|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** |  **BỘ Y TẾ** |

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

**NGUYỄN THỊ THÚY HIẾU**

**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**

**Chuyên ngành**: **Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Mã số**:**97.20.701**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**g dÉn: GS.TSKH. Vò ThÞ Minh Thôc**

**HẢI PHÒNG – 2021**

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

1. **PGS.TS. BS. NGUYỄN VĂN HÙNG**
2. **PGS.TS.BS. PHẠM VĂN HÁN**

**Phản biện 1:**

**Phản biện 2:**

**Phản biện 3:**

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Vào hồi giờ, ngày tháng năm 20

**Có thể tìm hiểu luận án tại:**

1. Thư viện quốc gia
2. Thư viện trường Đại học Y Dược Hải Phòng

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC**

**ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Nguyễn Thị Thuý Hiếu,** Nguyễn Văn Hùng, Phạm Văn Hán, Nguyễn Thị Thắm. “Thực trạng quản lý tăng huyết áp ở một số xã của thành phố Hải Phòng năm 2016”. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 31, Số 5 - 2021, trang 85-91
2. **Nguyễn Thị Thuý Hiếu,** Nguyễn Văn Hùng, Phạm Văn Hán, Nguyễn Thị Thắm (2021), “Hiệu quả can thiệp hỗ trợ trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình trong quản lý tăng huyết áp năm 2016 - 2018”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 31, Số 5 - 2021, trang 92-98.
3. **Nguyễn Thị Thuý Hiếu,** Nguyễn Văn Hùng, Phạm Văn Hán, Nguyễn Thị Thắm, “Một số yếu tố liên quan đến đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại một số xã thành phố Hải Phòng năm 2016”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 503, tháng 6- số đặc biệt (Phần 2)- 2021, trang 147-153.

# ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyên ngành Y học gia đình (YHGĐ), theo Hiệp hội Bác sỹ gia đình Hoa kỳ (AAFP), là sự kết hợp của y học lâm sàng đa khoa, y học dự phòng, tâm lý học và khoa học hành vi, được thực hiện dựa trên 6 nguyên lý: chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, chăm sóc sức khỏe gắn liền với dự phòng, bối cảnh gia đình và cộng đồng. Mô hình YHGĐ đã góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người dân ở tuyến ban đầu với chi phí thấp, dễ tiếp cận, đảm bảo sự theo dõi toàn diện, liên tục và hạn chế nhập viện vào các cơ sở y tế chuyên sâu ngay khi mới mắc bệnh.

Việt Nam là nước có hệ thống y tế cơ sở được đánh giá tốt, đặc biệt với hơn 11,000 trạm y tế ở tất cả các xã, phường, thị trấn trong đó khoảng hơn 70% có bác sỹ hoạt động. Tuy nhiên, hiệu quả khám chữa bệnh của các trạm y tế còn rất hạn chế, chưa đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân, và sự thay đổi nhanh chóng của mô hình bệnh tật. Số liệu năm 2017 cho thấy các bệnh không lây nhiễm chiếm khoảng 70% gánh nặng bệnh tật và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Việc đổi mới hoạt động của hệ thống y tế cơ sở theo các nguyên lý YHGĐ được Bộ Y tế đặc biệt quan tâm. Tuy nhiên, cho đến hiện tại, còn ít các mô hình được xây dựng và chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của các trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình. Câu hỏi đặt ra là “Trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình sẽ có hiệu quả thế nào đối với việc quản lý các bệnh mạn tính không lây nhiễm, mà điển hình là tăng huyết áp?”. Để có cơ sở khoa học cho các khuyến nghị nâng cao chất lượng hoạt động của các trạm y tế xã, chúng tôi tiến hành đề tài “**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**”, với 2 mục tiêu:

*1. Mô tả thực trạng công tác quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại 6 xã ở Hải Phòng năm 2016.*

*2. Đánh giá hiệu quả quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại 3 trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình năm 2017 tại Hải Phòng.*

**NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

Đây là một nghiên cứu can thiệp về quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình đầu tiên ở Việt Nam. Được thiết kế là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng, kết quả nghiên cứu là tin cậy và giá trị. Nghiên cứu thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp trên 1719 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên ở 6 xã của Hải Phòng đã đóng góp vào hệ thống dữ liệu về thực trạng quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng và chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến việc không đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân, như sự tuân thủ điều trị thuốc, hoạt động thể lực, tình trạng đái tháo đường, chế độ ăn, chỉ số eo/mông lớn. Nghiên cứu cũng phản ánh mức độ hài lòng của bệnh nhân tăng huyết áp với dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình có hiệu quả rõ rệt trong công tác quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, duy trì huyết áp mục tiêu. Nghiên cứu cũng cho thấy trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình làm tăng sự hài lòng của người bệnh tăng huyết áp và thu hút được bệnh nhân đến với trạm y tế nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu là bài học kinh nghiệm cho việc đào tạo cán bộ y tế xã áp dụng các nguyên lý y học gia đình trong quản lý điều trị tăng huyết áp, góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.

**CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN**

Phần chính của luận án dài 134 trang, bao gồm các phần sau:

 Đặt vấn đề: 2 trang

 Chương 1- Tổng quan: 34 trang

 Chương 2 - Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 22 trang

 Chương 3 - Kết quả nghiên cứu: 38 trang

 Chương 4 - Bàn luận: 35 trang

 Kết luận và khuyến nghị: 3 trang

Luận án có 160 tài liệu tham khảo, trong đó 71 tài liệu tiếng Việt và 89 tài liệu tiếng Anh. Luận án có 55 bảng, 13 hình. Phần phụ lục gồm 7 phụ lục dài 53 trang.

# Chương 1: TỔNG QUAN

# Y học gia đình và chăm sóc sức khỏe ban đầu

Y học gia đình là một chuyên ngành Y học với triết lý và các nguyên tắc riêng. Bác sỹ gia đình là người thầy thuốc của chuyên ngành Y học gia đình, mà một số nước còn gọi là Nhà thực hành đa khoa (General Practitionner, GP) [143].

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là sự chăm sóc thiết yếu, dựa trên những phương pháp và kỹ thuật hoặc thực tiễn, có cơ sở khoa học và được chấp nhận về mặt xã hội, phổ biến đến tận mọi cá nhân và gia đình trong cộng đồng, qua sự tham gia tích cực của họ với một phí tổn mà cộng đồng và quốc gia có thể đài thọ được ở bất cứ giai đoạn phát triển nào, trên tinh thần tự lực và tự quyết. Nó là nơi tiếp xúc đầu tiên của người dân với hệ thống y tế, đưa sự chăm sóc sức khỏe đến càng gần càng tốt nơi người dân sống và lao động, trở thành yếu tố đầu tiên của một quá trình chăm sóc sức khỏe lâu dài (Tuyên ngôn Hội nghị Alma Ata- 1978) [146].

* 1. **Thực trạng quản lý tăng huyết áp**

Tăng huyết áp (THA) đang là vấn đề sức khỏe được cả cộng đồng quan tâm, bệnh diễn biến thầm lặng và là một trong 8 nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong toàn cầu. Nhận thức của người dân về bệnh còn hạn chế, người bệnh còn chưa nghiêm chỉnh tuân thủ điều trị, năng lực của y tế cơ sở chưa cao, các hoạt động tầm soát phát hiện sớm bệnh còn ít... Thực trạng này dẫn đến thách thức lớn trong việc đạt được mục tiêu kiểm soát THA. Tại Việt Nam, phòng chống THA đã được Đảng và Chính phủ quan tâm đưa thành Chương trình mục tiêu quốc gia từ những năm 2008, giai đoạn 2012-2014 dự án phòng chống các bệnh không lây nhiễm đã được triển khai ở tất cả 63 tỉnh, thành phố trên cả nước. 84.136 cán bộ y tế đã được đào tạo, tập huấn về phòng chống THA. Dự án đã triển khai quản lý, khám sàng lọc được cho 2.203.893 người/1.179 xã, phát hiện được 365.182 mắc THA, trong đó 181.861 người chưa biết mình bị THA, và có 44.206 người được quản lý THA. Như vậy sau gần 10 năm THA được đưa vào thành Chương trình mục tiêu quốc gia thì mới chỉ có khoảng 10% tổng số xã/phường trên toàn quốc được sàng lọc THA và đưa vào chương trình quản lý. Kết quả điều tra của Bộ Y tế năm 2015 cho thấy, trong 12 triệu người mắc bệnh THA ở cộng đồng thì có tới 57% chưa được phát hiện và trên 80% chưa được điều trị; đồng thời có tới 70% số người có nguy cơ tim mạch hiện không được tư vấn, quản lý dự phòng.

* 1. **Mô hình can thiệp quản lý tăng huyết áp**
		+ - Mô hình điều trị bằng hình thức khám bệnh kê đơn thuốc: Quản lý và điều trị bệnh THA tại bệnh viện
			- Mô hình chăm sóc sức khoẻ nói chung tại cộng đồng và trạm y tế xã/ phường: truyền thông giáo dục sức khỏe để người mắc THA điều chỉnh lối sống, phòng tránh yếu tố nguy cơ qua nhân viên trạm y tế xã và nhân viên y tế thông bản
			- Mô hình quản lý và điều trị ngoại trú tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu của bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ đa khoa.

# Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* 1. **Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên** **cứu**
		1. ***Đối tượng nghiên cứu***
			+ Bệnh nhân tăng huyết áp từ đủ 18 tuổi trở lên

Tiêu chuẩn lựa chọn:

* + - Bệnh nhân THA được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2010 áp dụng với cán bộ y tế đo đúng quy trình [10]:
		- Huyết áp tâm thu: ≥ 140mmHg;
		- Và/hoặc huyết áp tâm trương: ≥ 90mmHg.
		- Bệnh nhân THA đang thường trú trên địa bàn nghiên cứu từ 3 tháng trở lên.
		1. ***Địa điểm nghiên cứu***

***-*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang:

* + - * + Huyện An Lão: Xã Quốc Tuấn và xã Bát Trang.
				+ Huyện Tiên Lãng: Xã Đoàn Lập và xã Bạch Đằng.
				+ Huyện Vĩnh Bảo: xã Trấn Dương và xã Hòa Bình.

- Nghiên cứu can thiệp có đối chứng:

* + - * + Nhóm can thiệp: gồm 3 xã Hòa Bình, Bạch Đằng và Bát Trang.
				+ Nhóm đối chứng: gồm 3 xã Trấn Dương, Quốc Tuấn và Đoàn Lập.
		1. ***Thời gian nghiên cứu:***từ tháng 5/2016 đến tháng 12/2018
	1. **Phương pháp nghiên cứu**
		1. ***Thiết kế nghiên cứu***

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp trước sau có đối chứng.

* + 1. ***Cỡ mẫu và chọn mẫu***
			1. *Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang*
* 1719 bệnh nhân tăng huyết áp tại 06 xã được chọn, gồm 289 tại xã Hòa Bình, 279 tại xã Trấn Dương, 274 tại xã Đoàn Lập, 306 tại xã Bạch Đằng, 296 tại xã Bát Trang và 275 tại xã Quốc Tuấn.
	+ - 1. *Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:*
* Nhóm can thiệp là 891 bệnh nhân THA trước can thiệp và 896 bệnh nhân THA sau can thiệp.
* Nhóm chứng là 828 bệnh nhân THA trước can thiệp và 845 bệnh nhân THA sau can thiệp.
	1. **Chi tiết về kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu**
		1. ***Biến số và chỉ số nghiên cứu:***

- Thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế xã ở hai huyện ngoại thành Hải Phòng năm 2016

 + Huyết áp: được đo, chẩn đoán, điều trị, huyết áp đạt mục tiêu, tuân thủ điều trị, hoạt động tư vấn.

 + Yếu tố nguy cơ THA: Chỉ số chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng eo/mông, BMI, chế độ ăn, hoạt động thể lực, sử dụng rượu/bia, hút thuốc

- Đánh giá hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình ở Hải Phòng năm 2017-2018

 + Quản lý các yếu tố nguy cơ: ăn giảm muối, hoạt động thể lực, chỉ số nhân trắc, tình trạng hút thuốc.

 + Quản lý điều trị THA

 + Sử dụng dịch vụ tại Trạm y tế: khám chữa bệnh, quản lý THA, sự hài lòng

* + 1. ***Kĩ thuật và công cụ thu thập thông tin***
			1. *Công cụ thu thập thông tin*

Sử dụng bảng hỏi thiết kế sẵn gồm 5 phần:

* Thông tin nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp)
* Tiền sử bệnh tật (tiền sử bản thân, tiền sử gia đinh, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường)
* Các hành vi nguy cơ (thuốc lá, rượu bia, chế độ ăn, hoạt động thể lực)
* Dịch vụ khám chữa bệnh (nơi khám chữa bệnh, mức độ hài lòng)
* Chỉ số nhân trắc và huyết áp (cân nặng, chiều cao, vòng mông, vòng eo, huyết áp).
	+ - 1. *Kĩ thuật thu thập thông tin*

Thông tin thu thập từ thăm khám và phỏng vấn bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn (phụ lục 1).

Tất cả các câu hỏi điều tra và thông tin thăm khám của bệnh nhân được kiểm tra bởi giám sát viên và hoàn thiện ngay trong ngày hoặc ngày hôm sau để tránh thiếu sót thông tin.

* + - 1. *Một số tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu*
* Phân độ tăng huyết áp và mục tiêu kiểm soát huyết áp: theo Hiệp hội tim mạch Việt Nam năm 2018 [39]
* BMI: theo WHO áp dụng cho người Châu Á Thái bình dương [134].
* Tiêu chuẩn dánh giá vòng eo và chỉ số eo/mông theo WHO [151]
* Tiêu chuẩn đánh giá hoạt động thể lực: Bộ Y tế 2019 [24]
* Tiêu chuẩn hút thuốc lá, thuốc lào: WHO [147]
* Tiêu chuẩn đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm MMAS – 8 [115]
* Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng rượu theo Bộ Y tế Việt Nam năm 2013 [11]
* Tiêu chuẩn ăn mặn theo WHO [157].
	+ - 1. *Thu thập thông tin cho nghiên cứu can thiệp*

 Các hoạt động can thiệp bao gồm:

- Đào tạo về Y học gia đình cho Bác sỹ điều trị tại TYT: Mỗi trạm y tế lựa chọn 1 bác sỹ để đào tạo và cấp chứng chỉ “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý y học gia đình”.

- Tập huấn quản lý điều trị tăng huyết áp theo nguyên lý y học gia đình.

- Triển khai công tác quản lý, điều trị, chăm sóc và tư vấn cho bệnh nhân THA tại TYT theo nguyên lý y học gia đình:

• Làm bệnh án ngoại trú và bệnh án điện tử cho bệnh nhân THA:

o Triển khai làm bệnh án ngoại trú cho bệnh nhân THA: sử dụng mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân theo Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế

o Quản lý bệnh nhân THA bằng bệnh án điện tử: Cung cấp 01 máy tính cho mỗi trạm y tế can thiệp. Cung cấp, cài đặt và hướng dẫn sử dụng phần mềm “Bệnh án bác sĩ gia đình” cho 3 trạm y tế xã, cấp tài khoản cho Bác sỹ điều trị.

o Lập và cập nhật thông tin khám bệnh trên hồ sơ giấy, hồ sơ điện tử tại phần mềm “Bệnh án bác sĩ gia đình” cho toàn bộ bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại các trạm y tế triển khai can thiệp.

o Cấp phát sổ y bạ cho bệnh nhân để bệnh nhân tự quản lý bệnh và y tế thôn đội, người thân bệnh nhân phối hợp cùng quản lý.

o Nhắc nhở bệnh nhân tuân thủ điều trị và tái khám đúng hẹn qua đội ngũ y tế thôn đội và người thân. Lịch hẹn tái khám của bệnh nhân tăng huyết áp sẽ được ghi chép vào sổ y bạ để bệnh nhân và người nhà biết lịch tái khám. Lịch hẹn cũng sẽ được trích xuất từ phầm mềm “Bệnh án bác sĩ gia đình” trước 1 tuần, và danh sách sẽ được cán bộ y tế trạm gửi đến nhân viên y tế thôn đội để nhân viên y tế thôn đội nhắc nhở bệnh nhân tái khám đúng hẹn.

o Chuyển gửi bệnh nhân đang quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế xã lên bệnh viện huyết để làm xét nghiệm tầm soát các yếu tố nguy cơ và phát hiện sớm các tổn thương cơ quan đích.

o Giám sát và hỗ trợ trực tiếp các bác sĩ tại trạm y tế 1 tháng/1 lần và gián tiếp qua điện thoại và phần mềm “Bệnh án bác sĩ gia đình” định kỳ hàng tuần.

• Khám và quản lý bệnh nhân theo nguyên lý y học gia đình: liên tục (bệnh nhân được theo dõi bằng bệnh án Y học gia đình, liên tục từ lần khám đầu tiên, lấy thông tin sau các lần chuyển gửi), toàn diện (bệnh nhân được thăm khám toàn diện cả về thể chất lẫn tinh thần), hướng gia đình, hướng dự phòng, phối hợp các nguồn lực trong chăm sóc bệnh nhân, chú ý đến các yếu tố cộng đồng.

• Tổ chức sinh hoạt nhóm bệnh nhân THA với Bác sĩ điều trị tại TYT đã được đào tạo về YHGD định kỳ 3 tháng/ 1 lần để tạo cơ hội trao đổi, thảo luận giữa bệnh nhân và Bác sỹ về tuân thủ điều trị cũng như kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác.

* 1. **Xử lý số liệu:**

 Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. Số liệu được nhập, làm sạch, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

* 1. **Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu thực hiện theo đúng đề cương phê duyệt của hội đồng xét duyệt đề cương trường Đại học Y Dược Hải Phòng, có sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm y tế các huyện và Trạm y tế thực hiện nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện trên cơ sở điều tra viên đã giải thích mục đích của nghiên cứu. Việc đối tượng từ chối không tham gia vào nghiên cứu sẽ không bị ảnh hưởng đến các lợi ích mà họ đang được nhận từ các chương trình hay dịch vụ y tế. Đối tượng nghiên cứu có thể báo cho nghiên cứu viên nếu họ muốn thay đổi ý kiến, không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

# Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

# 3.1. Thực trạng quản lý điều trị bệnh THA tại các TYT xã

***3.1.1. Thực trạng quản lý điều trị bệnh THA tại các trạm y tế xã***

Bảng 3.4. Phân độ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Phân loại THA** | **Tiên Lãng** | **An Lão** | **Vĩnh Bảo** | **Chung** |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| HA tối ưu và HABT | 24 | 4,1 | 32 | 5,6 | 38 | 6,7 | 94 | 5,5 |
| HABT cao | 48 | 8,3 | 35 | 6,1 | 30 | 5,3 | 113 | 6,6 |
| THA độ 1 | 326 | 56,2 | 265 | 46,4 | 283 | 49,8 | 874 | 50,8 |
| THA độ 2 | 110 | 19,0 | 169 | 29,6 | 153 | 26,9 | 432 | 25,1 |
| THA độ 3 | 72 | 12,4 | 70 | 12,3 | 64 | 11,3 | 206 | 12,0 |
| **Tổng** | **580** | **100** | **571** | **100** | **568** | **100** | **1.719** | **100** |
| HATT: ± SD | 150,6 ± 15,8 | 152,4 ± 18,7 | 149,9 ± 16,8 | 151,0 ± 17,2 |
| p | 0,003 |  |
| HATTr: ± SD | 88,8 ± 10,9 | 89,1 ± 10,5 | 92,6 ± 11,1 | 90,2 ± 10,9 |
| p | 0,545 |  |

**Nhận xét:** 50,8% bệnh nhân vẫn có mức huyết áp ở độ 1, còn ở độ 2 độ 3 lần lượt là: 25,1% và 12,0%. Chỉ có 12,1% (5,5% bệnh nhân có mức huyết áp tối ưu, 6,6% bệnh nhân có mức huyết áp đạt bình thường cao) bệnh nhân điều trị đạt mức huyết áp đạt mục tiêu.

**Bảng 3.10: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp đã được chẩn đoán từ trước khi nghiên cứu tiến hành sàng lọc (n=1.513)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chẩn đoán THA** | **Tiên Lãng** | **An Lão** | **Vĩnh Bảo** | **Chung** |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Đã chẩn đoán  | 458 | 86,7 | 412 | 80,9 | 365 | 76,7 | 1.235 | 81,6 |
| Chưa chẩn đoán  | 70 | 13,3 | 97 | 19,1 | 111 | 23,3 | 278 | 18,4 |
| p | 0,000 |  |
| **Tổng** | **528** | **100** | **509** | **100** | **476** | **100** | **1.513** | **100** |

**Nhận xét:** 81,6% BN đã từng đo HA được chẩn đoán THA bởi cán bộ y tế, 18,4% BN đã từng được nhân viên y tế đo huyết áp nhưng chưa được chẩn đoán THA. Vĩnh Bảo có số BN THA chưa được chẩn đoán cao nhất (23,3%), Tiên Lãng có số BN đã được đo huyết áp chưa được chẩn đoán THA thấp nhất (13,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

**Bảng 3.12: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp đạt mục tiêu điều trị trên BN đã điều trị (n=749)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Đạt mục tiêu điều trị** | **Tiên Lãng** | **An Lão** | **Vĩnh Bảo** | **Chung** |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Đạt | 72 | 24,7 | 67 | 26,8 | 68 | 32,9 | 207 | 27,6 |
| Không | 220 | 75,3 | 183 | 73,2 | 139 | 67,1 | 542 | 72,4 |
| p | 0,125 |  |
| **Tổng** | **292** | **100** | **250** | **100** | **207** | **100** | **749** | **100** |

**Nhận xét:** 27,6% bệnh nhân THA được điều trị đạt huyết áp mục tiêu (<140/90 mmHg). 72,4% bệnh nhân đã điều trị không đạt được huyết áp mục tiêu. Không có sự khác biệt giữa các huyện (p>0,05).

**Bảng 3.18: Sự hài lòng của bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp với hoạt động khám chữa bệnh tại trạm y tế**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Công tác KCB tại TYT** | **Tiên Lãng** | **An Lão** | **Vĩnh Bảo** | **Chung** |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hài lòng | 101 | 34,6 | 92 | 36,8 | 93 | 44,9 | 286 | 38,2 |
| Không hài lòng | 14 | 4,8 | 78 | 31,2 | 44 | 21,3 | 136 | 18,2 |
| Không bao giờ đến TYT | 177 | 60,6 | 80 | 32,0 | 70 | 33,8 | 327 | 43,7 |
| **Tổng** | **292** | **100** | **250** | **100** | **207** | **100** | **749** | **100** |

**Nhận xét:** 43,7% BN đang điều trị THA không đến trạm y tế bao giờ, 38,2% bệnh nhân hài lòng với các dịch vụ y tế của trạm y tế.

***3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp***

Bảng 3.31. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến không đạt mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị (n=749)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biến số** | **aOR (95% CI)** | **p** |
| Tuân thủ điều trị |  |  |
| Không vs Có | 8,58; (5,57 – 13,23) | **0,000** |
| Hoạt động thể lực  |  |  |
|    Không vs Có | 3,61; (2,20 – 5,919) | **0,000** |
| Tiền sử đái tháo đường |  |  |
| Có vs Không | 2,95; (1,55 – 5,63) | **0,001** |
| Chế độ ăn  |  |  |
| Ăn mặn vs Ăn giảm muối | 3,76; (2,50 – 5,65) | **0,000** |
| Vòng bụng |  |  |
| Tăng vs Bình thường | 1,32; (0,84 – 2,08) | 0,229 |
| Chỉ số eo mông |  |  |
| Tăng vs Bình thường | 1,62; (1,01 – 2,61) | **0,046** |
| Cơ sở điều trị  |  |  |
| Cơ sở y tế khác vs Trạm y tế | 0,936; (0,41 – 2,16) | 0,877 |
| **p = 0,000 , R2 = 39,1%** |  |  |

**Nhận xét:** Kết quả phân tính đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu ở bệnh nhân là: Không tuân thủ điều trị thuốc (OR=8,58; p<0,001), hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo (OR=3,61; p<0,001), tiền sử mắc đái tháo đường kèm theo (OR=2,95; p<0,001), chế độ ăn mặn (OR=3,76; p<0,001) và chỉ số eo/ mông lớn (OR = 1,62; p<0,05)

* 1. **Hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình.**

***3.2.1 Tư vấn từ cán bộ y tế***

Bảng 3.33: Hiệu quả can thiệp về tư vấn ăn giảm muối và hoạt động thể lực

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về bệnh nhân được tư vấn** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Ăn giảm muối | 68,5 | 2,0 | 66,5 |
| Hoạt động thể lực  | 93,8 | 1,7 | 92,1 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp nhận được tư vấn ăn giảm muối và hoạt động thể lực sau 1 năm lần lượt là 66,5% và 92,1%.

Bảng 3.35: Hiệu quả can thiệp đối với tư vấn quản lý cân nặng và tác hại của thuốc lá

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về bệnh nhân được tư vấn** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Quản lý cân nặng  | 123,3 | 2,1 | 121,1 |
| Tác hại của thuốc lá | 83,5 | 12,3 | 71,2 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp nhận được tư vấn về quản lý cân nặng và tác hại của thuốc là sau can thiệp 1 năm 121,1% và 71,2%.

* + 1. ***Thay đổi chỉ số nhân trắc***

Bảng 3.37 và Bảng 3.39: Hiệu quả can thiệp đối với chỉ số nhân trắc của bệnh nhân

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về chỉ số nhân trắc** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Vòng eo  | 2,5 | -0,9 | 3,4 |
| Chỉ số eo/hông | 2,5 | -0.4 | 2,9 |
| Chỉ số BMI | 1,9 | 0,4 | 1,6 |

**Nhận xét**: Hiệu quả về can thiệp thay đổi vòng eo, chỉ số eo/hông và BMI sau can thiệp 1 năm lần lượt là: 3,4%; 2,9% và 1,6%.

***3.2.3 Thay đổi về các hành vi nguy cơ***

Bảng 3.41: Hiệu quả can thiệp đối với thực hành ăn giảm muối và hoạt động thể lực

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về thực hành** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Ăn giảm muối  | 9,2 | -0.9 | 9,5 |
| Hoạt động thể lực | 25,5 | 0,5 | 25,0 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp về ăn giảm muối và hoạt động thể lực sau 1 năm can thiệp là 9,5% và 25,0%.

***3.2.4 Thay đổi về quản lý điều trị tăng huyết áp.***

Bảng 3.43:Hiệu quả can thiệp đối với đo huyết áp và chẩn đoán tăng huyết áp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về được đo huyết áp và chẩn đoán** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Đo huyết áp | 9,4 | 2,6 | 6,8 |
| Chẩn đoán | 20,6 | -5,8 | 26,5 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp về đã từng đo huyết áp và chẩn đoán tăng huyết áp là 6,8% và 26,5%.

Bảng 3.45:Hiệu quả can thiệp đối với điều trị tăng huyết áp và tuân thủ điều trị

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về điều trị THA và HA đạt mục tiêu điều trị**  | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Điều trị THA | 38,5 | -6,7 | 45,2 |
| Tuân thủ điều trị  | 133,6 | 4,2 | 129,5 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về điều trị THA và tuân thủ điều trị là 45,2% và 129,5%.

Bảng 3.47:Hiệu quả can thiệp đối với huyết áp đạt mục tiêu điều trị

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về HA đạt mục tiêu điều trị**  | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Huyết áp đạt mục tiêu điều trị | 144,2 | 12,1 | 132,1 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp về bệnh nhân có huyết áp đạt mục tiêu điều trị là 132,1%

***3.2.5 Khám chữa bệnh tại trạm y tế.***

Bảng 3.49:Hiệu quả can thiệp đối với việc khám chữa bệnh và điều trị THA tại trạm y tế

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp khám chữa bệnh và điều trị THA tại TYT** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Thường xuyên khám chữa bệnh | 104,6 | -7,6 | 112,2 |
| Điều trị THA | 98,3 | -9,8 | 108,1 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp về bệnh nhân thường xuyên khám chữa bệnh và điều trị THA tại trạm y tế là 112,2% và 108,1%.

Bảng 3.51:Hiệu quả can thiệp đối với sự hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế xã.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hiệu quả can thiệp về hài lòng với dịch vụ KCB của TYT** | **CSHQ (%)** | **HQCT (%)** |
| **Can thiệp** | **Đối chứng** |
| Hài lòng | 24,3 | 4,0 | 20,4 |

**Nhận xét:** Hiệu quả về can thiệp hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế là 20,4%.

**Chương 4: BÀN LUẬN**

# Thực trạng quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại các xã

* ***Thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp***

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, bệnh tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, tàn tật và gánh nặng về y tế [163]. Trong đó tỉ lệ chưa được chẩn đoán và quản lý các bệnh này tại Việt Nam còn khá cao [72]. Nhận thức của người dân về bệnh còn hạn chế, tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thấp, năng lực cơ sở y tế còn chưa cao, các hoạt động tầm soát phát hiện sớm bệnh còn ít [29], [30], [69], [110]. Thực trạng này dẫn đến thách thức lớn trong việc đạt được mục tiêu kiểm soát tăng huyết áp tại Việt Nam. Chăm sóc sức khỏe ban đầu là một trong những mục tiêu then chốt nhằm nâng cao sức khỏe, phòng bệnh, chẩn đoán và điều trị sớm, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Các kết quả nghiên cứu trên cho thấy, có sự khác nhau về tỷ lệ kiểm soát huyết áp tùy theo nghiên cứu được thực hiện trong cộng đồng hay tại bệnh viện và tiêu chuẩn huyết áp mục tiêu. Nhìn chung, dù có khác nhau về dân số nghiên cứu và mục tiêu huyết áp giữa các nghiên cứu nhưng chúng tôi nhận thấy theo thời gian tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nước ta đã cải thiện, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu tăng dần và tỷ lệ này cao hơn ở các nước phát triển so với các nước đang phát triển. Bên cạnh đó chúng ta cũng nhận thấy, mặc dù THA là bệnh dễ chẩn đoán, phương tiện chẩn đoán đơn giản, mọi tuyến y tế đều có thể thực hiện nhưng đến nay vẫn còn nhiều người bệnh không được chẩn đoán, hoặc không được điều trị, hay được điều trị nhưng số bệnh nhân kiểm soát được huyết áp còn thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả vẫn còn 28,2% bệnh nhân THA chưa được chẩn đoán, và trong số bệnh nhân đã được chẩn đoán THA có 39,4% chưa được điều trị, trong số những bệnh nhân đã được điều trị mới chỉ có 27,6% đạt huyết áp mục tiêu.

* ***Một số yếu tố liên quan đến quản lý tăng huyết áp***

Quản lý THA là việc triển khai các giải pháp đồng bộ gồm: 1, củng cố hệ thống y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đảm bảo trang thiết bị và thuốc điều trị, đảm bảo tính sẵn có của các dịch vụ tư vấn, khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và lập hồ sơ quản lý lâu dài bệnh THA; 2, nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh THA để họ có thể thay đổi hành vi lối sống, tăng cường hoạt động thể lực, áp dụng chế độ ăn dinh dưỡng hợp lý, tuân thủ điều trị nhằm đạt huyết áp mục tiêu và dự phòng các biến chứng có thể xảy ra [129]. Nhiều yếu tố đã được xác định là nguy cơ dẫn đến THA trong đó bao gồm các yếu tố không thay đổi được như tuổi, giới tính, tiền sử gia đình, …các yếu tố nguy cơ thuộc hành vi có thể thay đổi được 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 các yếu tố khác như thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu [40]. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy các yếu tố tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, tuân thủ điều trị, chế độ ăn và hoạt động thể lực… ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc THA cũng như ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp mục tiêu [30], [42], [46], [78], [81], [92].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tuân thủ điều trị thuốc, hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo, tiền sử mắc đái tháo đường, chế độ ăn mặn và chỉ số eo/mông lớn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [51], [60], [73], [78], [81], [131], [110].

* 1. **Hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp của các trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình**

#### *4.2.1* Hiệu quả can thiệp tăng cường tư vấn của nhân viên y tế cho người bệnh THA

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tại thời điểm sau can thiệp số bệnh nhân nhận được tư vấn của nhân viên y tế về các YTNC đều tăng lên có ý nghĩa so với trước can thiệp và so với nhóm chứng (p<0,01). Về tư vấn ăn giảm muối, tác hại thuốc lá, số bệnh nhân nhận được tư vấn lần lượt tăng 30,6%, 25,3% so với trước can thiệp, tỷ lệ này ở nhóm chứng chỉ tăng lần luợt là 0,9% và 3,7%. Đối với vấn đề tư vấn về hoạt động thể lực và quản lý cân nặng, tại thời điểm sau can thiệp số bệnh nhân nhận được những tư vấn này ở nhóm can thiệp lần lượt tăng lên 34,5% và 24,9%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm chứng lần lượt là 0,9% và 0,5%. CSHQ tăng từ 66,5 đến 121,1%. Như vậy, các trạm y tế hoạt động theo nguyên lý YHGĐ đã cải thiện rõ rệt công tác tư vấn cho người bệnh THA. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy hoạt động can thiệp đào tạo nâng cao năng lực của nhân viên y tế tuyến cơ sở cũng có hiệu quả rõ rệt đối với các hoạt động truyền thông- tư vấn về THA.

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như kết quả một số nghiên cứu can thiệp trên thế giới và Việt Nam, hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực của cán bộ y tế tuyến YTCS, đặc biệt là TYT xã về quản lý THA đều cho thấy hiệu quả can thiệp là khá cao. Các kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng không những trình độ của cán bộ y tế được nâng cao mà quan trọng hơn là hiệu quả quản lý, điều trị đạt và duy trì huyết áp mục tiêu của bệnh nhân THA tại cộng đồng cũng có kết quả tốt. Đây là một minh chứng để khẳng định rằng nếu được quan tâm hỗ trợ, TYT xã hoàn toàn có đủ khả năng để thực hiện quản lý THA một cách hiệu quả.

### *Hiệu quả can thiệp thay đổi hành vi nguy cơ của tăng huyết áp*

#### Hiệu quả can thiệp về thói quen ăn uống

Giảm ăn mặn: Mặc dù can thiệp mới chỉ thực hiện trong thời gian 12 tháng và chỉ tác động tuyên truyền về tác hại của ăn mặn (chưa có điều kiện để quan sát trực tiếp hoặc đo lường, định lượng), nghiên cứu cũng đã thu được kết quả bước đầu, tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm can thiệp thực hiện ăn nhạt tăng 5,2% so với trước can thiệp, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm chứng giảm 0,2%. Ở các nước có thu nhập trung bình và thu nhập thấp, muối được sử dụng phổ biến để bảo quản thịt, cá và làm gia vị hoặc nước pha chế trong nấu ăn và trong bữa ăn. Những thay đổi đơn giản trong chế độ ăn, chẳng hạn không ăn thức ăn mặn và không thêm muối khi ăn, có thể giảm 3 - 4,5 gam Na tiêu thụ/ngày, tương đương với 30% lượng tiêu thụ trung bình hàng ngày [148].

Thay đổi thực hành chế độ ăn giảm muối mặn của người bệnh THA cũng là một yếu tố rất quan trọng trong công tác điều trị và dự phòng biến chứng của THA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với các tác giả khác về thay đổi thực hành chế độ ăn giảm muối của người bệnh THA [6], [60], [71]. Tuy nhiên, sự thay đổi chế độ ăn giảm mặn phụ thuộc khá nhiều vào tập quán của người dân, ví dụ như người dân ở miền biển mức độ thay đổi thói quen ăn mặn giảm chậm hơn. Theo nghiên cứu của Lê Quang Thọ về hiệu quả của can thiệp trong quản lý tăng huyết áp đã cho thấy sau can thiệp số bệnh nhân ở nhóm can thiệp thực hành hạn chế ăn mặn đã tăng lên 29,4% so với trước can thiệp trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm chứng lại giảm đi 2,1% [60]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình khi đánh giá hiệu quả hoạt động của Trạm y tế phòng chống THA ở đồng bào dân tộc Khmer cũng cho thấy tỷ lệ ăn mặn ở đồng bào dân tộc Khmer trong nghiên cứu cao và giảm đáng kể sau can thiệp, ở nhóm can thiệp giảm từ 91,5% xuống 80,8%, ở nhóm đối chứng giảm từ 95,0% xuống 90,8%, hiệu quả can thiệp đạt 31,9% (p<0,05) [6]. Từ kết quả này cũng cho thấy trong hai can thiệp cộng đồng được cho là hiệu quả trong phòng chống BKLN thì can thiệp giảm ăn mặn dễ thực hiện hơn so với kiểm soát thuốc lá. Đồng thời kết quả này cũng cho thấy truyền thông về giảm ăn mặn để phòng, chống THA như đang triển khai tại xã can thiệp có thể đạt hiệu quả nhất định. Kết quả này cũng phù hợp với kết luận rằng các chiến dịch truyền thông đơn thuần tại Anh trong hơn mười năm đã không mang lại hiệu quả trong thay đổi hành vi của người dân về thói quen ăn uống, ngoại trừ thói quen ăn mặn và ăn nhiều chất béo. Vì vậy, để kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác của BKLN như thuốc lá, rượu bia thì cần phải phối hợp các giải pháp khác như chính sách, luật pháp.

####  Hiệu quả can thiệp về hoạt động thể lực

Tại nghiên cứu này, ở thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân thực hiện hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo của WHO tăng 16,4% so với thời điểm trước can thiệp, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm chứng chỉ tăng 0,4%, hiệu số sau can thiệp – trước can thiệp ở xã can thiệp là 25,5%, ở xã đối chứng là 0,5%. Hiệu quả can thiệp đối với hoạt động thể lực sau 1 năm can thiệp là 25,0%. Như vậy, tại các xã có trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình, người thầy thuốc được nâng cao kỹ năng về truyền thông, tư vấn, với mỗi bệnh nhân đến khám sẽ được tư vấn cá thể hoá đã mang lại sự thay đổi đáng kể về việc thay đổi thói quen có lợi cho sức khoẻ là hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo của WHO.

Hoạt động thể lực có lợi cho sức khoẻ đáng kể và góp phần ngăn chặn bệnh không lây nhiễm, trong đó có bệnh THA. Việc thay đổi thói quen tập thể dục là một trong những yếu tố quan trọng góp phần kiểm soát huyết áp mục tiêu, tỷ lệ THA trong cộng đồng và can thiệp thay đổi thói quen này đạt hiệu quả cao. Do đó, cần đẩy mạnh công tác tư vấn, hướng dẫn thay đổi thói quen có lợi này cho phù hợp với từng đối tượng cụ thể để làm gia tăng tỷ lệ bệnh nhân THA kiểm soát được huyết áp mục tiêu cũng như hạn chế sự tiến triển tỷ lệ THA trong cộng đồng.

####  Hiệu quả can thiệp thay đổi một số chỉ số nhân trắc liên quan đến THA

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số BMI, vòng eo, chỉ số eo/mông bình thường ở đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp đều tăng nhẹ so với trước can thiệp, tuy nhiên sự thay đổi này chưa tạo ra khác biệt so với thời điểm trước can thiệp (p>0,05), điều này cũng tương tự ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp về thay đổi chỉ số BMI, vòng eo, chỉ số eo/mông sau can thiệp 1 năm là 1,6%, 3,4% và 2,9%. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đạt được hiệu quả về thay đổi các chỉ số nhân trắc liên quan đến THA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tượng tự so với các tác giả trong nước. Phạm Thế Xuyên can thiệp ở Điện Biên: so với trước can thiệp, ở xã can thiệp giảm chỉ số trung bình BMI từ 22,6 xuống 22,5; ở xã đối chứng, giảm chỉ số trung bình BMI từ 22,8 xuống 22,7, tuy nhiên can thiệp đối với chỉ số trung bình BMI của đối tượng nghiên cứu không đạt hiệu quả. Can thiệp đối với tình trạng thừa cân, tiền béo phì, béo phì và tỷ số vòng eo/vòng mông lớn hơn bình thường của đối tượng nghiên cứu không đạt hiệu quả [73]. Theo Nguyễn Thanh Bình nghiên cứu ở đối tượng người Khmer ở Trà Vinh cũng cho thấy không có sự thay đổi có ý nghĩa thông kê về chỉ số eo/mông, chỉ số BMI trước và sau can thiệp. Hiệu quả can thiệp đối với tỷ lệ chỉ số eo/mông bình thường là 1,8% và không thừa cân, béo phì là -2,5%. [6]. Việc không đạt mục tiêu giảm chỉ số khối cơ thể, vòng eo và chỉ số eo/mông có thể do tác động của can thiệp chưa đủ mạnh (tư vấn trực tiếp và truyền thông giáo dục sức khoẻ, không có quan sát, đo lường năng lượng vào ra), thời gian ngắn, cũng có thể do phía người bệnh không tuân thủ theo hướng dẫn, kể cả chế độ ăn và chế độ hoạt động thể lực.

#### Hiệu quả can thiệp nâng cao kiểm soát huyết áp

Ở nghiên cứu này chúng tôi chọn giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động trạm y tế theo hướng trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình và đạt được kết quả khả quan trong vấn đề tăng số lượng người dân đến với trạm y tế, cải thiện sự hài lòng của người dân đến trạm trong đó hiệu quả quản lý THA ở các xã này cũng được cải thiện rõ rệt. Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm can thiệp được đo huyết áp là 96,7% tăng 8,3% so với trước can thiệp, trong khi tỷ lệ này ở nhóm chứng chỉ là 89,9% tăng 2,3% so với trước can thiệp. Ở nhóm can thiệp tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán THA là 86,5% tăng 14,8% so với trước can thiệp và cao hơn nhóm chứng (67,8% tại thời điểm sau can thiệp và giảm 4,2% so với thời điểm trước can thiệp).

Tương tự như vậy hiệu quả về sự thay đổi liên quan đến số bệnh nhân THA được điều trị, tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp cũng thay đổi rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị, tuân thủ điều trị, đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm can thiệp tăng lần lượt là 17,1%; 28,1%; 19,9% so với trước can thiệp. Như vậy là can thiệp của chúng tôi có hiệu quả đối với việc quản lý huyết áp cả so với nhóm chứng và so với trước thời điểm can thiệp.

Để kiểm soát được huyết áp mục tiêu hầu như tất cả các trường hợp THA đều được dùng thuốc cùng với việc thay đổi hành vi. Như vậy hiệu quả kiểm soát huyết áp mục tiêu còn do tác động trực tiếp của thuốc điều trị. Tuân thủ điều trị là điều quan trọng quyết định đến hiệu quả của việc điều trị bằng thuốc đặc biệt trong điều trị các bệnh mạn tính như THA, bởi vì THA là bệnh cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, lâu dài [9]. Từ các kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các kết quả nghiên cứu tương tự trong và ngoài nước có thể kết luận rằng các hoạt động can thiệp truyền thông tại cộng đồng cũng như hoạt động tư vấn tại các cơ sở y tế đã mang lại kết quả rất khả quan trong công tác quản lý bệnh tăng huyết áp, cũng như duy trì huyết áp mục tiêu cho người bệnh. Tuy nhiên sự thay đổi về phát hiện, chẩn đoán, điều trị và kiểm soát huyết áp mục tiêu đạt được ở các mức độ khác nhau do nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau, thời gian nghiên cứu khác nhau và phương pháp can thiệp cũng khác nhau. Các nghiên cứu trong nước về quản lý THA trên đối tượng người bệnh THA còn chưa nhiều và đặc biệt là các can thiệp hướng đến trạm y tế xã còn hạn chế, đây chính là cơ hội cho các nghiên cứu tiếp theo tại Việt Nam nhằm cung cấp thêm băng chứng về hiệu quả can thiệp của hoạt động tư vấn tại trạm trạm y tế trong các hoạt động khám chữa bệnh và hoạt động truyền thông tại tuyến y tế cơ sở cho công tác lập chính sách nâng cao chất lượng y tế tuyến cơ sở trong các hoạt động khám chữa bệnh đặc biệt là hoạt động quản lý bệnh không lây nhiễm trong đó có THA.

**KẾT LUẬN**

1. **Thực trạng quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã**

 Qua nghiên cứu 1719 bệnh nhân tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên với 44,3% là nam giới và 55,7% là nữ giới tại 6 xã ngoại thành Hải Phòng, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

***Số bệnh nhân THA chưa được chẩn đoán, chưa được điều trị, điều trị chưa đạt mục tiêu đều rất cao:***

- 12,0% bệnh nhân THA chưa từng đo HA cho đến khi nghiên cứu triển khai khám sàng lọc, 28,2% số bệnh nhân THA chưa được nhân viên y tế chẩn đoán THA, 56,4% tổng số bệnh nhân THA chưa được điều trị.

- 12,1% bệnh nhân có huyết áp đạt mục tiêu; 50,8% tăng huyết áp độ 1; 25,1% THA độ 2; 12,0% THA độ 3.

- 31,6% bệnh nhân THA thừa cân, béo phì; 34,2% có chỉ số vòng eo tăng; 75,5% bệnh nhân có chỉ số vòng eo/vòng mông tăng; 51,9% có thói quen ăn mặn; 30,8% bệnh nhân hoạt động thể lực không đủ; 8,7% sử dụng rượu bia có nguy cơ; 23,4% bệnh nhân hiện đang hút thuốc (thuốc lào, thuốc lá).

- Trong số 749 bệnh nhân THA đang điều trị: 25,9% bệnh nhân chưa từng được nhân viên y tế tư vấn chế độ ăn giảm muối, 36,6% bệnh nhân chưa từng được nghe tư vấn về chế độ hoạt động thể lực.

- Các yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu ở bệnh nhân là: không tuân thủ điều trị thuốc (OR=8,58; p<0,001), không hoạt động thể lực đủ (OR=3,61; p<0,001), TS đái tháo đường kèm theo (OR=2,95; p<0,001), chế độ ăn mặn (OR=3,76; p<0,001) và chỉ số eo/ mông lớn (OR = 1,62; p<0,05).

***Bệnh nhân ít lựa chọn TYT trong điều trị THA***

- 37,5% bệnh nhân THA hài lòng với các dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế, nhưng chỉ có 13,9% bệnh nhân lựa chọn TYT là nơi điều trị THA;

- 45,9% bệnh nhân chưa từng đến trạm y tế, 61,4% bệnh nhân lựa chọn cơ sở điều trị THA là nơi đăng ký bảo hiểm y tế. Tỷ lệ điều trị THA không đạt mục tiêu ở cơ sở khác cao gấp 1,27 lần so với TYT.

- Trong các bệnh nhân đang điều trị THA, 38,2% hài lòng với các dịch vụ y tế của trạm, 43,7% chưa từng đến trạm y tế.

## 2. Hiệu quả quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tại trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình

***Kết quả điều trị THA đạt mục tiêu tăng đáng kể ở nhóm can thiệp***

- 96,7% bệnh nhân nhóm can thiệp đã từng đo huyết áp trước khi sàng lọc, hiệu quả can thiệp tăng 6,8%. 86,5% bệnh nhân nhóm can thiệp được chẩn đoán THA, tăng 14,8% so với trước can thiệp, hiệu quả can thiệp là 26,5% so với nhóm chứng. 61,5% bệnh nhân ở nhóm can thiệp đã được điều trị THA, 49,3% bệnh nhân tuân thủ điều trị, tăng hơn so với trước can thiệp lần lượt là 17,1% và 28,1%.

- Hiệu quả can thiệp về điều trị THA và tuân thủ điều trị là 45,2% và 126,%. Huyết áp đạt mục tiêu điều trị tăng 19,9% so với trước can thiệp trong khi nhóm chứng tăng 1,7%. Hiệu quả can thiệp là 132,1%.

**Tỷ lệ người bệnh lựa chọn TYT xã để điều trị THA tăng rõ rệt**

- Tại thời điểm sau can thiệp số bệnh nhân đến trạm y tế tăng 13,6%, bệnh nhân điều trị THA đến trạm y tế tăng 11,5% so với trước can thiệp. Tỷ lệ này ở nhóm chứng đều giảm 1,1%.

- Hiệu quả can thiệp về bệnh nhân đến trạm y tế và bệnh nhân điều trị THA đến trạm y tế là 112,2% và 108,1%.

- Hiệu quả can thiệp về hài lòng với dịch vụ tại trạm y tế xã là 20,4%.

**KHUYẾN NGHỊ**

* Trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình có hiệu quả rõ rệt trong quản lý điều trị THA, trong thu hút người bệnh đến với TYT. Tăng cường hỗ trợ các TYT hoạt động theo nguyên lý y học gia đình trên địa bàn toàn thành phố là rất cần thiết, góp phần nâng cao sự hài lòng của người bệnh và tăng hiệu quả quản lý các bệnh mạn tính trong đó có THA.
* TYT xã có bác sĩ và hoạt động theo nguyên lý y học gia đình là cơ sở đủ điều kiện thực hiện quản lý điều trị THA một cách hiệu quả, nên được xem xét đảm nhận việc quản lý bệnh nhân THA có thẻ bảo hiểm y tế.
* Tiếp tục triển khai các nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình ở các lĩnh vực rộng hơn để có các chính sách đồng bộ để tăng cường hiệu quả của các TYT trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.