



## Khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh tại xã Cự Nẫm tỉnh Quảng Bình và một số yếu tố liên quan

Nguyễn Thị Lê<sup>1</sup>, Trần Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Phan Thị Bích Thuận<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Lam Phương<sup>1</sup>, Lê Thanh Hà<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Đại học Duy Tân; <sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh tại xã Cự Nẫm, tỉnh Quảng Bình và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 267 người bệnh tăng huyết áp  $\geq 18$  tuổi đang được quản lý và theo dõi huyết áp tại trạm y tế xã Cự Nẫm, Tỉnh Quảng Bình từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2024. Thang đo do Nilmanat và Akhter đánh giá hành vi tự quản lý tăng huyết áp được sử dụng trong nghiên cứu. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 73,4% người bệnh có khả năng tự quản lý ở mức độ trung bình. Khả năng tự quản lý về tuân thủ điều trị bằng thuốc có điểm trung bình cao nhất với  $3,17 \pm 0,73$ . Khả năng tự điều chỉnh hành vi có điểm trung bình thấp nhất với  $2,31 \pm 0,55$ . Các yếu tố liên quan đến khả năng tự quản lý huyết áp của người bệnh là trình độ học vấn, mức độ tăng huyết áp, thời gian điều trị, tình trạng hút thuốc và sử dụng chất cồn. **Kết luận:** Phần lớn người bệnh có khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức độ trung bình. Trạm Y tế Cự Nẫm nên sàng lọc các đối tượng theo thời gian điều trị, trình độ học vấn, mức độ tăng huyết áp, tình trạng sử dụng chất có cồn để tập trung vào các đối tượng có nguy cơ. Tổ chức các buổi chia sẻ hàng tháng và hướng dẫn người bệnh về khả năng tự quản lý huyết áp. Nhân viên y tế của Trạm cần được tập huấn định kỳ về chương trình tự quản lý bệnh tăng huyết áp để giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

**Từ khóa:** Tự quản lý, người bệnh, tăng huyết áp.

## Ability to self-manage hypertension of patients in Cu Nam commune, Quang Binh province and related factors

Nguyen Thi Le<sup>1</sup>, Tran Thi Thu Huong<sup>1</sup>, Phan Thi Bich Thuan<sup>1</sup>,  
Nguyen Thi Lam Phuong<sup>1</sup>, Le Thanh Ha<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Duy Tan University; <sup>2</sup>108 Military Central Hospital

### ABSTRACT

**Objectives:** Assessing the ability to self-manage hypertension of patients in Cu Nam commune, Quang Binh province and to identify some factors related to the ability to self-manage hypertension. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 267 hypertensive patients  $\geq 18$  years old in Cu Nam commune who were being managed and monitored for blood pressure at the Cu Nam commune health station, Quang Binh province, was diagnosed with hypertension and treated with antihypertensive drugs for at least 1 month according to the Vietnamese hypertension classification. The hypertension self-management behavior questionnaire was used to assess the ability to self-manage hypertension. **Results:** The study results showed that 73.4% of patients had an average level of self-management ability. The self-management ability regarding medication adherence had the highest mean score of  $3.17 \pm 0.73$ . The self-regulation ability had the lowest mean score of  $2.31 \pm 0.55$ . Factors related to the patient's ability to self-manage blood pressure were education level, level of hypertension, treatment duration, smoking status, and alcohol use. **Conclusion:** Most patients are able to self-manage their hypertension at an average level. Cu Nam Health Station should screen subjects according to treatment time, education level, hypertension level, and alcohol use status to focus on at-risk subjects. Organize monthly sharing sessions and guide patients on the ability to self-manage their blood pressure. Health workers of the station need to be trained in the periodic hypertension self-management program to educate patients on health.

**Keywords:** Self-management, patients, hypertension.

Tác giả: Nguyễn Thị Lê  
Email: nguyenthile1993@gmail.com  
DOI: 10.54436/jns.2025.02.931

Ngày nhận bài: 13/01/2025  
Ngày hoàn thiện: 02/3/2025  
Ngày đăng bài: 03/3/2025

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu đáng lo ngại và là một trong những nguyên nhân phổ biến dẫn đến tử vong sớm trên khắp thế giới<sup>1</sup>. Tổ chức Y tế Thế giới gọi tăng huyết áp là “kẻ giết người thầm lặng”. Hầu hết người bệnh không có triệu chứng rõ ràng ở giai đoạn đầu. Họ có vẻ khỏe mạnh cho đến khi những thay đổi trong mạch máu ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh trong cuộc sống của họ. Chất lượng cuộc sống ở người bệnh tăng huyết áp giảm dần do các biến chứng của bệnh lý kèm theo, tác dụng phụ của thuốc điều trị và nhận thức của người bệnh sẽ bị giảm sút do các biến chứng của bệnh. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới có khoảng 1,5 tỷ người trên toàn thế giới đang mắc các vấn đề liên quan đến tăng huyết áp và có khoảng 7,5 triệu ca tử vong và 57 triệu người phải sống cùng với các di chứng của bệnh tăng huyết áp<sup>1,2</sup>. Tại Việt Nam số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành năm 2021 là 26,2%, tương ứng với khoảng 17 triệu người<sup>3</sup>. Sự gia tăng đáng kể này không chỉ đặt ra thách thức lớn về sức khỏe mà còn yêu cầu các biện pháp phòng ngừa và quản lý bệnh hiệu quả hơn để giảm thiểu tác động tiêu cực của tăng huyết áp đối với sức khỏe cộng đồng.

Khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp là sự tuân thủ điều trị thuốc và điều chỉnh lối sống của người bệnh. Để giúp người bệnh kiểm soát tốt huyết áp, giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và các biến chứng của bệnh huyết áp thì việc tự quản lý là rất quan trọng. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp có thể kiểm soát được huyết áp ở mức còn thấp. Tăng huyết áp được kiểm soát tốt nhất chủ yếu ở Hoa Kỳ và các nước Châu Âu. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp tốt ở Hoa Kỳ là 63% trong khi ở Châu Âu là từ 31% đến 46%. Cứ bốn người

trưởng thành thì có một người bị tăng huyết áp, 32% không biết mình mắc bệnh, 15% không được điều trị và 26% không được điều trị đầy đủ; chỉ có 27% được điều trị đầy đủ<sup>4</sup>. Ở các nước đang phát triển, gánh nặng tăng huyết áp là một thách thức lớn trong khi tỷ lệ lưu hành ngày càng gia tăng; Tuy nhiên, không có sự cải thiện nào về nhận thức hoặc tỷ lệ kiểm soát<sup>5</sup>. Giống như các nước đang phát triển khác, tăng huyết áp là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba ở các bệnh viện dành cho người lớn ở Việt Nam. Nhưng chỉ có khoảng 10,7% người bệnh tăng huyết áp đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp<sup>6</sup>. Một trong những lý do chính dẫn đến việc kiểm soát tăng huyết áp kém có thể là do thiếu khả năng tự quản lý. Khả năng tự quản lý rất quan trọng trong việc kiểm soát huyết áp cho người bệnh tăng huyết áp. Không giống như bệnh cấp tính, người bệnh tăng huyết áp phải có khả năng tự quản lý và sống chung với bệnh trong suốt quãng đời còn lại. Nói cách khác, người bị tăng huyết áp cần có khả năng tự quản lý các triệu chứng, phương pháp điều trị, tập thể dục, những thay đổi về tâm lý xã hội và lối sống vốn có khi sống chung với bệnh mãn tính<sup>7</sup>. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Bosworth (2010) cho thấy việc tự quản lý không hề dễ dàng vì người bệnh cần đưa ra các quyết định hàng ngày mang tính kết hợp và liên quan đến các hành động như uống thuốc, tập thể dục và ứng phó với các dấu hiệu, triệu chứng tăng huyết áp trong thời gian dài<sup>8</sup>.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Trần Thị My và cộng sự ở thành phố Huế cho thấy người bệnh có khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức độ cao chiếm 96,4%<sup>9</sup>. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Dương và cộng sự ở bệnh viện Đa khoa Hùng Vương cho thấy tỷ lệ người

bệnh có khả năng thực hành kiểm soát đạt còn thấp chiếm 21,3% <sup>10</sup>. Tại xã Cự Nẫm Tỉnh Quảng Bình, theo số liệu báo cáo của trạm y tế xã Cự Nẫm Tỉnh Quảng Bình từ năm 2023 đến hết tháng 1/2024 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người trên 40 tuổi chiếm 27,79%. Đáng lưu ý là nhiều trường hợp chỉ biết mình mắc tăng huyết áp qua các đợt khám sức khỏe đại trà tại cộng đồng hoặc khi được đo huyết áp khi đi khám vì một bệnh khác. Các nghiên cứu về tỉ lệ và nguyên nhân tăng huyết áp đã được thống kê, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh. Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh tại xã Cự Nẫm, tỉnh Quảng Bình và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh tại xã Cự Nẫm đang được quản lý và theo dõi huyết áp tại trạm y tế xã Cự Nẫm, Tỉnh Quảng Bình

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh  $\geq 18$  tuổi, được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị thuốc tăng huyết áp ít nhất 1 tháng theo phân độ tăng huyết áp của Việt Nam.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc các bệnh ảnh hưởng đến giao tiếp như: khiếm khuyết về nghe và nói; người bệnh có vấn đề sức khỏe tâm thần, suy giảm nhận thức; người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Địa điểm nghiên cứu:** Trạm Y tế xã Cự Nẫm, tỉnh Quảng Bình.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2024.

## Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

## Mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$  với độ tin cậy 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

$p = 0,197$  (Trong nghiên cứu của tác giả Ruchius Philbert và cộng sự về khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh cho thấy tỉ lệ người bệnh có khả năng tự quản lý tốt là 19,7%) <sup>11</sup>.

$\Delta$ : Khoảng sai lệch mong muốn giữa 2 tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P). Trong trường hợp này được coi là tỷ lệ tuyệt đối, tức là hiệu của tỷ lệ P và p và chọn  $\Delta = 5\%$ .

Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu là 243 người bệnh. Ước lượng có khoảng 10% phiếu khảo sát không hợp lệ. Từ đó cỡ mẫu mong muốn trong nghiên cứu này là 267 người bệnh. Cỡ mẫu thu được đưa vào nghiên cứu là 267 người bệnh.

## Phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

## Bộ công cụ

Bộ câu hỏi trong nghiên cứu gồm 2 phần:

Phần 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học và thông tin lâm sàng của người bệnh.

Phần 2: Khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh được đánh giá bằng thang đo hành vi tự quản lý tăng huyết áp do Nilmanat và Akhter (2010) phát triển tại Bangladesh<sup>12</sup>. Thang đo tập trung vào thực hành hành vi tự quản lý của người bệnh trong 30 ngày qua, gồm 40 câu hỏi, được chia làm 5 mục: mục 1 đánh giá về khả năng kết hợp các biện pháp chăm sóc sức khỏe vào cuộc sống hàng ngày (13 câu); mục 2 khả năng tự điều chỉnh hành vi của người bệnh (9 câu); mục 3 mức độ tương tác với các chuyên gia y tế và những người quan trọng khác về kế hoạch điều trị bệnh (4 câu); mục 4 khả năng tự giám sát liên quan đến việc theo dõi huyết áp tại nhà (9 câu); mục 5 tuân thủ điều trị thuốc huyết áp theo quy định thuốc và thăm khám (9 câu). Các câu trả lời được đánh giá theo thang điểm Likert từ 1 (không bao giờ) đến 4 (luôn luôn). Điểm số cho hành vi tự quản lý tăng huyết áp được chia thành 3 mức độ: Điểm trung bình từ 1,00 – 2,00 biểu thị khả năng tự quản lý thấp, từ 2,01 – 3,00 biểu thị khả năng tự quản lý trung bình, từ 3,01 – 4,00 biểu thị khả năng tự quản lý cao.

Thang đo đã được sự cho phép sử dụng của tác giả và được dịch sang tiếng Việt. Sau đó một nghiên cứu thí điểm trên 20 người bệnh đã được tiến hành và kết quả kiểm tra độ tin cậy với giá trị Cronbach alpha là 0,846. Những đối tượng được sử dụng trong nghiên cứu thí điểm đã không được sử dụng lại trong nghiên cứu chính thức.

### **Phương pháp thu thập dữ liệu:**

Phương pháp là phát vấn: Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để thu thập các thông tin.

Nghiên cứu được thực hiện tại Trạm Y tế xã Cự Nẫm, Tỉnh Quảng Bình trong thời gian làm việc hành chính cấp phát thuốc và

tái khám định kì cho người bệnh từ tháng 01/2024-02/2024. Nhà nghiên cứu đã hợp tác các nhân viên y tế tại Trạm và tiếp cận người bệnh, giải thích mục tiêu nghiên cứu. Sau khi người bệnh được đo huyết áp, cân nặng và chiều cao, những người bệnh sẵn sàng tham gia nghiên cứu được yêu cầu điền vào bộ công cụ hoặc người phát vấn hỏi điền vào phiếu và sau đó trả lại cho nhà nghiên cứu ngay lập tức. Thời gian trả lời khảo sát kéo dài khoảng 15 phút. Việc tham gia vào nghiên cứu là tự nguyện và không phải trả phí cho những người tham gia.

### **Phương pháp xử lý dữ liệu:**

Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để phân tích dữ liệu của nghiên cứu này. Dữ liệu nhân khẩu học của người tham gia, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn của mức độ tự quản lý được phân tích bằng các số liệu thống kê mô tả. T-test, ANOVA được sử dụng để kiểm tra mối liên quan giữa các biến với mức độ tự quản lý của người bệnh. Kết quả được đánh giá trong khoảng tin cậy 95%, và  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### **Đạo đức nghiên cứu:**

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự cho phép của Trường Đại học Duy Tân và Trạm Y tế xã Cự Nẫm. Tất cả những người tham gia đã được thông báo về mục tiêu và thiết kế của nghiên cứu trước khi tiến hành điền phiếu điều tra. Dữ liệu thu thập được đảm bảo tính bảo mật. Những người tham gia đã được xác nhận rằng sự tham gia của họ là tự nguyện và được tự do rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào họ muốn. Các thông tin thu thập được một cách trung thực, khách quan và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Không sử dụng cho mục đích nào khác.

## KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 267)**

Đặc điểm		n	%
Tuổi	≤ 40	7	2,6
	41-64	109	40,8
	≥ 65	151	56,6
Độ tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn: 66,58 ± 11,36, tuổi nhỏ nhất: 37 tuổi; tuổi lớn nhất: 89 tuổi.			
Giới tính	Nam	159	59,6
	Nữ	108	40,4
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	4	1,5
	Kết hôn	215	80,5
	Góa phụ/Ly thân/Ly dị	48	18,0
Trình độ học vấn	Tiểu học/dưới tiểu học	64	24,0
	Trung học cơ sở	100	37,5
	Trung học phổ thông	62	23,2
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	41	15,4
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	154	57,7
	Lao động trí óc	60	22,5
	Hưu trí	27	10,1
	Không có công việc ổn định/dựa vào con cái	26	9,7
Thu nhập	< 5 triệu	212	79,4
	5-10 triệu	44	16,5
	> 10 triệu	11	4,1
Áp lực cuộc sống	Thường xuyên	27	10,1
	Thỉnh thoảng	233	87,3
	Không có áp lực	7	2,6
Bảo hiểm y tế	Có	267	100

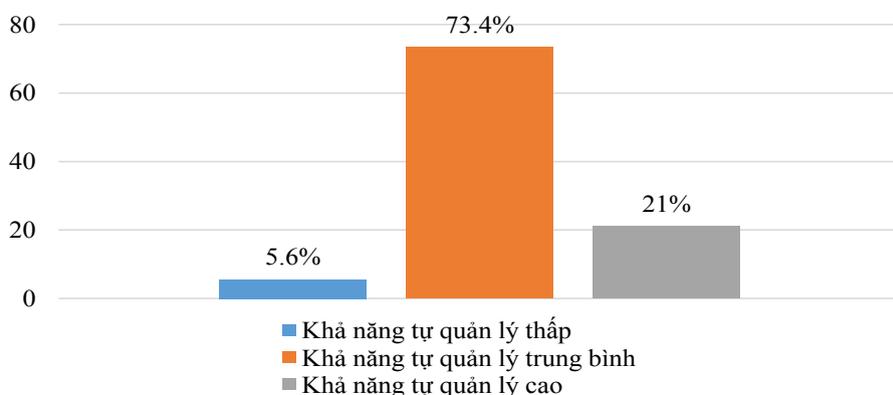
Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của người bệnh là 66,5 ± 11,36; độ tuổi nhỏ nhất 37 tuổi, độ tuổi lớn nhất 89 tuổi. Trong đó người bệnh trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,6%. Người bệnh nam cao hơn nữ chiếm tỉ lệ 59,6%. Có 18% người bệnh góa phụ/ly thân/ly dị và có 1,5% độc thân. Người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao

nhất 37,5%. Nghề nghiệp chính đa số người bệnh lao động chân tay chiếm tỷ lệ lớn nhất với 57,7% và một số nhỏ không có công việc ổn định hoặc sống cùng con cái chiếm 9,7%. Thu nhập chủ yếu của người bệnh <5 triệu/tháng chiếm 74,9%. 87,3% người bệnh thỉnh thoảng gặp áp lực cuộc sống, 10,1% gặp áp lực thường xuyên. 100% người bệnh có bảo hiểm y tế.

**Bảng 2. Thông tin lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 267)**

Đặc điểm		n	%
Huyết áp	Bình thường	89	33,3
	Tăng huyết áp độ I	112	41,9
	Tăng huyết áp độ II	54	20,2
	Tăng huyết áp độ III	12	4,5
BMI	Gầy	21	7,9
	Bình thường	197	73,8
	Thừa cân	43	16,1
	Béo phì	6	2,2
Thời gian điều trị	≤ 5 năm	135	50,6
	5- 10 năm	70	26,2
	≥ 10 năm	62	23,2
Tình trạng hút thuốc	Có	47	17,6
	Không	220	82,4
Thói quen sử dụng chất cồn	Có	58	21,7
	Không	209	78,3
Bệnh kèm	Không có bệnh kèm	168	62,9
	Có 1 bệnh kèm	36	13,5
	Có 2 bệnh kèm	10	3,7
	Có nhiều hơn 2 bệnh kèm	53	19,9
Tiền sử gia đình mắc bệnh tăng huyết áp	Có	159	59,6
	Không	108	40,4

Trong 267 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 41,9% người bệnh có chỉ số tăng huyết áp độ I, 20,2% tăng huyết áp độ II, 4,5% người bệnh có chỉ số tăng huyết áp độ III. Có 16,1 % người bệnh thừa cân, 2,2% người bệnh béo phì và 7,9% người bệnh nằm trong khoảng gầy. Thời gian điều trị đa số là dưới 5 năm (50,6%). Có 17,6% người bệnh hút thuốc và 21,7% người bệnh có thói quen sử dụng chất cồn. Người bệnh có bệnh kèm chiếm 37,1%. Có 59,6 người bệnh cho biết trong gia đình của họ đã từng có trường hợp mắc bệnh tăng huyết áp.



**Biểu đồ 1. Khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh (n = 267)**

Đa số người bệnh có khả năng tự quản lý trung bình (73,4%), 5,6% có khả năng tự quản lý thấp và 21% có khả năng tự quản lý cao.

**Bảng 3. Các khía cạnh thể hiện khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh (n = 267)**

Các khía cạnh của khả năng tự quản lý	Mean ± SD
Khả năng kết hợp các biện pháp chăm sóc sức khỏe vào cuộc sống hàng ngày	2,78 ± 0,49
Khả năng tự điều chỉnh	2,31 ± 0,55
Tương tác với các chuyên gia y tế và những người liên quan	2,68 ± 0,54
Khả năng tự giám sát	2,61 ± 0,57
Tuân thủ điều trị bằng thuốc	3,17 ± 0,73
Khả năng tự quản lý tổng thể	2,70 ± 0,45

Trong 5 khía cạnh thể hiện khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp thì người bệnh tuân thủ điều trị bằng thuốc có điểm trung bình ở mức cao với  $3,17 \pm 0,73$ . Bốn khía cạnh còn lại liên quan đến khía cạnh về khả năng kết hợp các biện pháp chăm sóc sức khỏe vào cuộc sống hàng ngày; khả năng tự điều chỉnh; khả năng tương tác với các chuyên gia y tế và những người liên quan và khả năng tự giám sát với điểm trung bình lần lượt là  $2,78 \pm 0,49$ ,  $2,31 \pm 0,55$ ,  $2,68 \pm 0,54$ ,  $2,61 \pm 0,57$  ở mức độ trung bình. Trong đó khía cạnh về khả năng tự điều chỉnh hành vi là thấp nhất.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh (n = 267)**

Nội dung		Mean ± SD	F/t	Df	p
Tuổi	≤ 40	2,49 ± 0,25	2,1	2	0,067 <sup>2</sup>
	41-64	2,64 ± 0,42			
	≥ 65	2,73 ± 0,45			
Giới tính	Nam	2,66 ± 0,44	0,29	224	0,59 <sup>1</sup>
	Nữ	2,71 ± 0,43			

	Nội dung	Mean ± SD	F/t	Df	p
Trình độ học vấn	Tiểu học/dưới tiểu học <sup>Ⓐ</sup>	2,70 ± 0,48	6,49	3	0,000 <sup>2</sup> ⒶⒷⒸ<Ⓓ
	Trung học cơ sở <sup>Ⓑ</sup>	2,60 ± 0,37			
	Trung học phổ thông <sup>Ⓒ</sup>	2,63 ± 0,38			
	Trung cấp, cao đẳng, đại học <sup>Ⓓ</sup>	2,99 ± 0,49			
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	2,70 ± 0,40	2,68	3	0,091 <sup>2</sup>
	Lao động trí óc	2,66 ± 0,49			
	Hưu trí	2,82 ± 0,41			
	Không có công việc ổn định/ sống dựa vào con cái	2,50 ± 0,51			
Thu nhập cá nhân	< 5 triệu	9,79 ± 5,02	2,27	2	0,105 <sup>2</sup>
	5 triệu – 10 triệu	11,35 ± 5,76			
	> 10 triệu	11,41 ± 3,82			
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	2,84 ± 0,32	1,5	2	0,225 <sup>2</sup>
	Đã kết hôn	2,66 ± 0,42			
	Góa bụa/Ly thân/ ly dị	2,78 ± 0,51			
Áp lực cuộc sống	Thường xuyên	2,78 ± 0,42	1,5	2	0,227 <sup>2</sup>
	Thỉnh thoảng	2,68 ± 0,44			
	Không có áp lực	2,65 ± 0,56			

<sup>1</sup>. T-test, <sup>2</sup>. Anova

Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh ( $p < 0,05$ ). Những người bệnh có trình độ từ trung cấp, cao đẳng và đại học sẽ có khả năng tự quản lý cao hơn những người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa thông tin lâm sàng với khả năng tự quản lý của người bệnh tăng huyết áp (n = 267)**

	Nội dung	Mean ± SD	F/t	Df	p
Huyết áp	Bình thường <sup>Ⓐ</sup>	2,82 ± 0,42	6,99	3	0,000 <sup>2</sup> Ⓐ>ⒸⒹ
	Tăng HA độ I <sup>Ⓑ</sup>	2,68 ± 0,46			
	Tăng HA độ II <sup>Ⓒ</sup>	2,51 ± 0,39			
	Tăng HA độ III <sup>Ⓓ</sup>	2,49 ± 0,20			
BMI	Thiếu cân	2,81 ± 0,52	1,92	3	0,128 <sup>2</sup>
	Bình thường	2,65 ± 0,44			
	Thừa cân	2,77 ± 0,36			
	Béo phì	2,87 ± 0,39			

Nội dung		Mean ± SD	F/t	Df	p
Thời gian điều trị tăng huyết áp	≤ 5 năm <sup>Ⓐ</sup>	2,51 ± 0,37	26,5	2	0,000 <sup>2</sup> Ⓐ<Ⓑ<Ⓒ
	5 -10 năm <sup>Ⓑ</sup>	2,85 ± 0,41			
	> 10 năm <sup>Ⓒ</sup>	2,89 ± 0,46			
Tình trạng hút thuốc	Có	2,47 ± 0,40	3,72	29265	0,000 <sup>1</sup>
	Không	2,73 ± 0,43			
Thói quen sử dụng các chất có cồn	Có	2,48 ± 0,39	1,81	23265	0,000 <sup>1</sup>
	Không	2,74 ± 0,43			
Bệnh kèm và các rối loạn	Không có bệnh kèm	2,69 ± 0,46	0,45	3	0,37 <sup>2</sup>
	Có 1 bệnh kèm	2,63 ± 0,39			
	Có 2 bệnh kèm	2,59 ± 0,18			
	Có nhiều hơn 2 bệnh kèm	2,72 ± 0,43			
Tiền sử tăng huyết áp của gia đình	Có	2,70 ± 0,39	1,96	292	0,054 <sup>1</sup>
	Không	2,66 ± 0,49			

<sup>1</sup>. T-test, <sup>2</sup>. Anova

Nghiên cứu tìm thấy giữa huyết áp và khả năng tự quản lý có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Người bệnh có chỉ số huyết áp bình thường có mức độ tự quản lý cao hơn so với người bệnh tăng huyết áp độ II và độ III.

Nghiên cứu cho thấy người bệnh mắc bệnh trong khoảng thời gian dưới 5 năm thường có khả năng tự quản lý thấp hơn so với những người mắc bệnh trong thời gian trên 5 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hút thuốc và khả năng tự quản lý của người bệnh ( $p < 0,05$ ).

Những người bệnh không sử dụng rượu bia có khả năng tự quản lý cao hơn các người bệnh sử dụng thường xuyên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

**Khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh:** Kết quả của nghiên cứu cho thấy hầu hết người bệnh có khả năng tự quản lý ở mức độ trung bình. Có 21% người bệnh có khả năng tự quản lý ở mức độ cao. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Trường tại tỉnh Hải Dương với điểm trung bình khả năng tự quản lý ở mức độ cao <sup>13</sup> và thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị My và cộng sự tại thành

phố Huế với 96,4% người bệnh có khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức cao <sup>9</sup>. Những lý do có thể dẫn đến sự khác biệt này có thể là sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, nguồn thông tin, văn hóa và xã hội giữa các vùng. Trên thế giới đã áp dụng thành công các chương trình tự quản lý sử dụng các nhà cung cấp không phải bác sĩ, gặp gỡ người bệnh từ xa (điện thoại hoặc Internet), thiết lập nhóm và hỗ trợ người bệnh để thúc đẩy việc tự quản lý, thường bổ sung thay

thể cho việc gặp mặt trực tiếp. Hiện tại, chương trình tự quản lý huyết áp đã được phát động tại Việt Nam. Tại Trung tâm y tế xã Cự Nẫm cũng đang từng bước thực hiện, tuy nhiên một số rào cản vẫn còn tồn tại. Xã Cự Nẫm là một vùng nông thôn, nguồn lực y tế còn hạn chế. Điều này có thể ảnh hưởng đến việc người bệnh có thể trao đổi trực tiếp với điều dưỡng về chiến lược tự quản lý của mình cũng như không được giáo dục toàn diện về các khía cạnh tự quản lý. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết người bệnh đều có trình độ dưới trung học phổ thông chỉ có 15,4% người bệnh có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học. Những người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn có thể không hiểu đầy đủ thông tin mà các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp và có thể gặp rào cản trong việc tìm kiếm thông tin thông qua mạng xã hội<sup>14</sup>.

Trong các khía cạnh thể hiện khả năng tự quản lý của người bệnh, khía cạnh tự quản lý về tuân thủ điều trị thuốc có điểm trung bình tự quản lý cao. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dương Tố Anh năm 2017, cho thấy người bệnh tăng huyết áp tin tưởng vào việc điều trị tăng huyết áp bằng thuốc<sup>15</sup>. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Tâm và cộng sự năm 2020 với việc tuân thủ sử dụng thuốc huyết áp ở các đối tượng khá tốt với tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc huyết áp tốt là 72,6%<sup>16</sup>. Điều này chứng minh cho những nỗ lực của chương trình tự quản lý huyết áp kết hợp hỗ trợ tài chính cho điều trị ngoại trú thông qua hệ thống bảo hiểm y tế, Việt Nam đã giúp thay đổi nhận thức của người bệnh về phương pháp điều trị phù hợp. Ngoài ra, người bệnh có thể nhận thấy tác dụng của thuốc hạ huyết áp ngay sau khi điều trị.

Trong các khía cạnh thể hiện khả năng tự quản lý của người bệnh, khía cạnh tự tự

điều chỉnh hành vi có điểm trung bình thấp nhất. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Akhter năm 2010<sup>12</sup>. Trong khả năng tự điều chỉnh người bệnh phải nhận biết các dấu hiệu của cơ thể, ngoài các dấu hiệu của tăng huyết áp còn có dấu hiệu của hạ huyết áp và kiểm soát được các tình huống có thể làm tăng huyết áp. Theo nghiên cứu của tác giả Songthai và cộng sự năm 2014, người bệnh phải là người cộng tác trong quá trình tự quản lý này và các phương pháp nâng cao khả năng cũng như sự tự tin của người bệnh để tự quản lý là cần thiết nhưng không hề dễ dàng vì người bệnh cần đưa ra các quyết định hàng ngày được tích hợp trong một thời gian dài và nó liên quan đến các hành động như dùng thuốc, tập thể dục và ứng phó với các dấu hiệu và triệu chứng tăng huyết áp<sup>17</sup>.

**Các yếu tố liên quan đến khả năng tự quản lý của người bệnh tăng huyết áp:** Kết quả nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn, mức độ tăng huyết áp, thời gian điều trị, tình trạng hút thuốc, tình trạng sử dụng chất có cồn có mối liên quan với khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh.

Những người có trình độ học vấn trung cấp, cao đẳng, đại học có khả năng tự quản lý tăng huyết áp cao hơn những người có trình độ thấp hơn. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Akhter thực hiện tại Bangladesh và nghiên cứu của tác giả Lixing Chen và các cộng sự ở Trung Quốc<sup>12, 18</sup>. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng trình độ học vấn có liên quan chặt chẽ với khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp của người bệnh: việc hoàn thành bậc trung học phổ thông trở lên được xác định là yếu tố bảo vệ đối với tăng huyết áp, trong khi việc hoàn thành bậc trung học cơ sở trở xuống thì không<sup>18</sup>. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hiến tại Bệnh viện Đại học

Y Dược Cần Thơ cũng cho thấy rằng những người có trình độ học vấn trung học phổ thông và trung học cơ sở có kiến thức đạt cao hơn những người có trình độ học vấn tiểu học/dưới tiểu học<sup>19</sup>. Giáo dục là cần thiết để tự quản lý bệnh mãn tính và những người tham gia có trình độ học vấn thấp, đặc biệt là những người bệnh mù chữ sẽ gặp khó khăn khi đọc hoặc hiểu các hướng dẫn bằng văn bản. Những người có trình độ phổ thông trung học trở lên thường tìm hiểu thêm về bệnh của mình thông qua internet và sách... từ đó người bệnh có kiến thức để thực hành các hành vi tự quản lý tốt hơn. Người bệnh có chỉ số huyết áp bình thường có khả năng tự quản lý cao hơn so với người bệnh tăng huyết áp độ II và độ III. Điều này cho ta biết rằng, huyết áp của người bệnh sau điều trị càng cao thì khả năng tự quản lý càng thấp và ngược lại. Vì vậy việc tuân thủ dùng thuốc đều đặn hàng ngày và việc thay đổi lối sống tích cực có ý nghĩa cực kỳ quan trọng trong việc điều trị bệnh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa thời gian điều trị tăng huyết áp với khả năng tự quản lý. Những người bệnh có thời gian điều trị trên 5 năm thường có khả năng tự quản lý cao hơn so với những người bệnh có thời gian điều trị dưới 5 năm. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Đào và cộng sự năm 2021 tiến hành trên 353 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang cũng cho thấy có sự liên quan giữa thời gian mắc bệnh tăng huyết áp và sự tuân thủ điều trị<sup>20</sup>. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Vân và các cộng sự năm 2020: nhóm người bệnh tăng huyết áp trên 5 năm đạt tuân thủ thay đổi lối sống cao gấp 2,23 lần so với nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm<sup>21</sup>. Điều này có thể lý giải rằng những người mắc bệnh lâu hơn thì họ có nhiều thời

gian tìm hiểu về bệnh hơn, hiểu biết của họ cũng được nâng cao hơn so với những người mới mắc bệnh. Hay nói cách khác, họ đã có kinh nghiệm hơn trong điều chỉnh lối sống, sinh hoạt, có chế độ ăn phù hợp với yêu cầu của người bệnh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng người bệnh không hút thuốc có khả năng tự quản lý cao hơn các người bệnh hút thuốc thường xuyên ( $p = 0,00$ ). Tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Hữu (2018) việc kiểm soát huyết áp ở nhóm không hút thuốc lá cao hơn 1,83 lần so với nhóm có hút thuốc lá với  $p < 0,05$ <sup>22</sup>. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thành và cộng sự năm 2023 cũng cho thấy hút thuốc lá là yếu tố ảnh hưởng đến tăng huyết áp ( $p < 0,05$ )<sup>23</sup>. Từ các kết quả của nhiều nghiên cứu chúng ta thấy hút thuốc lá là một nguy cơ tiềm tàng dẫn đến phát triển bệnh xơ vữa động mạch, cũng là một yếu tố đe dọa quan trọng đến bệnh tăng huyết áp. Nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở người tăng huyết áp có hút thuốc lá cao hơn 50 -60% so với những người tăng huyết áp không hút thuốc lá. Người hút thuốc thường có xu hướng có thói quen sống không lành mạnh khác như ăn uống không cân đối, ít vận động, và căng thẳng, tất cả đều có thể ảnh hưởng đến huyết áp. Người bệnh không sử dụng rượu bia có khả năng tự quản lý cao hơn các người bệnh sử dụng thường xuyên với  $p < 0,05$ . Rượu bia là một trong những yếu tố nguy cơ gây nên bệnh tim mạch nói chung và THA nói riêng. Kết quả trong nghiên cứu của Lê Minh Hữu (2018) cho thấy tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở những người không sử dụng rượu bia mức có hại (56,9%) cao hơn 3,3 lần so với tỷ lệ kiểm soát huyết áp những người nhóm còn lại (28,6%) với  $p < 0,05$ <sup>22</sup>. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Trần Đỗ Thanh Phong, tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở những người uống rượu bia vừa phải cao hơn 3,25 lần so với

những người uống rượu bia quá mức ( $p = 0,00$ )<sup>24</sup>. Việc loại bỏ hoặc hạn chế sử dụng rượu bia có thể là một phương pháp hiệu quả trong việc cải thiện kiểm soát huyết áp và quản lý bệnh tim mạch, đặc biệt là đối với những người có nguy cơ cao. Rượu có thể làm giảm tinh thần tỉnh táo và làm mất khả năng tự kiểm soát. Khi có tác dụng của rượu, người sử dụng có thể không thể quyết định hoặc thực hiện các biện pháp tự quản lý huyết áp một cách hiệu quả. Rượu có thể tương tác với các loại thuốc điều trị huyết áp, làm giảm hiệu quả của chúng hoặc gây ra tác dụng phụ không mong muốn. Điều này có thể làm cho việc điều chỉnh huyết áp trở nên khó khăn hơn cho người sử dụng.

## KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 73,4%, người bệnh có khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức độ trung bình, 21% người bệnh có khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp với mức độ cao, 5,6% người bệnh có khả năng tự quản lý bệnh tăng huyết áp ở mức độ thấp. Khả năng tự quản lý về tuân thủ điều trị bằng thuốc có điểm trung bình cao nhất với  $3,17 \pm 0,73$ . Khả năng tự điều chỉnh có điểm trung bình thấp nhất với  $2,31 \pm 0,55$ . Một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản lý huyết áp của người bệnh là trình độ học vấn, chỉ số huyết áp, thời gian điều trị, tình trạng hút thuốc và sử dụng chất cồn.

**Khuyến nghị:** Trung tâm Y tế Cự Nẫm nên sàng lọc các đối tượng theo thời gian điều trị, trình độ học vấn và phân độ huyết áp, tình trạng sử dụng rượu bia để tập trung vào các đối tượng có nguy cơ. Tổ chức các buổi chia sẻ và hướng dẫn hàng tháng cho người bệnh về khả năng tự quản lý huyết áp. Sử dụng các tài liệu đơn giản hơn cho bệnh nhân trình độ thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Hypertension 2019 [Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension>].
2. Atibila F, Ten Hoor G, Donkoh ET, Kok G. Challenges experienced by patients with hypertension in Ghana: A qualitative inquiry. PLoS One. 2021;16(5):e0250355. doi: 10.1371/journal.pone.0250355.
3. Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh. Chăm sóc người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng 2023 [Available from: <https://soyte.hochiminhcity.gov.vn/giai-thuong-thanh-tuu-y-khoa-viet-nam-nam-2023/decu-04-cham-soc-nguoi-benh-tang-huyet-ap-va-dai-thao-duong-tai-cong-dong-cmobile16591-67206.aspx>].
4. Afolabi J, Haochuan, G. Guiding hypertensive adult patients: A Literature Review of Evidence-Based Nursing: Lapland University of Applied Sciences; 2014.
5. Mohsen Ibrahim M. Hypertension in Developing Countries: A Major Challenge for the Future. Curr Hypertens Rep. 2018;20(5):38. DOI: 10.1007/s11906-018-0839-1.
6. Son P.T, Quang N.N, Viet N.L et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. J Hum Hypertens. 2012;26(4):268-80. doi: 10.1038/jhh.2011.18.
7. Pham Van Truong, and et al. Effects of self-management programs on blood pressure, self-efficacy, medication adherence and body mass index in older adults with hypertension: Meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Practice 2021;27(2). doi: 10.1111/ijn.12920.

8. Bosworth H.B, Powers B.J, Oddone E.Z. Patient self-management support: novel strategies in hypertension and heart disease. *Cardiol Clin.* 2010;28(4):655-63. doi: 10.1016/j.ccl.2010.07.003.
9. Tran Thi My, Duong Dinh Hieu, Le Van An, Lai Thi Ha, Nguyen Thi Hai. Factors related to self-management behavior among hypertensive patients in Hue City, Vietnam. *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng.* 2024;07(02):108–20. DOI: 10.54436/jns.2024.02.795.
10. Nguyễn Văn Dương, Nguyễn Thu Hằng, Đào Phương Mai và cộng sự. Khảo sát kiến thức và thực hành về tự kiểm soát huyết áp của bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương năm 2023. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng* 2023;05(06):16–24. DOI: 10.54436/jns.2023.05.703.
11. Ruchius Philbert, Pius Temba , Fredrick Mashili. Hypertension self-management and associated factors among patients attending clinics in referral hospitals in Dar-Es-Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research.* 2023;24(2).
12. Akhter N., Self management among patients with hypertension in Bangladesh: Songkla University; 2010.
13. Pham V., Truong P., Jullamate P., Piphatvanitcha N. บทความวิจัย ปัจจัย Factors Related to Self-Management Behaviours in Hypertensive Older Adults in Haiduong Province, Vietnam. 2016;10.
14. Tran Thi My, Nonglak Methakajanasak, Huynh Van Minh, . Relationships between Hypertension knowledge, Self-efficacy, Treatment beliefs and Self-management behaviors among uncontrolled hypertension patients in Da Nang city, Vietnam. *วารสารพยาบาล.* 2020;43(4):59-71.
15. Duong Thi To Anh, Ya Wen Shih, Nae-Fang Miao et al. Differences of Self-Management in Controlling Blood Pressure between Patients with Hypertension and Healthy People in Vietnam. *POJ Nursing Practice & Research.* 2017;1(1). DOI:10.32648/2577-9516/1/1/004.
16. Nguyễn Ngọc Tâm, Nguyễn Lan Anh, Nguyễn Trung Anh. Thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam* 2019;91+92.
17. Songthai N., Subgranon R., Kangchai W., Rosenberg E. Effects of Peer-support, Self-management Program on Self-management Behavior and Blood Pressure of Older Adults with Essential Hypertension. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences.* 2014;13. doi: 10.1111/ijn.12920.
18. Chen L., Zong Y., Wei T., et al. Prevalence, awareness, medication, control, and risk factors associated with hypertension in Yi ethnic group aged 50 years and over in rural China: the Yunnan minority eye study. *BMC Public Health.* 2015;15:383. doi: 10.1186/s12889-015-1687-4.
19. Nguyễn Trọng Hiến, Phan Kiều My, Nguyễn Thị Mai Trinh và cộng sự. Kiến thức, thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ. *Tạp chí y dược Cần Thơ.* 2023;60.https://doi.org/10.58490/ctump.2023i60.198
20. Vũ Thị Đào, Nguyễn Thị Ngọc Ngoan, Thạch Thị Mỹ Chi. Kiến thức và thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ,* 45, 141-149. 2023.

21. Phạm Thị Hồng Vân, Đinh Thị Thảo, Nguyễn Thị Hoa và cộng sự. Tìm hiểu kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại Viện Điều trị Cán bộ cao cấp Quân đội. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2020 (15).

22. Lê Minh Hữu, Trương Bá Nhẫn, Lâm Nhật Anh. Nghiên cứu tình hình kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long. Tạp chí y dược Cần Thơ. 2018;10.

23. Phạm Văn Thành, Nguyễn Đức Trọng. Thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18 –60 tuổi khám ngoại trú tại bệnh viện giao thông vận tải năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;2(534). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i2.8187>.

24. Trần Đỗ Thanh Phong, Nguyễn Trung Kiên. Nghiên cứu tình hình kiểm soát huyết áp và đánh giá kết quả can thiệp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang. Tạp chí Y dược Cần Thơ 2018;11+12:22-30.