



Chuyên Nghiệp - Tận Tâm - Vươn Tầm Chất Lượng

HIỆU QUẢ CỦA TƯ VẤN QUA ĐIỆN THOẠI ĐẾN TUẦN THỦ DỪNG THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Báo cáo viên: ĐDCKI. PHẠM THỊ LEN.



NỘI DUNG CHÍNH

1. Đặt vấn đề
2. Mục tiêu nghiên cứu
3. Tổng quan tài liệu
4. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu
5. Kết quả và bàn luận
6. Kết luận
7. Kiến nghị

1. ĐẶT VẤN ĐỀ



Tăng huyết áp

- Tăng huyết áp (THA) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, số người hiện mắc THA 1,28 tỉ người, dự kiến tăng lên 1,56 tỉ người vào năm 2025¹.
- Tại Việt Nam, tỉ lệ người trưởng thành mắc THA là 48%².
- Không tuân thủ thuốc: khó đạt được HA mục tiêu, tăng nguy cơ mắc bệnh mạch máu não, bệnh mạch vành, tăng tỉ lệ nhập viện, hiệu quả điều trị thấp³.
- Tỉ lệ tuân thủ thuốc ở Việt Nam có sự khác nhau giữa các khu vực, từ 28,4% đến 87,5%^{4,5,6,7}.
- Các chiến lược làm tăng tuân thủ thuốc: Giáo dục sức khỏe, hỗ trợ theo dõi giám sát từ xa, sử dụng công nghệ điện thoại (cuộc gọi, tin nhắn văn bản, ứng dụng chăm sóc sức khỏe)^{8,9}.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

MỤC TIÊU TỔNG QUÁT

- Đánh giá hiệu quả của tư vấn qua điện thoại đến tuân thủ dùng thuốc ở người bệnh THA, tại bệnh viện TPTĐ.

MỤC TIÊU CỤ THỂ

- Xác định sự khác biệt về tỉ lệ tuân thủ thuốc ở người bệnh THA điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch - Lão học, bệnh viện TPTĐ có chỉ định xuất viện giữa nhóm được tư vấn qua điện thoại với nhóm được GDSK thường quy, sau 1 tháng xuất viện.
- Xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc ở người bệnh THA điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch - Lão học, bệnh viện TPTĐ.

3. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

- Người bệnh được chẩn đoán THA khi HA đo ở phòng khám có chỉ số huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg ¹¹.
- Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch” ¹².
- Điều trị THA gồm: phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc ¹².
- Các thuốc điều trị tăng huyết áp: ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II, chẹn beta, chẹn kênh calci và thuốc lợi tiểu ¹².

3. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

- Phương pháp điều trị không dùng thuốc bao gồm: chế độ ăn uống lành mạnh, giảm cân, giảm lượng natri trong khẩu phần ăn, tăng cường kali trong khẩu phần ăn, hoạt động thể lực, dùng rượu ở mức trung bình, tuân thủ điều trị, tự theo dõi huyết áp tại nhà ^{12,13}.
- THA làm gia tăng áp lực trong lòng mạch nên các biến chứng của THA đều liên quan đến tổn thương mạch máu của các cơ quan đích: tim, não, thận, mắt, mạch máu ^{14,15}.

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Thử nghiệm
ngẫu nhiên có
nhóm chứng
(RCT).

DÂN SỐ MỤC TIÊU

Người bệnh THA
đến khám và
điều trị tại bệnh
viện TPTĐ.

DÂN SỐ CHỌN MẪU

Người bệnh
điều trị nội trú
tại khoa Tim
mạch, bệnh viện
TPTĐ có chỉ định
xuất viện, trong
thời gian
03/2023 đến
06/2023.

THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Từ tháng
03/2023, đến
tháng 8/2023

ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Khoa Nội Tim
mạch - Lão học,
bệnh viện TPTĐ.

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu

TIÊU CHUẨN CHỌN MẪU

Người bệnh THA:

- Từ đủ 18 tuổi trở lên.
- Điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch – Lão học, bệnh viện TPTĐ có chỉ định xuất viện.
- Có khả năng nghe và hiểu tiếng Việt tốt.
- Được chẩn đoán THA (có thể kèm theo các bệnh lý nền khác) trong đợt điều trị hiện tại.
- Đã từng điều trị THA trước lần nhập viện này.
- Sở hữu điện thoại có chức năng nghe/gọi cơ bản.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

TIÊU CHUẨN LOẠI MẪU

Người bệnh THA:

- Đang mang thai.
- Không có khả năng trả lời phỏng vấn qua điện thoại: rối loạn nhận thức, tâm thần.
- Có tiên lượng tử vong cao, người nhà muốn xin xuất viện theo yêu cầu.
- Kèm theo suy tim độ IV (theo Hiệp hội Tim mạch New York), COPD độ IV.

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Phần I: Thông tin chung (17 câu)

Bộ câu hỏi thu thập số liệu gồm 25 câu hỏi.

Phương pháp phỏng vấn trực tiếp (lần 1).
Phỏng vấn qua điện thoại (lần 2).

- Năm sinh
- Giới tính
- Nơi sống
- Số năm bị tăng huyết áp
- Số loại thuốc trong toa xuất viện
- Số lần uống thuốc trong ngày
- Bệnh lý mạn tính đi kèm
- Tình trạng hôn nhân
- Nghề nghiệp
- Trình độ học vấn
- Thu nhập hàng tháng
- Có người thân bị tăng huyết áp
- Người chuẩn bị các cử thuốc
- Số tiền phải chi trả cho các loại thuốc điều trị huyết áp trong toa xuất viện
- Bảo hiểm
- Quan điểm về tuân thủ thuốc điều trị huyết áp lâu dài
- Quan điểm về việc duy trì thuốc khi chỉ số huyết áp nằm trong giới hạn bình thường.

Phần II: Tuân thủ dùng thuốc (8 câu)

- Dựa trên thang đo tuân thủ thuốc của Morisky (MMAS-8) ²⁸.
- Bản dịch tiếng Việt của tác giả Trương Hồ Hạ Yên có Cronbach = 0,82 ³¹.
- **Có tuân thủ: điểm số 0-2.**
- **Không tuân thủ: điểm số ≥ 3 điểm.**

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

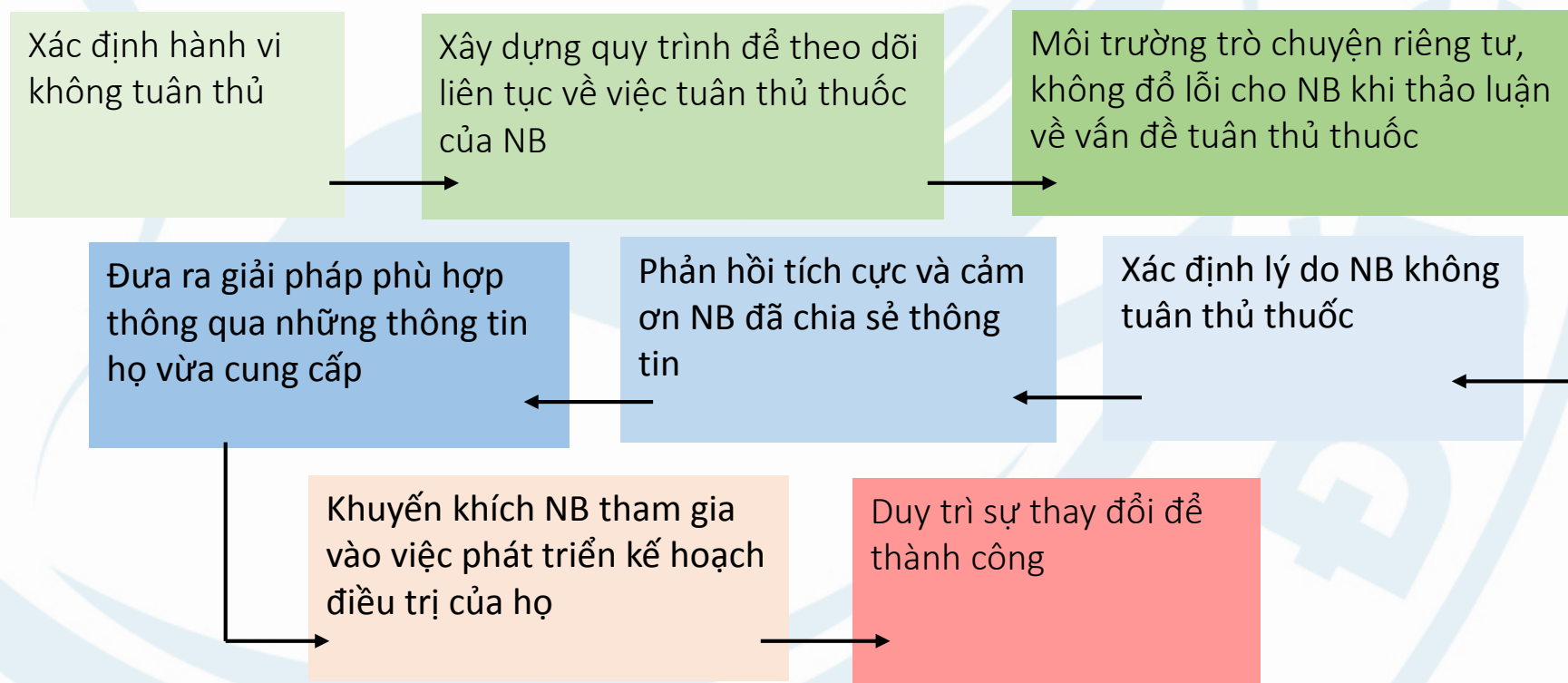
Chương trình can thiệp

GDSK THƯỜNG QUY

- Điều trị nội trú:
 - Nhập viện
 - Trong quá trình điều trị
 - Lúc xuất viện
- Tái khám và điều trị ngoại trú

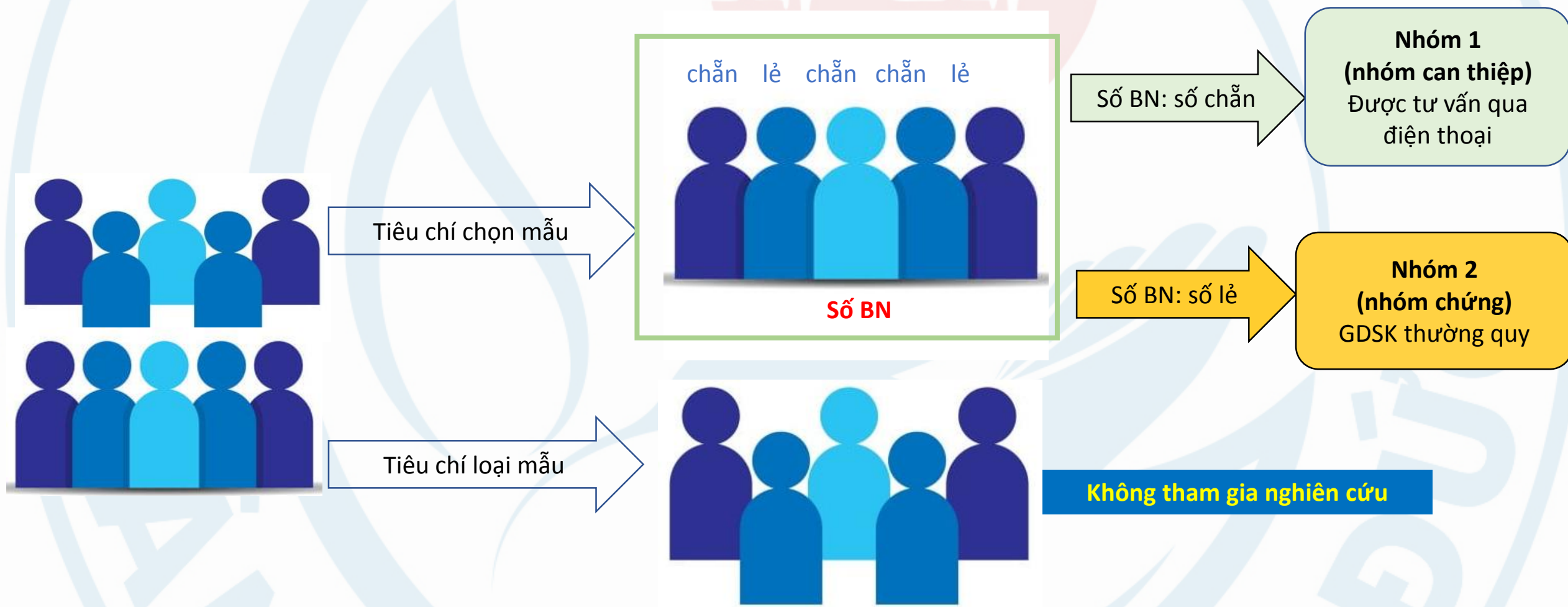
TƯ VẤN QUA ĐIỆN THOẠI

- Quy trình tám bước để xác định và cải thiện tuân thủ thuốc ở người bệnh của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ năm 2015 ²⁵.
- Mô hình ICE trong tư vấn sức khỏe cộng đồng (ý tưởng, mối quan tâm, mong đợi của người bệnh) ²⁶.



4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 1. Cách phân chia nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Quy trình nghiên cứu

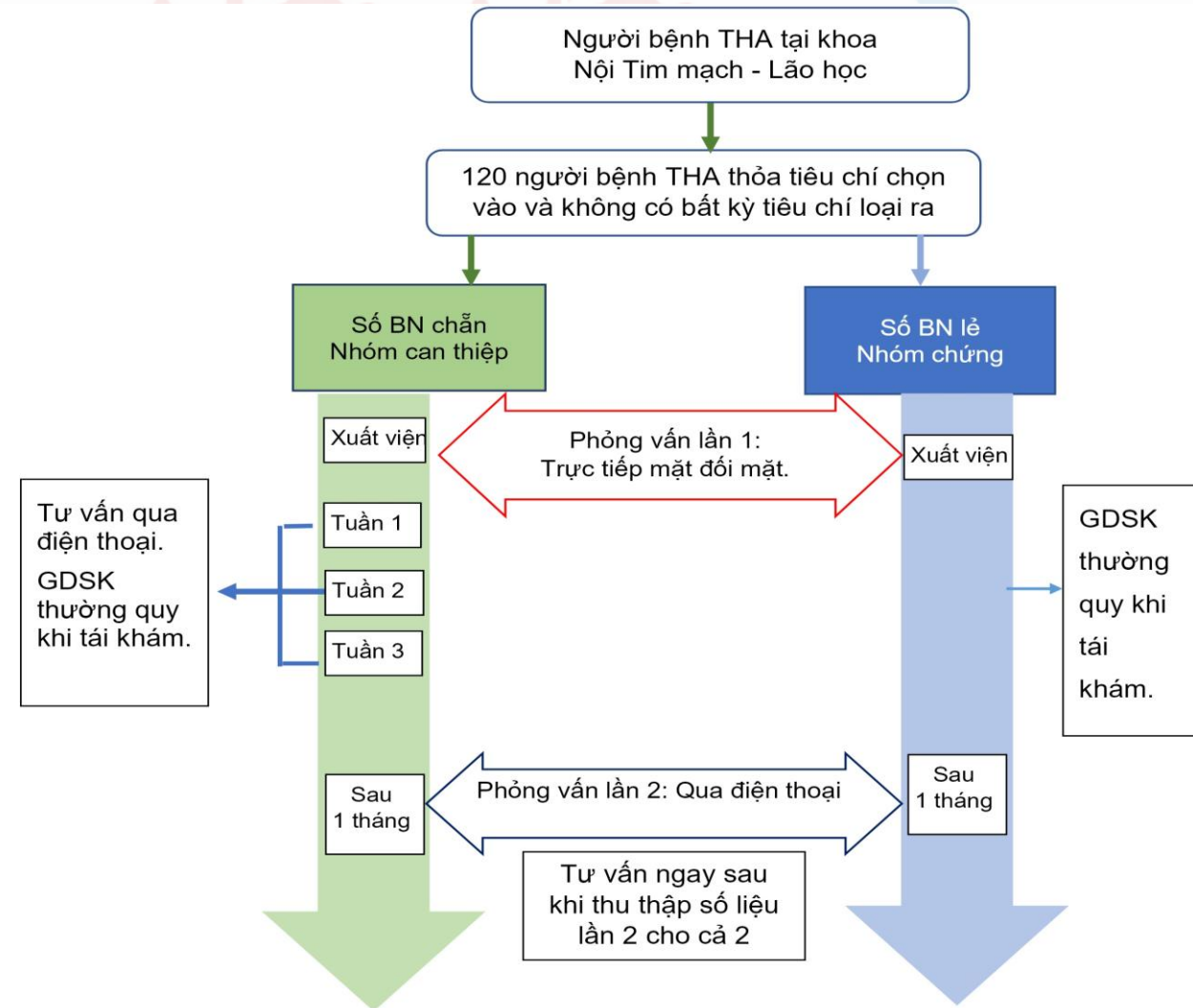
1. Xét duyệt và thông qua nghiên cứu

2. Tuyển chọn và tập huấn cộng tác viên

3. Tiếp cận người bệnh và phân chia nhóm

4. Can thiệp

5. Thu thập, phân tích số liệu



Sơ đồ 2. Quy trình nghiên cứu

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

CHIẾN LƯỢC LÀM MÙ



Người tham gia nghiên cứu

- Không biết mình được xếp vào nhóm can thiệp hay nhóm chứng.
- Hai bản Bản thông tin dành cho người tham gia nghiên cứu và phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu riêng dành cho nhóm can thiệp và nhóm chứng.



Người thu thập số liệu

- Không biết người tham gia nghiên cứu mà mình sẽ thực hiện cuộc gọi phỏng vấn thuộc nhóm can thiệp hay nhóm chứng.
- Nghiên cứu viên chính sẽ cung cấp: tên, số điện thoại, các loại thuốc trong toa ngoại trú.
- Không cung cấp số BN.

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Quản lý số liệu: Phần mềm Epidata 4.6

Phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 18

THỐNG KÊ MÔ TẢ

- **Tuổi:** Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
- **Biến định tính** (nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, nơi sống, bệnh đi kèm, thời gian bị THA, số lượng thuốc trong toa xuất viện, số lần uống thuốc trong ngày, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, có người thân bị THA, chi phí, sử dụng bảo hiểm, quan điểm về tuân thủ thuốc điều trị huyết áp lâu dài, tuân thủ thuốc): **Trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm.**

THỐNG KÊ PHÂN TÍCH

- Xác định mối liên quan giữa tuân thủ thuốc, tự theo dõi HA đến các biến định tính: Kiểm định **Chi bình phương**.
- Đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp: kiểm định **MC-Nemar** dùng để so sánh sự thay đổi về tỉ lệ tuân thủ thuốc giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đạo đức trong nghiên cứu

- Chỉ tiến hành nghiên cứu sau khi **được chấp nhận bởi Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược TP.HCM**, quyết định được phép lấy mẫu nghiên cứu của bệnh viện Thành phố Thủ Đức.
- Việc tham gia nghiên cứu là **tự nguyện** và các thông tin của người tham gia nghiên cứu đều được **bảo mật**.
- **Người bệnh có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào** mà không cần giải thích gì thêm.
- Không có xung đột lợi ích và không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức nào.
- Nghiên cứu viên giải thích rõ ràng mục đích của nghiên cứu, lợi ích và rủi ro khi tham gia nghiên cứu cho người bệnh.
- Việc phân chia người bệnh vào nhóm can thiệp hay nhóm chứng chỉ dựa vào số BN chứ không có bất kỳ sự sắp xếp nào.

5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

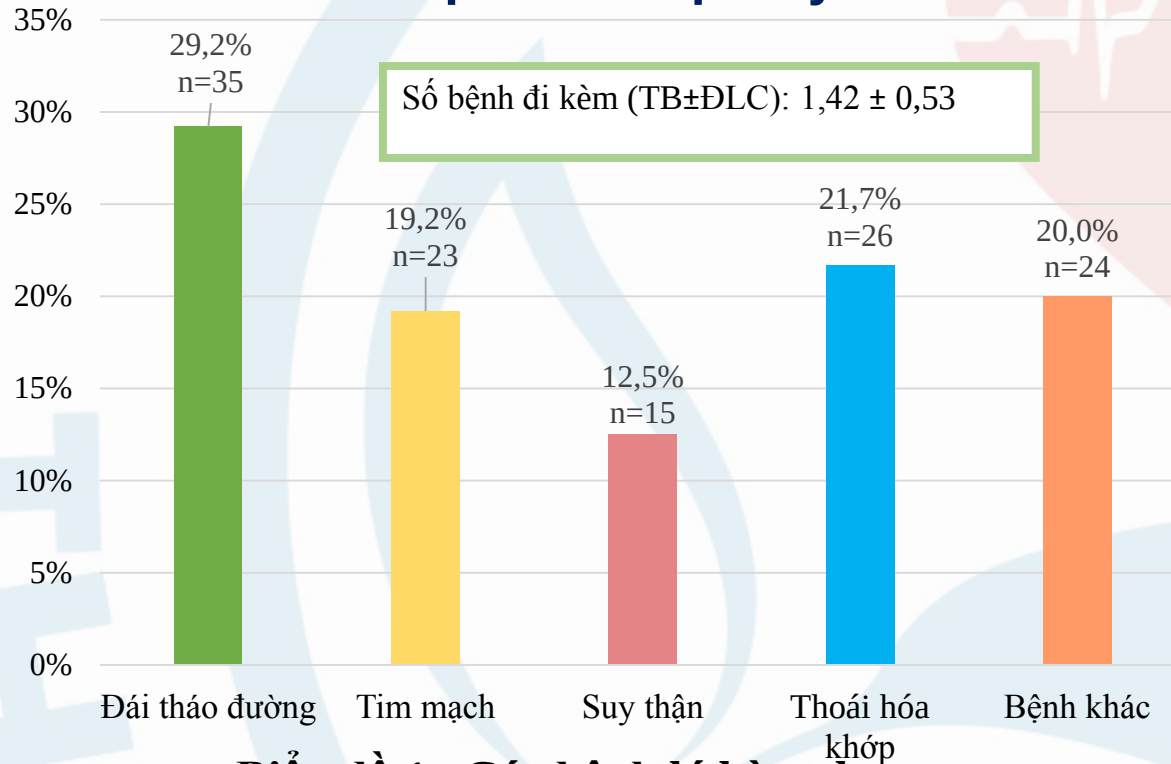
ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đặc điểm cá nhân

- Tuổi trung bình $65,48 \pm 14,3$, đa số trên 65 tuổi, giới tính nữ chiếm 2/3, hầu hết sống ở thành thị, đã kết hôn, là người già/thất nghiệp và có thu nhập dưới 5.000.000 đồng, có trình độ học vấn dưới THCS chiếm hơn 1/3.
- Khoảng 2/3 người bệnh có người thân bị THA.
- $\frac{3}{4}$ người bệnh tự chuẩn bị cỡ thuốc cho mình.

5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh lý



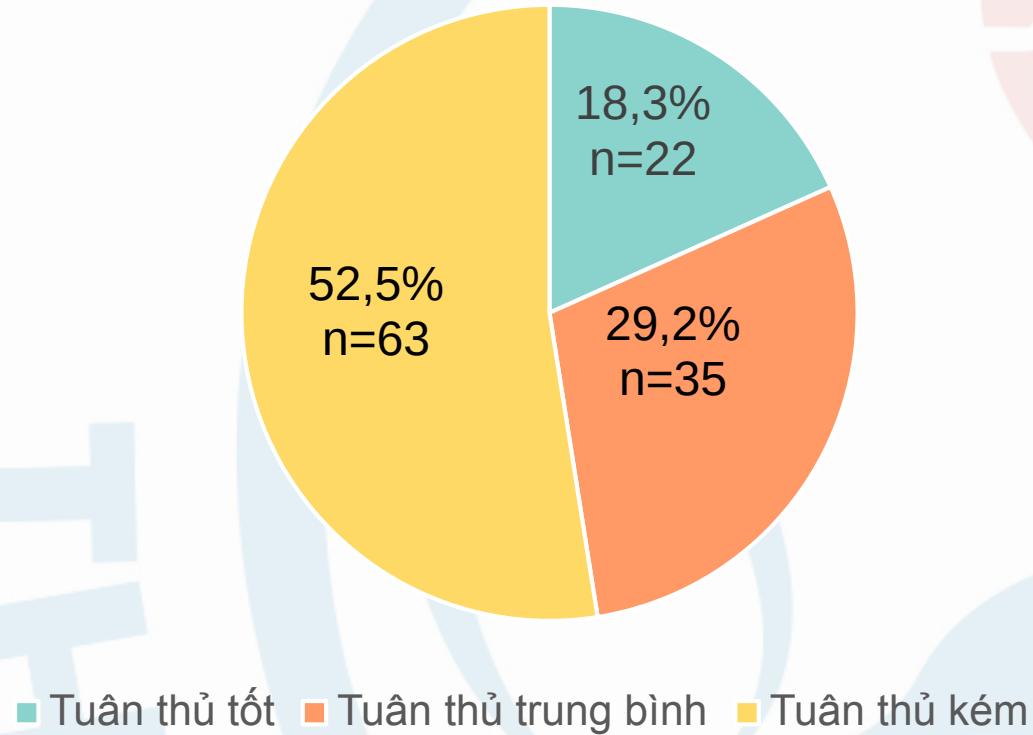
Biểu đồ 1 . Các bệnh lý kèm theo

- Đa số có thời gian bị THA dưới 5 năm, được chỉ định từ 3 loại thuốc trở lên trong toa xuất viện, số lần uống thuốc trong ngày thường là 2-3 lần.
- Hơn 1/3 người tham gia có thời gian bị THA từ 1-5 năm (39,2%), số tiền chi trả cho thuốc điều trị THA dưới 200.000 đồng chiếm 80%.
- Trên 90% người bệnh có BHYT.

Đặc điểm về quan niệm dùng thuốc

- ✓ Có đến 80% nghĩ rằng người bệnh THA cần tuân thủ thuốc lâu dài.
- ✓ 3/4 người cho rằng khi chỉ số HA trong giới hạn bình thường, vẫn cần uống thuốc theo toa.

5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ thuốc tại thời điểm xuất viện

- Tuân thủ thuốc tốt: 18,3%
- Tuân thủ thuốc trung bình: 29,2%.
- Tuân thủ thuốc kém: 52,5%

=> Tỷ lệ tuân thủ thuốc còn khá thấp

5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Phân bố tuân thủ thuốc ở người bệnh tăng huyết áp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm xuất viện (N=120)

Tuân thủ thuốc		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		P
		Tần số	Tỉ lệ	Tần số	Tỉ lệ	
		N ₁ =60	(%)	N ₂ =60	(%)	
Có tuân thủ	Tuân thủ tốt	13	21,7	9	15,0	p=0,606 ^b
	Tuân thủ trung bình	16	26,7	19	31,7	
Không tuân thủ	Tuân thủ kém	31	51,6	32	53,3	

b. Kiểm định Chi bình phương

Tỉ lệ tuân thủ thuốc tại thời điểm xuất viện
Nhóm chứng: 48,4%
Nhóm can thiệp: 46,7%

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: p=0,606

5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 2. Mô hình hồi quy logistic mối liên quan tới tuân thủ thuốc trước can thiệp

Đặc điểm	Hệ số hồi quy (B)	Độ lệch chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)	Exp (B)	KTC 95%
Cho rằng người bệnh THA cần tuân thủ thuốc lâu dài					
Không	-	-	-	-	-
Có	1,764	0,696	0,011^d	5,834	1,490 - 22,843
Cho rằng khi chỉ số huyết áp nằm trong giới hạn bình thường, vẫn cần uống thuốc theo toa					
Không	-	-	-	-	-
Có	0,688	0,594	0,247 ^d	1,991	0,621- 6,382
Số lần uống thuốc trong ngày					
1 lần	-	-	-	-	-
2 lần	-1,919	1,756	0,274 ^d	0,147	0,005 - 4,582
3 lần	- 0,803	1,380	0,560 ^d	0,448	0,030 - 6,691
4 lần	- 0,392	1,411	0,781 ^d	0,676	0,043 - 10,730
5 lần	- 0,736	1,518	0,528 ^d	2,087	0,106 - 40,889
Số loại thuốc trong toa xuất viện					
≤ 2 loại	-	-	-	-	-
3-5 loại	-1,780	0,730	0,015^d	0,209	0,040 - 0,705
≥6 loại	-1,566	0,484	0,001^d	0,169	0,081 - 0,540

d: Hồi quy Binary Logistic

KTC95%: Khoảng tin cậy 95%

Hiệu quả của tư vấn qua điện thoại đến tuân thủ dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp

Bảng. Tỷ lệ tuân thủ thuốc ở người bệnh tăng huyết áp sau 1 tháng (N=118)

Tuân thủ thuốc		Chung		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		P
		Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
		N=118	(%)	N ₁ =59	(%)	N ₂ =59	(%)	
Có tuân thủ	Tuân thủ tốt	44	37,3	17	28,1	27	45,8	p =0,014 ^b
	Tuân thủ trung bình	40	32,2	18	30,5	22	37,3	
Không tuân thủ	Tuân thủ kém	34	30,5	24	40,7	10	16,9	

Tỷ lệ tuân thủ thuốc sau 1 tháng xuất viện

- Nhóm chứng: 58,6%
- Nhóm can thiệp: 83,1%

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: p=0,014

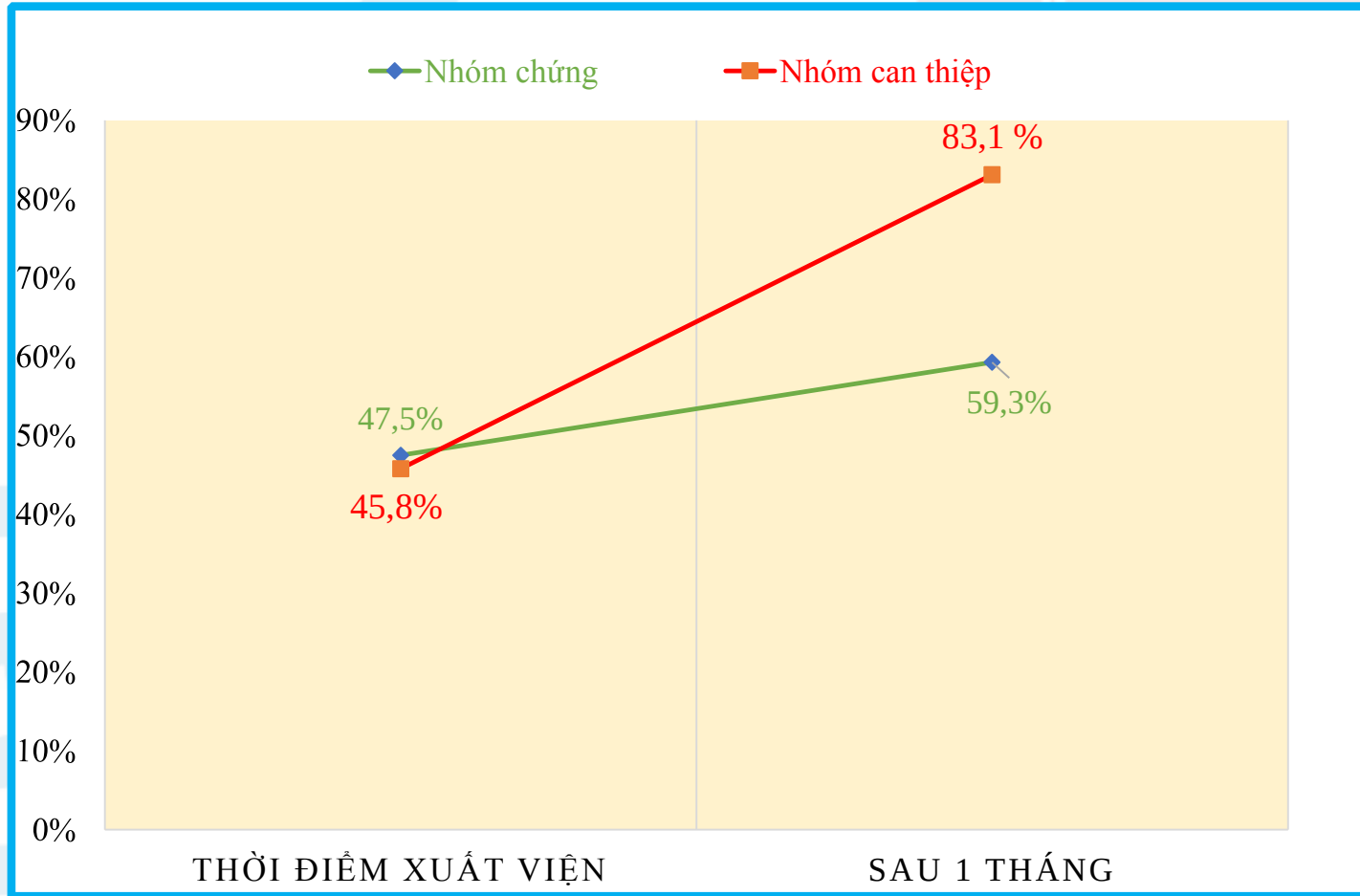
5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3. Sự thay đổi trạng thái tuân thủ thuốc trước và sau can thiệp

			Sau can thiệp		
			Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng Tần số (Tỉ lệ %)
Nhóm chứng	Trước can thiệp	Tuân thủ	23	5	28 (47,5)
		Không tuân thủ	12	19	31 (52,5)
		Tổng			
		Tần số (Tỉ lệ %)	35 (59,3)	24 (40,7)	59 (100)
		p = 0,143 ^e			
Nhóm can thiệp		Tuân thủ	26	1	27 (45,8)
		Không tuân thủ	23	9	32 (54,2)
		Tổng			
		Tần số (Tỉ lệ %)	49 (83,1)	10 (16,9)	59 (100)
		p < 0,001 ^e			

- Ở nhóm can thiệp, số người chuyển trạng thái từ không tuân thủ thuốc sang có tuân thủ thuốc cao hơn nhóm chứng 1,9 lần. **(23 trường hợp so với 12 trường hợp)**
- Số người chuyển đổi trạng thái từ tuân thủ sang không tuân thủ ít hơn 5 lần. **(1 trường hợp so với 5 trường hợp)**
- Số người duy trì hành vi tuân thủ thuốc cũng cao hơn. **(26 trường hợp so với 23 trường hợp)**

5. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



- Nhóm chứng tăng 11,8% ($p=0,143$)
- Nhóm can thiệp tăng 37,3% ($p < 0,001$)

Thấp hơn nghiên cứu của Najafi (2016), Lyons (2015).

Cao hơn Stanton (2018), Choudhry (2018).

Biểu đồ 3. Sự thay đổi về tuân thủ thuốc ở người bệnh THA tại khoa Nội Tim mạch – Lão học sau 1 tháng

6. KẾT LUẬN

- **Tỉ lệ tuân thủ thuốc ở người bệnh THA còn khá thấp (47,5%).** Trong đó, tỉ lệ người bệnh tuân thủ thuốc tốt chiếm 18,3%, tuân thủ thuốc trung bình là 29,2%.

- Những người cho rằng người bệnh THA cần tuân thủ thuốc lâu dài sẽ tuân thủ thuốc cao hơn 5,8 lần so với nhóm còn lại. Nếu toa thuốc xuất viện có từ 3-5 loại thuốc, hoặc trên 5 loại thuốc thì tỉ lệ tuân thủ sẽ giảm lần lượt còn 0,209 và 0,169 lần so với người bệnh có toa xuất viện không quá 2 loại thuốc.

- Sau can thiệp, tỉ lệ người bệnh tuân thủ thuốc trong nhóm chứng tăng 11,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,143$). **Tỉ lệ tuân thủ thuốc ở nhóm can thiệp tăng 37,3% ($p < 0,001$).**

=> Kết quả cho thấy can thiệp tư vấn qua điện thoại đã giúp cải thiện tình trạng tuân thủ thuốc của người bệnh một cách rõ rệt.

7. KIẾN NGHỊ

- Đơn giản hóa phác đồ điều trị, nâng cao kiến thức về THA và tuân thủ dùng thuốc cho người bệnh.
- Cần đẩy mạnh công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe của điều dưỡng trong quá trình chăm sóc để người bệnh có quan điểm đúng về quản lý và điều trị THA.
- Việc quản lý người bệnh THA sau khi xuất viện cũng cần được quan tâm.
- Khi người bệnh xuất viện, việc ngừng liên lạc với nhân viên y tế có khả năng làm tăng nguy cơ không tuân thủ thuốc, từ đó làm trầm trọng hơn các triệu chứng bệnh. Điều dưỡng có vai trò chủ chốt trong việc hướng dẫn, khuyến khích, tạo động lực cho người bệnh tuân thủ điều trị. Vì vậy, việc theo dõi, tư vấn cho người bệnh sau khi xuất viện rất quan trọng có thể thay đổi bộ mặt của ngành điều dưỡng.
- Nghiên cứu cung cấp những bằng chứng khoa học có giá trị trong việc xem xét áp dụng phương pháp tư vấn qua điện thoại để quản lý và theo dõi người bệnh THA và người bệnh mắc các bệnh mạn tính tại khoa Nội tim mạch. Đây cũng là nguồn tài liệu hữu ích cho việc xây dựng chương trình tư vấn qua điện thoại phù hợp với tình hình của BV TP Thủ Đức

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO website. 2003. Update September 6th, 2016. July 26th, 2022. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
2. Hội Tim mạch học Việt Nam. Báo động: hơn 5000 người Việt Nam mắc bệnh tăng huyết áp. Trang web của Hội Tim mạch học Việt Nam. Ngày đăng 15/05/2016. 15/07/2022. <http://www.vnha.org.vn/detail.asp?id=219>
3. Kvarnstrom, K., Airaksinen, M., & Liira, H. Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. *BMJ Open*. 2018;8(1).e015332. doi: 0.1136/bmjopen-2016-015332
4. Hội Tim mạch học Việt Nam. Định nghĩa và phân độ tăng huyết áp. Trang web của Hội tim mạch học Việt Nam. 02/08/2022. http://www.vnha.org.vn/cate.asp?cate_id=169
5. Nguyễn Kim Kế. *Hiệu quả mô hình kiểm soát tăng huyết áp người cao tuổi thị xã Hưng Yên*. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Thái Nguyên; 2013. Ngày truy cập 08/09/2022.
6. Trần Thị Mỹ Hạnh. *Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình*. Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng. Trường Đại học Y tế Công cộng; 2017. Ngày truy cập 15/07/2022. <http://dtsdh.huph.edu.vn/sites/dtsdh.huph.edu.vn/files/luanvantiansi/LA-%20Tran%20Thi%20My%20Hanh.pdf>
7. Trần Thị Nga, Nguyễn Thu Quỳnh. Tuân thủ thuốc điều trị ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa nông nghiệp I và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2020;130(6):174-181. Ngày truy cập 18/07/2022. [http://khcn.tapchinguynhcuuyhoc.vn/uploads/130%20\(6\)%202020/21Huong4.CD15.pdf](http://khcn.tapchinguynhcuuyhoc.vn/uploads/130%20(6)%202020/21Huong4.CD15.pdf)
8. Indraratna P, Tardo D, Yu J, Delbaere K, Brodie M. Mobile Phone Technologies in the Management of Ischemic Heart Disease, Heart Failure, and Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(7):e16695. doi: 10.2196/16695
9. Mills KT, Obst KM, Shen W, et al. Comparative effectiveness of implementation strategies for blood pressure control in hypertensive patients: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2018;168(2):110-120. doi: 10.7326/m17-1805
10. Phê duyệt kế hoạch thực hiện Chương trình Sức khỏe Việt Nam giai đoạn 2021-2025, Quyết định số 5924/QĐ-BYT. (2021)
11. Hội Tim mạch học TP.HCM. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội Tăng huyết áp thế giới 2020/ISH 2020 những điểm khác biệt đáng chú ý. Trang web của Hội Tim mạch học TP.HCM. Ngày đăng 16/3/2021. Ngày truy cập 25/7/2022. <https://timmachhoc.vn/khuyen-cao-ve-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap-cua-hoi-tang-huyet-ap-the-gioi-2020-ish-2020-nhung-diem-khac-biet-dang-chu-y/>
12. Viện Tim TP.HCM 2019. *Phác đồ điều trị 2019*. Nhà xuất bản Y học; 2019:480-496

TÀI LIỆU THAM KHẢO

13. Dự án phòng, chống bệnh Tim mạch - VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI, 2010. Thay đổi lối sống để phòng ngừa và kiểm soát huyết áp. Viện Tim – bệnh viện Bạch Mai. Ngày đăng 13/12/2020. Ngày truy cập 01/08/2022. <http://huyetap.vn/detail/22804/thay-doi-loi-song-de-phong-ngua-va-kiem-soat-huyet-ap.html>
14. Hội Tim mạch học Việt Nam. Biện chứng tăng huyết áp. Trang web của Hội Tim mạch học Việt Nam. Ngày truy cập 02/08/2022. <http://vnha.org.vn/huyetap.vn/baiphatthanh/11.bien-chung-THA.pdf>
15. Phạm Nguyễn Vinh. Bệnh học tim mạch. Nhà xuất bản Y học; 2008
16. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*. 2017;8(100):1-8. doi:10.3389/fphar.2017.00100
17. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes E, et al. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(4):e5641.doi: 10.1097/MD.0000000000005641.
18. Nielsen J, Shrestha A, Neupane D, et al. Nonadherence to anti-hypertensive medication in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of 92443 subjects. *J Hum Hypertens*. 2017;31(1):14-21. doi: 10.1038/jhh.2016.3
19. Andre N, Wibawanti R, Siswanto B. Mobile phone-based intervention in hypertension management. *International Journal of Hypertension*. 2019;2019: 1-7. doi: 10.1155/2019/9021017
20. Borkar D, Borkar S. Socio-economic impact of mobile phones. *IOSR Journal Humanit Social Science*. 2013;9(1):7-17. doi: 10.1016/S2212-5671(14)00227-5
21. WHO Global Observatory for eHealth. mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth. WHO website. August 5th 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44607/9789241564250_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Trần Quốc Cường, Lê Văn Bào. Hiệu quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại trạm y tế phường, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;507(2):50-55. doi: 10.51298/vmj.v507i2.1399
23. Tan XI, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item Morisky medication adherence scale (MMAS-8). *Innovations in pharmacy*. 2014;5(3):5-10. doi:10.24926/IIP.V5I3.347
24. Truong HHY, Wasana R, Hoang AT. Factors Associated with Antiplatelet Medication Nonadherence among Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention in Vietnam. *International Journal of Multidisciplinary Research and Publications Online*. 2020;3(3):58-64. doi:10.1155/2019/6585040
25. American Medical Association. Medication adherence improve patient outcomes and reduce costs. American Medical Association website. Updated June 5, 2015. Accessed September 20th, 2022. <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702595#section-247122516>
26. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *British Journal of General Practice*. 2009;59(558):29-36. doi:10.3399/bjgp09x394833



Chuyên Nghiệp - Tận Tâm - Vươn Tầm Chất Lượng

**CẢM ƠN QUÝ ĐẠI BIỂU
ĐÃ CHÚ Ý LẮNG NGHE!**