

11. Rolf Wachter, Sanjiv J Shah, Martin R Cowie, et al. Angiotensin receptor neprilysin inhibition versus individualized RAAS blockade: design and rationale of the PARALLAX trial. *ESC Heart Failure*. 2020. 7, 856-864. DOI: 10.1002/ehf2.12694.
12. Scott D Solomon, John IV McMurray. Angiotensin – Neprilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2019. 381, 1609-1620. DOI: 10.1002/ehf2.12694.
13. Stefan D Anker, Javed Butler, Gerasimos Filippatos, et al. Baseline characteristics of patients with heart failure with preserved ejection fraction in the EMPEROR-Preserved trial. *European Journal of Heart Failure*. 2020. 22(12), 2383-2392. DOI: 10.1002/ejhf.2064.

THỰC HÀNH THAY ĐỔI LỐI SỐNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Việt Phương*, Nguyễn Trọng Hiến, Lê Kim Tha,
Nguyễn Tuấn Linh, Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Văn Tuấn

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nvphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/12/2023

Ngày phản biện: 03/03/2024

Ngày duyệt đăng: 25/03/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu có thể kiểm soát được đối với bệnh tật và tử vong bằng biện pháp thay đổi lối sống. Lối sống tích cực đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát và phòng ngừa biến chứng của bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng thực hành thay đổi lối sống và tìm hiểu các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 430 người bệnh tăng huyết áp đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Có 56,5% người bệnh tăng huyết áp thực hành thay đổi lối sống, trong đó thay đổi chế độ ăn, không hút thuốc lá, hạn chế rượu/bia, vận động thể lực lần lượt là 58,6%; 83,6%; 93,5%; 27,9%. Giới tính, nghề nghiệp, tiền sử gia đình có người tăng huyết áp, nhà có trang bị máy theo dõi huyết áp, lý do chọn bệnh viện khám và điều trị, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện được xác định có liên quan đến thực hành thay đổi lối sống của người bệnh. **Kết luận:** Thực trạng thực hành thay đổi lối sống của người bệnh tăng huyết áp ở mức trung bình. Do đó, những nhà lâm sàng cần quan tâm các yếu tố liên quan để có các chương trình can thiệp thích hợp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, thay đổi lối sống, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

PRACTICE OF LIFESTYLE MODIFICATION AND ASSOCIATED FACTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Nguyen Viet Phuong*, Nguyen Trong Hien, Le Kim Tha,
Nguyen Tuan Linh, Nguyen Tan Dat, Nguyen Van Tuan

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Hypertension is the leading controllable risk factor for morbidity and mortality through lifestyle modification. A positive lifestyle plays an important role in controlling and preventing disease complications. **Objectives:** To describe the practice of lifestyle modification and identified

associated factors among hypertensive patients. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 430 hypertensive patients who had outpatient examination and treatment at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** 56.5% of hypertensive patients had practiced lifestyle modification, of which modification of diet, not smoking, limiting alcohol/beer, and exercising were 58.6%, 83.6%, 93.5%, and 27.9%, respectively. Gender, occupation, family history of hypertension, the house being equipped with a blood pressure monitor, reasons for choosing a hospital for examination and treatment, and distance from home to the hospital had a significant impact on the patient's practice of lifestyle modification. **Conclusion:** The patients' practice of lifestyle modification was moderate. Therefore, clinicians need to consider the influence factors for appropriate interventions.

Keywords: Hypertension, lifestyle modification, predictive factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý phổ biến ảnh hưởng đến 1,28 tỷ người trong độ tuổi từ 30-79 tuổi trên toàn cầu, tập trung nhiều ở các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình với tỷ lệ mắc trung bình ở nam là 34% và nữ 32% [1]. THA là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm cho khoảng 10 triệu người; 4,9 triệu người do bệnh mạch vành và 3,5 triệu người do đột quy [2].

Thay đổi lối sống (TĐLS) là một phương pháp tiếp cận cơ bản quan trọng để giảm chỉ số huyết áp (HA) tăng cao và giảm các nguy cơ tim mạch liên quan. Những người có lối sống lành mạnh có HA thấp hơn khoảng 4–5 mmHg, kể cả nguy cơ di truyền HA tiềm ẩn so với những người có lối sống không lành mạnh. Ngoài ra, TĐLS có thể làm tăng tác dụng hạ HA của các biện pháp can thiệp dùng thuốc và giảm số lượng thuốc cần thiết phải sử dụng [1]. Rocha-Goldberg và cộng sự (2010) ghi nhận các can thiệp lối sống để ngăn ngừa và điều trị THA là khả thi và có hiệu quả trong dân số [3].

Tại thành phố Cần Thơ hiện chưa có nhiều nghiên cứu về thực hành TĐLS giúp phòng ngừa biến chứng THA ở người bệnh. Do đó, mục tiêu nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng thực hành thay đổi lối sống và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người bệnh THA đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. Kết quả nghiên cứu là bằng chứng khoa học giúp các nhà điều trị, chăm sóc sức khỏe trên lâm sàng có cơ sở xây dựng các chương trình can thiệp và giáo dục sức khỏe hiệu quả.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh THA đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh Viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 04 năm 2022, có khả năng nghe, trả lời câu hỏi, người bệnh không bị thiếu năng trí tuệ, bệnh tâm thần và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.
- **Cỡ mẫu:** được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu.

Z: trị số từ phân phối chuẩn.

α : mức ý nghĩa, chọn $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: sai số cho phép, chọn $d=5\%$.

p: tỷ lệ tham khảo ở nghiên cứu trước với $p=0,428$, thay vào công thức chúng tôi tính được 376 người bệnh, trên thực tế chúng tôi phỏng vấn 430 người bệnh [4].

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu gồm giới tính, nghề nghiệp, tiền sử gia đình có người thân bị THA, nhà có máy đo HA, lý do chọn bệnh viện để khám và điều trị, khoảng cách từ nhà người bệnh đến bệnh viện.

Thực hành tuân thủ TĐLS được khảo sát dựa trên hướng dẫn của hiệp hội tim mạch học Việt Nam [2] và tham khảo bộ câu hỏi nghiên cứu của tác giả trước [5] với 4 chế độ gồm: (1) chế độ ăn với 3 câu hỏi về hạn chế muối, hạn chế thức ăn chiên xào với dầu mỡ động vật, tăng cường chế độ ăn nhiều chất xơ, mỗi câu hỏi thực hành đúng được 0 điểm, thực hành không đúng được 1 điểm, tuân thủ khi tổng điểm ≤ 1 điểm, không tuân thủ khi tổng điểm > 1 điểm; (2) không hút thuốc lá gồm 2 câu: hút thuốc lá chủ động gồm có hút là 1 điểm, bỏ hút hoặc không hút là 0 điểm, hút thuốc lá thụ động gồm có là 1 điểm, không là 0 điểm, tuân thủ khi tổng điểm = 0 điểm; không tuân thủ khi tổng điểm ≥ 1 điểm; (3) hạn chế rượu/bia gồm không tuân thủ khi sử dụng rượu/bia ≥ 3 cốc/ngày hoặc ≥ 14 cốc/tuần đối với nam và ≥ 2 cốc/ngày hoặc ≥ 9 cốc/tuần đối với nữ tương ứng với 1 điểm, tuân thủ khi sử dụng rượu/bia < 3 cốc/ngày hoặc < 14 cốc/tuần đối với nam và < 2 cốc/ngày hoặc < 9 cốc/tuần đối với nữ tương ứng với 0 điểm (cốc tiêu chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330 ml bia hoặc 120ml rượu vang hoặc 30ml rượu mạnh), (4) vận động thể lực và theo dõi cân nặng với 2 câu hỏi: vận động thể lực (tuân thủ khi vận động thể lực ở mức độ vừa phải ít nhất 30 phút/ngày và ≥ 5 ngày/tuần ứng với 0 điểm, không tuân thủ khi vận động thể lực dưới 30 phút/tuần và < 5 ngày/tuần ứng với 1 điểm), theo dõi cân nặng (tuân thủ khi theo dõi ít nhất 2 tháng/lần ứng với 0 điểm, không theo dõi cân nặng ứng với 1 điểm). Tuân thủ vận động thể lực và theo dõi cân nặng khi tổng điểm = 0 điểm; không tuân thủ khi tổng điểm ≥ 1 điểm. Điểm thực hành chung gọi là tuân thủ khi tổng điểm ≤ 1 điểm, không tuân thủ khi tổng điểm > 1 điểm.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp người bệnh đến khám và điều trị trong thời gian nghiên cứu với bộ câu hỏi soạn sẵn.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Mô tả tần suất, tỷ lệ % các đặc điểm chung của đối tượng, thực hành TĐLS của người bệnh. Hồi qui logistic đa biến được áp dụng phân tích các yếu tố liên quan đến thực hành TĐLS, ngưỡng ý nghĩa ở $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện sau khi được hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua. Mọi thông tin của đối tượng được cam kết giữ bí mật và không tiết lộ cho bên thứ ba.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=430)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	192	44,7
	Nữ	238	55,3
Nghề nghiệp	Nông dân	51	11,9
	Nội trợ	80	18,6
	Hết tuổi lao động	210	48,8
	Công nhân viên chức	25	5,8

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 72/2024

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
	Buôn bán và nghề khác	64	14,9
Gia đình có người bị THA	Có	91	21,2
	Không	339	78,8
Nhà có máy đo HA	Có	209	48,6
	Không	221	51,4
Lý do chọn bệnh viện để khám và điều trị	Theo bảo hiểm y tế	310	72,1
	Chất lượng khám và điều trị	111	25,8
	Gần nhà	9	2,1
Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện	≤ 5km	197	45,8
	> 5km	233	54,2

Nhận xét: Đa số người bệnh là nữ chiếm 55,3%; 48,8% hết tuổi lao động và 21,2% có người thân trong gia đình bị THA. 48,6% người bệnh có máy theo dõi HA tại nhà; 72,1% đến khám có bảo hiểm y tế và 45,8% có nhà gần bệnh viện (≤ 5km).

3.2. Thực hành thay đổi lối sống của người bệnh

Bảng 2. Thực hành thay đổi lối sống của người bệnh tăng huyết áp

Nội dung thực hành	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)
Chế độ ăn	58,6	41,4
Không hút thuốc lá	86,3	13,7
Hạn chế rượu/bia	93,5	6,5
Vận động thể lực và theo dõi cân nặng	27,9	72,1
Thực hành chung	56,5	43,5

Nhận xét: Có 56,5% người bệnh tuân thủ thực hành TĐLS. Trong đó, tỷ lệ thực hành thay đổi cao nhất là hạn chế rượu/bia (93,5%) và thấp nhất là vận động thể lực (27,9%).

3.3. Yếu tố liên quan đến thực hành thay đổi lối sống của người bệnh

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến thực hành thay đổi lối sống của người bệnh

Yếu tố	Thực hành TĐLS		OR (95% CI)	p	OR (95% CI) hiệu chỉnh	p hiệu chỉnh
	Có n (%)	Không n (%)				
Giới tính						
Nữ	157 (66)	81 (34)	2,39 (1,62-3,53)	<0,001	3,86 (2,28-6,55)	<0,001
Nam	86 (44,8)	106 (55,2)				
Nghề nghiệp						
Nông dân	21 (41,2)	30 (58,8)	1,34 (0,63-2,86)	0,454	0,84 (0,35-1,99)	0,686
Nội trợ	49 (61,2)	31 (38,8)	3,02 (1,52-5,98)	0,002	0,96 (0,41-2,23)	0,917
Hết tuổi lao động	133 (63,3)	77 (36,7)	3,30 (1,83-5,93)	<0,001	1,63 (0,82-3,21)	0,160
Công nhân viên chức	18 (72)	7 (28)	4,91 (1,78-13,53)	0,002	4,44 (1,37-14,37)	0,013
Buôn bán và nghề khác	22 (34,4)	42 (65,6)	-	-	-	-
Tiền sử gia đình có người bệnh THA						
Có	69 (75,8)	22 (24,2)	2,97	<0,001	1,99	0,027

Yếu tố	Thực hành TĐLS		OR (95% CI)	p	OR (95% CI) hiệu chỉnh	p hiệu chỉnh
	Có n (%)	Không n (%)				
Không	174 (51,3)	165 (48,7)	(1,76-5,03)		(1,08-3,65)	
Nhà có máy đo HA						
Có	145 (69,4)	64 (30,6)	2,84	<0,001	1,66 (1,03-2,69)	0,039
Không	98 (44,3)	123 (55,7)	(1,91-4,23)			
Lý do chọn bệnh viện để khám và điều trị						
Theo bảo hiểm y tế	210 (67,7)	100 (32,3)	5,49 (3,36-8,74)	<0,001	2,82 (1,53-5,22)	0,001
Gần nhà	2 (22,2)	7 (77,8)	0,74 (0,15-3,75)	0,713	0,60 (0,11-3,22)	0,559
Chất lượng khám và điều trị	31 (27,9)	80 (72,1)	-	-	-	-
Khoảng cách từ nhà người bệnh đến bệnh viện						
≤ 5km	148 (75,1)	49 (24,9)	4,39	<0,001	2,53 (1,52-4,19)	<0,001
> 5km	95 (40,8)	138 (59,2)	(2,90-6,65)			

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy giới tính, nghề nghiệp của người bệnh, nhà có người bệnh THA, có trang bị máy đo HA tại nhà, lý do chọn bệnh viện để khám và điều trị và khoảng cách từ nhà đến bệnh viện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực hành TĐLS của người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu ghi nhận có 56,5% người bệnh THA có thực hành TĐLS. Trong đó, người bệnh thay đổi chế độ ăn chiếm 58,6%, không hút thuốc lá, hạn chế uống rượu/bia chiếm tỷ lệ là 86,3% và 93,5%. Tỷ lệ người bệnh vận động thể lực và theo dõi cân nặng ở mức khá thấp (27,9%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu Phạm Hương Lan trên 276 người bệnh THA với 85,5% người bệnh không hút thuốc lá, 75,4% người bệnh hạn chế uống rượu/bia [4]; nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi và cộng sự (2018) trên 135 người bệnh THA ghi nhận có 78,8% người bệnh không hút thuốc lá, 90,2% người bệnh hạn chế uống rượu/bia [6]; nghiên cứu của Đinh Thị Thu và cộng sự (2018) trên 322 người bệnh THA cho thấy không hút thuốc lá chiếm 76,7%, hạn chế rượu bia 94,7% [7]. Tuy nhiên tỷ lệ người bệnh thay đổi vận động ở mức độ vừa phải trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hương Lan (25,7%) nhưng thấp hơn nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi (34,8%) và Đinh Thị Thu (34,8%) [4], [6], [7]. Từ các kết quả trên cho thấy tình trạng hút thuốc lá, uống rượu/bia, không thường xuyên vận động và theo dõi cân nặng ở người bệnh THA vẫn còn là vấn đề cần quan tâm cải thiện trong quá trình điều trị. Do đó, các chuyên gia y tế cần tăng cường cung cấp thông tin về tác hại của thuốc lá, rượu/bia đối với kiểm soát HA, lợi ích của vận động thể lực thường xuyên ở mức độ vừa phải, cần hướng dẫn các bài tập phù hợp với từng độ tuổi, giúp người bệnh hiểu và TĐLS phù hợp, đảm bảo hiệu quả của chế độ điều trị và phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm của bệnh.

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy có 6 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực hành TĐLS của người bệnh bao gồm: giới tính, nghề nghiệp, nhà có người bệnh THA, nhà có máy đo THA, lý do chọn bệnh viện để khám và điều trị và khoảng cách từ nhà người bệnh đến bệnh viện. Cụ thể, nữ giới thực hành TĐLS cao hơn nam giới (OR=3,86; p<0,001), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Đào và cộng sự (2022) [8] nhưng

khác với nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi, nữ giới thực hành tuân thủ thấp hơn nam giới [6]. Sự khác biệt có thể do khác biệt về cơ mẫu, vùng miền và văn hóa bản địa, cần có những nghiên cứu sâu về văn hóa và hành vi theo vùng miền để tìm hiểu thêm. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Nguyễn Bá Nam (2018) tại cộng đồng ở thành phố Cần Thơ còn cho thấy nam giới có thói quen ăn mặn và ăn mỡ động vật, uống rượu/bia, hút thuốc lá chủ động nhiều hơn nữ giới [5].

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy người bệnh có nghề nghiệp là nội trợ, hết tuổi lao động, công nhân viên chức tuân thủ thực hành TĐLS cao hơn người bệnh có nghề nghiệp buôn bán và nghề khác. Tuy nhiên, kết quả hiệu chỉnh cho thấy chỉ có nhóm công nhân viên chức có tỷ lệ tuân thủ thực hành TĐLS cao hơn nhóm nghề nghiệp buôn bán và nghề khác (OR=4,44; p=0,013). Kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi cũng cho thấy nghề nghiệp có ảnh hưởng đến thực hành TĐLS của người bệnh, nhóm nghề nông dân và hưu trí có tỷ lệ tuân thủ thực hành TĐLS cao hơn các nhóm khác [6]. Từ những kết quả này cho thấy chương trình y tế về phòng ngừa biến chứng THA cần quan tâm đến nghề nghiệp của đối tượng.

Người bệnh có người thân mắc bệnh THA thực hành TĐLS tốt hơn người bệnh không có người thân mắc bệnh THA (OR=1,99; p=0,027). Việc có người thân mắc bệnh THA có thể giúp người bệnh có thêm thông tin trước đó về THA nên thực hành TĐLS tốt hơn. Người bệnh có máy theo dõi HA tại nhà thì thực hành TĐLS cao hơn người bệnh không có máy đo HA tại nhà (OR=1,66, p=0,039). Việc trang bị máy theo dõi HA tại nhà cho thấy người bệnh và gia đình rất quan tâm đến chỉ số HA và hiệu quả điều trị, trang bị máy theo dõi HA và thực hành đo HA đúng theo hướng dẫn của nhân viên y tế giúp người bệnh theo dõi và ghi chép lại chỉ số HA hàng ngày, đồng thời khi có các triệu chứng nghi ngờ của cơn tăng HA người bệnh dễ dàng xác định chính xác chỉ số HA bằng cách đo HA qua đó cung cấp thông tin giúp bác sĩ xác định được hiệu quả của phác đồ thuốc đang sử dụng để cân nhắc điều chỉnh, bổ sung liều điều trị thích hợp, bác sĩ nên tư vấn, hướng dẫn người bệnh có điều kiện trang bị máy đo HA và theo dõi HA tại nhà.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy người bệnh đến bệnh viện khám bệnh do có bảo hiểm y tế tuân thủ thực hành TĐLS cao hơn người bệnh đến khám vì chất lượng khám và điều trị của bệnh viện (OR=2,82; p=0,001). Điều này có thể lý giải rằng THA là một bệnh lý mạn tính, việc điều trị bệnh đòi hỏi sự kiên trì và lâu dài ở người bệnh. Ngoài ra, những người bệnh tham gia bảo hiểm y tế sẽ có nhiều đợt đến khám và điều trị theo lịch hẹn nên họ thường xuyên được cung cấp các thông tin hướng dẫn điều trị và phòng ngừa biến chứng, có thể vì vậy mà họ tuân thủ thực hành TĐLS tốt hơn các đối tượng khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy người bệnh có khoảng cách từ nhà đến bệnh viện ≤ 5 km thì tuân thủ thực hành TĐLS cao hơn người bệnh có khoảng cách từ nhà đến bệnh viện > 5 km (OR=2,53; p<0,001). Điều này có thể lý giải nhà gần bệnh viện có thể nhận nhiều thông tin về bệnh hơn các đối tượng khác, ngoài ra người bệnh dễ tiếp cận được các thông tin dịch vụ sức khỏe hơn. Do đó các chương trình can thiệp trong điều trị và phòng ngừa biến chứng THA ở người bệnh cần quan tâm đến lý do họ đến khám và điều trị bệnh, khoảng cách từ nhà người bệnh đến cơ sở y tế để có chiến lược truyền thông và giám sát hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Thực hành TĐLS của người bệnh THA ở mức trung bình. Các yếu tố như giới tính, nghề nghiệp, tiền sử gia đình có người THA, nhà có trang bị máy theo dõi HA, lý do chọn bệnh viện khám và điều trị, khoảng cách từ nhà người bệnh đến bệnh viện được xác định có liên quan đến thực hành TĐLS của người bệnh.

Công tác tư vấn các chế độ điều trị không dùng thuốc cho người bệnh cần quan tâm đến các đối tượng có thực hành thay đổi thấp như nam giới, người bệnh có nghề nghiệp là nông dân, nội trợ, buôn bán, các nhóm nghề nghiệp khác, người bệnh có tiền sử gia đình không có người mắc THA, người bệnh ở xa cơ sở y tế, khuyến khích người bệnh có khả năng tự trang bị máy theo dõi HA tại nhà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, et al. ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*. 2023. 41(12), 1874-2071, doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
 2. Hội tim mạch học Việt Nam. Tóm lược khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp VNHA/VSH. 2021.
 3. Rocha-Goldberg Mdel P, Corsino L, Batch B, Voils CI, Thorpe CT, et al. Hypertension Improvement Project (HIP) Latino: results of a pilot study of lifestyle intervention for lowering blood pressure in Latino adults. *Ethn Health*. 2010. 15(3), 269-82, doi: 10.1080/13557851003674997.
 4. Phạm Hương Lan. Kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Thái Nguyên. 2017.
 5. Nguyễn Bá Nam. Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017-2018. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
 6. Hồ Thị Lan Vi, Trịnh Văn Hoan, Phạm Văn Cường, Hoàng Thị Hòa. Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thay đổi lối sống tại nhà của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Phú Hoà - tỉnh Phú Yên. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2022. 5 (4), 44-59. <https://doi.org/10.54436/jns.2022.04.512>.
 7. Đinh Thị Thu, Nguyễn Hồng Hạnh, Trần Thị Ly, Đỗ Văn Doanh, Bùi Văn Cường. Kiến thức và thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp của người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2018. *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng*. 2019. 2(1), 19–26.
 8. Vũ Thị Đào, Quách 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*. 2023. 45, 141-149.
-