

Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương năm 2022

Nguyễn Thị Thắm^{1*}, Nguyễn Thị Tính², Ngô Tùng Lâm¹, Cáp Minh Đức¹, Nguyễn Thị Thuý Linh¹

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương

*Tác giả liên hệ

Nguyễn Thị Thắm

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0987137697

Email: nttham@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 13/12/2022

Ngày phản biện: 19/12/2022

Ngày duyệt bài: 14/03/2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 418 bệnh nhân tăng huyết áp quản lý điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2022 nhằm mô tả thực trạng quản lý điều trị của bệnh nhân. Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, đo huyết áp và thu thập các chỉ số nhân trắc học. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân, thừa cân béo phì lần lượt là 14,8% và 33,3%; tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số vòng eo/vòng hông tăng là 68,4%. Tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ chế độ ăn, hoạt động thể lực không theo khuyến nghị lần lượt là 52,9% và 29,9%; 56,0% bệnh nhân tuân thủ thuốc điều trị ở mức độ trung bình và 24,4% tuân thủ mức độ thấp theo thang đo Morisky. Tỷ lệ bệnh nhân không đạt huyết áp mục tiêu điều trị là 44,7%. Phòng khám quản lý điều trị ngoại trú cần tư vấn cho bệnh nhân mỗi lần tái khám để nâng cao hiệu quả quản lý điều trị bệnh cho bệnh nhân.

Từ khóa: Quản lý điều trị; tăng huyết áp; Hải Dương.

The status of treatment management among hypertensive outpatients at the Medical Center of Ninh Giang district, Hai Duong in 2022

ABSTRACT: A cross-sectional study was conducted on 418 hypertensive outpatients being managed at the Medical Center of Ninh Giang District, Hai Duong from January 2022 to September 2022 to describe the status of blood pressure control in patients. Data were collected by face-to-face interview with pre-designed questionnaires, blood pressure measurement and anthropometric measurements. The study results showed that the proportion of underweight, overweight-obese patients was 14.8% and 33.3%, respectively; the proportion of patients with an increased waist/hip ratio index was 68.4%. The proportion of patients who did not follow the recommended diet and physical activity was 52.9% and 29.9%, respectively; 56.0% of patients had moderate adherence to treatment and 24.4% had low compliance according to the Morisky scale. The proportion of patients who did not reach the target blood pressure was 44.7%. Outpatient management clinics need to advise patients at each follow-up visit to improve the effectiveness of treatment management for patients.

Keywords: Treatment management; hypertension; Hai Duong.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng không chỉ ở Việt Nam mà còn trên phạm vi toàn cầu. Tỷ lệ mắc THA ngày càng tăng, nếu không được phát hiện, quản lý điều trị sớm, những người vào viện thường có những biến chứng nặng nề, đây cũng là nguyên nhân làm cho chi phí chữa bệnh tăng cao, trở thành gánh nặng không chỉ về cá nhân, gia đình bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến nền kinh tế xã hội trước mắt cũng như lâu dài [1].

Theo WHO và Hội Tim mạch Mỹ, dự phòng THA là việc làm cốt lõi [2]. Biết được yếu tố liên quan đến tình trạng mắc bệnh THA là cơ sở khoa học để xây dựng chương trình can thiệp dự phòng THA tại tuyến y tế cơ sở hiệu quả hơn. WHO ước tính năm 2021 có khoảng 46% người lớn bị THA không biết rằng họ mắc bệnh. Ít hơn một nửa số người lớn (42%) bị THA được chẩn đoán và điều trị. Khoảng 1/5 người lớn (21%) bị THA điều trị đạt huyết áp mục tiêu [3]

Bệnh viện Bạch Mai đã thành lập mô hình quản lý THA đầu tiên tại Việt Nam từ năm 2003, mô hình này là cơ sở của chương trình quản lý THA quốc gia vào năm 2008. Trong giai đoạn hiện nay, Chính phủ đã ban hành nhiều quyết định liên quan đến chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm nói chung và THA nói riêng [4].

Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang là đơn vị sự nghiệp y tế công lập hạng II, tuyến huyện trực thuộc Sở Y tế tỉnh Hải Dương với quy mô gần 200 giường bệnh. Trung tâm đang quản lý điều trị cho 1.268 bệnh nhân THA. Qua khảo sát cho thấy việc quản lý điều trị THA của bệnh nhân còn hạn chế, nhiều bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị tốt, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu điều trị còn chưa cao. Từ thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh

nhân THA tại Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương năm 2022.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân THA đang được quản lý điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương. Lựa chọn bệnh nhân quản lý điều trị ít nhất 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2022.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ cho một quần thể:

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

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. Z là hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$). p: Tỷ lệ bệnh nhân THA đạt mục tiêu điều trị. Lấy $p = 0,455$, theo kết quả nghiên cứu tại Trung tâm Y tế Nam Sách, Hải Dương năm 2018-2019, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị là 45,5% [5]. d là khoảng sai lệch giữa tỷ lệ của mẫu nghiên cứu và tỷ lệ thực trong quần thể (chọn $d = 0,05$). Tính toán được cỡ mẫu $n = 381$, thực tế nghiên cứu trên 418 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện trên 1.268 bệnh nhân THA đang được quản lý điều trị tại Trung tâm. Mỗi ngày phỏng vấn 10 bệnh nhân THA đến khám bệnh định kỳ cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Các biến số về thông tin chung của bệnh nhân bao gồm: Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập, bảo hiểm y tế, tiền sử gia đình, chỉ số nhân trắc.

Biến số về hoạt động quản lý điều trị bệnh THA bao gồm: Thời gian phát hiện, bệnh lý mắc kèm, khó khăn, tuân thủ lối sống, tuân thủ thuốc điều trị, tái khám, tư vấn, nội dung tư vấn, đạt huyết áp mục tiêu điều trị.

Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, đo huyết áp và thu thập các chỉ số nhân trắc học (cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông).

Tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn đánh giá tái khám đúng hẹn: Bệnh nhân tái khám định kỳ mỗi tháng 1 lần.

Tiêu chuẩn đánh giá đạt huyết áp mục tiêu: Đối với hầu hết các bệnh nhân, huyết áp mục tiêu phải ở mức < 140/90 mmHg, thậm chí thấp hơn nếu bệnh nhân có thể dung nạp được. Đối với bệnh nhân đái tháo đường hoặc có nguy cơ cao, huyết áp mục tiêu cần phải đạt là < 130/80 mmHg [6].

Tiêu chuẩn đánh giá tuân thủ thuốc điều trị: Sử dụng thang đo Morisky gồm 08 mục để đo lường tuân thủ điều trị với thuốc huyết áp. Điểm tối đa là 8 điểm, bệnh nhân được coi là tuân thủ điều trị trung bình khi đạt 6 - 7 điểm và dưới 6 điểm được coi là tuân thủ điều trị thấp [7].

Tiêu chuẩn phân loại tình trạng dinh dưỡng theo WHO, thừa cân béo phì khi chỉ số BMI ≥ 23 . Tỷ số vòng bụng/vòng hông được coi là cao (béo bụng) khi giá trị này > 0,9 đối với nam và > 0,8 đối với nữ [8].

Hoạt động thể lực (đi bộ trên mặt phẳng, cầu lông, đạp xe...): Theo khuyến cáo của WHO, hoạt động thể lực từ 150 - 300 phút một tuần [9].

Hút thuốc: Người đang hút thuốc lá/thuốc lào hoặc đã bỏ hút thuốc dưới 12 tháng [10].

Uống rượu bia: Một đơn vị cồn tương đương với 3/4 chai bia hoặc 3/4 lon bia 330 ml (5%); một chai hoặc một lon nước hoa quả lên men có cồn loại 330 ml (4,5%); một cốc bia hơi 330 ml (4%); một ly rượu vang 100 ml (13,5%); hoặc một ly nhỏ/cốc nhỏ rượu mạnh 40 ml (30%). Mức nguy cơ thấp là không quá 2 đơn vị cồn/ngày đối với nam giới và không quá 1 đơn vị cồn/ngày đối với nữ giới và không uống quá 5 ngày/tuần [11].

Xử lý và phân tích số liệu

Kiểm tra lại toàn bộ các phiếu đã phỏng vấn, những phiếu đạt yêu cầu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để tính tần số và tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương đã được Hội đồng Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt theo quyết định số 1884/QĐ-YHDP và thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân

Thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	2	0,5
	40 - 49 tuổi	12	2,9
	50 - 59 tuổi	66	15,8

	≥ 60 tuổi	338	80,9
	X ± SD: 68,0 ± 9,9 Min - Max: 34 - 95 tuổi		
Giới tính	Nam	225	53,8
	Nữ	193	46,2
Trình độ học vấn	Không biết chữ	6	1,4
	Tiểu học	132	31,6
	THPT	159	38,0
	THCS	111	26,6
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	10	2,4
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	12	2,9
	Đã kết hôn	371	88,8
	Ly thân/ Ly hôn	14	3,3
	Goá	21	5,0
Nghề nghiệp	Nông dân	237	56,7
	Công nhân	42	10,0
	Hưu trí	23	5,5
	Kinh doanh/buôn bán	15	3,6
	Cán bộ viên chức	75	17,9
	Thất nghiệp	26	6,2
Gia đình có người mắc tăng huyết áp	Có	87	20,8
	Không	331	79,2

Đa số bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên (80,9%); tuổi trung bình là 68,0 tuổi; tuổi thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ giới (53,8% so với 46,2%). 38,0% bệnh nhân có trình độ học vấn là THCS. Đa số bệnh nhân là nông dân (56,7%). 20,8% bệnh nhân tiền sử gia đình có người mắc THA.

Bảng 2. Phân loại BMI, chỉ số vòng eo/mông và thời gian phát hiện bệnh (n = 418)

	Thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu cân	62	14,8
	Bình thường	217	51,9
	Thừa cân	73	17,5

	Béo phì độ 1	38	9,1
	Béo phì độ 2	28	6,7
Tỷ số vòng eo/vòng hông	Bình thường	132	31,6
	Tăng	286	68,4
Thời gian phát hiện bệnh	< 5 năm	233	55,7
	5 - 10 năm	128	30,6
	> 10 năm	57	13,6
		TB ± SD: 5,0 ± 3,7	
		Min - Max: 0 - 21 năm	

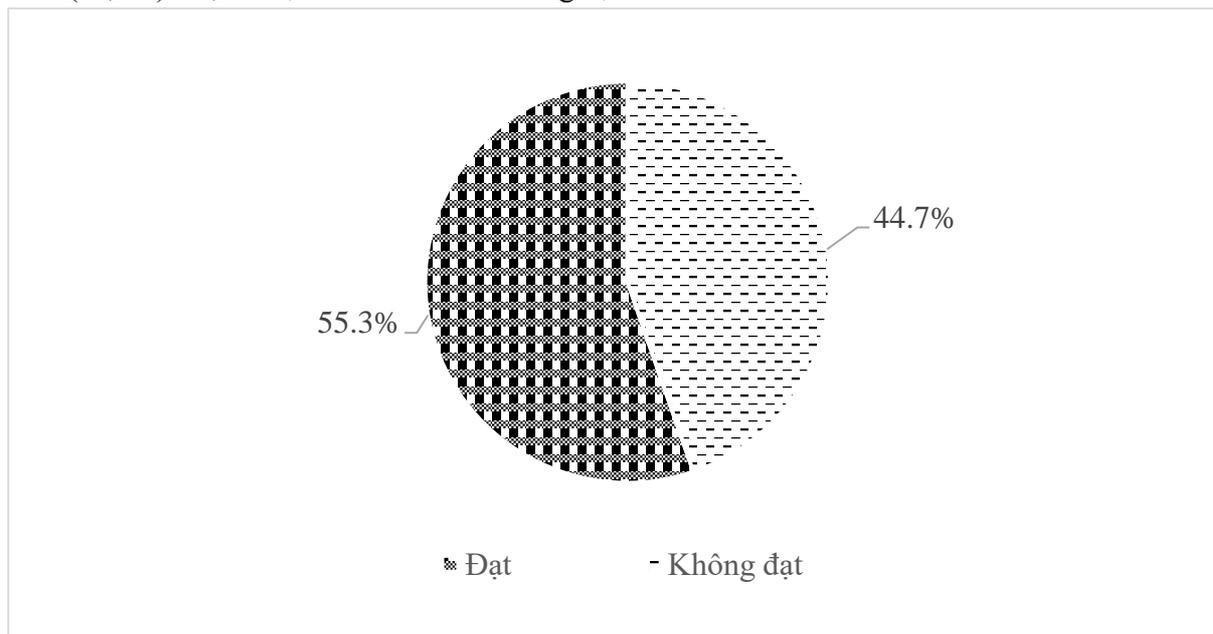
Theo chỉ số BMI, 51,9% bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường, 14,8% bệnh nhân thiếu cân và 33,3% bệnh nhân thừa cân béo phì. Bệnh nhân phát hiện bệnh < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 55,7%; trên 10 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất 13,6%.

Bảng 3. Hoạt động quản lý điều trị của bệnh nhân (n=418)

	Thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn giảm muối	Ăn giảm muối	197	47,1
	Ăn mặn	221	52,9
Chế độ ăn rau quả theo nhu cầu (> 400 g/ngày)	Đủ	336	80,4
	Không đủ	82	19,6
Hoạt động thể lực theo khuyến cáo	Có	273	70,1
	Không	125	29,9
Sử dụng rượu bia	Mức nguy cơ cao	45	10,8
	Mức nguy cơ thấp	373	89,2
Tình trạng hút thuốc	Hiện đang hút	82	19,6
	Đã từng hút	43	10,3
	Chưa từng hút	293	70,1
Tuân thủ điều trị THA	Cao (8 điểm)	82	19,6
	Trung bình (6 - 7 điểm)	234	56,0

	Thấp (< 6 điểm)	102	24,4
Tái khám	Đúng hẹn	392	93,8
	Không đúng hẹn	26	4,2

Tỷ lệ bệnh nhân hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO là 70,1%. 19,6% bệnh nhân vẫn còn đang sử dụng thuốc lá. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị THA ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (56,0%). 93,8% bệnh nhân tái khám đúng hẹn.



Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu điều trị (n = 418)

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt HA mục tiêu là 55,3% ; không đạt HA mục tiêu là 44,7%.

BÀN LUẬN

Trong tổng số 418 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 53,8% là nam giới cao hơn so với nữ giới (46,2%). Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới tương đồng với các nghiên cứu của Lê Phương Thảo tại Hải Phòng năm 2017 (nam chiếm 66,0% và nữ chiếm 34%) [12]; kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thi Thơ tại Thủ đô Hà Nội năm 2016 có tỷ lệ mắc THA ở nam giới cao hơn nữ giới [13]. Điều này có thể liên quan đến lối sống của nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh như thói quen uống rượu bia, hút thuốc và cường độ làm việc cao hơn nữ giới. Đa số bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên (80,9%), kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thuý Linh và cộng sự tại

Bệnh viện Công an Ninh Bình năm 2017 [14]. Nghiên cứu của tác giả Gulliford MC trên 4800 bệnh nhân THA đã chỉ ra rằng tuổi càng cao có liên quan đáng kể đến tần suất xuất hiện THA đặc biệt là THA tâm thu sau tuổi 60 [15]. Điều này có thể giải thích là tuổi càng cao thì tỷ lệ THA càng nhiều, do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi và trở lên cứng hơn vì thế làm cho HA tâm thu tăng cao hơn còn gọi là THA tâm thu đơn thuần. Nghề nghiệp có những ảnh hưởng nhất định đối với THA bởi tính chất và đòi hỏi của mỗi công việc là khác nhau. Những công việc có tính chất căng thẳng, đơn điệu và gò bó có liên quan đáng kể với tình trạng THA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu là nông dân chiếm tỷ lệ

cao nhất (56,7%), nghề tự do và kinh doanh (17,9%), công nhân (10%), công chức, viên chức (3,6%), có 6,2% đối tượng nghiên cứu thất nghiệp. Kết quả này phù hợp với đặc điểm kinh tế - xã hội của một huyện nông nghiệp. Nông nghiệp là kinh tế chủ đạo của địa phương, người dân sống chủ yếu dựa vào nông nghiệp, trồng lúa tương đồng với nghiên cứu tại Kon Tum năm 2019, 77,78% đối tượng nghiên cứu làm nông [16].

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh THA gồm yếu tố không thể thay đổi đó là tuổi, giới tính, tiền sử gia đình..., yếu tố có thể thay đổi là các yếu tố liên quan đến hành vi như hút thuốc lá, uống nhiều rượu/bia, khẩu phần ăn không hợp lý (ăn mặn, ăn nhiều chất béo), ít hoạt động thể lực và yếu tố chung gian hay yếu tố sinh hoá như thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu. Mục tiêu chính của kiểm soát THA là giúp người THA điều chỉnh hành vi lối sống và tuân thủ điều trị nếu có chỉ định. Qua khảo sát chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân THA thực hiện chế độ ăn giảm muối là 47,1% và 52,9% bệnh nhân vẫn duy trì thói quen ăn mặn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thuý Hiếu và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân THA ăn giảm muối là 48,1% [17]. Nhiều bệnh nhân THA ở mức độ nhẹ chỉ cần ăn chế độ ăn giảm muối là có thể kiểm soát được tình trạng bệnh. Các thử nghiệm cho thấy rằng ăn nhiều muối (trên 14 g/ngày) sẽ gây THA, trong khi ăn ít muối (dưới 1g/ngày) gây giảm HA động mạch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 70,1% bệnh nhân có hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO (150 - 300 phút một tuần) và 10,8% bệnh nhân THA uống rượu ở mức nguy cơ cao, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thuý Hiếu cũng cho kết quả tương tự [17]. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc là 10,3%, 19,6% hiện đang hút thuốc, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả

Nguyễn Thị Thuý Hiếu với tỷ lệ này lần lượt là 11,6% và 23,4% [17].

Trong điều trị THA, tuân thủ điều trị thuốc là yếu tố tiên quyết và vô cùng quan trọng. Sử dụng thuốc đúng và đầy đủ theo hướng dẫn của thầy thuốc góp phần thành công trong điều trị, phòng tránh các biến chứng do THA gây ra. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang đo Morisky-8 để đánh giá tuân thủ thuốc điều trị của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy 19,6% bệnh nhân tuân thủ tốt, 56,0% tuân thủ mức trung bình và 24,4% tuân thủ điều trị bằng thuốc ở mức thấp. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Phan Thị Huyền Trang và cộng sự tại Bệnh viện trường Đại học Tây Nguyên năm 2020 với tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ dùng thuốc liên tục, lâu dài đạt 68,4% [18]. Có thể lý giải sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Trung tâm Y tế là cơ sở Y tế hạng 3 thuộc tuyến huyện so với bệnh viện công lập hạng 2, bệnh viện được đánh giá có hệ thống quản lý chất lượng tốt. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn 24,4% bệnh nhân chưa tuân thủ thuốc điều trị. Lý giải cho điều này có thể là vì dùng thuốc điều trị huyết áp là dùng thuốc hàng ngày, lâu dài và suốt đời cho nên một số bệnh nhân cảm thấy phiền toái và đôi khi họ quên, bận công việc không có nhắc nhở uống thuốc.

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt huyết áp mục tiêu là 55,3%, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Thuý Hiếu và cộng sự năm 2021, tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt huyết áp mục tiêu là 27,6% [17] và thấp hơn kết quả của tác giả Phạm Minh Khuê và cộng sự tại Hải Dương năm 2018 - 2019, tỷ lệ này là 60,6% [5]. Kết quả này cho thấy vẫn còn tỷ lệ lớn bệnh nhân tham gia quản lý điều trị tại Trung tâm không đạt huyết áp mục tiêu, điều này là đáng báo động do đó cán bộ y tế tại phòng khám quản lý điều trị cần tăng

cường hơn nữa tư vấn cho bệnh nhân tuân thủ điều trị cả về lối sống và thuốc điều trị.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn còn tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ tái khám định kỳ, không tuân thủ chế độ ăn, lối sống, thuốc điều trị và đặc biệt là tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt huyết áp mục tiêu còn thấp. Do đó, phòng khám quản lý điều trị cần phải tư vấn cho bệnh nhân mỗi lần tái khám.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration, "Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment", *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2, 2014, p. 634-647.
2. Alwan A, "Global status report on noncommunicable diseases 2010"(20), 2010, p. 2043-2050.
3. WHO (2021), "Hypertension"; ; [cited 2021 Nov 06]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. Thủ tướng Chính phủ, "Quyết định phê duyệt chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hen phế quản và các bệnh
12. Lê Phương Thảo, *Thực trạng và kiến thức, thực hành của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp ở huyện An Dương, Hải Phòng năm 2017*, Chuyên ngành Y tế công cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng. 2017.
13. Nguyễn Thị Thi Thơ, Nguyễn Thị Kiều Anh và Nguyễn Nhật Cẩm, "Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành 18 – 69 tuổi tại thành phố Hà Nội, năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng.* 2016, 27(6), tr. 84-99.
14. Nguyễn Thị Thuỳ Linh, Phạm Minh Khuê và Phạm Thanh Hải, "Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở bệnh nhân điều trị ngoại trú đang được quản lý tại Bệnh viện Công an tỉnh Ninh Bình năm 2017", *Tạp chí Y học dự phòng.* 2018, 28(9), tr. 122-132.
15. Gulliford MC, "Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association?", *J Public Health Med.* 2002, 24(4), p. 252-254.
16. Tô Thị Trúc Mai, *Tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người dân tộc Ba Na từ 25 tuổi trở lên tại Thành phố Kon Tum năm 2019*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2019.
17. Nguyễn Thị Thuý Hiều, *Hiệu quả quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp của trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình tại Hải Phòng*, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. 2021.
18. Phan Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Kim Quyên và Nguyễn Mạnh Tuyên và cs, "Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện trường Đại học Tây Nguyên năm 2020", *Tạp chí Y học dự phòng.* 2020, 31(9), tr. 131.
5. Phạm Minh Khuê, Trần Thị Thanh và Trần Thị Thuý Hà và cs, "Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Nam Sách, Hải Dương năm 2018 - 2019", *Tạp chí Y học dự phòng.* 2019, 31(1), tr. 134.
6. Bộ Y tế, "Quyết định về việc ban hành "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại Trạm Y tế xã, phường". Số 2919/QĐ-BYT, ngày 06/08/2014."
7. Morisky DE, Ang A và Krousel-Wood M and et al, "Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting", *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008. 2008, 10(5), tr. 348-354.
8. Bộ Y tế, "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã, Hà Nội". 2019.
9. "The World Health Organization Western Pacific Region, The International Association for the Study of Obesity, and The International Obesity Task Force, The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Sydney: Health Communications Australia Pty Limited". 2000.
10. World Health Organization, "WHO STEPS surveillance Manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance, WHO, Geneva". 2017.
11. Bộ Y Tế, "Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại do sử dụng rượu bia, Hà Nội". 2013.