

Vai trò tư vấn của điều dưỡng trong kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện huyện Lục Ngạn

Cao Thị Thiện*, Nguyễn Thị Bạch Yến**

Bác sĩ nội trú, Bộ môn Tim mạch, Đại học Y Hà Nội*

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội**

TÓM TẮT

Mục Tiêu

So sánh kết quả kiểm soát huyết áp sau 03 tháng giữa nhóm bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị thường quy với nhóm điều trị thường quy kèm thêm tư vấn của điều dưỡng 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 ($\geq 140/90$ mmHg) được phân vào 2 nhóm, nhóm can thiệp tư vấn của điều dưỡng (85 bệnh nhân) và nhóm chăm sóc thường quy (85 bệnh nhân). BN nhóm can thiệp tái khám định kỳ theo thường quy và được điều dưỡng tư vấn 1 tháng một lần, nội dung bao gồm: đo HA, 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 sâu cho bệnh nhân nhóm can thiệp). Bệnh nhân nhóm chứng được tái khám định kỳ như thường quy mà không có sự tư vấn của điều dưỡng. 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: Sau 03 tháng can thiệp, tỷ lệ đạt huyết

áp mục tiêu ở nhóm can thiệp là 45.9%, cao hơn ở nhóm chứng (36.5%), tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$. Ở nhóm can thiệp, huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình sau can thiệp lần lượt là $142,4 \pm 16,9$ mmHg và $78,9 \pm 11,8$ mmHg, thấp hơn so với huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình trước khi can thiệp là $156,9 \pm 9,5$ mmHg và $82,6 \pm 11,0$ mmHg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm can thiệp tỷ lệ tuân thủ điều trị tính theo thang điểm Morisky từ 70,6% trước can thiệp tăng lên 91,8% sau can thiệp, ở nhóm chứng tỷ lệ này tăng lên không đáng kể sau can thiệp (88,8% so với 81,2%), $p > 0.05$.

Kết luận: Tư vấn của điều dưỡng 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.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ.

ĐẶT VẤN ĐỀ

THA là yếu tố nguy cơ chính đối với bệnh tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới¹. Kiểm soát tốt HA sẽ rất có hiệu quả và hạn chế được các biến chứng nguy hiểm và nguy cơ tử vong do THA gây ra. Tuy vậy hiện nay tỷ lệ bệnh nhân THA được điều trị nhưng không kiểm soát được HA còn rất cao. Tại Bắc Mỹ, một nửa số bệnh nhân THA vẫn không kiểm soát được huyết

áp². Một tỷ lệ tương tự đã được tìm thấy ở Thụy Sĩ³. Tỷ lệ này tại Việt Nam là 10,7%⁴.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp, trong đó có yếu tố quan trọng là sự kém hiểu biết của người bệnh và kém tuân thủ điều trị. Các nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt chưa đến 50%⁵.

Do số lượng bệnh nhân THA nhiều, tình trạng thiếu bác sĩ ở các tuyến từ trung ương đến địa phương cũng như khối lượng công việc lâm sàng bận rộn nên các bác sĩ thường không đủ thời gian để tư vấn, giải thích cho bệnh nhân.

Các điều dưỡng, thông qua hoạt động tư vấn thay đổi lối sống và giáo dục sức khỏe, cho thấy rất hữu ích cho việc quản lý các bệnh mạn tính, trong đó có THA. Giáo dục của điều dưỡng tập trung vào tăng tuân thủ thuốc giúp cải thiện kiểm soát THA lâu dài ở bệnh nhân THA không kiểm soát được.

Ở Việt Nam, các mô hình quản lý THA chỉ mới tập trung vào bác sĩ, chưa có nghiên cứu về vai trò của điều dưỡng phối hợp với bác sĩ trong quản lý bệnh nhân THA. Do đó chúng tôi đã triển khai nghiên cứu này với mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

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 11/2020 đến tháng 03/2021, tại Bệnh viện huyện Lục Ngạn tỉnh Bắc Giang.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân THA được theo dõi điều trị liên tục ít nhất 03 tháng tại BV mà chưa đạt huyết áp đích (2 lần khám liên tiếp trong 2 tháng trước can thiệp có huyết áp $\geq 140/90$ 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 thể hiểu mục đích nghiên cứu, 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. 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. Nghiên cứu của chúng tôi chọn 85 bệnh nhân ở mỗi nhóm.

Phương pháp chọn mẫu

Trong số các BN đang điều trị tại BV Lục Ngạn, lấy lần lượt cho đủ 170 BN không đạt HA mục tiêu (HA $> 140/90$ mmHg ở 2 lần tái khám liên tiếp), phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm NC và Nhóm can thiệp, mỗi nhóm 85 BN.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu.

Bước 2: Đánh giá hiện trạng của các bệnh nhân (cả 2 nhóm) trước can thiệp: bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, con số huyết áp, tình trạng hiểu biết về THA và tình trạng tuân thủ thuốc (theo bộ câu hỏi phỏng vấn và bệnh án nghiên cứu).

Bước 3: Can thiệp

• Tháng M0:

- Bệnh nhân nhóm can thiệp được điều dưỡng tư vấn sâu (bằng tranh lật), sau đó được phát số tay THA (để bệnh nhân tự tìm hiểu thêm tại nhà).

- Bệnh nhân nhóm chứng: Không được tư vấn sâu nhưng được phát số tay THA.

• 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 theo điều trị thường quy.

- Đối với nhóm can thiệp: Điều dưỡng 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 HA kém và khuyến khích bệnh nhân tiếp tục duy trì các thói quen tích cực để kiểm soát HA.

Bước 4:

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, con số huyết áp, tình trạng hiểu biết về THA và tình trạng tuân thủ thuốc.

Các công cụ nghiên cứu:

Bộ câu hỏi KAP: đánh giá kiến thức, hành vi

của bệnh nhân về THA và quản lý THA) bao gồm phần hành chính, đặc trưng cá nhân, hành vi nguy cơ, kiến thức về bệnh THA ...

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

Trang lật tư vấn (gồm các nội dung về THA và điều trị THA).

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 HA.

Xét nghiệm theo hệ thống xét nghiệm của bệnh viện.

Điện tâm đồ: Máy đo của bệnh viện.

Xử lý số liệu

Theo các thuật toán thống kê Y học.

Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Kết quả nghiên cứu (TB ± SD hoặc 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. Các đặc điểm về bệnh của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

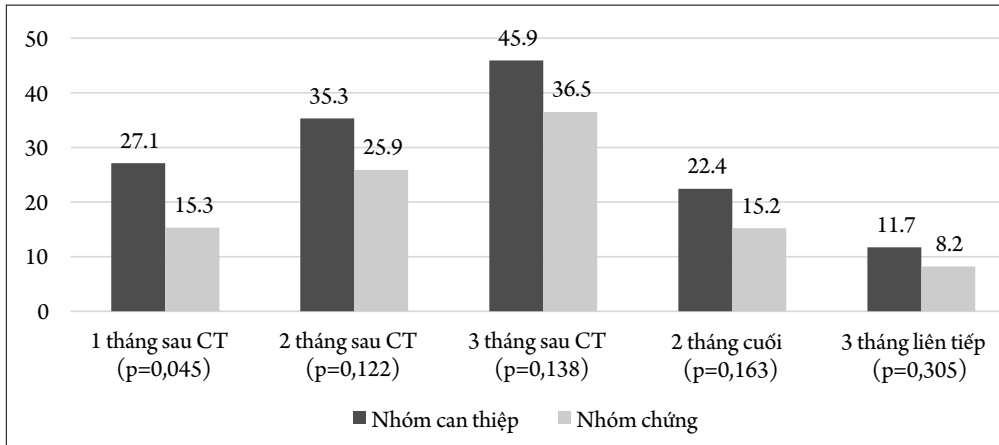
Tiền sử tăng huyết áp		Kết quả nghiên cứu (TB ± SD hoặc n (%))		p
		Nhóm can thiệp n = 85	Nhóm chứng n = 85	
Số năm bị tăng huyết áp	< 1 năm	15 (17,7)	17 (20,0)	0,803
	1 - 5 năm	44 (51,8)	46 (54,1)	
	5 - 10 năm	15 (17,7)	15 (17,7)	
	> 10 năm	11 (12,8)	7 (8,2)	
Huyết áp tâm thu	140 - 159	10 (11,8)	4 (4,7)	0,283
	160 - 179	37 (43,5)	39 (45,9)	
	≥ 180	38 (44,7)	42 (49,4)	
	$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	175,3 ± 19,3 (150 - 240)	178,2 ± 18,2 (150 - 250)	
Huyết áp tâm trương	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)	
	$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	93,4 ± 7,8 (70 - 120)	95,3 ± 10,6 (60 - 120)	
	Không	64 (75,3)	53 (62,3)	
Tiền sử gia đình THA	Có	41 (48,2)	29 (34,1)	0,043
	Không	44 (51,8)	56 (65,9)	

Bảng 3. Tuân thủ điều trị (điểm Morisky) của 2 nhóm so sánh giữa trước và sau can thiệp

Điểm Morisky	Nhóm CT n (%)	Nhóm chứng n (%)	p
Trước CT	60 (70,6)	69 (81,2)	0,075
Sau CT	78 (91,8)	75 (88,2)	0,035
Hiệu số Delta	21,2%	7	-

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ tính theo thang điểm Morisky tăng từ 70,6% trước can thiệp lên 91,8% sau can thiệp ở nhóm can thiệp với hiệu số là 21,2%, nhưng ở nhóm chứng tỷ lệ này lại tăng lên không đáng kể (81,2% và 88,8%) với hiệu số là 7%, $p > 0,05$.

Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ theo thang điểm Morisky ở nhóm can thiệp là 91,8%, cao hơn so với nhóm chứng 88,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



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

Nhận xét: Sau 3 tháng can thiệp, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm can thiệp là 45.9% và ở nhóm chứng là 36.5%. Tỷ lệ đạt HA mục tiêu 2 tháng cuối và 3 tháng liên tiếp ở nhóm can thiệp lần lượt là 22,4% và 11,7%, tỷ lệ này ở nhóm chứng lần lượt là 15,2% và 8.2%.

Bảng 4. Huyết áp của 2 nhóm trước và sau khi CT

Huyết áp	Nhóm CT		Nhóm chứng	
	Trước CT N= 85	Sau CT N= 85	Trước CT N= 85	Sau CT N= 85
HATT ($\bar{X} \pm SD, \text{min} - \text{max}$)	156,9 \pm 9,5 (140 - 191)	142,4 \pm 16,9* (100 - 188)	158,2 \pm 9,1 (140 - 190)	143,7 \pm 17,9*** (100 - 188)
HATT_r ($\bar{X} \pm SD, \text{min} - \text{max}$)	82,6 \pm 11,0 (55 - 119)	78,9 \pm 11,8** (36 - 117)	81,7 \pm 11,0 (59 - 119)	78,8 \pm 11,5**** (50 - 102)

- So sánh trước CT: *p<0,01; ** p<0,05
- So sánh sau CT: ***p<0,01; ****p>0,05

Nhận xét: Huyết áp tâm thu trung bình sau can thiệp là 142,4 \pm 16,9 mmHg, thấp hơn so với trước khi can thiệp 156,9 \pm 9,5 mmHg, sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Huyết áp tâm trương trung bình sau can thiệp là 78,9 \pm 11,8 mmHg, thấp hơn so với trước khi can thiệp 82,6 \pm 11,0 mmHg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 5. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu và điểm Morisky trước CT và sau CT

Điểm Morisky		Nhóm CT		Nhóm chứng		Chung	
		Đạt HAMT	Không đạt HAMT	Đạt HAMT	Không đạt HAMT	Đạt HAMT	Không đạt HAMT
Trước CT	Tuân thủ	0 (0,0)	60 (70,6)	0 (0,0)	69 (81,2)	0 (0,0)	129 (75,9)
Sau CT	Tuân thủ	37 (94,9)	41 (89,1)	27 (87,1)	48 (88,9)	64 (91,4)	89 (89,0)
p		0,291		0,531		0,403	

Nhận xét: Sau can thiệp, ở nhóm bệnh nhân can thiệp, tỷ lệ đạt HAMT ở những bệnh nhân có tuân thủ là 94,9%, cao hơn so với tỷ lệ không đạt HAMT ở có tuân thủ (89,1%). Ngược lại ở nhóm chứng, tỷ lệ đạt HAMT ở những bệnh nhân có tuân thủ là 87,1%, thấp hơn so với tỷ lệ không đạt HAMT ở nhóm có tuân thủ (88,9%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

BÀN LUẬN

So sánh kết quả kiểm soát giữa 2 nhóm nghiên cứu

Sau 3 tháng can thiệp, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm can thiệp là 45.9% cao hơn so với nhóm chứng 36,5%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở 2 tháng cuối cùng và 3 tháng liên tiếp ở nhóm can thiệp lần lượt là 22.4% và 11.7% cao hơn so với nhóm chứng lần lượt là 15.2% và 8.2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Ở nhóm can thiệp, HATT/HATT_r trung bình sau can thiệp là $142,4 \pm 16,9 / 78,9 \pm 11,8$ mmHg thấp hơn HATT/HATT_r trung bình trước can thiệp là $156,9 \pm 9,5 / 82,6 \pm 11,0$ mmHg, sự khác biệt 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 ($P > 0,05$)⁶.

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 ≥ 10 mmHg ở 48% nhóm can thiệp và 43% nhóm chứng. HATT/HATT_r 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 chứng⁷. 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 ($p < 0,01$)⁸.

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 áp⁹. 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 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 Delavar⁶. 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 chúng là 17,2% thấp hơn ở nhóm can thiệp là 57,0%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê¹⁰.

KẾT LUẬN

Từ tháng 11/2020 đến 03/2021, kết quả nghiên cứu trên 85 bệnh nhân được can thiệp tư vấn của điều dưỡng và 85 bệnh nhân chăm sóc thông thường, chúng tôi rút ra kết luận: Can thiệp tư vấn của điều dưỡng 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: After 3 months of intervention, the rate of reaching the target blood pressure in the intervention group was 45.9%, higher than in the control group (36.5%), but the difference was not statistically significant, $p > 0.05$. In the intervention group, the mean systolic and diastolic blood pressure after intervention was 142.4 ± 16.9 mmHg and 78.9 ± 11.8 mmHg, respectively, lower than the pre-intervention systolic and diastolic blood pressures. when the intervention was 156.9 ± 9.5 mmHg and 82.6 ± 11.0 mmHg, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. In the intervention group, the rate of adherence according to the Morisky scale from 70.6% before the intervention increased to 91.8% after the intervention, in the control group this rate increased slightly after the intervention (88, 8% vs 81.2%), $p > 0.05$.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. May 3 2008;371(9623):1513-8. doi:10.1016/s0140-6736(08)60655-8
2. Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open*. Aug 30 2013;3(8):e003423. doi:10.1136/bmjopen-2013-003423
3. 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
4. Phạm Thái Sơn, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Gia Khải, et al. Tỷ lệ, nhận thức, điều trị và kiểm soát bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam - kết quả từ một cuộc điều tra quốc gia. *Journal of human hypertension*. 2012;26(4):268-280.
5. 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
6. 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.
7. 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.
8. Lê Quang Thọ. Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ. 2019.
9. 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.
10. Bộ Y tế. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình. 2017.