cứu trước đây tại Việt Nam, báo cáo tỷ lệ tuân thủ thấp, 80.4% tuân thủ kém tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau (2022) [25], và 66,1% tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long [26]. Trên thế giới, COPD được coi là một trong những BMT có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất [27], [28]. Việc tuân thủ kém có thể do phác đồ điều trị phức tạp liên quan đến liệu pháp hít cần kỹ thuật đúng cách, nhất là BN lớn tuổi. Các rào cản khác gồm: chi phí thuốc cao, hút thuốc, ô nhiễm môi trường, hạn chế tiếp cận phục hồi chức năng hô hấp,... Do đó, các chiến lược can thiệp toàn diện: đào tạo kỹ thuật sử dụng thuốc hít, tư vấn thường xuyên, hỗ trợ chi phí,... là rất cần thiết để cải thiện tỷ lệ tuân thủ ở BN COPD [25], [27].

Về thói quen dùng thuốc của BN, chúng tôi cũng ghi nhận được kết quả (bảng 3.6)

Bảng 4. Thực trạng sử dụng thuốc của BN mắc BMT

Thực trạng dùng thuốc (n = 533)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng quên uống thuốc	216	40.5
Không uống trong 2 tuần qua	72	13.5
Từng giảm hoặc ngừng uống thuốc mà không thông báo cho bác sĩ	77	14.4
Quên thuốc khi đi khỏi nhà	86	16.1
Không uống thuốc ngày hôm qua	47	8.8
Ngưng uống thuốc khi HA đã kiểm soát	89	16.7
Thấy phiền khi uống thuốc hàng ngày	124	23.3
Khó khăn khi nhớ lịch uống thuốc	317	59.5

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị BMT

Hoàn cảnh sống có mối liên quan có ý nghĩa với tuân thủ điều trị ($p = 0.037$). BN sống một mình có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn (53.3%) so với nhóm sống cùng gia đình (27%). Hỗ trợ gia đình mang lại nguồn động viên, nhắc nhở, và giám sát từ đó cải thiện việc tuân thủ điều trị, trong khi sống một mình có thể dẫn đến việc bỏ sót liều thuốc, giảm động lực điều trị. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Abegaz và cộng sự tại Ethiopia, cho thấy hỗ trợ xã

hội là yếu tố then chốt nâng cao tuân thủ điều trị ở BN THA [29].

Bảng 3. 5. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tình trạng bệnh

Tình trạng bệnh	Tuân thủ	Không tuân thủ	Giá trị p
Hoàn cảnh phát bệnh			
KSK	147 (84.5)	27 (15.5)	<0.001
Khám bệnh khác phát hiện	78 (71.6)	31 (28.4)	
Biểu hiện bệnh	128 (67.7)	61 (32.3)	
Không nhớ	33 (54.1)	28 (45.9)	
Thời gian phát hiện bệnh			
< 5 năm	189 (79.7)	48 (20.3)	0.001
≥ 5 năm	197 (66.6)	99 (33.4)	
BMT kèm theo			
Có	36 (60.0)	24 (40.0)	0.031
Không	350 (74.0)	123 (26.0)	
Biến chứng			
Có	16 (61.5)	10 (38.5)	0.259
Không	370 (73.0)	137 (27.0)	

Kết quả phân tích cho thấy BN được phát hiện bệnh thông qua KSK có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao nhất (84.5%), cao hơn hẳn so với những người được chẩn đoán trong khi đi khám vì lý do khác (71.6%), hoặc xuất hiện triệu chứng bệnh (67.7%), hoặc với các trường hợp chẩn đoán không rõ ràng (54.1%) ($p < 0.001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Wu và cộng sự (2024) tại Trung Quốc, ghi nhận việc phát hiện bệnh chủ động có liên quan đến kiến thức bệnh tốt hơn, thái độ tích cực hơn và sự tuân thủ điều trị được cải thiện [30].

BN được chẩn đoán mắc bệnh dưới 5

năm cho thấy tỷ lệ tuân thủ cao hơn đáng kể (79,7%) so với nhóm có thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm (66,6%) ($p = 0.001$). Mức độ tuân thủ có xu hướng giảm dần theo thời gian khi BN trở nên ít cảnh giác hơn và cảm thấy mệt mỏi với việc điều trị. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Jin et al. (2016) tại Hàn Quốc ở BN ĐTĐ típ 2, ghi nhận việc giảm mức độ tuân thủ sau thời gian điều trị kéo dài, đặc biệt là sau 5 năm, ở những BN BMT [31]

Nhóm không có BMT kèm theo có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn (74,0%) so với nhóm có (60,0%) ($p=0.031$). Việc có thêm một hay nhiều BMT đồng mắc thường làm tăng số lượng thuốc, phức tạp phác đồ điều trị, tăng nguy cơ tương tác thuốc và tác dụng phụ. Những yếu tố này là rào cản phổ biến dẫn đến giảm tuân thủ điều trị, được nhấn mạnh trong nhiều nghiên cứu, như nghiên cứu của Hugtenburg và cộng sự (2006) về đa bệnh lý và đa thuốc ở BN lớn tuổi [32]

Bảng 3. 6. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tuân thủ	Không tuân thủ	Giá trị p
Bệnh THA			
Đạt HA mục tiêu	140 (81.9)	31 (18.1)	<0.001
THA độ 1	40 (62.5)	24 (37.5)	
THA độ 2	7 (43.8)	9 (56.2)	
THA độ 3 trở lên	1 (50.0)	1 (50.0)	
Bệnh ĐTĐ			
Đường huyết kiểm soát tốt	347 (73.2)	127 (26.8)	0.280
Đường huyết cao	39 (66.1)	20 (33.9)	
Bệnh COPD			
GOLD 1	50 (69.4)	22 (30.6)	0.03
GOLD 2	17 (65.4)	9 (34.6)	
GOLD 3	10 (50.0)	10 (50.0)	
GOLD 4	6 (50.0)	6 (50.0)	

BN đạt HA mục tiêu và BN COPD nhóm

1 có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm khác ($p < 0.05$), cho thấy vai trò quyết định của việc tuân thủ điều trị trong quản lý BMT. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Degli Esposti L. và cộng sự (2011), cho thấy tỷ lệ kiểm soát HA cao hơn 2–3 lần ở BN THA tuân thủ điều trị [33]. Kết quả này cũng tương tự một nghiên cứu tại Việt Nam của Trần Đức Sĩ (2021) ($p=0.03$) [34]. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của George và cộng sự (2005) chỉ ra rằng ở BN COPD, sự tuân thủ điều trị liên quan chặt chẽ đến giảm số lần nhập viện và cải thiện chất lượng sống [35]

Kiểm soát đường huyết tốt được ghi nhận ở 73,2% nhóm tuân thủ so với 66,1% nhóm không tuân thủ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,280$). Kiểm soát đường huyết phụ thuộc vào nhiều yếu tố ngoài việc tuân thủ thuốc, bao gồm chế độ ăn uống, hoạt động thể chất và theo dõi. Tuy nhiên, một xu hướng tích cực đã được ghi nhận, phù hợp với các nghiên cứu trước đây, bao gồm nghiên cứu của Giorgino et al. (2018), cho thấy việc tuân thủ tốt làm giảm đáng kể HbA1c và các biến chứng vi mạch [36]

4. KẾT LUẬN:

Nghiên cứu khẳng định vai trò thiết yếu của tuân thủ điều trị trong quản lý BMT. Từ đó, cần có các biện pháp can thiệp phù hợp và lâu dài như: tăng cường giáo dục sức khỏe, cá thể hóa tư vấn điều trị, phát triển mô hình quản lý BMT cộng đồng, đặc biệt chú trọng đến các nhóm yếu thế và có nguy cơ không tuân thủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] de Silva A, Varghese C, Amin MR, Bhagwat SS, Bruni A, Bunleusin S, et al. Non-communicable diseases in South-East Asia: journeying towards the SDG target. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2023;18:100305. Epub 20231029. doi: 10.1016/j.lansea.2023.100305. PubMed PMID: 38028169; PubMed Central PMCID: PMC10667301.

[2] tế BY. Hội thảo xây dựng Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và các rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2021-2025. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/hoi-thao-xay-dung-ke-hoach-quoc-gia-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-va-cac-roi-loan-suc-khoe-tam-than-giai-oan-2021-2025. 2024.

- [3] Al-Noumani H, Alharrasi M, Lazarus ER, Pan-chatcharam SM. Factors predicting medication adherence among Omani patients with chronic diseases through a multicenter cross-sectional study. *Sci Rep.* 2023;13(1):7067. Epub 20230501. doi: 10.1038/s41598-023-34393-4. PubMed PMID: 37127692; PubMed Central PMCID: PMC10151315.
- [4] Mantila KM, Pasmooij AMG, Hallgreen CE, Mol PGM, van Boven JFM. Medication Adherence Measurement Methods in Registration Trials Supporting the Approval of New Medicines: A Cross-Sectional Analysis of Centralized Procedures in the European Union 2010-2020. *Clin Pharmacol Ther.* 2022;112(5):1051-60. Epub 20220730. doi: 10.1002/cpt.2709. PubMed PMID: 35816103; PubMed Central PMCID: PMC9795959.
- [5] Nguyen T, Cao HTK, Quach DN, Le KK, Au SX, Pham ST, et al. The Vietnamese Version of the Brief Illness Perception Questionnaire and the Beliefs about Medicines Questionnaire: Translation and Cross-cultural Adaptation. *Trop Med Int Health.* 2019;24(12):1465-74. Epub 20191103. doi: 10.1111/tmi.13312. PubMed PMID: 31599083.
- [6] Nguyễn Thiên Vũ, Trương Văn Hòa, Nguyễn Thăng, Nguyễn Hương Thảo, Huỳnh Văn Minh, Suôi PT. Các bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tim mạch. *Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam.* 2021;93:31-43.
- [7] Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:721-31. Epub 20180507. doi: 10.2147/PPA.S161151. PubMed PMID: 29765208; PubMed Central PMCID: PMC5944464.
- [8] Alhabib MY, Alhazmi TS, Alsaad SM, AlQahtani AS, Alnafisah AA. Medication Adherence Among Geriatric Patients with Chronic Diseases in Riyadh, Saudi Arabia. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:2021-30. Epub 20220808. doi: 10.2147/PPA.S363082. PubMed PMID: 35966222; PubMed Central PMCID: PMC9373993.
- [9] Shuk Ying Ho, Xitong Guo, Vogel. D. Opportunities and Challenges in Healthcare Information Systems Research: Caring for Patients with Chronic Conditions. *Communications of the Association for Information Systems.* 2019;44:852-73. doi: <https://doi.org/10.17705/1CAIS.04439>.
- [10] Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:1687-98. Epub 20180905. doi: 10.2147/PPA.S169236. PubMed PMID: 30233149; PubMed Central PMCID: PMC6130270.
- [11] Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases. *Eur J Intern Med.* 2024;119:1-5. Epub 20230720. doi: 10.1016/j.ejim.2023.07.008. PubMed PMID: 37479633.
- [12] Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071. Epub 20230926. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. PubMed PMID: 37345492.
- [13] American Diabetes A. 9. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care.* 2018;41(Suppl 1):S86-S104. doi: 10.2337/dc18-S009. PubMed PMID: 29222380.
- [14] Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA.* 2012;307(23):2493-4. doi: 10.1001/jama.2012.5265. PubMed PMID: 22797447; PubMed Central PMCID: PMC4083627.
- [15] Nguyễn Văn Bé Hai, Văn Ngọc Uyên, Nguyễn Thị Phương Dung, Hiền. PT.T. Khảo sát kiểm soát huyết áp mục tiêu bằng Holter 24 giờ tại phòng khám Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp Chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2016;20 (6):158-62.
- [16] (GOLD) GfCOLD. GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD: 2024 Report. <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>. 2024.
- [17] Nguyễn Thị Tố Uyên, Vũ Thị Phương Vân, Long NT. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý điều trị tại xã Yên Sơn- huyện Lục Nam- tỉnh Bắc Giang và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Học Việt Nam.* 2024;538:119-23.
- [18] Lê Trung Hiếu, Châu Liễu Trinh, Huỳnh Ngọc Thanh, Phạm Trung Tín, Trần Tín Nghĩa, Đoàn Văn Học, et al. Tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2020-2021. *Tạp chí Dược học Cần Thơ.* 2024;80:153-60. doi: 10.58490/ctump.2024i80.3096.
- [19] Huỳnh Ngọc Linh, Tùng. HT. Phân tích tổng hợp tuân thủ điều trị bằng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025;66 (2):18-23.
- [20] Phạm Thị Lâm Phương, Nguyễn Thị Thu Hương, Linh. VT. Mức độ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2024;185 (12):173-9.

- [21] Lương Thị Kiều Diễm, Đặng Thị Hương, Thủy NTT. Tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường tip 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y dược Thái Nguyên năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;538 (1):104-8.
- [22] Grant P. Management of diabetes in resource-poor settings. *Clin Med (Lond)*. 2013;13(1):27-31. doi: 10.7861/clinmedicine.13-1-27. PubMed PMID: 23472490; PubMed Central PMCID: PMC5873700.
- [23] American Diabetes Association Professional Practice C. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S11-S9. doi: 10.2337/dc24-S001. PubMed PMID: 38078573; PubMed Central PMCID: PMC10725798.
- [24] Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x. PubMed PMID: 18453793; PubMed Central PMCID: PMC2562622.
- [25] Nguyễn Thị Tú Em, Diễm NT. Đánh giá tuân thủ điều trị, yếu tố liên quan và kết quả can thiệp truyền thông ở bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau 2022-2023. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2023;531 (1B):149-54.
- [26] Đặng Huỳnh Thu, Nguyễn Trương Duy Tùng, Võ Phạm Minh Thứ, Hữu. LM. Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị, các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2024;80:78-84. doi: 10.58490/ctump.2024i80.2556.
- [27] Tzouveleakis A, Kyriakopoulos C, Gergianni I, Rapti A, Michailidis V, Dimoulis A, et al. Real World Study on the Reasons for eEscalation or de-Escalation of Inhaled Therapies in COPD Patients: the STEPINCOPD Multicenter Observational Study. *COPD*. 2024;21(1):2427755. Epub 20241119. doi: 10.1080/15412555.2024.2427755. PubMed PMID: 39560105.
- [28] Vetrano DL, Bianchini E, Onder G, Cricelli I, Cricelli C, Bernabei R, et al. Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(12):2500-6. Epub 20170628. doi: 10.1111/ggi.13115. PubMed PMID: 28656664.
- [29] Abegaz TM, Abdela OA, Bhagavathula AS, Teni FS. Magnitude and determinants of uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in Ethiopia: hospital-based observational study. *Pharm Pract (Granada)*. 2018;16(2):1173. Epub 20180622. doi: 10.18549/Pharm-Pract.2018.02.1173. PubMed PMID: 30023028; PubMed Central PMCID: PMC6041209.
- [30] Wu Y, Xiong S, Zhu G, Chen X, Zhang M, Gong E, et al. Patient, family, and community factors associated with medication adherence among people with hypertension or diabetes: A cross-sectional analysis. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2024;15:100482. Epub 20240720. doi: 10.1016/j.rcsop.2024.100482. PubMed PMID: 39157069; PubMed Central PMCID: PMC11328030.
- [31] Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008;4(1):269-86. doi: 10.2147/tcrm.s1458. PubMed PMID: 18728716; PubMed Central PMCID: PMC2503662.
- [32] Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:675-82. Epub 20130710. doi: 10.2147/PPA.S29549. PubMed PMID: 23874088; PubMed Central PMCID: PMC3711878.
- [33] Degli Esposti L, Saragoni S, Benemei S, Batacchi P, Geppetti P, Di Bari M, et al. Adherence to antihypertensive medications and health outcomes among newly treated hypertensive patients. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2011;3:47-54. Epub 20110307. doi: 10.2147/CEOR.S15619. PubMed PMID: 21935332; PubMed Central PMCID: PMC3169972.
- [34] Trần Đức Sĩ, Nguyễn Hùng, Phan Kim Mỹ, Hiệp. NT. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của bệnh nhân ngoại trú tại khoa tim mạch PKĐK Hoàn Mỹ Sài Gòn. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2021;500 (1):39-43.
- [35] George J, Kong DC, Thoman R, Stewart K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*. 2005;128(5):3198-204. doi: 10.1378/chest.128.5.3198. PubMed PMID: 16304262.
- [36] Giorgino F, Penforinis A, Pechtner V, Gentilella R, Corcos A. Adherence to antihyperglycemic medications and glucagon-like peptide 1-receptor agonists in type 2 diabetes: clinical consequences and strategies for improvement. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:707-19. Epub 20180507. doi: 10.2147/PPA.S151736. PubMed PMID: 29765207; PubMed Central PMCID: PMC5944456.