

# Vai trò của tư vấn giáo dục sức khỏe trực tiếp trong kiểm soát huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện huyện Lục Ngạn

Cao Thị Thiện<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hạnh<sup>3</sup>, Lương Thị Nga<sup>3</sup>  
Cao Hồng Ngọc<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Vân Anh<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Bạch Yến<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

<sup>3</sup>Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thiện

## TÓM TẮT

**Mục Tiêu:** So sánh kết quả kiểm soát huyết áp sau 03 tháng can thiệp giữa nhóm bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị thường quy so với nhóm điều trị thường quy kèm thêm tư vấn trực tiếp của nhân viên y tế tại Bệnh viện huyện Lục Ngạn, Bắc Giang.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng với thời gian theo dõi 03 tháng tại bệnh viện huyện Lục Ngạn tỉnh Bắc Giang. 170 bệnh nhân THA đang được điều trị ngoại trú và huyết áp chưa được kiểm soát được (HA tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc HA tâm trương  $\geq 90$  mmHg) được phân vào 2 nhóm, nhóm can thiệp tư vấn trực tiếp của nhân viên y tế (85 bệnh nhân) và nhóm chăm sóc thường quy (85 bệnh nhân). Bệnh nhân nhóm can thiệp tái khám định kỳ theo thường quy và được nhân viên y tế tư vấn mỗi tháng một lần, nội dung bao gồm: đo huyết áp, đánh giá thực hành thay đổi lối sống, ước tính tuân thủ thuốc và giáo dục cho bệnh nhân về bệnh tật, cách điều trị và thay đổi lối sống thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi KAP (đánh giá hiểu biết và thực hành lối sống), thang điểm Morisky 8 câu hỏi (để đánh giá tuân thủ điều trị), bộ tranh lật (để tư vấn trực tiếp cho bệnh nhân nhóm can thiệp). Bệnh

nhân nhóm chứng được tái khám định kỳ như thường quy mà không có sự tư vấn sâu của nhân viên y tế. Kết cục chính là sự khác biệt về huyết áp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm theo dõi 03 tháng.

**Kết quả:** So với nhóm chứng, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm can thiệp cao hơn ở cả 3 thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, tuy nhiên sự khác biệt ở 2 thời điểm cuối chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Hiệu số HATT và HATr trước – sau can thiệp ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng ( $14,2 \pm 16,8$  và  $4,3 \pm 13,9$  so với  $12,4 \pm 18,7$  và  $2,9 \pm 12,8$ , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ). Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân ở nhóm có tư vấn của nhân viên y tế tăng lên so với trước can thiệp, cao hơn so với nhóm chăm sóc thường quy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Tư vấn của nhân viên y tế đã làm giảm huyết áp tâm thu và tâm trương nhiều hơn so trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, sự can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA không kiểm soát được so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, tuân thủ.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh tim mạch thường gặp nhất trong cộng đồng. Theo tổ chức Y tế thế giới, năm 2019, ước tính toàn thế giới có khoảng 1,28 tỷ người bị tăng huyết áp với tỷ lệ mắc tăng huyết áp chung trên toàn cầu là 32% trong số người lớn tuổi từ 30- 79 tuổi<sup>1</sup>. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chính đối với bệnh tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Ước tính, tăng huyết áp có liên quan tới 8,5 triệu tử vong do đột quỵ, bệnh mạch vành, các bệnh mạch máu và suy thận trên toàn cầu năm 2016<sup>1</sup>. Các nghiên cứu đều đã chứng minh, kiểm soát tốt huyết áp giúp làm giảm biến cố và tử vong tim mạch cũng như tử vong chung. Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị và được kiểm soát huyết áp còn thấp. Phân tích tổng hợp toàn cầu cho thấy, có gần 50% người tăng huyết áp trước đó không biết mình bị tăng huyết áp. Tỷ lệ người tăng huyết áp được điều trị là 47% ở nữ giới và 38% ở nam giới. Chỉ chưa đến 50% số người được điều trị kiểm soát được con số huyết áp và do vậy tổng thể tỷ lệ kiểm soát được huyết áp là khá thấp, ở nữ tăng huyết áp là 23% và ở nam tăng huyết áp là 18%<sup>1</sup>. Tại Bắc Mỹ, một nửa số bệnh nhân tăng huyết áp vẫn không kiểm soát được huyết áp, một tỷ lệ tương tự đã được tìm thấy ở Thụy Sĩ<sup>2</sup>. Tại Việt Nam, tỷ lệ này là 10,7%<sup>3</sup>.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc không kiểm soát được huyết áp, trong đó có yếu tố quan trọng là sự kém hiểu biết của người bệnh và kém tuân thủ điều trị. Nhiều nghiên cứu cho thấy có tới > 50% bệnh nhân không tuân thủ điều trị<sup>4</sup>.

Nhằm cải thiện hiệu quả quản lý và kiểm soát tăng huyết áp, nhiều nước trên thế giới đã đưa ra các biện pháp tiếp cận mới, trong đó có vai trò của tư vấn trực tiếp, giáo dục bệnh nhân tăng huyết áp. Kết quả đã cho thấy đây là một cách tiếp cận có hiệu quả.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, các hoạt động tư vấn trực tiếp giúp thúc đẩy thay đổi lối sống và giáo

dục sức khỏe, tăng tuân thủ điều trị, hiểu biết của bệnh nhân về bệnh THA, từ đó giúp cải thiện kiểm soát huyết áp lâu dài ở bệnh nhân THA không kiểm soát được.

Ở Việt Nam, các mô hình quản lý tăng huyết áp chỉ mới tập trung tư vấn gián tiếp thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng, tờ rơi..., chưa có nghiên cứu về vai trò của tư vấn trực tiếp trong quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.

Bệnh viện Đa khoa huyện Lục Ngạn là bệnh viện triển khai chương trình quản lý THA tại các tuyến y tế cơ sở nhiều năm nay, tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được huyết áp tại đây còn thấp. Do đó chúng tôi đã triển khai nghiên cứu này với mục tiêu: ***So sánh kết quả kiểm soát huyết áp giữa hai nhóm bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị thường quy có hoặc không có tư vấn của điều dưỡng tại Bệnh viện huyện Lục Ngạn, Bắc Giang.***

### **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

#### ***Thời gian và địa điểm nghiên cứu***

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07/2020 đến tháng 10/2021, tại Bệnh viện huyện Lục Ngạn tỉnh Bắc Giang.

#### ***Đối tượng nghiên cứu***

Bệnh nhân THA đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa huyện Lục Ngạn năm 2020, được theo dõi điều trị liên tục ít nhất 03 tháng tại bệnh viện mà chưa đạt huyết áp mục tiêu (2 lần khám liên tiếp trong 2 tháng trước can thiệp có huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg), đang dùng ít nhất 1 loại thuốc hạ huyết áp, tuổi từ 18 tuổi trở lên, có đủ hồ sơ nghiên cứu, liên lạc được qua điện thoại và đồng ý tham gia nghiên cứu. **Loại ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu, có biến chứng hoặc các bệnh nội khoa cấp tính, phải nhập viện, phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

#### ***Thiết kế nghiên cứu***

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng.

### Cỡ mẫu

Áp dụng cho nghiên cứu can thiệp có đối chứng.

$$n1 = n2 = z^2(\alpha, \beta) \frac{2s^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n1: Cỡ mẫu cần cho nhóm can thiệp

n2: Cỡ mẫu cần cho nhóm đối chứng

S: Độ lệch chuẩn của phân phối huyết áp trong mỗi nhóm là 10 mmHg (theo kết quả nghiên cứu của Valérie Santschi và cộng sự về hiệu quả quản lý tăng huyết áp dựa trên nhóm bác sĩ và điều dưỡng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú – thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, theo đó độ lệch chuẩn là 10mmHg), và độ lệch chuẩn của 2 nhóm được giả sử là như nhau.

$\Delta$ : Sự khác biệt của **huyết áp tâm thu trung bình** sau can thiệp giữa 2 nhóm ( $\mu_1 - \mu_2$ ), lấy  $\Delta = 6$  mmHg;  $\alpha = 0,05$ ;  $\beta = 0,1$ .

Áp dụng công thức trên, cỡ mẫu tính được cho mỗi nhóm là 58 bệnh nhân. Giả sử tỷ lệ bỏ hoặc mất theo dõi khoảng 15%, cỡ mẫu được điều chỉnh thành 66 bệnh nhân mỗi nhóm. Thực tế, nghiên cứu của chúng tôi lấy 85 bệnh nhân ở mỗi nhóm.

### Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

### Quy trình nghiên cứu

Quá trình nghiên cứu được thực hiện bởi nhóm nghiên gồm các bác sĩ Viện Tim mạch, bác sĩ nội trú phối hợp với bác sĩ và điều dưỡng bệnh viện huyện Lục Ngạn thực hiện. Mỗi cán bộ y tế có nhiệm vụ khác nhau, cụ thể:

+ Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu và phân chia bệnh nhân ngẫu nhiên thành 2 nhóm nghiên cứu, nhóm chứng và nhóm can thiệp: Bác sĩ bệnh viện Lục Ngạn thực hiện.

+ Tập huấn cho cán bộ y tế trước khi tiến hành nghiên cứu: Bác sĩ Viện Tim mạch thực hiện.

+ Đánh giá hiện trạng của bệnh nhân trước và sau can thiệp (bao gồm đo huyết áp, các chỉ số nhân trắc, phỏng vấn bộ câu hỏi và bệnh án nghiên cứu):

Bác sĩ Viện Tim mạch và điều dưỡng Bệnh viện huyện Lục Ngạn thực hiện.

+ Tư vấn trực tiếp cho bệnh nhân nhóm can thiệp: Bản thân người làm nghiên cứu (bác sĩ nội trú) thực hiện.

+ Thu thập, xử trí và trình bày kết quả: Người làm nghiên cứu thực hiện.

### Bước 1: Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu

- Trong số các bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện Lục Ngạn, lấy lần lượt cho đủ 170 bệnh nhân không đạt huyết áp mục tiêu (HATT  $\geq 140$  mmHg và/hoặc HATT  $\geq 90$  mmHg ở 2 lần tái khám liên tiếp), sau đó lập danh sách 170 bệnh nhân và đánh số thứ tự từ 1 đến 170.

- Phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm chứng (các bệnh nhân có số thứ tự là số chẵn) và nhóm can thiệp (các bệnh nhân có số thứ tự là số lẻ), mỗi nhóm 85 bệnh nhân.

### Bước 2: Tiến hành tập huấn cho cán bộ y tế

Tập huấn về kỹ năng đo huyết áp, đo chỉ số nhân trắc, phỏng vấn bộ câu hỏi và bệnh án nghiên cứu, kỹ năng tư vấn và sử dụng bộ tranh lật trong quá trình tư vấn cho bệnh nhân.

### Bước 3: Đánh giá hiện trạng của các bệnh nhân (cả 2 nhóm) trước can thiệp.

Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, con số huyết áp, tình trạng hiểu biết về tăng huyết áp và tình trạng tuân thủ thuốc (theo bộ câu hỏi phỏng vấn và bệnh án nghiên cứu).

### Bước 4: Can thiệp

• Tháng M0:

- Bệnh nhân nhóm can thiệp được nhân viên y tế tư vấn sâu (bằng tranh lật), sau đó được phát sổ tay tăng huyết áp (để bệnh nhân tự tìm hiểu thêm tại nhà).

- Bệnh nhân nhóm chứng: Không được tư vấn sâu nhưng được phát sổ tay tăng huyết áp.

• Tháng M1 và M2 (sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng):

- Cả 2 nhóm bệnh nhân đều được hẹn tái khám định kỳ mỗi tháng 1 lần. Tại các lần tái khám, bệnh nhân cả 2 nhóm đều được bác sĩ khám bệnh, kê đơn và được cấp thuốc điều trị theo thường quy.

- Đối với nhóm can thiệp: Nhân viên y tế đánh giá về lối sống, tuân thủ điều trị và tiếp tục tư vấn giáo dục cho bệnh nhân về bệnh tật, cách điều trị, lối sống (hoạt động thể chất và chế độ ăn uống) các vấn đề mà bệnh nhân còn mắc phải dẫn đến kiểm soát huyết áp kém và khuyến khích bệnh nhân tiếp tục duy trì các thói quen tích cực để kiểm soát huyết áp.

**Bước 5: Thu thập kết quả can thiệp**

Tại thời điểm M3 (sau can thiệp 3 tháng): Đánh giá sau can thiệp cho cả 2 nhóm về các đặc điểm gồm lâm sàng, cận lâm sàng, số huyết áp đo tại phòng khám, tình trạng hiểu biết về tăng huyết áp và tình trạng tuân thủ thuốc.

**Các công cụ thu thập số liệu**

- Bộ câu hỏi KAP: Đánh giá kiến thức, hành vi của bệnh nhân về tăng huyết áp và quản lý tăng huyết áp) bao gồm phần hành chính, đặc trưng cá nhân, hành vi nguy cơ, kiến thức về bệnh tăng huyết áp...

- Thang điểm Morisky: đánh giá tuân thủ điều trị thuốc (< 6 điểm: không tuân thủ, 6 – 8 điểm: tuân thủ).

- Tranh lật tư vấn<sup>5</sup>: gồm các nội dung về tăng huyết áp và điều trị tăng huyết áp.

- Sổ tay tăng huyết áp<sup>6</sup>: Gồm các nội dung tương tự trong tranh lật tư vấn, được phát cho bệnh nhân ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

- Bệnh án lâm sàng: Ghi nhận các đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân.

- Cân, thước dây.

- Máy đo huyết áp: Máy đo tự động Omron HBP-9020.

- Xét nghiệm theo hệ thống xét nghiệm của bệnh viện.

- Điện tâm đồ: Máy của bệnh viện Fukuda Fx- 8100.

**Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập trên phần mềm EpiData 3.1. Chế độ kiểm tra chặt chẽ được thiết lập để tránh sai số do nhập số liệu. Toàn bộ số liệu sau khi nhập xong sẽ chuyển sang SPSS 15.0 để quản lý và phân tích.

Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Test  $\chi^2$  và giá trị P được sử dụng để biểu thị sự khác biệt giữa các biến số độc lập và biến số phụ thuộc. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**Kết quả**

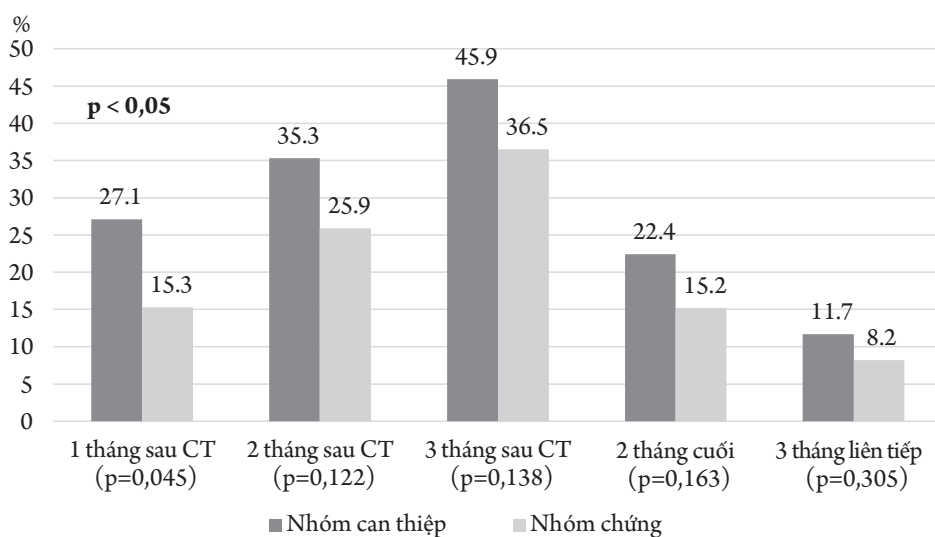
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Kết quả nghiên cứu n (%)			P
		Nhóm can thiệp n = 85	Nhóm chứng n = 85	Tổng n = 170	
Giới tính	Nam	52 (61,2)	44 (51,7)	96 (56,5)	0,139
	Nữ	33 (38,8)	41 (48,3)	74 (43,5)	
Tuổi	< 60 tuổi	42 (49,4)	39 (45,9)	81 (47,6)	0,379
	≥ 60 tuổi	43 (50,6)	46 (54,1)	89 (52,4)	
	$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	59,1 ± 10,1 (20 - 88)	59,5 ± 9,5 (30 - 86)	59,3 ± 9,8 (20 - 88)	
Dân tộc	Kinh	52 (61,2)	47 (55,3)	99 (58,2)	0,267
	Khác	33 (38,8)	38 (44,7)	41,8	

Trình độ học vấn	TH trở xuống	44 (51,8)	49 (57,7)	93 (54,7)	0,269
	THCS trở lên	41 (48,2)	36 (42,3)	77 (45,3)	
Nghề nghiệp	Nông dân	68 (80,0)	73 (85,9)	141 (82,9)	0,267
	Khác	17 (20,0)	12 (14,1)	29 (17,1)	

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Kết quả nghiên cứu n (%)		p
		Nhóm can thiệp n = 85	Nhóm chứng n = 85	
Số năm bị THA (năm)	< 1	15 (17,7)	17 (20,0)	0,803
	1 – 5	44 (51,8)	46 (54,1)	
	6 – 10	15 (17,7)	15 (17,7)	
	> 10	11 (12,8)	7 (8,2)	
HATT cao nhất trước điều trị (mmHg)	140 – 159	10 (11,8)	4 (4,7)	0,283
	160 – 179	37 (43,5)	39 (45,9)	
	≥ 180	38 (44,7)	42 (49,4)	
HATT (TB ± SD) (mmHg)		175,3 ± 19,3	178,2 ± 18,2	
HATT <sub>r</sub> cao nhất trước điều trị (mmHg)	90 – 99	52 (61,2)	46 (54,1)	0,073
	100 – 109	29 (34,1)	26 (30,6)	
	≥ 110	4 (4,7)	13 (17,6)	
HATT <sub>r</sub> (TB ± SD) (mmHg)		93,4 ± 7,8	95,3 ± 10,6	
Tác dụng phụ	Không có	64 (75,3)	53 (62,4)	0,114
	Ho khan	11 (12,9)	20 (23,6)	
	Phù chân	8 (9,4)	6 (7,0)	
	Khác	2 (2,4)	6 (7,0)	



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đạt Huyết áp mục tiêu ở 2 nhóm tại các thời điểm nghiên cứu

**Nhận xét:** Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu tăng dần theo thời gian ở cả 2 nhóm, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng ở nhóm can thiệp (27,1%, 35,3% và 45.9%) cao hơn ở nhóm chứng (15,3%, 25,9% và 36.5%). Tuy nhiên sự khác biệt

chỉ có ý nghĩa ở thời điểm M1 (sau can thiệp 1 tháng) với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ đạt HAMT ở cả 2 tháng cuối cùng và 3 tháng liên tiếp ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 3. Huyết áp của 2 nhóm trước và sau khi can thiệp

Huyết áp	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Trước can thiệp n = 85	Sau can thiệp n = 85	Trước can thiệp n = 85	Sau can thiệp n = 85
HATT (mmHg) ( $\bar{X} \pm SD$ , min - max)	156,9 ± 9,5 (140-191)	142,4 ± 16,9** (100-188)	158,2 ± 9,1 (140-190)	143,7 ± 17,9** (100-188)
Chênh lệch HATT sau – trước (mmHg)	- 14,2 ± 16,8		- 12,7 ± 18,7	
HATTr (mmHg) ( $\bar{X} \pm SD$ , min - max)	82,6 ± 11,0 (55-119)	78,9 ± 11,8* (36-117)	81,7 ± 11,0 (59-119)	78,8 ± 11,5 (50-102)
Chênh lệch HATTr sau – trước (mmHg)	- 4,3 ± 13,9		- 2,9 ± 12,8	

So sánh sau – trước can thiệp: \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ .  
So sánh nhóm chứng và nhóm can thiệp:  $p$  đều  $> 0,05$ .

**Nhận xét:** Sau can thiệp HATT và HATTr của nhóm can thiệp đều giảm rõ rệt (142,4 ± 16,9 mmHg so với 156,9 ± 9,5 mmHg và 78,9 ± 11,8 mmHg so với 82,6 ± 11,0 mmHg,  $p < 0,05$ ). Ở nhóm

chứng, HATT giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), HATTr có giảm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Hiệu quả giảm HATT và HATTr của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 4. Tuân thủ điều trị (điểm Morisky) của 2 nhóm so sánh giữa trước và sau can thiệp

Điểm Morisky		Nhóm can thiệp n (%)	Nhóm chứng n (%)	P
Trước can thiệp	Tuân thủ	60 (70,6)	69 (81,2)	0,075
Sau can thiệp	Tuân thủ	78 (91,8)	75 (88,2)	<b>0,035</b>
Mức thay đổi	Tuân thủ	<b>30</b>	<b>8,7</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ (theo thang điểm Morisky) ở nhóm can thiệp từ 70,6% trước can thiệp tăng lên 91,8% sau can thiệp khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) với hiệu số là 30%. Ở nhóm chứng tỷ lệ tuân thủ cũng lại tăng lên nhưng không đáng kể (81,2% và 88,8%) với hiệu số là 8,7%,  $p > 0,05$ .

Trước can thiệp tỷ lệ tuân thủ không khác biệt rõ

riêng giữa 2 nhóm nhưng sau can thiệp tỷ lệ tuân thủ ở nhóm can thiệp (91,8%) cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (88,2%) với  $p < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### So sánh kết quả kiểm soát giữa 2 nhóm nghiên cứu

Sau can thiệp, tỷ lệ đạt HAMT tăng dần theo

thời gian ở cả 2 nhóm, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng ở nhóm can thiệp (27,1%, 35,3% và 45,9% ) cao hơn ở nhóm chứng (15,3%, 25,9% và 36,5%. Tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa ở thời điểm M1 (sau can thiệp 1 tháng) với  $p=0,045$ .

Sau can thiệp HATT và HATTr của nhóm can thiệp đều giảm rõ rệt ( $142,4 \pm 16,9$  mmHg so với  $156,9 \pm 9,5$  mmHg và  $78,9 \pm 11,8$  mmHg so với  $82,6 \pm 11,0$  mmHg,  $p<0,05$ ). Ở nhóm chứng, HATT giảm có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ), HATTr có giảm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Hiệu quả giảm HATT và HATr của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ .

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Farzaneh Delavar và cộng sự thực hiện năm 2018. Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng này được thực hiện 118 người cao tuổi bị tăng huyết áp nguyên phát không kiểm soát được. Kết quả: Tại thời điểm ban đầu, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm về đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh và tuân thủ thuốc của những người tham gia. Sau can thiệp, so sánh giữa các nhóm cho thấy huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giảm đáng kể với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên, tỷ lệ huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương được kiểm soát không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ( $P>0,05$ )<sup>7</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Erik JAJ Beune thực hiện năm 2014 trên 146 bệnh nhân gốc Phi bị THA không kiểm soát được. Nhóm can thiệp được tư vấn của điều dưỡng phù hợp với văn hóa của địa phương. Sau can thiệp 6 tháng, HATT giảm  $\geq 10$  mmHg ở 48% nhóm can thiệp và 43% nhóm chứng. HATT / HATTr trung bình đã giảm  $10 / 5,7$  (SD  $14,3 / 9,2$ ) mmHg ở nhóm can thiệp và  $6,3 / 1,7$  (SD  $13,4 / 8,6$ ) mmHg ở nhóm chứng<sup>8</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê

Quang Thọ, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê (66,8% sau can thiệp so với 49,2% trước can thiệp với  $p<0,05$ ). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê ( $p<0,01$ )<sup>9</sup>.

Có các phương pháp khác nhau để kiểm soát tăng huyết áp, bao gồm điều chỉnh chế độ ăn uống, tập thể dục và điều trị bằng thuốc. Tuy nhiên, việc quản lý tăng huyết áp vẫn còn kém ngay cả ở các nước phát triển, do đó chỉ có 29% –50% bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị đã kiểm soát được huyết áp<sup>10</sup>. Việc tuân thủ thuốc kém, dù cố ý hay không chủ ý, là nguyên nhân hàng đầu của việc kiểm soát tăng huyết áp không thành công. Các yếu tố chính đằng sau việc tuân thủ y tế kém bao gồm chức năng thể chất, tinh thần và tâm lý bị thay đổi do quá trình lão hóa và thiếu kiến thức về tăng huyết áp và những ảnh hưởng đáng kể của nó đối với sức khỏe. Do đó, giáo dục bệnh nhân và liệu pháp hành vi được đề xuất để thúc đẩy việc tuân thủ thuốc. Thang đo tuân thủ thuốc Morisky gồm tám mục được sử dụng để đánh giá sự tuân thủ thuốc. Tổng điểm có thể có của thang điểm là 0-8. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tuân thủ điều trị tính theo thang điểm Morisky tăng từ 70,6% lên 91,8% sau can thiệp, nhưng ở nhóm chứng tỷ lệ này tăng lên không đáng kể từ 81,2% lên 88,8%. Sau can thiệp, tỷ lệ đạt HAMT ở nhóm tuân thủ là 91,4% cao hơn so với tỷ lệ không đạt HAMT ở nhóm này 89,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Farzaneh Delavar<sup>7</sup>. Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh. Trung bình trong mẫu nghiên cứu, sau can thiệp, có 37,1% bệnh nhân tuân thủ điều trị và 62,9%

không tuân thủ điều trị. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chứng là 17,2% thấp hơn ở nhóm can thiệp là 57,0%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê<sup>11</sup>.

## KẾT LUẬN

Từ tháng 07/2020 đến 10/2021, kết quả nghiên cứu trên 85 bệnh nhân được can thiệp tư vấn của nhân viên y tế và 85 bệnh nhân chăm sóc

thông thường, chúng tôi rút ra kết luận: Can thiệp tư vấn của nhân viên y tế thúc đẩy đáng kể việc tuân thủ thuốc và làm giảm mức trung bình của huyết áp tâm thu và tâm trương ở bệnh nhân THA không kiểm soát được. Mặc dù có ảnh hưởng của can thiệp lên trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương, tỷ lệ người trong nhóm can thiệp có huyết áp được kiểm soát không có sự khác biệt đáng kể so với nhóm chứng.

## ABSTRACT

**Objects:** Comparison of the results of blood pressure control after 3 months between the group of hypertensive patients receiving routine treatment with the group of hypertensive patients receiving routine treatment with the consultation of nurses at Luc Ngan District Hospital, Bac Giang.

**Methods:** A controlled intervention study with a follow-up period of 3 months at Luc Ngan district hospital, Bac Giang province. 170 hypertensive patients undergoing outpatient treatment and uncontrolled blood pressure ( $\geq 140/90$  mmHg) were assigned to 2 groups, the nursing counseling intervention group (85 patients) and the routine care group (85 patients). Patients in the intervention group had regular follow-up visits and were consulted by nurses once a month, including: measuring BP, assessing lifestyle changes, estimating medication adherence and educating patients. on diseases, treatment and lifestyle changes through face-to-face interviews with KAP questionnaires (assess knowledge and lifestyle practices), 8-question Morisky scale (to assess adherence to treatment) , flip picture set (for in-depth consultation for patients in the intervention group). Patients in the control group were re-examined at regular intervals without nursing consultation. The primary outcome was the difference in blood pressure between the intervention and control groups at 3-month follow-up.

**Results:** Compared with the control group, the rate of achieving HAMT in the intervention group was higher at all 3 time points after the intervention 1 month, 2 months, 3 months, but the difference at the last 2 time points was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). The difference between SBP and SBP after - before the intervention was higher in the intervention group than in the control group ( $14.2 \pm 16.8$  and  $4.3 \pm 13.9$  compared with  $12.4 \pm 18.7$  and  $2.9 \pm 12$ , respectively, 8, the difference is not statistically significant with  $p > 0.05$ ). After the intervention, the rate of patient adherence in the group with medical staff's advice increased compared to before the intervention, higher than in the routine care group, the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ .

**Conclusion:** Counseling by nurses reduced systolic and diastolic pressure more than before the intervention, the difference was statistically significant. At the same time, the intervention increased treatment adherence of patients with uncontrolled hypertension compared with the control group, the difference was statistically significant.

**Keyword:** hypertension, consultation.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*. 2021;398(10304):957-980.
2. Danon-Hersch N, Marques-Vidal P, Bovet P, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure in a Swiss city general population: the CoLaus study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. Feb 2009;16(1):66-72. doi:10.1097/HJR.0b013e32831e9511
3. 4 Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey (J Hum Hypertens) pp.268 - 280 (2012).
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. Sep 1 2018;39(33):3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
5. Ministry of Health. Hypertension. Documentation to support counseling of hypertensive patients. Cardiovascular disease prevention project. Vietnam National Heart Association. 2020;
6. Ministry of Health. Living with high blood pressure. Handbook for patients with hypertension. Cardiovascular disease prevention project. Vietnam National Heart Association. 2020;
7. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 2020;103(2):336-342.
8. Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PloS one*. 2014;9(3):e90103.
9. Le Quang Tho. Evaluation of the effectiveness of interventions in the management of hypertension in Ha Hoa district, Phu Tho province. Doctor of Medicine Thesis. 2019;
10. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, et al. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient education and counseling*. 2005;57(1):5-14.
11. Ministry of Health. Evaluation of intervention results to improve blood pressure monitoring practice and treatment adherence in hypertensive people over 50 years old in Tien Hai district, Thai Binh province. 2017.