Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 202-205

OVERVIEW OF MEDICATION ADHERENCE IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS AND RELATED FACTORS

Dam Thi Thu Hang*

Faculty of Pharmacy, University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

Received: 08/06/2026
Revised: 19/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Hypertension is the chronic cardiovascular condition most frequently seen in older people and a principal driver of stroke, myocardial infarction, heart failure and early death. Bringing blood pressure to target relies heavily on taking medication regularly over the long term, yet among older adults this behaviour is often unstable and weakens as treatment continues. This review covers three issues: the status and consequences of irregular medication use; the factors shaping adherence, organised by the five-domain framework of the World Health Organization; and approaches that help improve it. Across Vietnamese and international literature, adherence among older hypertensive patients ranges broadly from roughly 55% to more than 90%, differing mainly by measurement tool and study context. World Health Organization's 5 domains (condition, patient, therapy, socioeconomic and health system/care team-related factors) can be split into modifiable and non-modifiable components. For the modifiable ones, proven interventions include patient education and counselling, regimen simplification with single-pill combinations, reminders by phone call, text message and mobile application, dose-management aids, and a stronger role for clinical pharmacists and caregivers. Detecting risk factors early and tailoring interventions to each patient are central to improving hypertension outcomes in the elderly.

Keywords: Hypertension, elderly, medication adherence, associated factors, intervention.

*Corresponding author
Email: damthuhangbm@gmail.com **Phone:** (+84) 904266067 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6651

TỔNG QUAN VỀ TUÂN THỦ DÙNG THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CAO TUỔI VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đàm Thị Thu Hằng*

Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 08/06/2026
Ngày sửa: 19/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Tăng huyết áp là rối loạn tim mạch mạn tính gặp nhiều nhất ở người cao tuổi và là căn nguyên hàng đầu của đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim cùng tử vong sớm. Việc đưa huyết áp về mục tiêu phụ thuộc lớn vào uống thuốc đều và lâu dài; song ở người cao tuổi, hành vi này thường thiếu ổn định và giảm dần theo thời gian. Bài tổng quan đề cập 3 vấn đề: thực trạng và hệ quả của dùng thuốc không đều; các yếu tố chi phối mức tuân thủ theo khung 5 nhóm của Tổ chức Y tế Thế giới; và các giải pháp can thiệp. Đối chiếu y văn trong và ngoài nước, tỷ lệ tuân thủ ở người cao tuổi tăng huyết áp trải từ khoảng 55% tới hơn 90%, chênh lệch chủ yếu do công cụ đo và bối cảnh nghiên cứu. 5 nhóm yếu tố theo Tổ chức Y tế Thế giới (bệnh lý, người bệnh, phác đồ, kinh tế - xã hội và hệ thống y tế) có thể tách thành phần thay đổi được và không thay đổi được. Với phần thay đổi được, các biện pháp đã kiểm chứng gồm giáo dục - tư vấn người bệnh, rút gọn phác đồ và viên phối hợp liều cố định, nhắc nhở qua điện thoại - tin nhắn - ứng dụng, dụng cụ chia liều, cùng vai trò của dược sĩ lâm sàng và người chăm sóc. Phát hiện sớm yếu tố nguy cơ và cá thể hóa can thiệp là điểm mấu chốt để nâng cao hiệu quả điều trị ở người lớn tuổi.

Từ khóa: Tăng huyết áp, người cao tuổi, tuân thủ dùng thuốc, yếu tố liên quan, can thiệp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là tình trạng áp lực máu lên thành động mạch tăng cao kéo dài và là một trong những thách thức y tế công cộng hàng đầu. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính khoảng 1,3 tỷ người 30-79 tuổi mắc tăng huyết áp (HA), gần phân nửa không hay biết và chỉ chừng một phần năm kiểm soát được HA đạt mục tiêu [1]. Vì tiến triển âm thầm nhiều năm trước khi gây các biến cố nặng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh thận mạn hay sa sút trí tuệ, tăng HA được xem là mối đe dọa âm ỉ với sức khỏe. Báo cáo toàn cầu năm 2023 của WHO nhấn mạnh mở rộng điều trị và kiểm soát HA hiệu quả có thể cứu hàng chục triệu người trong các thập niên tới [1].

Gánh nặng bệnh tập trung ở người cao tuổi. Lão hóa làm thành mạch xơ cứng, kém đàn hồi và đẩy HA tâm thu tăng, nên tỷ lệ mắc tăng HA ở người ≥ 60 tuổi có thể vượt 60-70%. Tại Việt Nam, dân số già hóa nhanh khiến số người cao tuổi mắc tăng HA ngày một lớn. Nhóm này thường mắc kèm nhiều bệnh, dùng đồng thời nhiều thuốc, suy giảm trí nhớ - nhận thức, giảm thị lực - thính lực - vận động và lệ thuộc người chăm sóc, nên việc duy trì điều trị đúng và đều khó hơn nhiều so với người trẻ [2].

Điều trị tăng HA phối hợp thay đổi lối sống với dùng thuốc hạ áp gần như suốt đời, dựa trên các nhóm chính: lợi tiểu, chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển (ACEi), chẹn thụ thể angiotensin II (ARB) và chẹn beta; mục tiêu là hạ HA về ngưỡng an toàn, phòng biến cố tim mạch, bảo vệ cơ quan đích và giữ chất lượng sống. Tuy nhiên, thuốc chỉ hiệu quả khi dùng đúng liều, đúng giờ và liên tục; trên thực tế, tuân thủ dùng thuốc - khâu nối giữa kê đơn và kết quả - lại hay bị xem nhẹ.

Theo WHO, tuân thủ điều trị là mức độ hành vi của người bệnh (uống thuốc, ăn uống, thay đổi lối sống) khớp với khuyến nghị đã thống nhất cùng nhân viên y tế [3]. Dùng thuốc kém đều ngày càng được xem là căn nguyên lớn gây thất bại điều trị, tăng biến cố tim mạch, nhập viện, chi phí và tử vong; WHO từng nhận định nâng cao hiệu quả các can thiệp về tuân thủ có thể đem lại lợi ích cho sức khỏe cộng đồng vượt trên mọi tiến bộ riêng lẻ của một liệu pháp [3].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng quan này dựa trên ưu tiên lựa chọn các công bố mới có ISSN/DOI trong và ngoài nước nhằm đề cập đến 3 vấn đề: (1) Thực trạng và hệ quả của kém tuân thủ dùng thuốc; (2) Các yếu tố liên quan chi phối mức tuân thủ dùng thuốc; và (3) Giải pháp can thiệp góp phần nâng cao tuân thủ dùng thuốc ở người cao tuổi tăng HA.

2. THỰC TRẠNG VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA VIỆC KÉM TUÂN THỦ DÙNG THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP

2.1. Thực trạng tuân thủ dùng thuốc

Dùng thuốc kém đều rất phổ biến ở bệnh mạn tính nói chung và tăng HA nói riêng. WHO ước tính 30-50% người bệnh không dùng thuốc hạ áp đúng chỉ định [3]. Con số tuân thủ dao động mạnh giữa các nghiên cứu, tùy công cụ đo (tự khai, đếm viên, tỷ lệ ngày có thuốc, đo nồng độ thuốc), ngưỡng phân loại và đặc điểm quần thể; trong đó thang Morisky (MMAS) được dùng phổ biến nhất nhờ ngắn gọn, nhanh và đã thẩm định trên nhiều nhóm bệnh tim mạch [4].

Phân tích gộp của Uchmanowicz B và cộng sự (2019) trên 13 nghiên cứu với 5247 người bệnh tăng HA ≥ 60 tuổi (thang Morisky) cho tỷ lệ tuân thủ chung khoảng 68,9%, với chênh lệch rõ theo vùng: phương Tây cao hơn hẳn các khu vực khác (khoảng 83,9% so với 54,3%) [4] - phản ánh tác động của hệ thống y tế, khả năng chi trả, học vấn và văn hóa - xã hội. Quan niệm "càng già càng kém tuân thủ" không còn hoàn toàn đúng: tổng quan của Burnier M và cộng sự (2020) cho thấy nhóm 65-80 tuổi tuân thủ nhỉnh hơn người trẻ, chỉ ở nhóm trên 80 tuổi tỷ lệ không tuân thủ mới tăng vọt do giảm nhận thức, trầm cảm, đa thuốc và sống đơn độc [2]; nói cách khác, liên hệ giữa tuổi với tuân thủ có hình chữ U chứ không tuyến tính.

Tại Việt Nam, Lương Thị Thu Giang và cộng sự (2022) khảo sát 250 người bệnh tăng HA ≥ 60 tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng cho thấy: tuân thủ chung 77,6%, riêng dùng thuốc 81,4%, tập luyện chỉ 42% [5]. Trần Thị Thúy Hường và cộng sự (2025) nghiên cứu trên 340 người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa ghi nhận 67,1% tuân thủ dùng thuốc và 32,9% kém tuân thủ [6]; trong khi Hồ Thị Kim Thanh và cộng

*Tác giả liên hệ
Email: damthuhangbm@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 904266067 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6651

sự (2025-2026) dùng MMAS-8 trên 523 người bệnh ngoại trú tại Hoàng Mai (Nghệ An) lại báo cáo tới 95,4% [7]. Phân tích tổng hợp trong nước của Huỳnh Ngọc Linh và cộng sự (2025) trên 26 nghiên cứu kết luận tỷ lệ tuân thủ trung bình khoảng 62% và rất không đồng nhất giữa các nghiên cứu [8]. Dù số liệu khác nhau, điểm chung là vẫn còn một bộ phận đáng kể người cao tuổi tăng HA chưa dùng thuốc đúng và đều - đây là khoảng trống cần can thiệp.

2.2. Ảnh hưởng của kém tuân thủ dùng thuốc

Hệ quả trực tiếp của kém tuân thủ là không đạt HA mục tiêu: người đạt mục tiêu có khả năng tuân thủ cao gấp khoảng 3,3 lần nhóm không đạt [6], và nhiều nghiên cứu quốc tế khẳng định bỏ thuốc, tự giảm liều hay uống ngắt quãng đều khiến HA khó kiểm soát. Quan trọng hơn, kém tuân thủ làm tăng biến cố tim mạch nặng và tử vong: phân tích gộp thuần tập của Peng X và cộng sự (2025) cho thấy người tuân thủ tốt có nguy cơ tử vong và biến cố tim mạch thấp hơn rõ rệt [9]. Ở người cao tuổi, ngừng thuốc đột ngột còn có thể gây tăng HA dội ngược, tăng nguy cơ đột quỵ và nhồi máu cơ tim; HA buông lỏng kéo dài thúc đẩy suy giảm nhận thức, phì đại thất trái và suy thận tiến triển.

Kém tuân thủ cũng liên quan tới tái nhập viện và tạo gánh nặng kinh tế lớn, vì biến chứng do HA không kiểm soát tốn kém gấp bội tiền thuốc hằng ngày. Do đó, nhận diện và can thiệp vào các yếu tố liên quan trở thành trọng tâm trong quản lý tăng HA ở người cao tuổi.

3. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ DÙNG THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP

WHO chia các yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ thành 5 nhóm tương tác: (1) bệnh lý; (2) người bệnh; (3) chế độ điều trị; (4) kinh tế - xã hội; và (5) hệ thống/đội ngũ chăm sóc y tế [3]. Cách phân chia này cho thấy kém tuân thủ không phải "lỗi" riêng của người bệnh mà là kết quả của nhiều tầng yếu tố; chúng còn được tách thành nhóm khó thay đổi (tuổi, giới, tiền sử) và nhóm tác động được (kiến thức, niềm tin, phác đồ, hỗ trợ xã hội).

3.1. Yếu tố liên quan đến bệnh tật

Bản chất tăng HA tạo rào cản riêng: bệnh hầu như không triệu chứng nên người cao tuổi khó cảm nhận lợi ích tức thì của thuốc, dễ chủ quan và tin lệch rằng chỉ cần uống khi HA cao hoặc khi nhức đầu, chóng mặt - nguyên nhân thường gặp của dùng thuốc gián đoạn [2]. Người đã mắc bệnh nhiều năm hoặc từng gặp biến chứng nhiều khi lại tuân thủ tốt hơn vì ý thức được rủi ro, nhưng các bệnh kèm phổ biến (thoái hóa khớp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, rối loạn lipid máu) làm tăng số thuốc và độ phức tạp phác đồ, hạ thấp tuân thủ [10]. Trầm cảm - hay bị bỏ sót - bào mòn động lực tự chăm sóc, làm giảm trí nhớ và khiến người bệnh thờ ơ điều trị, gắn với tuân thủ kém hơn [2]; tương tự, suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ làm hỏng khả năng nhớ lịch uống, là rào cản nổi bật ở nhóm trên 80 tuổi [2].

3.2. Yếu tố liên quan đến người bệnh

Yếu tố thuộc người bệnh gồm phần khó thay đổi (tuổi, giới, tiền sử, đặc điểm nhân khẩu học) và phần tác động được (học vấn, kiến thức, niềm tin, rào cản tâm lý - hành vi). Về tuổi, liên hệ có hình chữ U: tốt hơn ở nhóm 65-80 tuổi, xấu đi ở nhóm rất cao tuổi [2]; nghiên cứu tại Đống Đa thấy người 60 đến dưới 80 tuổi tuân thủ cao hơn [6], còn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng nhóm tuổi cao hơn lại tuân thủ kém hơn [5]. Về giới, kết quả chưa thống nhất: một số nghiên cứu thấy nữ tốt hơn ở vài nhóm thuốc, nhiều nghiên cứu khác không thấy khác biệt [4-5], cho thấy giới thường đan xen với vai trò chăm sóc gia đình và khả năng tiếp cận dịch vụ. Học vấn và kiến thức về bệnh liên hệ rõ với tuân thủ: người có trình độ từ trung học phổ thông trở lên tuân thủ cao hơn có ý nghĩa thống kê [5-6]; các chương trình giáo dục dựa trên bằng chứng cho thấy hiểu biết đầy đủ về bệnh và thuốc gắn với tuân thủ cao hơn [10], trong khi học vấn thấp thường đi cùng năng lực hiểu biết sức khỏe (health literacy) hạn chế - yếu tố làm giảm tuân thủ. Niềm tin và thái độ với thuốc cũng then chốt: quên uống (rào cản lớn nhất ở người già, gắn với suy giảm trí nhớ), lo thuốc hại nhiều hơn lợi, ngại uống mỗi ngày, sợ tác dụng phụ, cùng xu hướng dùng phương pháp dân gian hay tự chỉnh thuốc đều dẫn tới dùng sai phác đồ [2].

3.3. Yếu tố liên quan đến chế độ điều trị

Đặc điểm phác đồ ảnh hưởng mạnh tới tuân thủ. Đa thuốc (polypharmacy) thường gặp ở người già do nhiều bệnh kèm; càng nhiều loại và nhiều lần uống mỗi ngày, người bệnh càng dễ nhầm, sót và giảm tuân thủ. Burnier M và cộng sự (2020) xác định phác đồ phức tạp, tần suất uống nhiều lần là yếu tố tác động xấu rõ rệt [2]. Tuy nhiên, trong vài bối cảnh kết quả lại ngược: tại Hoàng Mai (Nghệ An), người dùng từ 2 thuốc trở lên tuân thủ cao hơn nhóm dùng 1 thuốc (OR = 3,5; KTC 95%: 1,3-9,6) [7], có lẽ do bệnh nặng hơn và được theo dõi sát hơn. Tác dụng phụ là rào cản lớn: ho khan (ACEi), phù chân (chẹn kênh canxi), tiểu nhiều (lợi tiểu), tụt HA tư thế, chóng mặt, mệt - khó dung nạp ở người già dễ té ngã, khiến họ tự ngừng hoặc giảm liều mà không báo với bác sĩ; vì vậy cần lưu ý thuốc có khả năng không phù hợp và cân nhắc giảm kê đơn (deprescribing) để cải thiện tuân thủ và an toàn [2]. Ngoài ra, viên thuốc to, khó nuốt, bao bì khó mở hay hướng dẫn rườm rà cũng hạ tuân thủ, nên chọn dạng bào chế phù hợp và hướng dẫn rõ ràng rất có ý nghĩa.

3.4. Yếu tố kinh tế - xã hội

Khả năng chi trả chi phối mạnh việc theo đuổi điều trị: phần lớn nghiên cứu đồng thuận thu nhập thấp đi liền tuân thủ kém. Tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, người thu nhập từ 5 đến dưới 10 triệu đồng/tháng tuân thủ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng [6]. Người thu nhập thấp dễ tự giảm liều, bỏ thuốc hoặc ngừng tái khám để tiết kiệm; bảo hiểm y tế giữ vai trò bảo vệ vì người được chi trả thường tuân thủ tốt hơn. Điều kiện sống khó khăn, thiếu thốn cũng được ghi nhận làm giảm tuân thủ ở người cao tuổi tăng HA. Hỗ trợ xã hội và người chăm sóc đặc biệt quan trọng: người sống cùng gia đình, được nhắc nhở tuân thủ tốt hơn người sống một mình; nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng ghi nhận khác biệt theo nhóm người chăm sóc và khuyến nghị lưu tâm người cao tuổi không có ai chăm [5]. Sống đơn độc, cô đơn là yếu tố nguy cơ nổi bật [2]; khoảng cách tới cơ sở y tế, đi lại khó và điều kiện nông thôn cũng cản trở tái khám, lĩnh thuốc đều đặn.

3.5. Yếu tố liên quan đến hệ thống và đội ngũ chăm sóc y tế

Chất lượng tương tác giữa người bệnh và nhân viên y tế tác động trực tiếp tới tuân thủ: quan hệ tin cậy, tư vấn đủ thời gian và giải thích rõ ràng giúp người bệnh hiểu và hợp tác hơn, trong khi khám vội, thiếu tư vấn cá thể hóa, thiếu nhắc nhở và thiếu theo dõi giữa các lần tái khám là rào cản hệ thống quen thuộc. Việc bảo đảm nguồn thuốc ổn định, không gián đoạn và sự liên thông giữa các tuyến cũng quan trọng; khi tuyến cơ sở thiếu quy trình quản lý người bệnh tăng HA mạn tính, thiếu hồ sơ theo dõi và vắng dược sĩ lâm sàng, cơ hội phát hiện sớm kém tuân thủ sẽ giảm. Vì thế, can thiệp ở tầng hệ thống - tổ chức lại quy trình chăm sóc, tăng vai trò điều dưỡng và dược sĩ, ứng dụng công nghệ theo dõi - là hướng đi bền vững.

4. CÁC BIỆN PHÁP GÓP PHẦN NÂNG CAO TUÂN THỦ DÙNG THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP

Cải thiện tuân thủ cần cách tiếp cận đa thành phần, cá thể hóa, phối hợp giữa bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, người bệnh và gia đình, nhắm vào các yếu tố tác động được theo khung WHO. Không một biện pháp đơn lẻ nào hiệu quả tuyệt đối, phối hợp nhiều biện pháp thường cho kết quả tốt hơn.

4.1. Tư vấn, giáo dục người bệnh và phát huy vai trò của dược sĩ lâm sàng

Tư vấn, giáo dục trực tiếp để nâng nhận thức, thái độ và niềm tin là nền tảng của mọi can thiệp; nội dung cần cá thể hóa theo trình độ và tâm lý từng người cao tuổi: làm rõ tính mạn tính, không triệu chứng của tăng HA, lợi ích của uống thuốc đều, cách xử lý khi quên thuốc và cách nhận biết, báo cáo tác dụng phụ. Ruksakulpiwat S và cộng sự (2024) nhấn mạnh các chương trình giáo dục dựa trên bằng chứng, hướng vào đặc thù nhóm này là chìa khóa cải thiện tuân thủ [10]. Dược sĩ lâm sàng ngày càng quan trọng: qua rà soát đơn, phát hiện

tương tác và thuốc không phù hợp, tư vấn và theo dõi, dược sĩ nâng đáng kể chất lượng dùng thuốc; nhiều thử nghiệm can thiệp đa thành phần do dược sĩ dẫn dắt, cá thể hóa theo lý thuyết hành vi, đã cải thiện cả tuân thủ thuốc hạ áp lẫn kiểm soát HA [10] - hướng đáng nhân rộng ở Việt Nam.

4.2. Đơn giản hóa phác đồ và sử dụng viên phối hợp liều cố định

Vì phác đồ phức tạp là rào cản lớn, đơn giản hóa điều trị là biện pháp khả thi và hiệu quả nhất: giảm số lần uống mỗi ngày (ưu tiên thuốc tác dụng kéo dài, dùng 1 lần/ngày), giảm số viên và đồng bộ thời điểm uống. Viên phối hợp liều cố định (single-pill combination) - ghép 2 hoặc 3 hoạt chất hạ áp trong 1 viên - được nhiều khuyến cáo quốc tế đề xuất nhằm bớt số viên, cải thiện tuân thủ và kiểm soát HA tốt hơn [2]. Với người nhiều bệnh kèm, rà soát định kỳ để giảm kê đơn (deprescribing) vừa giảm gánh nặng thuốc, vừa giảm tác dụng phụ và tương tác [2].

4.3. Nhắc nhở qua điện thoại, tin nhắn và ứng dụng di động

Nhắc nhở và theo dõi từ xa là công cụ hỗ trợ tuân thủ hiệu quả, chi phí thấp. Tin nhắn ngắn (SMS) định kỳ giúp người bệnh khỏi quên uống và đã được nhiều nghiên cứu đánh giá là đơn giản, dễ triển khai, tiết kiệm trong chăm sóc dược cho người cao tuổi [10]. Các cuộc gọi nhắc định kỳ từ nhân viên y tế cũng giúp giữ kết nối và kịp thời xử trí vướng mắc. Điện thoại thông minh mở thêm ứng dụng nhắc thuốc và theo dõi từ xa, nhưng với người già cần giải pháp đơn giản, có thể nhờ con cháu hỗ trợ hoặc kết hợp cách truyền thống như tin nhắn, gọi điện và lịch nhắc bằng giấy.

4.4. Dụng cụ hỗ trợ dùng thuốc và vai trò của người chăm sóc

Các dụng cụ hỗ trợ như hộp chia thuốc theo ngày/buổi (pillbox), vỉ đóng gói theo liều, thẻ ghi tên thuốc và giờ uống giúp người già bớt nhầm và sót, nhất là khi dùng nhiều thuốc và suy giảm trí nhớ; tài liệu hướng dẫn chữ to, dễ đọc hỗ trợ người kém thị lực. Vì hỗ trợ xã hội mang tính quyết định, cần huy động người chăm sóc nhắc giờ, chuẩn bị thuốc, đưa tái khám và theo dõi tác dụng phụ; với người sống một mình, cần cơ chế hỗ trợ từ cộng đồng, y tế thôn bản hoặc chương trình quản lý bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế. Phối hợp giáo dục, đơn giản hóa phác đồ, nhắc nhở và hỗ trợ xã hội thường cho cải thiện bền vững hơn mọi biện pháp đơn lẻ.

5. KẾT LUẬN

Tuân thủ dùng thuốc là khâu quyết định nối giữa kê đơn và kết quả kiểm soát HA ở người cao tuổi tăng HA. Bằng chứng trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ tuân thủ còn dao động, một bộ phận đáng kể chưa dùng thuốc đúng và đều, trong khi hệ quả - không đạt HA đích, tăng biến cố tim mạch, nhập viện, chi phí và tử vong - rất nặng nề. Các yếu tố liên quan đa dạng, đan cài, trải khắp 5 nhóm theo WHO, trong đó nhiều yếu tố như kiến thức, niềm tin, độ phức tạp phác đồ, khả năng chi trả và hỗ trợ xã hội có thể tác động được. Sớm nhận diện yếu tố nguy cơ và chọn can thiệp phù hợp từng người - cá thể hóa giáo dục, tinh giản phác đồ, dùng tin nhắn và cuộc gọi để nhắc thuốc, trang bị dụng cụ chia liều, cùng sự đồng hành của dược sĩ lâm sàng và người nhà - là trách nhiệm của đội ngũ y tế. Trong bối cảnh dân số Việt Nam già hóa nhanh, đầu tư cho các chương trình này là ưu tiên có giá trị lâu dài đối với sức khỏe cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Kario K, Okura A, Hoshide S, Mogi M. The WHO global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. Hypertension Research, 2024, 47 (5): 1099-1102. doi: 10.1038/s41440-024-01622-w

[2] Burnier M, Polychronopoulou E, Wuerzner G. Hypertension and drug adherence in the elderly. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2020, 7: 49. doi: 10.3389/fcvm.2020.00049

[3] World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003.

[4] Uchmanowicz B, Jankowska E.A, Uchmanowicz I, Morisky D.E. 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. doi: 10.3389/fphar.2019.00168

[5] Lương Thị Thu Giang, Hoàng Thị Oanh, Đỗ Thị Ninh, Nguyễn Thanh Xuân, Đỗ Thị Từ, Nguyễn Thúy Hằng. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, năm 2021. Tạp chí Y học Dự phòng, 2022, 32 (5): 30-36. doi: 10.51403/0868-2836/2022/744

[6] Trần Thị Thúy Hường, Trần Thị Phương Thảo, Nguyễn Hải Phương, Nguyễn Lan Hương, Khúc Thị Hồng Anh, Lê Thị Hằng, Nguyễn Thị Sơn. Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2025. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2025, 197 (12): 680-691. doi: 10.52852/tcncyh.v197i12.4212

[7] Hồ Thị Kim Thanh, Nguyễn Thị Thanh, Đỗ Nguyên Vũ, Nguyễn Thị Phương Anh. Tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Hoàng Mai, Nghệ An năm 2025. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2026, 201 (4): 672-680. doi: 10.52852/tcncyh.v201i4.5001

[8] Huỳnh Ngọc Linh, Hồ Thanh Tùng. 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. doi: 10.52163/yhc.v66i2.2038

[9] Peng X, Wan L, Yu B et al. The link between adherence to antihypertensive medications and mortality rates in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMC Cardiovascular Disorders, 2025, 25 (1): 145. doi: 10.1186/s12872-025-04538-6

[10] Ruksakulpiwat S, Schiltz N.K, Irani E, Josephson R.A, Adams J, Still C.H. Medication adherence of older adults with hypertension: a systematic review. Patient Preference and Adherence, 2024, 18: 957-975. doi: 10.2147/PPA.S459678