

Thực trạng kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp và hiệu quả kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai

Current status of antihypertensive prescribing and the effectiveness of blood pressure control among outpatients at Hoe Nhai General Hospital

Trần Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thu Thảo¹,
Phan Thị Thanh Bình², Nguyễn Thành Hải¹
và Nguyễn Thị Hồng Hạnh^{1,*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp (THA) và hiệu quả kiểm soát huyết áp (HA) trên bệnh nhân điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả dọc theo thời gian trên 335 bệnh nhân được chẩn đoán THA, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai từ ngày 01/01/2025 đến 30/06/2025. Bệnh nhân được theo dõi liên tục trong 6 tháng, tương ứng các thời điểm T1-T6. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình $69,8 \pm 9,0$ ($72\% \geq 66$ tuổi); tỷ lệ nữ chiếm 60%. Chủ yếu các bệnh nhân có 1 bệnh đồng mắc (82,5%), phổ biến nhất là bệnh mạch vành (27,2%). Về đặc điểm kê đơn, nhóm ức chế men chuyển (ACEI) được sử dụng nhiều nhất (69,9%), tiếp theo là chẹn kênh canxi (60,3%) và chẹn beta (53,7%). Phác đồ phối hợp chiếm ưu thế, tăng từ 76,7% tại T1 lên 81,8% tại T4; trong đó, viên phối hợp liều cố định được sử dụng phổ biến (trung bình 71,7%). Trong số 120 bệnh nhân có bệnh mắc kèm tại thời điểm T1, có 75 bệnh nhân (62,5%) được kê đơn phù hợp với khuyến cáo về lựa chọn thuốc hạ áp ưu tiên. Về hiệu quả điều trị, ở tất cả các thời điểm, HATT và HATTr trung bình đều dưới 140 và 80 mmHg, và giảm dần trong suốt 6 tháng theo dõi. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát HA (HATT < 130 mmHg và HATTr < 80 mmHg) còn thấp (trung bình 16,1%; cao nhất 19,7% tại T5). Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân được điều chỉnh phác đồ có tỷ lệ đạt mục tiêu ít nhất một lần (43,0%) cao hơn so với nhóm không thay đổi phác đồ (38,7%). **Kết luận:** Phác đồ phối hợp thuốc, đặc biệt là dạng viên phối hợp liều cố định, là lựa chọn chủ yếu trong điều trị THA ngoại trú. Mặc dù huyết áp trung bình dưới mức 140/90 mmHg và được cải thiện theo thời gian, cần tăng cường kiểm soát HA hơn nữa để đạt mục tiêu điều trị ở mức chặt chẽ hơn.

Từ khóa: Huyết áp mục tiêu, ngoại trú, phối hợp liều cố định, tăng huyết áp.

Summary

Objective: To analyze prescribing patterns of antihypertensive medications and blood pressure (BP) control outcomes in outpatients with hypertension. **Subject and method:** A retrospective, longitudinal descriptive study was conducted on 335 hypertensive outpatients treated at Hoe Nhai General Hospital from January 1 to June 30, 2025. Patients were followed for 6 months, corresponding to time points T1-T6. **Result:** The mean age was 69.8 ± 9.0 years ($72\% \geq 66$ years), with females accounting for 60%. Most

Ngày nhận bài: 9/9/2026, ngày chấp nhận đăng: 14/10/2026

* Tác giả liên hệ: hanhnhth@hup.edu.vn - Trường Đại học Dược Hà Nội

patients had one comorbidity (82.5%), with coronary artery disease being the most common (27.2%). Regarding prescribing patterns, angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) were the most frequently used (69.9%), followed by calcium channel blockers (60.3%) and beta-blockers (53.7%). Combination therapy predominated, increasing from 76.7% at T1 to 81.8% at T4, with fixed-dose combinations widely used (mean 71.7%). Among 120 patients with comorbidities at T1, 75 (62.5%) received prescriptions consistent with guideline-recommended preferred antihypertensive regimens. Regarding treatment efficacy, both mean SBP and DBP were consistently maintained below 140/80 mmHg across all time points, decreasing progressively over the 6 months of follow-up. However, the proportion of patients achieving target BP (SBP < 130 mmHg and DBP < 80 mmHg) remained low (mean 16.1%, peaking at 19.7% at T5). Notably, patients with treatment adjustments had a higher rate of achieving target BP at least once (43.0%) compared to those without regimen changes (38.7%). *Conclusion:* Combination regimens, especially fixed-dose combinations, are the predominant strategy for outpatient hypertension treatment. Despite mean blood pressure remaining below 140/90 mmHg with gradual improvement over time, further optimization of blood pressure control is required to meet stricter target goals.

Keywords: Hypertension, Fixed-dose combination; Outpatients, Target blood pressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những thách thức hàng đầu của y tế công cộng do tỷ lệ mắc cao, nguy cơ biến chứng tim mạch và tử vong lớn. Theo WHO, khoảng 1,28 tỷ người trưởng thành (30 - 79 tuổi) mắc THA trên toàn cầu, chủ yếu ở các nước thu nhập thấp và trung bình; tuy nhiên, chỉ khoảng 42% được chẩn đoán và điều trị, và 21% kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc THA khoảng 30%, nhưng chỉ 13% bệnh nhân (BN) kiểm soát được huyết áp. Đây là một thách thức vô cùng lớn đối với hệ thống y tế².

Mục tiêu điều trị THA là kiểm soát huyết áp nhằm giảm biến cố tim mạch và tử vong. Điều trị THA cần kết hợp giữa các phương pháp không dùng thuốc và điều trị bằng thuốc^{3, 4}. Việc tối ưu hoá kê đơn bao gồm lựa chọn thuốc theo khuyến cáo, cân nhắc cá thể hoá dựa trên đặc điểm của BN giúp tối ưu hiệu quả điều trị, giảm thiểu tác dụng phụ, tăng tuân thủ và tiết kiệm chi phí y tế. Tuy nhiên, các vấn đề liên quan đến thuốc vẫn được ghi nhận trong thực hành lâm sàng. Theo một nghiên cứu tại Việt Nam trên 381 BN tăng huyết áp cho thấy có 820 vấn đề liên quan đến thuốc (DRP) được xác định với trung bình 2,15 DRP trên mỗi BN⁵. Điều này có thể là những yếu tố quan trọng dẫn đến huyết áp không được kiểm soát tối ưu, tăng nguy cơ gặp các biến chứng và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của BN.

Bệnh viện đa khoa Hoà Nhai là bệnh viện hạng II trực thuộc Sở Y tế Hà Nội, quản lý khoảng 36.000 người đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, trong đó có gần 2.000 BN tăng huyết áp đang được chẩn đoán và điều trị. Trước nhu cầu nâng cao chất lượng kê đơn và tăng cường hiệu quả quản lý BN tăng huyết áp, việc khảo sát thực trạng sử dụng thuốc điều trị THA ngoại trú là cần thiết nhằm xác định các vấn đề tồn tại và đề xuất giải pháp cải thiện hiệu quả điều trị. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích đặc điểm kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp và đánh giá hiệu quả kiểm soát huyết áp trong 6 tháng theo dõi trên BN điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hòa Nhai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

BN từ 18 tuổi trở lên có chẩn đoán THA, điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Hòa Nhai trong khoảng thời gian từ 01/01/2025 đến 30/6/2025. Nghiên cứu loại trừ các BN là phụ nữ có thai/phụ nữ cho con bú; BN có bệnh án thiếu thông tin hoặc không tiếp cận được.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu dựa trên hồ sơ dữ liệu của BN lưu trữ trên hệ thống bệnh án điện tử.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu không tính cỡ mẫu, lựa chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu: BN được thu thập thông tin tại 6 thời điểm (T1 - T6), tương ứng với 6 lần khám liên tiếp trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2025).

Tại thời điểm T1 (tháng 01/2025): Thu thập thông tin ban đầu gồm đặc điểm BN (mã số, tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, BMI, bệnh đồng mắc được liệt kê trong mục chẩn đoán bệnh), chỉ số huyết áp, các xét nghiệm cận lâm sàng (glucose máu lúc đói, cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-C, HDL-C, creatinin máu) nếu có, và thông tin thuốc hạ áp sử dụng (biệt dược/hoạt chất, hàm lượng, liều dùng, cách dùng).

Tại các thời điểm T2 - T6: Thu thập các thông tin cập nhật bao gồm chỉ số huyết áp, bệnh đồng mắc (nếu có thay đổi), xét nghiệm cận lâm sàng (nếu có), và thuốc sử dụng (biệt dược/hoạt chất, hàm lượng, liều dùng, cách dùng).

Căn cứ đánh giá: Dựa vào đồng thuận của Phân hội Tăng huyết áp/Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp năm 2024 [4], các quy ước cụ thể như sau:

Tính phù hợp kê đơn thuốc hạ áp trên các BN có bệnh đồng mắc: Đơn kê được xác định là phù hợp khi chứa ít nhất 1 phối hợp thuốc trong phác đồ ưu tiên theo từng bệnh lý kèm theo, bao gồm:

Bệnh mạch vành: ACEI/ARB + BB hoặc ACEI/ARB + CCB.

Đái tháo đường: ACEI/ARB + CCB hoặc ACEI/ARB + Lợi tiểu thiazid/giống thiazid.

Bệnh thận mạn: ACEI/ARB + CCB.

Đột quỵ: ACEI/ARB + Lợi tiểu thiazid/giống thiazid.

Suy tim: ACEI/ARB + BB + kháng aldosteron + lợi tiểu quai khi ứ dịch.

Nếu BN có ≥ 2 bệnh mắc kèm, nghiên cứu quy ước phác đồ hạ áp được đánh giá phù hợp khi sử dụng ít nhất 1 phối hợp thuốc phù hợp của 1 trong các bệnh mắc kèm.

Đánh giá hiệu quả điều trị: Mục tiêu kiểm soát huyết áp được cá thể hóa, với ngưỡng chung là HATT/HATTr < 130/80mmHg. Trong các trường hợp

không dung nạp hoặc có nguy cơ cao (BN ≥ 85 tuổi, có hạ huyết áp tư thế, suy yếu trung bình-nặng hoặc tiên lượng sống < 3 năm), mục tiêu HATT ở mức < 140mmHg.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập, làm sạch và xử lý thống kê bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0. Các biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (SD) nếu là phân phối chuẩn; hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu là phân phối không chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không can thiệp, các dữ liệu được bảo mật và chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Từ 1.045 hồ sơ bệnh án của BN tăng huyết áp tại thời điểm T1, loại trừ 605 bệnh nhân không khám đủ 6 tháng, 105 bệnh nhân không đủ thông tin về thuốc huyết áp sử dụng hoặc không có thuốc điều trị huyết áp, nghiên cứu thu được 335 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Tuổi trung bình là $69,8 \pm 9,0$ tuổi, dao động 43 - 94 tuổi, đa phần là các BN trên 65 tuổi (72,0%). Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (60% so với 40%), khoảng một nửa số BN thừa cân - béo phì. Tỷ lệ BN có ít nhất 1 bệnh mắc kèm 35,8%, trong đó bệnh mạch vành là phổ biến nhất với tỷ lệ là 27,2%.

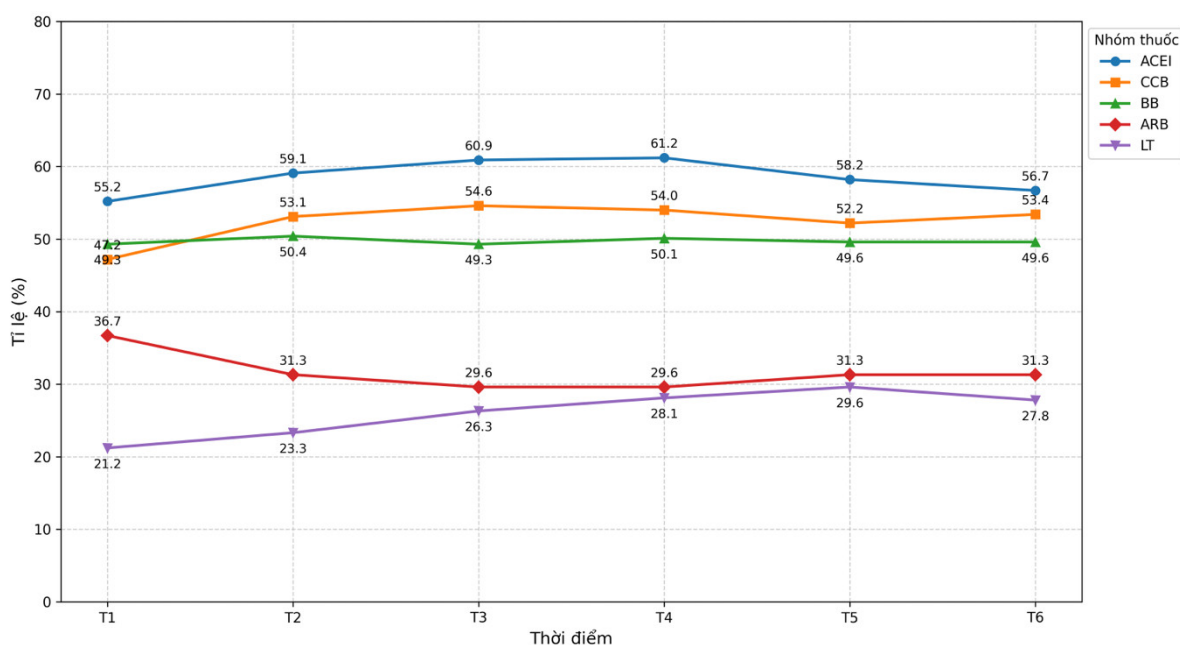
Bảng 1. Đặc điểm chung của BN trong nghiên cứu tại thời điểm T1

Đặc điểm	Kết quả (N = 335), n (%)
Tuổi (TB $\pm$ SD), min - max	$69,8 \pm 9,0$; 43 - 94
18 - 65 tuổi	94 (28,1)
66 - 84 tuổi	225 (67,2)
≥ 85 tuổi	16 (4,8)
Giới tính, nam	134 (40,0)
Thể trạng (N = 113) (BMI, kg/m²)	
< 18,5 (gầy)	2 (1,8)
18,5 - 22,9 (bình thường)	53 (46,9)
23 - 24,9 (thừa cân)	30 (26,5)
25 - 29,9 (béo phì độ I)	24 (21,2)

Đặc điểm	Kết quả (N = 335), n (%)
≥ 30 (béo phì độ II)	4 (3,5)
Bệnh mắc kèm	
Không mắc bệnh kèm	215 (64,2)
Có mắc bệnh kèm	120 (35,8)
Bệnh mạch vành	91 (27,2)
Đái tháo đường	10 (3,0)
Đột quỵ	32 (9,6)
Bệnh thận mạn	10 (3,0)
Suy tim	1 (0,3)

3.2. Đặc điểm kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp

Trên toàn bộ đơn thuốc điều trị tăng huyết áp thu thập được, nhóm nghiên cứu khảo sát sự có mặt của 5 nhóm thuốc hạ huyết áp chính bao gồm ức chế men chuyển (ACEI), chặn thụ thể angiotensin II (ARB), chặn kênh canxi (CCB), chặn beta giao cảm (BB) và lợi tiểu thiazid/giống thiazid (LT). Kết quả cho thấy ACEI là nhóm được kê đơn nhiều nhất, với 69,9% BN được sử dụng ít nhất một lần trong 6 tháng, tiếp theo là CCB (60,3%) và BB (53,7%). Hai nhóm còn lại có tỷ lệ thấp hơn, gồm ARB (45,4%) và LT (33,7%). Tỷ lệ kê đơn của các nhóm thuốc theo thời gian được trình bày trong hình 1



Hình 1. Tỷ lệ kê đơn các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp theo thời gian

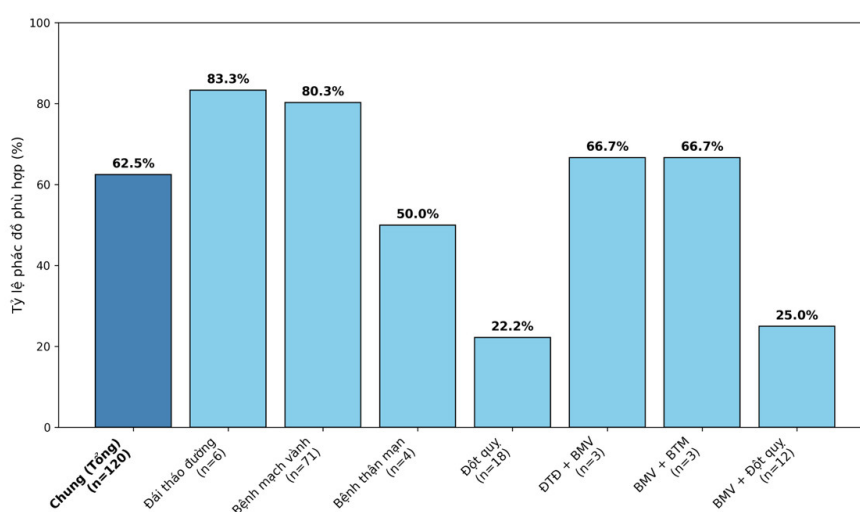
Về lựa chọn phác đồ điều trị, phần lớn BN được kê phác đồ phối hợp (khoảng 80%). Trong đó, phối hợp 2 thuốc là phổ biến nhất, chiếm 44,3 - 46,4% (trung bình 45,8%), tiếp theo là phối hợp 3 thuốc (27,5 - 31,0%; trung bình 30,0%). Phối hợp 4 thuốc chiếm tỷ lệ thấp (3,0 - 5,1%) nhưng có xu hướng tăng theo thời gian. Trong các phác đồ phối hợp 2 thuốc, hai kiểu phổ biến nhất là ACEI/ARB + CCB (17,3 - 19,4%) và ACEI/ARB + BB (14,9 - 19,1%). Với phối hợp 3 thuốc, ACEI/ARB + CCB + BB chiếm tỷ lệ cao nhất (16,5 - 19,1%). Tỷ lệ sử dụng thuốc phối hợp liều cố định duy trì ở mức cao trong suốt 6 tháng, dao động từ 69,6 - 74,9% (trung bình 71,7%).

Ở nhóm đơn trị, ACEI được sử dụng nhiều nhất (8,7%–10,2%), tiếp theo là ARB (6,0 - 10,8%), trong khi BB và CCB đơn trị chiếm tỷ lệ thấp ($\leq 3,0\%$) ở tất cả các thời điểm.

Bảng 2. Đặc điểm phác đồ điều trị tăng huyết áp theo thời gian

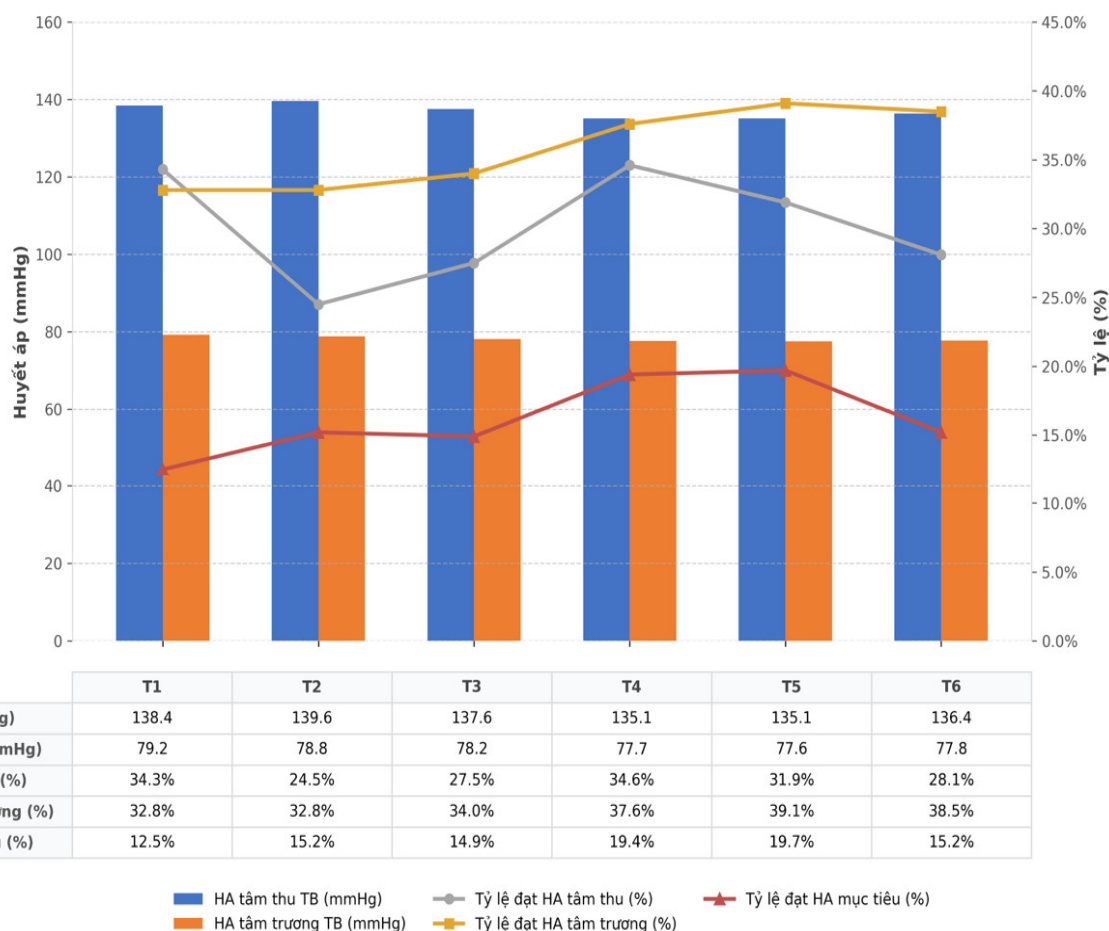
Phác đồ điều trị	T1 (N = 335) n (%)	T2 (N = 334) n (%)	T3 (N = 335) n (%)	T4 (N = 335) n (%)	T5 (N = 334) n (%)	T6 (N = 333) n (%)
Đơn trị liệu	78 (23,3)	70 (20,9)	64 (19,1)	61 (18,2)	62 (18,5)	63 (18,9)
ACEI	31 (9,2)	34 (10,2)	33 (9,9)	31 (9,3)	29 (8,7)	29 (8,7)
ARB	36 (10,8)	25 (7,5)	21 (6,3)	20 (6,0)	22 (6,6)	21 (6,3)
CCB	6 (1,8)	7 (2,1)	8 (2,4)	8 (2,4)	9 (2,7)	10 (3,0)
BB	4 (1,2)	4 (1,2)	2 (0,6)	2 (0,6)	2 (0,6)	3 (0,9)
LT	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Phác đồ phối hợp 2 thuốc	155 (46,3)	148 (44,3)	153 (45,7)	153 (45,7)	155 (46,4)	154 (46,2)
ACEI/ARB + CCB	58 (17,3)	60 (17,9)	65 (19,4)	60 (17,9)	59 (17,7)	59 (17,7)
ACEI/ARB + BB	64 (19,1)	55 (16,5)	50 (14,9)	53 (15,8)	53 (15,9)	52 (15,6)
ACEI/ARB + LT	23 (6,8)	20 (6,0)	26 (7,8)	27 (8,0)	29 (8,7)	29 (8,7)
CCB + BB	5 (1,5)	7 (2,1)	6 (1,8)	5 (1,5)	6 (1,8)	6 (1,8)
Phối hợp 2 thuốc khác	5 (1,5)	6 (1,8)	6 (1,8)	8 (2,4)	8 (2,4)	8 (2,4)
Phác đồ phối hợp 3 thuốc	92 (27,5)	102 (30,5)	103 (30,7)	104 (31,0)	100 (29,9)	102 (30,6)
ACEI/ARB + CCB + BB	60 (17,9)	64 (19,1)	62 (18,5)	62 (18,5)	55 (16,5)	60 (18,0)
ACEI/ARB + CCB + LT	9 (2,7)	14 (4,2)	12 (3,6)	14 (4,2)	13 (3,9)	12 (3,6)
ACEI/ARB + BB + LT	17 (5,1)	17 (5,1)	19 (5,7)	20 (6,0)	23 (6,9)	19 (5,7)
Phối hợp 3 thuốc khác	6 (1,8)	7 (2,1)	10 (3,0)	8 (2,4)	9 (2,7)	11 (3,3)
Phác đồ phối hợp 4 thuốc	10 (3,0)	14 (4,2)	15 (4,5)	17 (5,1)	17 (5,1)	14 (4,2)
ACEI/ARB + CCB + LT + BB	10 (3,0)	14 (4,2)	15 (4,5)	17 (5,1)	17 (5,1)	14 (4,2)

Tại thời điểm T1, trong 120 BN có bệnh mắc kèm, 62,5% được kê phác đồ hạ áp phù hợp khuyến cáo. Tỷ lệ này tương đối cao ở các nhóm bệnh đơn lẻ như bệnh mạch vành (80,3%) và đái tháo đường (83,3%). Ngược lại, ở các nhóm đa bệnh lý, tỷ lệ có xu hướng giảm, đặc biệt ở nhóm BMV + đột quỵ (25,0%) và nhóm có ≥ 3 bệnh đồng mắc (0%). Tuy nhiên, do cỡ mẫu ở một số nhóm còn nhỏ, cần thận trọng khi diễn giải và khái quát hóa kết quả (Hình 2).

**Hình 2.** Tỷ lệ phù hợp về lựa chọn thuốc theo bệnh mắc kèm tại thời điểm T1

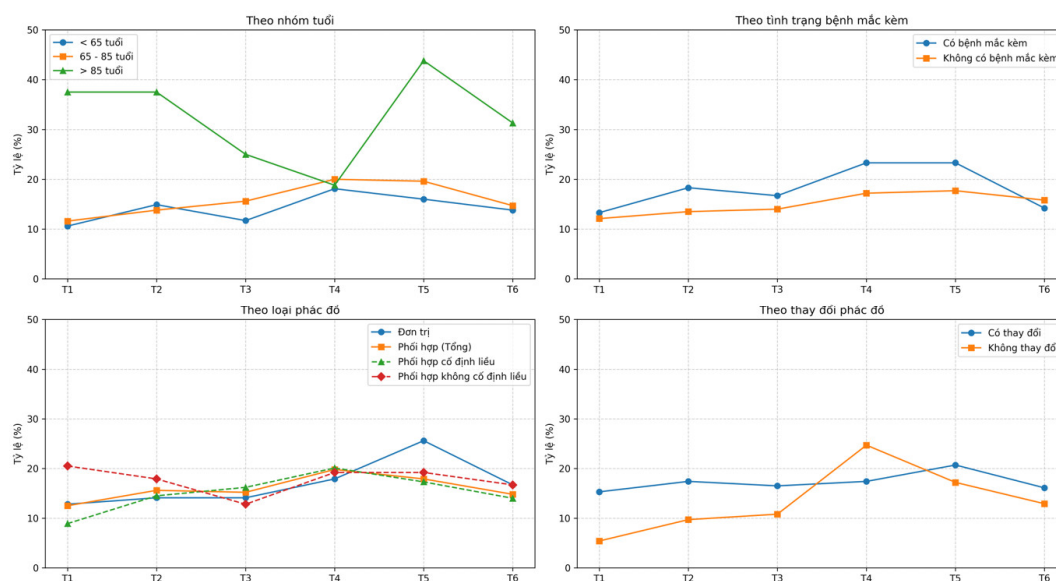
3.3. Đặc điểm hiệu quả điều trị tăng huyết áp

Tại tất cả các thời điểm, mức HATT trung bình và mức HATTr trung bình đều dưới 140mmHg và 80mmHg (Hình 3). Tuy vậy, tỷ lệ BN đạt huyết áp mục tiêu (HATT < 130mmHg và HATTr < 80mmHg) nhìn chung ở mức thấp, dao động từ 12,5% (T1) đến 19,7% (T5), trung bình 16,1% trên tổng số bệnh nhân ở mỗi thời điểm. Tỷ lệ này có xu hướng tăng dần qua các tháng đầu, đạt cao nhất tại T4 (19,4%) và T5 (19,7%) trước khi giảm nhẹ tại T6 (15,2%). Tỷ lệ đạt mục tiêu HATT (24,5 - 34,6%) và HATTr (32,8 - 39,1%) đều cao hơn đáng kể so với tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu chung.



Hình 3. Xu hướng huyết áp trung bình và tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu theo thời gian

Phân tích theo đặc điểm BN cho thấy nhóm > 85 tuổi có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu cao hơn ở hầu hết các thời điểm (18,8 - 43,8%), tuy nhiên cần diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ (N = 16). Hai nhóm < 65 tuổi và 65 - 85 tuổi có tỷ lệ tương đương (10,6 - 20,0%). Theo tình trạng bệnh mắc kèm, nhóm có bệnh đồng mắc đạt mục tiêu cao hơn nhóm không có tại các thời điểm T2 - T5, cao nhất ở T4 và T5 (23,3%). BN có thay đổi phác đồ cũng có xu hướng đạt mục tiêu cao hơn so với nhóm không thay đổi tại 5/6 thời điểm, ngoại trừ T4. Trong khi đó, sự khác biệt về hiệu quả kiểm soát huyết áp giữa hai dạng phối hợp cố định liều và không cố định liều không nhất quán giữa các thời điểm (Hình 4).



Hình 4. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu theo đặc điểm của bệnh nhân và điều trị

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp

Về cơ cấu kê đơn, ACEI là nhóm được sử dụng nhiều nhất (69,9%), tiếp theo là CCB (60,3%), BB (53,7%), ARB (45,4%) và lợi tiểu thiazid/giống thiazid (33,7%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước ở các cơ sở y tế cùng tuyến, phản ánh thói quen ưu tiên ACEI thế hệ cũ (đặc biệt perindopril) do chi phí thấp và có bằng chứng hiệu quả lâu dài. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng BB cao hơn rõ rệt so với các nghiên cứu trước (53,7% so với 14,6% hoặc 3,4%)^{6,7}, do vậy vấn đề đặt ra là cần xem xét tính hợp lý kê đơn nhóm thuốc này, đặc biệt ở nhóm không có bệnh đồng mắc bắt buộc.

Phác đồ phối hợp chiếm ưu thế (~80%) và có xu hướng tăng dần theo thời gian; trong đó phối hợp 2 thuốc đạt trung bình 45,8% và phối hợp 3 thuốc 30,0%, cao hơn một số nghiên cứu khác trên thế giới (Pháp 37,9%; Hàn Quốc 59%; Trung Quốc 21,67%)^{8,9,10}. Xu hướng này phù hợp với chiến lược khởi trị phối hợp thuốc liều thấp sớm theo các khuyến cáo hiện hành của VSH/VNHA 2024 và ESC 2024^{4,11}. Nghiên cứu ghi nhận các phối hợp 2 thuốc chiếm ưu thế là ACEI/ARB với CCB hoặc BB hoặc lợi tiểu thiazid/giống thiazid. Các phối hợp này nằm trong

nhóm phối hợp ưu tiên theo các hướng dẫn, đặc biệt phối hợp ACEI/ARB + CCB và ACEI/ARB + lợi tiểu thiazid được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong hầu hết các tình huống lâm sàng^{5,8}. Đáng chú ý, phác đồ phối hợp ACEI/ARB + BB chiếm tỷ lệ cao (14,9% - 19,1%) có thể liên quan đến tỷ lệ bệnh mạch vành trong mẫu nghiên cứu (27,2%), qua đó góp phần lý giải xu hướng sử dụng BB cao^{4,11}. Tuy nhiên, phác đồ phối hợp 3 thuốc được khuyến cáo ưu tiên theo VNHA 2024 (ACEI/ARB + CCB + LT) lại chiếm tỷ lệ thấp nhất trong nghiên cứu (2,7 - 4,2%) và thấp hơn so với các phối hợp 3 thuốc khác như ACEI/ARB + CCB + BB (16,5 - 19,1%) hay ACEI/ARB + BB + LT (5,1 - 6,9%). Điều này cho thấy vẫn còn khoảng cách giữa khuyến cáo và thực hành lâm sàng.

Một điểm tích cực được ghi nhận trong mẫu nghiên cứu là tỷ lệ BN được sử dụng thuốc dạng viên phối hợp cố định liều trong nhóm điều trị phối hợp tương đối cao và ổn định (69,6 - 74,9%; trung bình 71,7%). Kết quả này phù hợp với các bằng chứng cập nhật về hiệu quả của viên phối hợp cố định liều (single-pill combination - SPC), đặc biệt trong cải thiện tuân thủ điều trị¹². Tỷ lệ cao này có thể liên quan đến việc sẵn có của các chế phẩm trong danh mục bệnh viện và chính sách chi trả bảo hiểm y tế, góp phần thúc đẩy bác sĩ ưu tiên lựa chọn SPC trong thực hành nhằm tối ưu hoá tuân thủ điều trị cho BN.

Xét theo bệnh đồng mắc, BN có xu hướng được kê phối hợp nhiều thuốc hơn với tỷ lệ kê đơn phù hợp với khuyến cáo tại thời điểm T1 đạt 62,5%, cao nhất ở nhóm BN có 1 bệnh mắc kèm là bệnh mạch vành (80,3%) và đái tháo đường (83,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ này giảm rõ ở nhóm đa bệnh lý, đặc biệt ở kết hợp bệnh mạch vành + đột quỵ (25,0%) và nhóm có ≥ 3 bệnh đồng mắc (0%). Tuy nhiên, cỡ mẫu ở một số phân nhóm còn nhỏ, do đó việc diễn giải và khái quát hóa kết quả cần được thận trọng. Dù vậy, các kết quả này vẫn cho thấy xu hướng cá thể hóa điều trị theo bệnh đồng mắc đã được quan tâm trong thực hành lâm sàng, đồng thời phản ánh thách thức trong việc đồng thời tuân thủ nhiều khuyến cáo trên cùng một BN.

Hiệu quả kiểm soát huyết áp

Kết quả ghi nhận huyết áp trung bình giảm trong 3 tháng cuối so với T1, với HATT từ 138,4 xuống 135,1mmHg và HATTr từ 79,2 xuống 77,6 - 77,8mmHg, cho thấy hiệu quả hạ áp có xu hướng rõ ràng hơn từ tháng thứ tư. Kết quả này khác với nghiên cứu tại Nghi Lộc (2023), không ghi nhận sự khác biệt giữa các thời điểm khảo sát⁷. Sự khác biệt này có thể giải thích do một số đặc điểm nhóm BN trong nghiên cứu này: mức huyết áp ban đầu thấp hơn, BN ổn định hơn (đa số đã điều trị lâu dài) và tỷ lệ sử dụng phác đồ phối hợp cao, đặc biệt viên phối hợp liều cố định, có thể góp phần cải thiện tuân thủ điều trị^{12,13}.

Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu dao động 12,5 - 19,7% (trung bình 16,1%), thấp hơn các nghiên cứu trong nước (Phúc Yên 41,2 - 85,9%; Nghi Lộc 25,9 - 35,1%, Việt Nam Cu Ba 25,7 - 28,0%) và tỷ lệ kiểm soát toàn cầu 21% theo WHO 2023^{2,7,14,15}. Sự khác biệt này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi áp dụng mục tiêu chặt chẽ hơn ($< 130/80$ mmHg) so với ngưỡng $< 140/90$ mmHg ở các nghiên cứu trước. Trong nghiên cứu này, đa số BN có huyết áp ở mức cận mục tiêu (130 - 140/80 - 90 mmHg) dù chưa đạt đích huyết áp. Tỷ lệ đạt riêng mục tiêu HATT (24,5 - 34,6%) và HATTr (32,8 - 39,1%) cao hơn tỷ lệ đạt chung, cho thấy phần lớn BN đã kiểm soát được một trong hai chỉ số. Trước thực tế này, cần có các giải pháp nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát huyết áp trong thời gian tiếp theo, bao gồm: (1) Tăng cường cập nhật và áp dụng khuyến cáo, theo dõi và

điều chỉnh phác đồ phù hợp để đạt mục tiêu huyết áp chặt chẽ hơn; (2) Thực hiện các nghiên cứu theo dõi dài hạn (12 - 24 tháng) để đánh giá xu hướng cải thiện tỷ lệ đạt mục tiêu.

Hiệu quả kiểm soát huyết áp cũng khác nhau giữa các nhóm BN và chiến lược điều trị. Nhóm ≥ 85 tuổi có tỷ lệ đạt mục tiêu cao hơn, tuy nhiên cần diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ và nguy cơ hạ huyết áp quá mức, phù hợp với khuyến cáo cá thể hóa mục tiêu điều trị ở người cao tuổi. Nhóm có bệnh đồng mắc cũng đạt kiểm soát tốt hơn trong phần lớn thời gian theo dõi, có thể nhờ được theo dõi chặt chẽ và tối ưu hóa điều trị. Bên cạnh đó, việc chủ động thay đổi phác đồ, đặc biệt là thay đổi thuốc, giúp cải thiện khả năng đạt mục tiêu, nhấn mạnh vai trò của điều chỉnh phác đồ điều trị theo đáp ứng. Ngược lại, tỷ lệ đạt mục tiêu cao hơn ở nhóm phác đồ đơn trị không phản ánh hiệu quả vượt trội mà chủ yếu do đặc điểm bệnh nhẹ hơn, trong khi nhóm phối hợp thường khó kiểm soát hơn do mức độ bệnh nặng hoặc đa bệnh lý. Đáng chú ý, thuốc phối hợp liều cố định cho thấy xu hướng cải thiện kiểm soát huyết áp, củng cố định hướng ưu tiên sử dụng trong thực hành lâm sàng. Từ các kết quả trên, cần tăng cường cá thể hóa mục tiêu điều trị theo tuổi và bệnh đồng mắc, đồng thời duy trì chiến lược điều trị linh hoạt thông qua đánh giá và điều chỉnh phác đồ định kỳ. Ưu tiên sử dụng viên phối hợp liều cố định nhằm cải thiện tuân thủ và hiệu quả kiểm soát huyết áp, đặc biệt ở BN cao tuổi và đa bệnh. Bên cạnh đó, việc ghi nhận đầy đủ lý do thay đổi phác đồ, kết hợp theo dõi sau điều chỉnh và triển khai bình đơn thuốc định kỳ là những giải pháp quan trọng nhằm tối ưu hóa điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc BN.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu dựa trên khai thác dữ liệu bệnh án điện tử tại một bệnh viện, do vậy còn thiếu dữ liệu về mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân trên thực tế. Mặt khác, nghiên cứu mới dừng lại ở mức độ mô tả thực trạng dùng thuốc và thực trạng kiểm soát huyết áp; chưa tiến hành phân tích các yếu tố liên quan đến khả năng kiểm soát huyết áp của bệnh nhân. Một hạn chế khác của nghiên cứu này là việc giá tính "phù hợp với khuyến cáo" của chỉ

định điều trị ở bệnh nhân đa bệnh lý, nghiên cứu quy ước đơn thuốc được coi là “phù hợp” khi chứa ít nhất một phối hợp thuốc ưu tiên theo khuyến cáo của bất kỳ bệnh đồng mắc nào được ghi nhận. Cách tiếp cận này có thể làm tăng tỷ lệ phù hợp chung, do chưa đánh giá toàn diện liệu tất cả các bệnh đồng mắc còn lại đã được tối ưu hóa chỉ định theo khuyến cáo hay chưa. Tuy nhiên việc lựa chọn phác đồ cho bệnh nhân tăng huyết áp có nhiều bệnh đồng mắc thường phức tạp cần nhiều thông tin, nên vấn đề này cần được xem xét kỹ hơn trong các nghiên cứu tiến cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Hòa Nhài nhìn chung tương đối phù hợp với khuyến cáo hiện hành, trong đó phác đồ phối hợp, đặc biệt là viên phối hợp cố định liều, được sử dụng phổ biến. Xu hướng cá thể hóa điều trị theo bệnh đồng mắc được thể hiện rõ, đặc biệt ở nhóm có một bệnh lý như bệnh mạch vành và đái tháo đường. Tuy nhiên, cần có các biện pháp nhằm tối ưu hóa điều trị để kiểm soát huyết áp chặt chẽ hơn và đạt được mức huyết áp mục tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Hypertension 2023 [cited 2025 01.08]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Organization WH (2023) *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. World Health Organization.
3. Hội Tim mạch học Việt Nam (2022) *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.
4. Hội Tim mạch học Việt Nam (2023) *Đồng thuận quan điểm của một số chuyên gia của Phân hội tăng huyết áp VSH/VNHA 2024 về chiến lược thực hành lâm sàng quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam*.
5. Huynh BH, et al (2023) Drug-related problems and pharmacists' interventions in Hypertensive outpatients: a Multicenter prospective study in 3 Vietnamese hospitals. *Journal of Pharmacy Technology*, 2023. 39(6): p. 259-268.
6. Lê Thị Thúy Hằng, Phân tích thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba. 2025, Trường đại học Dược Hà Nội.
7. Hồ Thị Hồng (2023) *Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại phòng khám Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Lộc, tỉnh Nghệ An*. Trường Đại học Dược Hà Nội.
8. Vallee A et al (2020) *Patterns of hypertension management in France in 2015: the ESTEBAN survey*. *The Journal of Clinical Hypertension* 22(4): 663-672.
9. Kim HC et al (2021) *Korea hypertension fact sheet 2020: Analysis of nationwide population-based data*. *Clinical hypertension* 27(1): 8.
10. Yang R et al (2023) *Analysis of prescription status of antihypertensive drugs in Chinese patients with hypertension based on real-world study*. *Annals of Medicine* 55(1): 276-284.
11. McEvoy JW et al (2024) *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO)*. *European heart journal* 45(38): 3912-4018.
12. Parati G et al (2021) *Adherence to single-pill versus free-equivalent combination therapy in hypertension: A systematic review and meta-analysis*. *Hypertension* 77(2): 692-705.
13. King JB et al (2026) *Single-pill combination therapy for the management of hypertension: A scientific statement from the American Heart Association*. *Hypertension* 83(3): 00258.
14. Nguyễn Thị Hương (2025) *Phân tích tình hình sử dụng thuốc tăng huyết áp trên người bệnh ngoại trú tại phòng khám Tim mạch - Bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên*. Trường đại học Dược Hà Nội.
15. Phạm Thị Phương Nga, N.T.M.P., Cao Đức Chinh, Ngô Thị Hải, Lê Thị Thuý Hằng, Nguyễn Thành Hải, Trần Thị Thu Trang (2026) *Phân tích đặc điểm tuân thủ điều trị và mối liên quan với hiệu quả kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam-Cu Ba*. *NU Journal Of Science: Medical And Pharmaceutical Sciences*. doi:10.25073/2588-1132/vnumps.