

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



LÊ QUANG THỌ

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
TRONG QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI HUYỆN HẠ HOÀ, TỈNH PHÚ THỌ**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

LÊ QUANG THỌ

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
TRONG QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI HUYỆN HẠ HOÀ, TỈNH PHÚ THỌ**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và tổ chức y tế

Mã số: 62720164

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Ngô Văn Toàn

2. PGS.TS. Nguyễn Thị Bạch Yến

HÀ NỘI - 2019

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và thực hiện luận án này, tôi đã nhận được sự hỗ trợ hiệu quả, tạo điều kiện nghiên cứu, làm việc của nhiều đơn vị, các thầy, cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và người thân trong gia đình.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo sau đại học, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, giảng viên, cán bộ các phòng, khoa của Trường Đại học Y Hà Nội luôn tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Ngô Văn Toàn và PGS.TS Nguyễn Thị Bạch Yến, những người thầy giúp tôi lựa chọn, định hướng, trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập cũng như hoàn thành luận án này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến TTYT huyện, TYT xã và những người bệnh THA của huyện Hạ Hoà, tỉnh Phú Thọ đã tích cực ủng hộ và phối hợp với cán bộ điều tra trong quá trình thu thập số liệu thực địa.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo và chuyên viên Sở Y tế Phú Thọ đã động viên và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập. Cuối cùng xin gửi tấm lòng ân tình đến gia đình cha mẹ, vợ con, anh chị em trong gia đình đã luôn là nguồn động viên giúp tôi hoàn thành luận án này.

Tác giả luận án

Lê Quang Thọ

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Lê Quang Thọ, nghiên cứu sinh khóa 32 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Vệ sinh Xã hội học và Quản lý Y tế xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Ngô Văn Toàn và PGS.TS Nguyễn Thị Bạch Yến.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 02 tháng 10 năm 2018

Người viết cam đoan

Lê Quang Thọ

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
BHYT	Bảo hiểm y tế	Health Insurance
BKLN	Bệnh không lây nhiễm	Non-communicable disease
BVĐK	Bệnh viện đa khoa	General Hospital
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSSK	Chăm sóc sức khỏe	Health Care
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu	Primary Health Care
BMI	Chỉ số khối cơ thể	Body Mass Index
DALYs	Số năm điều chỉnh theo bệnh tật	Disability-Adjusted Life Years
ĐTĐ	Đái tháo đường	Diabetes
GDP	Tổng thu nhập quốc gia	Gross Domestic Product
HATT	Huyết áp tâm thu	Systolic Blood Pressure
HATTr	Huyết áp tâm trương	Diastolic Blood Pressure
JNC		Joint National Committee
KCB	Khám chữa bệnh	Health Care
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới	World Health Organization
THA	THA	Hypertension
TTYT	Trung tâm y tế	Health Center
TYT	TYT xã	Commune Health Station
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe	Health Education and Communication
USD	Đô la Mỹ	US Dollar
YLL	Số năm tử vong sớm do bệnh	Years of Life Lost
YTCS	Y tế cơ sở	Primary Health Facility
YTNC	YTNC	Risk Factor

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Một số khái niệm chung liên quan đến tăng huyết áp.....	4
1.1.1. Tăng huyết áp và quản lý tăng huyết áp.....	4
1.1.2. Tình hình bệnh tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam.....	5
1.1.3. Gánh nặng bệnh tật của tăng huyết áp.....	7
1.1.4. Một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp.....	12
1.1.5. Năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp..	17
1.1.6. Một số giải pháp nâng cao chất lượng y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp.....	23
1.2. Mô hình can thiệp quản lý tăng huyết áp.....	25
1.2.1. Một số mô hình can thiệp quản lý tăng huyết áp trên thế giới.....	25
1.2.2. Một số mô hình quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam.....	27
1.3. Một số thuận lợi và khó khăn trong quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở	31
1.3.1. Thuận lợi	31
1.3.2. Khó khăn, hạn chế cơ bản của y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp	33
1.3.3. Các giải pháp quản lý bệnh không lây nhiễm, bao gồm tăng huyết áp ...	34
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP	39
2.1. Đối tượng và địa bàn nghiên cứu.....	39
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	39
2.1.2. Địa bàn nghiên cứu.....	40
2.2. Thời gian nghiên cứu	41
2.3. Phương pháp nghiên cứu	42
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	42

2.3.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu	42
2.3.3. Các chỉ tiêu, chỉ số nghiên cứu	45
2.3.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu	46
2.3.5. Quy trình và các hoạt động can thiệp	48
2.3.6. Một số khái niệm và thang đo sử dụng trong nghiên cứu	53
2.3.7. Phân tích số liệu	55
2.3.8. Các biện pháp hạn chế sai số	56
2.3.9. Đạo đức trong nghiên cứu	58
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	59
3.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp.....	59
3.1.1. Tại trạm y tế xã	59
3.1.2. Tại trung tâm y tế huyện.....	66
3.2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh	67
3.2.1. Một số thông tin đặc trưng cá nhân của người bệnh	67
3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức thái độ và thực hành tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp.....	68
3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp phòng chống tăng huyết áp tại trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện.....	87
3.3.1. Trạm y tế xã	87
3.3.2. Trung tâm y tế huyện.....	93
3.3.3. Từ phía người bệnh tăng huyết áp	94
Chương 4: BÀN LUẬN.....	95
4.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp.....	95

4.1.1. Nâng cao kiến thức, kỹ năng của cán bộ y tế về phát hiện, điều trị và quản lý tăng huyết áp	95
4.1.2. Kết quả bổ sung trang thiết bị y tế, thuốc điều trị, hồ sơ quản lý tăng huyết áp.....	100
4.2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh	103
4.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ điều trị	103
4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp quản lý tăng huyết áp ...	120
4.3.1. Nhân lực y tế	120
4.3.2. Công tác truyền thông - tư vấn.....	123
4.3.3. Đăng ký và quản lý bệnh nhân tăng huyết áp mới	124
4.3.4. Về phía bệnh nhân tăng huyết áp.....	125
KẾT LUẬN	128
KHUYẾN NGHỊ.....	130
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN	
LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ

Hình 2.1.	Bản đồ hành chính tỉnh Phú Thọ.....	41
Biểu đồ 3.1.	Tính sẵn có về trang thiết bị y tế cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã.....	63
Biểu đồ 3.2.	Tính sẵn có về thuốc cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã.....	64
Biểu đồ 3.3.	Tính sẵn có về hồ sơ và sổ sách cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã.....	65
Biểu đồ 3.4.	Tính sẵn có về các tài liệu truyền thông cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã.....	66
Biểu đồ 3.5.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về 5 triệu chứng của tăng huyết áp.....	69
Biểu đồ 3.6.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về 9 yếu tố nguy cơ.....	71
Biểu đồ 3.7.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về cả 8 biện pháp dự phòng tăng huyết áp.....	73
Biểu đồ 3.8.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về cả 6 biên chứng của tăng huyết áp.....	75
Biểu đồ 3.9.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về 8 phương pháp điều trị tăng huyết áp.....	77
Biểu đồ 3.10.	Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ dự phòng bệnh tăng huyết áp.....	80
Biểu đồ 3.11.	Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành tuân thủ cả 9 biện pháp điều trị tăng huyết áp.....	83

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Bảng phân độ THA theo TCYTTG và theo JNC VII.....	5
Bảng 1.2.	Tử vong và YLL do tăng huyết áp và bệnh không lây nhiễm theo giới và một số bệnh liên quan trực tiếp theo giới, 2010	11
Bảng 1.3.	Gánh nặng bệnh tật tính theo DALY do tăng huyết áp và một số bệnh liên quan trực tiếp theo giới, 2010	12
Bảng 2.1.	Ranh giới đích điều trị tăng huyết áp	53
Bảng 3.1.	Phân bố một số đặc trưng cá nhân của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng	59
Bảng 3.2.	Phân bố lượng cán bộ y tế trung bình/trạm y tế xã, tuổi trung bình và thời gian công tác trung bình của cán bộ y tế	60
Bảng 3.3.	Hiệu quả công tác đào tạo quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng trước và sau can thiệp.....	60
Bảng 3.4.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng.....	61
Bảng 3.5.	Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng.....	62
Bảng 3.6.	Một số thông tin đặc trưng cá nhân của người bệnh	67
Bảng 3.7.	Phân loại kinh tế hộ gia đình và thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh ở nhóm can thiệp và đối chứng.....	68
Bảng 3.8.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về định nghĩa và cách phát hiện tăng huyết áp.....	68
Bảng 3.9.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về từng triệu chứng của tăng huyết áp.....	70
Bảng 3.10.	Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp	72

Bảng 3.11. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về từng biện pháp dự phòng bệnh tăng huyết áp	74
Bảng 3.12. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về từng biến chứng	76
Bảng 3.13. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về điều trị và nơi khám chữa bệnh tăng huyết áp	78
Bảng 3.14. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp	79
Bảng 3.15. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ dự phòng bệnh tăng huyết áp theo từng yếu tố	81
Bảng 3.16. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên và điều trị bệnh tăng huyết áp	82
Bảng 3.17. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành tuân thủ từng biện pháp sử dụng thuốc và thay đổi lối sống trong điều trị tăng huyết áp	84
Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp duy trì huyết áp mục tiêu cho bệnh nhân tăng huyết áp	85
Bảng 3. 19. Một số yếu tố của bệnh nhân ảnh hưởng đến hiệu quả duy trì huyết áp mục tiêu trong nhóm can thiệp.....	86

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng huyết áp (THA) đang là một trong những thách thức lớn nhất đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu hiện nay, không chỉ cho các quốc gia phát triển mà còn cho cả các quốc gia đang phát triển. Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) ước tính năm 2015, khoảng ¼ dân số thế giới đang đối mặt với gánh nặng THA [1]. Theo báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu, trong năm 2015 có khoảng 212 triệu năm sống mất đi (DALYs) do THA, tăng xấp xỉ 40% so với năm 1990 [2]. Bệnh THA đã, đang và sẽ tiếp tục có những tác động to lớn đến sức khỏe cộng đồng cũng như sự phát triển kinh tế-xã hội của mỗi quốc gia, khu vực và toàn thế giới [2]. Với những biến chứng khôn lường, THA luôn góp phần không nhỏ làm tăng tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ tàn tật và giảm chất lượng cuộc sống của con người, đặc biệt là ở những quốc gia đang phát triển, có thu nhập trung bình và khá, trong đó có Việt Nam [3]. Chi phí cho điều trị bệnh THA và biến chứng của THA thực sự là gánh nặng cho mỗi cá nhân, gia đình và xã hội [3], [4]. Hệ thống y tế cũng chịu áp lực không ngừng gia tăng vì gánh nặng này.

Bệnh THA hoàn toàn có thể phòng tránh được [5], [6]. Bệnh nhân mắc THA có thể được điều trị hiệu quả và hạn chế được các biến chứng của bệnh nếu như có kiến thức đúng, tuân thủ chỉ định của thầy thuốc và kiểm soát tốt các hành vi nguy cơ [7], [8], [9]. Điều đó đồng nghĩa với việc người dân cần có hiểu biết đúng về bệnh THA và thực hành tốt cách phòng và điều trị THA. Nhóm người có nguy cơ cao, đặc biệt là người tiền THA, cần được tư vấn và sàng lọc định kỳ nhằm phát hiện kịp thời để được điều trị và quản lý tại các cơ sở y tế [8], [9]. Đồng thời, hệ thống y tế phải đủ năng lực cung ứng các dịch vụ, từ hướng dẫn phòng bệnh đến khám chữa bệnh và quan trọng là những dịch vụ này phải đảm bảo tính thường xuyên sẵn có, tính dễ tiếp cận và sử dụng thuận lợi, với chi phí hợp lý... để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng cao

của người dân [10], [11]. Đây thực sự là thách thức lớn trong giai đoạn hiện nay đối với Việt Nam nói chung và với tỉnh Phú Thọ nói riêng.

Theo TCYTTG, để quản lý được THA, cần có những nỗ lực đồng bộ gồm củng cố hệ thống y tế, tài chính y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đảm bảo trang thiết bị và thuốc, cung cấp đầy đủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt, một vấn đề rất quan trọng là nâng cao kiến thức, thái độ của người dân và người bệnh THA để họ có thể dự phòng, thay đổi hành vi lối sống, tăng cường hoạt động thể lực, áp dụng chế độ dinh dưỡng hợp lý, tuân thủ điều trị nhằm đạt huyết áp mục tiêu và dự phòng các biến chứng có thể xảy ra [1]. Hiện nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có một số chương trình can thiệp dự phòng, điều trị và quản lý THA. Nội dung các can thiệp tập trung chủ yếu vào: (1) Nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về dự phòng, điều trị và quản lý THA; (2) Sàng lọc, chẩn đoán sớm để đưa bệnh nhân THA vào điều trị và quản lý tại tuyến y tế cơ sở; (3) Đào tạo nâng cao năng lực cán bộ y tế về dự phòng, điều trị và quản lý THA; (4) Tăng cường trang thiết bị và thuốc điều trị THA tại các cơ sở y tế gần dân nhất và (5) Tăng cường công tác giám sát các hoạt động dự phòng, điều trị và quản lý THA tại cộng đồng [8], [12]. Hiệu quả của các chương trình can thiệp dự phòng và điều trị THA tỏ ra rất khả quan và có hiệu quả rõ rệt [13], [14], [15].

Tỉnh Phú Thọ hiện 100% TYT xã có bác sỹ, 100% TYT tham gia khám chữa bệnh cho đối tượng có thẻ BHYT. Mục tiêu của tỉnh phấn đấu đến năm 2020 có 277/277 xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế và trên 90% người dân có thẻ BHYT. Đây là những điều kiện thuận lợi để triển khai quản lý THA tại TYT xã. Mặc dù số xã xây dựng mô hình còn ít, song kết quả bước đầu cho thấy đây là hướng đi đúng, nếu được phát huy và mở rộng phù hợp với tình hình và điều kiện cụ thể của từng địa phương, mô hình hứa hẹn mang lại hiệu quả. Tuy nhiên, đã có những quan điểm trái chiều về những vấn đề liên quan

như: (i) TYT xã có thực sự đủ năng lực điều trị, quản lý bệnh nhân THA hay không? (ii) Vai trò quản lý hệ thống như thế nào trong việc đảm bảo khả năng duy trì hiệu quả cũng như tính bền vững của mô hình? (iii) Đây là những yếu tố rào cản, làm hạn chế chất lượng và hiệu quả triển khai điều trị, quản lý THA tại tuyến y tế cơ sở? Tới nay, vẫn chưa có đủ bằng chứng khách quan, khoa học để trả lời những câu hỏi đó. Bởi vậy, việc mở rộng mô hình quản lý THA tại TYT xã vẫn chưa được thực hiện ở nhiều nơi và phần đông đối tượng nguy cơ cao và những bệnh nhân THA vẫn chưa có cơ hội được hưởng dịch vụ khám, tư vấn, phát hiện sớm, điều trị và quản lý THA có chất lượng ngay tại TYT xã, với chi phí hạn chế nhất, ít phiền hà nhất. Xuất phát từ những lý do nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài: **"Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ"** với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế và trạm y tế xã của huyện Hạ Hoà trong quản lý tăng huyết áp, giai đoạn 2015-2018.*
2. *Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của bệnh nhân tăng huyết áp trong quản lý tăng huyết áp giai đoạn 2015-2018.*
3. *Mô tả một số yếu tố liên quan tới kết quả can thiệp quản lý tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện, các trạm y tế xã và trên bệnh nhân tăng huyết áp giai đoạn 2015-2018.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm chung liên quan đến tăng huyết áp

1.1.1. Tăng huyết áp và quản lý tăng huyết áp

Huyết áp

Huyết áp là áp lực máu tác động lên thành mạch nhằm đưa máu đến nuôi dưỡng các mô trong cơ thể. Các thông số huyết áp thường được áp dụng: (1) Huyết áp tâm thu (HATT) là giới hạn cao nhất của những dao động có chu kỳ của HA trong mạch, thể hiện sức bơm máu của tim; (2) Huyết áp tâm trương (HATTr) là giới hạn thấp nhất của những dao động có chu kỳ của HA trong mạch, thể hiện sức cản của tim; (3) Huyết áp trung bình (HATB) là áp suất tạo ra với dòng máu chảy liên tục và có lưu lượng bằng với cung lượng tim và (4) Hiệu áp hay áp lực máu là hiệu số giữa HATT và HATTr [8], [16].

Tăng huyết áp

Theo TCYTTG, một người trưởng thành được gọi là THA khi $HATT \geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc $HATTr \geq 90\text{mmHg}$, hoặc đang điều trị thuốc hạ huyết áp hàng ngày, hoặc có ít nhất 2 lần được bác sĩ chẩn đoán là THA [17]. THA không phải là một tình trạng bệnh lý độc lập mà là một rối loạn với nhiều nguyên nhân, các triệu chứng đa dạng, đáp ứng với điều trị cũng rất khác nhau. THA được coi là YTNC chính đối với bệnh tim mạch, đặc biệt là nhồi máu cơ tim và đột quỵ [5], [16].

Phân độ Tăng huyết áp

Có nhiều cách phân loại THA khác nhau. Ở Việt Nam, có 2 cách phân loại được áp dụng phổ biến là phân độ THA theo TCYTTG/ISH (năm 2003) [8] và phân loại huyết áp theo JNC VII [18].

Bảng 1.1. Bảng phân độ THA theo TCYTTG và theo JNC VII

Phân loại HA ở người lớn	Theo TCYTTG (2003)		Theo JNC VII	
	HATT	HATTr	HATT	HATTr
Bình thường	-	-	<120	<80
Tiền THA	-	-	120-139	80-89
THA độ I	140-159	90-99	140-159	90-99
THA độ II	160-179	100-109	≥160	≥100
THA độ III	≥180	≥110	-	-

Khi HATT và HATTr rơi vào hai độ khác nhau thì độ nào cao hơn sẽ được chọn để xác định THA [8], [16], [19].

Quản lý Tăng huyết áp

Quản lý THA là việc triển khai các giải pháp đồng bộ gồm: (i) củng cố hệ thống y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đảm bảo trang thiết bị và thuốc điều trị THA, 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; (ii) 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 dinh dưỡng hợp lý, tuân thủ điều trị nhằm đạt huyết áp mục tiêu và dự phòng các biến chứng có thể xảy ra [20].

1.1.2. Tình hình bệnh tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.1.2.1. Trên thế giới

Tại Vương quốc Anh, theo Mindell và William, thống kê bệnh tim mạch năm 2011 cho thấy tỷ lệ mắc THA trong dân số từ 16 tuổi trở lên là 31% ở nam và 27% ở nữ, không có sự thay đổi đáng kể tỷ lệ này tính từ

năm 2003. Tỷ lệ THA thấp nhất thuộc nhóm 16-24 tuổi (nữ: 2% và nam: 8%) và cao nhất ở nhóm từ 75 tuổi trở lên (nữ: 78% và nam: 66%). Tỷ lệ những người bị THA không được điều trị đã giảm đáng kể so với năm 2003 (từ 20% xuống còn 16% ở nam giới và từ 16% xuống còn 11% ở nữ giới). Tỷ lệ mắc THA ở người từ 16 tuổi trở lên tại các nước khác thuộc khối Liên hiệp Anh cũng có những con số tương tự. Theo thống kê tại Scotland, năm 2011, tỷ lệ THA ở nam giới là 33% và ở nữ giới là 32%. Ở Bắc Ailen năm 2011, tỷ lệ THA ở nam giới là 26% và ở nữ giới là 27%. Tại xứ Wale năm 2013, có 20% nam giới và 20% nữ giới được báo cáo là đang tham gia điều trị THA [21], [22].

Tại Mỹ, Yoon cho biết kết quả điều tra tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe quốc gia năm 2011-2012 cho thấy khoảng 70 triệu người trưởng thành (29,1%) mắc THA, cứ ba người trưởng thành thì có một người bị THA. Có 82,8% những người THA biết được tình trạng bệnh của mình; 75,7% người THA đang được điều trị THA và chỉ 51,9% người THA kiểm soát được huyết áp của họ. Ngoài ra, cũng cứ 3 người Mỹ trưởng thành thì còn có 1 người ở trong tình trạng tiền THA [23], [24].

Tại khu vực Đông Nam Á, Gargii ước tính có 7,9 triệu người tử vong do BKLN (tương đương 55% tổng số tử vong) năm 2018, trong đó có 34% tử vong trước 60 tuổi, chiếm 23% tử vong sớm toàn thế giới. Các bệnh tim mạch là nguyên nhân dẫn tới 25% tổng số tử vong ở khu vực này và một trong những YTNC của bệnh tim mạch là THA. Tỷ lệ THA chiếm khoảng 36,6% người trưởng thành trong khu vực và là nguyên nhân tử vong của 1,5 triệu người mỗi năm [25], [26].

1.1.2.2. Tại Việt Nam

Theo thống kê của giáo sư Đặng Văn Chung năm 1960, tần suất THA ở người lớn phía Bắc Việt Nam là 1%. Năm 1992, theo điều tra trên toàn quốc

của giáo sư Trần Đỗ Trinh và cộng sự thì tỷ lệ này đã là 11,7%, tăng hơn 11 lần so với năm 1960 và mỗi năm tăng trung bình 0,33%. Năm 2002, Theo Nguyễn Lân Việt, kết quả điều tra dịch tễ học THA và các YTNC trên người trưởng thành ≥ 25 tuổi tại 4 tỉnh phía Bắc Việt Nam cho thấy tần suất THA đã tăng đến 16,3%, trong 10 năm giai đoạn 1992-2002 trung bình mỗi năm tăng 0,46%. Như vậy, tốc độ và tỷ lệ gia tăng THA trong cộng đồng ngày càng cao và tỷ lệ THA ở vùng thành thị (22,7%) cao hơn vùng nông thôn (12,3%) [9].

Năm 2008, theo điều tra của Viện Tim mạch Trung ương - Bộ Y tế tiến hành tại 8 tỉnh và thành phố của nước ta, tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành ≥ 25 tuổi là 25,1% [27], nghĩa là cứ 4 người lớn ở nước ta thì có 1 người bị THA, nam cao hơn nữ (28,3% và 23,1%); tăng 48% so với tỷ lệ mắc công bố bởi Điều tra y tế toàn quốc năm 2001-2002 [28]. Tỷ lệ THA ở thành thị cao hơn ở nông thôn (32,7% và 17,3%). Năm 2015-2016, một nghiên cứu tại cộng đồng do Viện Tim mạch Việt Nam tiến hành tại 8 tỉnh/thành phố, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở người từ 25 tuổi trở lên chiếm 25,1% (ước tính cả nước có 11 triệu người), trong đó chỉ có 48,4% (khoảng 5,3 triệu người) biết mình bị THA và 61,1% (khoảng 3,2 triệu người) người biết bị THA tham gia điều trị, tỷ lệ người THA có điều trị và kiểm soát được huyết áp là 36,3% (khoảng 1,2 triệu người) [29].

Theo thống kê của Bộ Y tế, tại Việt Nam, tỷ lệ người tử vong do bệnh BKLN chiếm 56,1% năm 2015 [30]. Trong đó, bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, bệnh đái tháo đường 3%, bệnh tâm thần, thần kinh 2%. Khoảng một nửa số tử vong xảy ra trước 70 tuổi.

1.1.3. Gánh nặng bệnh tật của tăng huyết áp

Theo số liệu thống kê của TCYTTG, THA ảnh hưởng đến sức khỏe của hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới và là YTNC tim mạch quan trọng nhất liên

quan đến bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não và bệnh thận mạn tính [8], [12]. Hàng năm, bệnh tim mạch gây ra 17 triệu ca tử vong toàn cầu, chiếm gần 1/3 tổng số tử vong, trong đó các biến chứng của THA là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất dẫn tới tử vong sớm và cướp đi sinh mạng của 9,4 triệu người. THA là nguyên nhân của ít nhất 45% các trường hợp tử vong do bệnh tim và 51% các trường hợp tử vong do đột quỵ [8].

Năm 2013, TCYTTG ước lượng xấp xỉ 40% người trưởng thành trên thế giới từ 25 tuổi trở lên bị mắc THA, tỷ lệ này cao nhất ở khu vực Châu Phi (46%) và thấp nhất ở khu vực Châu Mỹ (35%). Tại tất cả các khu vực, tỷ lệ THA ở nam giới đều cao hơn ở nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê ở khu vực Châu Mỹ và Châu Âu. Tỷ lệ THA ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (40%) cao hơn ở các nước có thu nhập cao (35%). Các nước thu nhập cao với những chính sách y tế công cộng tốt, hoạt động phòng bệnh được sự quan tâm và tham gia tích cực của đa ngành, các dịch vụ chẩn đoán và điều trị THA luôn sẵn sàng, tiện lợi với chất lượng cao đã làm giảm tỷ lệ mắc THA. Trái lại ở nhiều nước đang phát triển, gánh nặng bệnh tật do THA đang ngày càng gia tăng trong vài thập kỷ trở lại đây [8], [12].

Gánh nặng kinh tế của tăng huyết áp

Chi phí cho các BKLN, trong đó có THA, là rất lớn và tiếp tục tăng lên, nhất là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, tạo gánh nặng lớn lên kinh tế vĩ mô. Chỉ tính riêng một trong các YTNC quan trọng của BKLN - là hút thuốc lá - đã lấy đi mạng sống của 6 triệu người hàng năm và chiếm 1-2% tổng sản phẩm toàn cầu mỗi năm [31]. Theo một báo cáo năm 2012 trên toàn thế giới, ước tính chi phí tiêu tốn cho bệnh tim mạch khoảng 394 tỷ USD, trong đó 242 tỷ USD dành cho chăm sóc y tế và 152 tỷ USD do mất khả năng lao động vì tàn tật hoặc tử vong [30].

Theo ước tính của TCYTTG, trong giai đoạn 2011-2025, tổng gánh nặng kinh tế do BKLN gây ra tại các nước có thu nhập thấp và trung bình lên tới 7,2 ngàn tỷ USD, chi phí trung bình mỗi năm ước khoảng 500 tỷ USD, tương đương 4% tổng thu nhập quốc nội của các nước này. Trong đó, các bệnh tim mạch, gồm cả THA chiếm gần 50% tổng chi phí [32]. Cũng theo dự báo, trong vòng 20 năm tới, bốn nhóm BKLN chính (tim mạch, ung thư, đái tháo đường, hô hấp mạn tính) và các bệnh tâm thần sẽ lấy đi của nền kinh tế thế giới khoảng 47 nghìn tỷ USD. BKLN cũng tạo gánh nặng rất lớn lên hệ thống y tế, chiếm khoảng 75% chi tiêu cho CSSK toàn cầu và con số này đang tiếp tục tăng lên [30], [33].

Tại Mỹ năm 2011-2012, tổng chi phí (bao gồm cả chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp) cho THA lên đến 48,6 tỷ USD. Chi phí cho các bệnh liên quan khác gồm bệnh tim mạch 207,3 tỷ USD; đột quỵ 33 tỷ USD. Ước tính năm 2015, 2020, 2025 và 2030, các chi phí cho bệnh THA lần lượt là 150 tỷ USD, 184 tỷ USD, 225 tỷ USD và 274 tỷ USD [30], [34].

Năm 2007, khu vực công của Thái Lan đã chi 21% tổng chi phí cho điều trị nội trú cho bốn nhóm BKLN chính [30]. Một nghiên cứu gần đây của trường Đại học Harvard, Mỹ ước tính tổng chi phí cho 5 nhóm bệnh (tim mạch, ung thư, hô hấp mạn tính, đái tháo đường và tâm thần) trong giai đoạn 2012-2030 của Trung Quốc là 27,8 tỷ USD và của Ấn Độ là 6,2 tỷ USD (theo giá USD năm 2010). Với cả hai quốc gia, chi phí cao nhất là cho các bệnh tim mạch (Trung Quốc: 30% và Ấn Độ: 37%), sau đó là tâm thần và tiếp theo là bệnh hô hấp mạn tính [35], [36]. Theo ước tính, chi phí ở các khu vực có thu nhập thấp sẽ tiếp tục tăng nhanh và trong một số trường hợp vượt cả chi phí ở các quốc gia có thu nhập cao [3].

Rõ ràng rằng, ngoài gánh nặng bệnh tật và tử vong, THA còn gây gánh nặng rất lớn về kinh tế thông qua các chi phí trực tiếp và gián tiếp ảnh hưởng

không chỉ đến ngành y tế mà còn đến sự phát triển kinh tế-xã hội. Thứ nhất, chi phí trực tiếp dành cho y tế là các chi phí liên quan trực tiếp tới việc điều trị THA, bao gồm các chi phí vận hành bệnh viện, phòng khám, lương cho cán bộ, thuốc, vật tư tiêu hao phục vụ việc điều trị... Ngoài ra, còn các chi phí dành cho việc đi lại, ăn ở trong quá trình điều trị của bệnh nhân và người nhà. Thứ hai là, các chi phí gián tiếp bao gồm chi phí do việc mất năng suất lao động hay thu nhập mất đi do việc bán tài sản để điều trị.

Tại Việt Nam, cho đến nay vẫn chưa có ước tính tổng thể gánh nặng kinh tế do THA gây ra. Tuy nhiên, có một vài tính toán đối với một số bệnh liên quan khác cho thấy gánh nặng kinh tế cũng rất đáng quan tâm. Chẳng hạn như tổng các chi phí y tế và mất năng suất lao động liên quan tới 3 căn bệnh do thuốc lá tại Việt Nam năm 2005 ít nhất là 1.160 tỷ đồng (khoảng 77,5 triệu USD) [27], [30]. Một nghiên cứu khác ước tính gánh nặng kinh tế do hút thuốc lá gây ra trong 5 nhóm bệnh liên quan đến hút thuốc lá (ung thư phổi, tai biến mạch máu não, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư đường hô hấp và tiêu hóa trên) ở Việt Nam năm 2011 là 23.139,3 tỷ đồng (tương đương 0,91% tổng GDP và 5,07% chi cho y tế) [37].

Gánh nặng tử vong

Tại Việt Nam, trong tổng số người tử vong, tỷ trọng do BKLN chiếm 56,1% năm 2010 [30]. Trong đó, bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, bệnh đái tháo đường 3%, bệnh tâm thần - thần kinh 2%. Khoảng một nửa số tử vong xảy ra trước 70 tuổi.

Bảng 1.2. Tử vong và YLL do tăng huyết áp và bệnh không lây nhiễm theo giới và một số bệnh liên quan trực tiếp theo giới, 2010

Bệnh	Số tử vong	Số YLL	% tổng số YLL		
			Chung	Nam	Nữ
Tổng số BKLN	318 425	6 760 146	56,1	35,1	20,9
THA	6 817	105 300	0,9	0,4	0,6
Tai biến mạch máu não do xuất huyết	80 833	1 241 050	10,3	6,5	3,8
Tim thiếu máu cục bộ	27 077	469 474	3,9	2,6	1,3
Đái tháo đường	11 297	213 558	1,8	0,9	0,9
Suy thận mạn tính	9 094	204 275	1,7	1,0	0,7
Tai biến mạch máu não do thiếu máu não cục bộ	6 830	104 902	0,9	0,5	0,4

BKLN gây ra 56,1% tổng số YLL, trong đó nam giới là 35,1% và nữ giới là 20,9%. THA và các bệnh gắn liền với THA (TBMMN do xuất huyết não, bệnh tim thiếu máu cục bộ, ĐTD, suy thận mạn tính, TBMMN do thiếu máu cục bộ) chiếm 19,5% [30].

Gánh nặng bệnh tật tính theo DALY

Tổng gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam không phải chỉ do tử vong vì có những bệnh ít gây tử vong, nhưng tạo ra gánh nặng do người bệnh phải sống tàn tật. DALY - đơn vị đo lường gánh nặng bệnh tật - được tính bằng tổng số năm sống bị mất do tử vong sớm (YLL) và số năm sống tàn tật (YLD) cho từng bệnh cụ thể.

Bảng 1.3. Gánh nặng bệnh tật tính theo DALY do tăng huyết áp và một số bệnh liên quan trực tiếp theo giới, 2010 [30]

Bệnh	DALY	% tổng số DALY		
		Chung	Nam	Nữ
<i>Tổng số DALY do BKLN</i>	<i>14 219 115</i>	<i>66,3</i>	<i>36,2</i>	<i>30,1</i>
THA	108 666	0,5	0,2	0,3
Tai biến mạch máu não do xuất huyết	1 251 750	5,8	3,7	2,2
Tim thiếu máu cục bộ	533 058	2,5	1,6	0,9
Suy thận mạn tính	265 188	1,2	0,7	0,5
Tai biến mạch máu não do thiếu máu não cục bộ	136 299	0,6	0,4	0,2
Đái tháo đường	367 031	1,7	0,8	0,9

Có đến 66,3% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY ở Việt Nam năm 2010 là do BKLN [30]. Mặc dù THA đơn thuần chỉ chiếm 0,5% tổng số gánh nặng bệnh tật, nhưng có một số bệnh gắn liền với THA hoặc liên quan chặt chẽ với THA lại gây gánh nặng lớn như tai biến mạch máu não do xuất huyết não (5,8%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (2,5%), suy thận mạn tính (1,2%).

1.1.4. Một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

Yếu tố kinh tế- xã hội và dân số

Tốc độ tăng trưởng ổn định của nền kinh tế Việt Nam trong vài thập niên gần đây đã góp phần quan trọng trong việc làm tăng thu nhập của người dân, cải thiện đời sống và tình trạng dinh dưỡng. Tuy nhiên, mặt trái của tăng trưởng kinh tế và quá trình đô thị hóa nhanh chóng ở Việt Nam thời gian qua là làm thay đổi chế độ ăn uống, tiêu thụ các thức ăn chứa nhiều mỡ, muối, đồ

uống có ga..., gia tăng ô nhiễm môi trường và các hành vi không có lợi cho sức khỏe như sử dụng rượu, bia ở mức có hại, hút thuốc lá, ít vận động thể lực... Đây là những YTNC của THA [37], [38].

Già hóa dân số ở Việt Nam là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới gánh nặng bệnh tật do THA. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đã tăng từ 65 tuổi năm 1989 lên 73,1 tuổi năm 2013 [39], đưa Việt Nam trở thành một trong số các quốc gia có tỷ lệ già hóa dân số nhanh nhất. THA gắn liền với sự già hoá, tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh theo tuổi.

Những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

Hút thuốc lá

Hút thuốc là YTNC không chỉ của THA mà của hàng loạt BKLN khác như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư, đái tháo đường [37]. Năm 2010, ước tính hút thuốc lá gây ra 16,9% tổng số ca tử vong tương đương 74.710 ca tử vong và 8,8% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY, chủ yếu là do các BKLN (97% tổng tử vong và 94% tổng số DALY liên quan hút thuốc lá là do BKLN) [40]. Có tới 73,1% người trưởng thành bị phơi nhiễm với khói thuốc tại nhà (67,6% - tương đương 33 triệu người bị phơi nhiễm tại nhà là người không hút thuốc) và 55,9% người lao động phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nơi làm việc (49,0% - tương đương 5 triệu người bị phơi nhiễm lại là người không hút thuốc). Tỷ lệ hút thuốc thụ động cao nhất là ở các quán rượu/cà phê/trà với 92,6% và ở nhà hàng với 84,9%. Tỷ lệ này ở các trường đại học và các công sở lần lượt là 54,3% và 38,7% [31], [41]. So với các nước khác trên thế giới, tình trạng hút thuốc ở Việt Nam đang ở mức cao [42].

Sử dụng rượu bia

Sử dụng rượu, bia bình quân đầu người tăng nhanh. Mức tiêu thụ đồ uống có cồn bình quân một người 15 tuổi trở lên một năm tăng từ 3,8 lít cồn nguyên chất giai đoạn 2003-2005 đến 6,6 lít cồn nguyên chất giai đoạn 2008-

2010, bao gồm cả đồ uống có cồn được ghi nhận và không ghi nhận (ví dụ như rượu được sản xuất trong khu vực không chính thức, hàng xách tay, hoặc buôn lậu). Giai đoạn 2008-2010, nam giới bình quân tiêu thụ 12,1 lít/năm trong khi nữ giới tiêu thụ 0,2 lít/năm. Tính riêng người có tiêu thụ rượu (15 tuổi trở lên) nam giới là 27,4 lít/năm và nữ giới là 0,9 lít/năm [43]. So sánh quốc tế cho thấy mức độ tiêu thụ rượu, bia của Việt Nam ở mức cao so với các nước đang phát triển khác ở châu Á. Theo thống kê của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, có tới 4,4% người dân Việt Nam phải gánh chịu bệnh tật do hậu quả của rượu, bia mang lại [27], [37]. Năm 2010, ước tính có 8,7% nam và 0,9% nữ tuổi từ 15 trở lên có các rối loạn liên quan đến sử dụng rượu [37]. Trong đó, lệ thuộc vào rượu chiếm tỷ lệ 5,9% ở nam và 0,1% nữ từ 15 tuổi trở lên. Tình trạng nghiện hoặc lạm dụng rượu phổ biến nhất ở thành phố lớn và miền núi, tuyệt đại đa số là nam giới tuổi 20-40, những người thường bắt đầu uống khi còn trẻ (15-30 tuổi).

Ít hoạt động thể lực

Ít hoạt động thể lực liên quan nhiều loại BKLN gồm THA và bệnh tim mạch, chứng loãng xương, viêm xương khớp, đau lưng, béo phì, ung thư vú, ung thư tiền liệt tuyến, ung thư trực tràng, trầm cảm, lo âu, căng thẳng. Ít hoạt động thể lực gây ra 2,8% tổng số tử vong (12.648 ca tử vong) và 1,5% gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY theo ước tính tại Việt Nam năm 2010 [30]. Đặc biệt, theo nghiên cứu ở Việt Nam, gánh nặng bệnh tật liên quan ít hoạt động thể dục hoàn toàn do BKLN, trong đó chủ yếu là các bệnh tim mạch, ung thư đại tràng và đái tháo đường là các vấn đề sức khỏe chính liên quan đến tình trạng ít vận động [37].

Một nghiên cứu theo dõi 5 năm từ 2004-2009 ở thanh thiếu niên tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy thời gian dành cho hoạt động thể lực giảm

có ý nghĩa thống kê từ 87 phút xuống 50 phút/ngày. Thời gian dành cho các hoạt động tĩnh trong 5 năm đã tăng từ 512 phút lên 600 phút mỗi ngày [44].

Chế độ dinh dưỡng không hợp lý

Chế độ dinh dưỡng không hợp lý bao gồm nhiều hành vi khác nhau. Liên quan tới THA và bệnh tim mạch có các YTNC gồm ăn quá ít rau, quả, ngũ cốc nguyên cám, hạt, chất xơ, hải sản chứa axit béo Omega 3, đồng thời lại ăn thừa muối, thịt chế biến (như chả, giò, giăm bông...), chất béo chuyển hóa. ĐTD liên quan ăn thiếu ngũ cốc nguyên cám và ăn thừa thịt bò, thịt chế biến và đồ uống có đường. Thừa cân, béo phì là hậu quả của việc ăn thừa thực phẩm, đặc biệt đồ uống ngọt, đồng thời là YTNC của nhiều bệnh tật. Gánh nặng bệnh tật do chế độ ăn năm 2010 ước tính là 23% tổng số tử vong và 9,5% tổng số DALY. Trong khi suy dinh dưỡng thể thiếu cân đã giảm mạnh do số lượng protein và năng lượng tiêu thụ đã tăng lên, cơ cấu (protein, lipid, glucid) cũng được cải thiện. Xu hướng tiêu thụ thực phẩm từ năm 1981 đến năm 2010 cho thấy sự gia tăng mạnh hầu hết các loại thực phẩm như thịt (tăng từ 11,1 đến 84g/người/ngày), cá (tăng từ 35 đến 59,8g), trứng và sữa (tăng từ 0,8g lên 29,5g), quả chín (tăng từ 2,2g lên 61,9g), dầu mỡ (tăng từ 1,6g lên 8g) và lạc vừng (tăng nhẹ từ 3 lên 5,4g). Viện Dinh dưỡng đánh giá cân bằng lipid, glucid và protein hiện nay là ở mức lý tưởng [38].

Mặc dù đã có nhiều cải thiện về dinh dưỡng, song vẫn còn không ít những quan ngại về chế độ ăn uống có tác động trực tiếp đến BKLN nói chung và THA nói riêng. Số lượng muối tiêu thụ bình quân đầu người hàng ngày lên tới 18-22g, cao hơn mức TCYTTG khuyến cáo 3-4 lần [45]. Tỷ lệ những người ăn ít hơn 5 khẩu phần rau quả mỗi ngày là khá cao: 77,1% ở thành thị và 83,7% ở nông thôn [46]. Tổng điều tra về dinh dưỡng năm 2010 cho thấy mức độ tiêu thụ rau chỉ đạt 57% so với khuyến cáo của TCYTTG.

Kết quả khảo sát cũng cho thấy tiêu thụ thịt ở mức cao và tiêu thụ thủy sản thấp hơn so với mức khuyến cáo của TCYTTG [38].

Yếu tố nguy cơ sinh, chuyển hóa

Hàm lượng cholesterol toàn phần trong máu cao là YTNC của bệnh tim thiếu máu cục bộ và tai biến mạch máu não do thiếu máu cục bộ. Số liệu điều tra các YTNC năm 2008 cho thấy tỷ lệ mỡ máu cao (trên 5 mmol/l) ở Việt Nam là 30,1%. Nguy cơ quy thuộc của hàm lượng cholesterol toàn phần trong máu cao đối với bệnh tim thiếu máu cục bộ và tai biến mạch máu não ở nữ cao hơn ở nam giới [47].

Đường huyết tăng lúc đói là chỉ số chẩn đoán ĐTĐ, nhưng đồng thời là YTNC cho nhiều vấn đề sức khỏe khác, như bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não và suy thận khi đường máu chưa đến mức được chẩn đoán ĐTĐ [38]. Rối loạn dung nạp đường huyết được chẩn đoán khi đường huyết lúc đói đạt 5,6 mmol/l trở lên (theo Hội ĐTĐ Mỹ) và ĐTĐ được chẩn đoán khi đường huyết lúc đói 7 mmol/l trở lên. Năm 2009, tại Việt Nam, 3,8% dân số từ 25 đến 64 tuổi có đường huyết lúc đói từ 5,6 mmol/l trở lên. Tỷ lệ này ở thành thị (4,6%) cao hơn ở nông thôn (3,4%), ở nam (4,4%) cao hơn ở nữ (3,2%). Tỷ lệ mắc ĐTĐ có xu hướng tăng theo tuổi và nữ cao hơn nam. YTNC này gây 6,3% tổng số tử vong và 3% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY ở Việt Nam năm 2010 [37]. Nguy cơ quy thuộc quần thể của ĐTĐ ở nữ cao hơn ở nam cho cả bệnh tim thiếu máu cục bộ và tai biến mạch máu não.

Thừa cân và béo phì

Chỉ số khối cơ thể (BMI) được sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người lớn, đặc biệt để xác định tình trạng thừa cân, béo phì [38]. Thừa cân, béo phì là YTNC đối với THA và bệnh tim mạch (như tai biến mạch máu não do thiếu máu cục bộ, bệnh tim do thiếu máu cục bộ), bệnh thận

mạn tính, thấp khớp và đau vùng lưng dưới, bệnh ung thư đường tiêu hóa và một số loại ung thư khác [45]. Trên toàn quốc, tỷ lệ nam và nữ có BMI từ 23-24,9 (thừa cân theo tiêu chuẩn người châu Á) xấp xỉ nhau (14,6% ở nam; 15,1% ở nữ), tỷ lệ người có BMI từ 25-29,9 (quá cân) ở nam (11,3%) cao hơn nữ (10,4%). Như vậy, năm 2012, nếu lấy điểm cắt BMI từ 23 trở lên thì 26,1% dân số Việt Nam thừa cân và béo phì có nguy cơ mắc THA và BKLN khác. Tỷ lệ thừa cân và béo phì ở người lớn đã tăng nhanh, đặc biệt ở các thành phố lớn, do chế độ ăn thừa năng lượng và lối sống ít vận động. Năm 2006, 16,3% người từ 25 đến 64 tuổi thừa cân và béo phì, đến năm 2010 đã lên tới 26,9% [38].

Trong giai đoạn 2000 - 2010, tỷ lệ thừa cân và béo phì trẻ em dưới 5 tuổi đã tăng gấp 9 lần, vượt giới hạn cho phép là 5% theo mục tiêu của chính sách. Ở khu vực thành thị, 6,5% trẻ em thừa cân và béo phì, và ở trung tâm thành phố, tỷ lệ này vượt 12% [38]. Một nghiên cứu khác năm 2011 cho thấy 29% trẻ em trong nhóm từ 6 tháng đến 12 năm tuổi tại khu vực thành thị bị thừa cân hoặc béo phì. Thừa cân, béo phì gây ra khoảng 1% tổng số ca tử vong và 0,9% gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY tại Việt Nam năm 2010. ĐTD, THA, bệnh tim thiếu máu cục bộ, thấp khớp và đau vùng lưng dưới là các vấn đề sức khỏe chính của gánh nặng do chỉ số khối cơ thể cao [48].

1.1.5. Năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp

1.1.5.1. Khái niệm về mạng lưới Y tế cơ sở

Y tế cơ sở (YTCS) là mạng lưới bao gồm y tế thôn, xã, phường, quận, huyện bao gồm cả y tế công lập và y tế tư nhân. Đó là hệ thống các tổ chức, thiết chế y tế trên địa bàn tuyến huyện, có sự kết nối hữu cơ giữa các cơ sở y tế tuyến xã với tuyến huyện, để thực hiện CSSK dựa trên những nguyên tắc

và giá trị của CSSKBD. Khái niệm này tương đương với khái niệm “hệ thống y tế huyện” đang được sử dụng ở nhiều quốc gia [32].

YTCS là nền tảng và là xương sống của hệ thống y tế Việt Nam. Tăng cường mạng lưới YTCS và đẩy mạnh CSSKBD là ưu tiên trong chính sách phát triển y tế ở nước ta [30]. Nghị định 117/2014/NĐ-CP quy định về y tế xã, phường, thị trấn và Thông tư 33/2015/TT-BYT hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của TYT xã, phường, thị trấn đã quy định rõ TYT xã là đơn vị thuộc TTYT tuyến huyện, người làm việc tại TYT xã là viên chức; TYT xã có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ CSSKBD cho nhân dân trên địa bàn xã, trong đó có nhiệm vụ triển khai quản lý sức khỏe hộ gia đình, BKLN, bệnh mạn tính.

Toàn quốc hiện có 11.161 TYT với hàng trăm ngàn cán bộ y tế công tác; có 684 BVĐK tuyến huyện với tổng số 81.218 giường bệnh; 295 phòng khám đa khoa khu vực với 6.752 giường bệnh [49]. Hoạt động CSSKBD gồm các dịch vụ phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe, y học cổ truyền, CSSK bà mẹ, trẻ em và dân số/KHHGD, truyền thông giáo dục sức khỏe...đã được cung cấp đến mọi người dân, kể cả khu vực miền núi, biên giới, hải đảo. Nhờ những thành tựu to lớn của CSSKBD, Việt Nam được cộng đồng quốc tế công nhận là điểm sáng trong việc thực hiện các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ về y tế như: tăng tuổi thọ trung bình, giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em, giảm tỷ lệ tử vong mẹ, giảm tử vong trẻ em dưới 5 tuổi...

Tiếp tục khẳng định vai trò và vị thế của YTCS, Nghị quyết 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung ương khoá XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã chỉ rõ quan điểm của Đảng là xây dựng hệ thống y tế công bằng, chất lượng, hiệu quả và hội nhập, trong đó y tế dự phòng là then chốt,

YTCS là nền tảng và hướng tới thực hiện bao phủ CSSK và BHYT toàn dân. Trước đó, tại Quyết định 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới YTCS trong tình hình mới, đồng thời Bộ Y tế ban hành Chương trình hành động 1379/Ctr-BYT ngày 19/12/2017 triển khai thực hiện đề án xây dựng và phát triển mạng lưới YTCS trong tình hình mới. Đề án của Chính phủ và Chương trình hành động thực hiện Đề án của Bộ Y tế tập trung chủ yếu vào đổi mới, nâng cao hiệu quả hoạt động của YTCS, trong đó:

(i) Các TYT xã phải thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của CSSKBD; thực hiện việc quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho từng người dân trên địa bàn, tập trung vào việc theo dõi, tư vấn về sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ, phục hồi chức năng, CSSK người cao tuổi, bà mẹ, trẻ em; phòng chống các bệnh lây nhiễm, BKLN, quản lý các bệnh mạn tính; khám bệnh, chữa bệnh theo chức năng, nhiệm vụ và kết nối, chuyển người bệnh lên các cơ sở y tế tuyến trên.

(ii) Các TTYT huyện tiếp tục nâng cao trình độ chuyên môn, phát triển các dịch vụ, kỹ thuật y tế, bao gồm cả lĩnh vực xét nghiệm, cận lâm sàng bảo đảm thuận lợi, phù hợp để thực hiện đầy đủ các kỹ thuật điều trị đa khoa và chăm sóc cơ bản, thường xuyên chỉ đạo, hỗ trợ trực tiếp về chuyên môn, gắn kết chặt chẽ hoạt động của các TTYT huyện và các TYT xã.

(iii) Thực hiện tin học hóa hoạt động của YTCS và quản lý hồ sơ theo dõi sức khỏe của từng người dân. Đồng bộ và kết nối hệ thống thông tin giữa y tế xã với y tế huyện để theo dõi, quản lý sức khỏe người dân trên địa bàn; xây dựng và triển khai thực hiện bệnh án điện tử; quản lý hoạt động khám, chữa bệnh và chi phí khám, chữa bệnh BHYT tại các cơ sở y tế xã, huyện.

(iv) Các cơ sở y tế huyện, y tế xã, y tế thôn bản phải tích cực tham gia hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi của người dân để bảo vệ và nâng cao sức khỏe, các hoạt động về y tế dự phòng, CSSKBD.

1.1.5.2. Vai trò y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp

Việt Nam đang phải giải quyết gánh nặng bệnh tật kép gồm bệnh truyền nhiễm và BKLN, trong đó các BKLN đang gia tăng ngày càng trầm trọng, đặc biệt là các bệnh THA và tim mạch, ĐTD, Ung thư, COPD và hen phế quản. Gánh nặng của các BKLN chiếm tới trên 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn quốc. Các BKLN cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam. Ước tính năm 2012 cả nước có 520.000 ca tử vong các loại, trong đó 379.600 (73%) ca tử vong là do các BKLN, tức là cứ 10 người chết thì có 7 người chết do các BKLN, chủ yếu là các bệnh tim mạch (33%), ung thư (18%), ĐTD (3%) và COPD (7%). Số người mắc BKLN trong cộng đồng hiện nay rất lớn, khoảng 12,5 triệu người mắc THA, 2,5 triệu người mắc bệnh ĐTD, trên 2 triệu người mắc COPD và hen phế quản và mỗi năm có khoảng 125.000 người mắc mới ung thư [30]. Bên cạnh đó, các BKLN gây tàn phế nặng nề và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được phát hiện sớm và điều trị, theo dõi, chăm sóc lâu dài.

Các YTNC gây BKLN trong cộng đồng cũng đang ở mức cao và gia tăng. Hiện có khoảng 16 triệu người hút thuốc, cứ trong 4 nam giới có uống rượu bia thì có 1 người uống quá nhiều (uống trên 60g rượu nguyên chất/ngày), khoảng 80% người trưởng thành ăn thiếu rau/trái cây và 29% người trưởng thành thiếu hoạt động thể lực. Thừa cân béo phì, tăng đường máu và rối loạn mỡ máu cũng là những YTNC chưa được kiểm soát hiệu quả. Ước tính khoảng 7 triệu người đang bị thừa cân béo phì, gần 1/3 số người trưởng thành bị tăng cholesterol máu, trong khi đó tỷ lệ người 30-69 tuổi bị tiền ĐTD chiếm gần 13% [37].

Để dự phòng, điều trị và quản lý THA nói riêng và BKLN nói chung một cách hiệu quả, đòi hỏi các giải pháp toàn diện, CSSK lấy con người làm trung tâm, bao gồm kiểm soát YTNC gây bệnh cùng với chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài. Có thể phân ra các can thiệp trọng tâm cho mỗi giai đoạn phát triển của BKLN và theo 4 cấp độ dự phòng:

Dự phòng cấp 0: Can thiệp môi trường tác động vào yếu tố kinh tế, xã hội (toàn cầu hóa, đô thị hóa, già hóa...) thông qua chính sách vĩ mô, luật, môi trường hỗ trợ... để ngăn ngừa, hạn chế sự phát sinh các YTNC.

Dự phòng cấp 1: Can thiệp thay đổi hành vi cho những người có hành vi nguy cơ như hút thuốc, lạm dụng rượu bia, chế độ ăn không hợp lý, ít vận động thể lực thông qua hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, cải thiện môi trường...

Dự phòng cấp 2: Quản lý, tư vấn và dự phòng cho người thừa cân béo phì, THA, tăng glucose máu và lipid máu để hạn chế chuyển thành bệnh, biến chứng.

Dự phòng cấp 3: Can thiệp đối với người mắc bệnh bao gồm việc chẩn đoán điều trị tại bệnh viện (thể bệnh nặng, giai đoạn cấp tính hoặc có biến chứng) và điều trị, quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài tại TYT xã.

Ngoại trừ giai đoạn bệnh cấp tính cần điều trị tại bệnh viện, còn các giai đoạn khác đều cần các chiến lược can thiệp thuộc lĩnh vực y tế dự phòng, y tế công cộng, và được thực hiện tại cộng đồng. Như vậy YTCS có vai trò rất quan trọng trong dự phòng và kiểm soát các BKLN, đặc biệt là việc quản lý, chăm sóc bệnh liên tục và lâu dài. Hiện nay chương trình phòng và điều trị các BKLN của Việt Nam đang nhận được sự quan tâm đầu tư của Chính phủ và đạt được những kết quả quan trọng, trong đó có việc đầu tư, tăng cường YTCS để triển khai công tác CSSKBD, phòng và điều trị BKLN. Mạng lưới YTCS được phát triển rộng khắp toàn quốc là điều kiện thuận lợi để người

dân tiếp cận các dịch vụ phòng và điều trị BKLN. Thông qua các dự án phòng và điều trị BKLN thuộc Chương trình mục tiêu y tế, mạng lưới YTCS (nơi có dự án bao phủ) đã được đào tạo, tập huấn, hướng dẫn về chuyên môn và từng bước nâng cao năng lực. YTCS cũng đã tham gia tích cực và triển khai có hiệu quả các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về cách phòng bệnh, phát hiện bệnh sớm để đi khám và điều trị bệnh kịp thời. Một số hoạt động như tư vấn, dự phòng cho người có nguy cơ cao mắc BKLN cũng đã được triển khai ở nhiều địa phương. Các dự án đã góp phần phát hiện, điều trị, quản lý khoảng 700.000 người THA, 250.000 người tiền ĐTĐ và đái tháo đường, khoảng 10.000 bệnh nhân COPD và hen phế quản [30].

Mô hình cung ứng dịch vụ tại tuyến YTCS lấy CSSKBĐ làm nền tảng với các thuộc tính cơ bản có liên quan chặt chẽ và tác động qua lại với nhau gồm: cung ứng dịch vụ lấy con người là trung tâm; bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ; cung ứng dịch vụ toàn diện, tăng cường năng lực phòng, điều trị và kiểm soát BKLN; chăm sóc lồng ghép, liên tục, lâu dài; bảo đảm chất lượng dịch vụ; sự tham gia của cộng đồng và phối hợp liên ngành; quản lý, hướng dẫn chuyên môn, giám sát thực hiện tốt. Đây là mô hình cung ứng dịch vụ phù hợp và hiệu quả nhất trong phòng và điều trị các BKLN.

Quyết định 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Chiến lược quốc gia phòng chống BKLN giai đoạn 2015-2025 đã nêu rõ quan điểm kiểm soát YTNC như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực, cùng với chủ động giám sát, phát hiện sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở CSSKBĐ là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống BKLN. Một chỉ tiêu cụ thể cũng đã được xác định rõ trong Chiến lược là 90% TYT xã có đủ trang thiết bị y tế cơ bản và thuốc thiết yếu theo quy định về chức năng,

nhiệm vụ, phục vụ dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo hệ thống đôi với các BKLN, trong đó có THA.

1.1.6. Một số giải pháp nâng cao chất lượng y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp

Với mục đích tăng cường YTCS để thực hiện hiệu quả công tác CSSKBD trong giám sát, dự phòng, phát hiện sớm và điều trị, quản lý THA liên tục và lâu dài theo chức năng nhiệm vụ, trong thời gian tới, YTCS cần tập trung vào những nội dung gồm:

(i) Về truyền thông: phổ biến, cung cấp thông tin, kiến thức và vận động các ngành, các cấp, các đoàn thể và người dân thực hiện chủ trương, chính sách, pháp luật và các hướng dẫn, khuyến cáo về phòng, chống BKLN. Triển khai các chương trình phòng, điều trị YTNC, xây dựng cộng đồng/nơi làm việc vì sức khỏe, cung cấp các dịch vụ tư vấn cai nghiện thuốc lá, giảm tác hại rượu bia; hướng dẫn, giáo dục về dinh dưỡng hợp lý, sử dụng thực phẩm an toàn và hoạt động thể lực phòng bệnh. Phát động phong trào toàn dân thực hiện lối sống tăng cường sức khỏe gắn với phòng, chống BKLN.

(ii) Phát hiện sớm, tư vấn và dự phòng cho người nguy cơ cao, người tiền bệnh;

(iii) Phát hiện sớm tiền THA/THA, đồng thời cung cấp các dịch vụ quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài cho người bệnh bao gồm điều trị, quản lý theo chỉ định tuyến trên và thực hiện tự quản lý điều trị đối với những cơ sở đủ điều kiện [50].

Để triển khai hiệu quả các nhiệm vụ trên, một số giải pháp đề xuất bao gồm:

1.1.6.1. Hoàn thiện hệ thống mô hình quản lý hiệu quả, bền vững dựa vào nền tảng y tế cơ sở:

- Truyền thông nguy cơ THA tại cộng đồng.
- Phát hiện, chẩn đoán, điều trị, quản lý, chăm sóc lâu dài đối với THA.

- Thực hiện phân tuyến kỹ thuật, quy định rõ nhiệm vụ tuyến huyện, xã, đặc biệt trong điều trị, quản lý bệnh: tuyến huyện thực hiện chẩn đoán, điều trị được một số BKLN chủ yếu và hỗ trợ chuyên môn cho tuyến xã; tuyến xã cung cấp dịch vụ phát hiện, quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài; cộng đồng triển khai các hoạt động hỗ trợ tự quản lý bệnh, truyền thông giáo dục sức khỏe...

1.1.6.2. Phát triển và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế cơ sở:

Chú trọng xây dựng cập nhật các hướng dẫn về chuyên môn, kỹ thuật cho YTCS. Tăng cường đào tạo trong các trường trung cấp, cao đẳng và đại học y về phòng và điều trị THA nói riêng và BKLN nói chung. Đảm bảo đủ số lượng, đúng cơ cấu đội ngũ thầy thuốc tại TYT xã. Triển khai các chương trình tập huấn, đào tạo lại/đào tạo liên tục cho cán bộ YTCS để bảo đảm sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực hiện có trong phòng và điều trị BKLN. Đồng thời, tăng cường triển khai thực hiện điều trị, quản lý THA và một số BKLN phổ biến khác tại TYT xã theo nguyên lý y học gia đình: **Liên tục - Toàn diện - Phối hợp - Dự phòng - Gia đình - Cộng đồng.**

1.1.6.3. Bảo đảm nguồn lực cho hoạt động quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở:

Triển khai cung cấp gói dịch vụ y tế cơ bản bao gồm các dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hoá chất, vật tư để CSSKBD, nâng cao sức khỏe, dự phòng và điều trị bệnh THA và một số BKLN phổ biến khác ở tuyến huyện, tuyến xã theo quy định tại Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017 của Bộ Y tế. Đồng thời có cơ chế, chính sách phù hợp, đặc biệt là chính sách về BHYT để khuyến khích tuyến xã phát hiện, quản lý THA theo chức năng nhiệm vụ. Để có nguồn tài chính bền vững, cần thiết phải nghiên cứu, đề xuất và trình cấp có thẩm quyền quyết định thành lập quỹ nâng cao sức khỏe cộng đồng để đầu tư cho hoạt động phòng và điều trị BKLN nói chung và tăng cường YTCS nói riêng.

1.2. Mô hình can thiệp quản lý tăng huyết áp

1.2.1. Một số mô hình can thiệp quản lý tăng huyết áp trên thế giới

Isabelle Chebot đã sử dụng mô hình Precede-Proceed với sự tham gia hướng dẫn của các dược sỹ tại cộng đồng nhằm tác động đến bệnh nhân THA. Kết quả cho thấy sự can thiệp của dược sỹ có thể thay đổi các yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng thuốc của bệnh nhân, cải thiện cách sử dụng, giảm mức huyết áp trên bệnh nhân THA [51]. Khi so sánh mô hình kiểm soát THA cho bệnh nhân THA tại cộng đồng bằng quản lý THA hàng ngày tại nhà với đào tạo thông qua website của dược sỹ, kết quả cho thấy, sự can thiệp của dược sỹ kết hợp với giao tiếp qua website nâng cao khả năng kiểm soát huyết áp của bệnh nhân [11], [52], [53].

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 [54]. Trong chương trình nghiên cứu can thiệp “sống lâu vui vẻ và sống lâu khỏe mạnh” tại cộng đồng dành cho người cao tuổi bị THA, Yeon-Hwan Park và cộng sự đã tiến hành một can thiệp có đối chứng và hoạt động can thiệp gồm TT-GDSK, tư vấn và tập các bài tập thể dục thể thao phù hợp trong vòng 12 tuần. Kết quả cho thấy, đối với nhóm can thiệp, HATT của những người cao tuổi THA tại cộng đồng đã giảm một cách rõ rệt với $p < 0,05$ đồng thời năng lực tự tập thể dục thể thao, các chỉ số sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống cũng tăng lên có ý nghĩa thống kê [55].

Một nghiên cứu khác nhằm can thiệp thay đổi nhận thức và quản lý THA tại cộng đồng của Airdrie (Alberta-Canada), tác giả đã tiến hành giáo dục sức khỏe cho những người tình nguyện từ 65 tuổi trở lên, đánh giá huyết áp, nguy cơ tim mạch... và theo dõi lại trong vòng 4-6 tháng. Kết quả cho thấy có 71% người tình nguyện quay trở lại theo dõi sau 4-6 tháng, HATT của

họ giảm $16,9 \pm 17,2$ mmHg ($p < 0,05$) so với lần khám đầu. Can thiệp đã nâng cao nhận thức và quản lý về THA tại Airdrie [10].

Chương trình giáo dục sức khỏe phòng và điều trị THA ở Canada được các bác sỹ gia đình, dược sỹ và các nhà khoa học tại trường đại học và tại cộng đồng thực hiện. Những cán bộ tình nguyện này sẽ chia sẻ những kiến thức nhằm giáo dục, tư vấn và thảo luận đưa ra các biện pháp phòng và điều trị THA tại cộng đồng. Đây là mô hình được đánh giá là thành công trong thực tiễn phòng và điều trị THA của Canada [10].

Chương trình quản lý KPNC (Kaiser Permanente Northern California hypertension program) triển khai tại Mỹ bắt đầu từ năm 2000 nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát THA tại cộng đồng. Tham gia vào chương trình này là những nhân tố mấu chốt gồm các bác sỹ điều trị, những nhà quản lý hành chính, chuyên gia phân tích dữ liệu, dược sỹ, y tá và nhóm các thầy thuốc liên quan khác. Chương trình tập trung vào sàng lọc, xác định danh sách bệnh nhân mắc THA và đánh giá sự cải thiện tình trạng sức khỏe của họ trong hệ thống y tế. Mỗi bệnh nhân trong danh sách đều gắn với mã số chẩn đoán bệnh nhân ngoại trú, dữ liệu sử dụng thuốc, hồ sơ nhập viện. Kết hợp trao đổi thông tin, tư vấn, tương tác, hỗ trợ thường xuyên của bác sỹ điều trị, dược sỹ, y tá, người phân tích dữ liệu... với bệnh nhân đã tạo nên sự cải thiện rõ rệt trong kiểm soát THA. Năm 2015, sau 14 năm triển khai chương trình KPNC, những thay đổi tích cực trong quản lý THA đã được ghi nhận. Từ 2001 đến 2013, kiểm soát THA ở KPNC tăng từ 44% lên 90%, tỷ lệ cơn đau tim giảm 24% và tử vong do đột quy giảm 42% [56].

1.2.2. Một số mô hình quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam

1.2.2.1. Dự án phòng, chống tăng huyết áp quốc gia

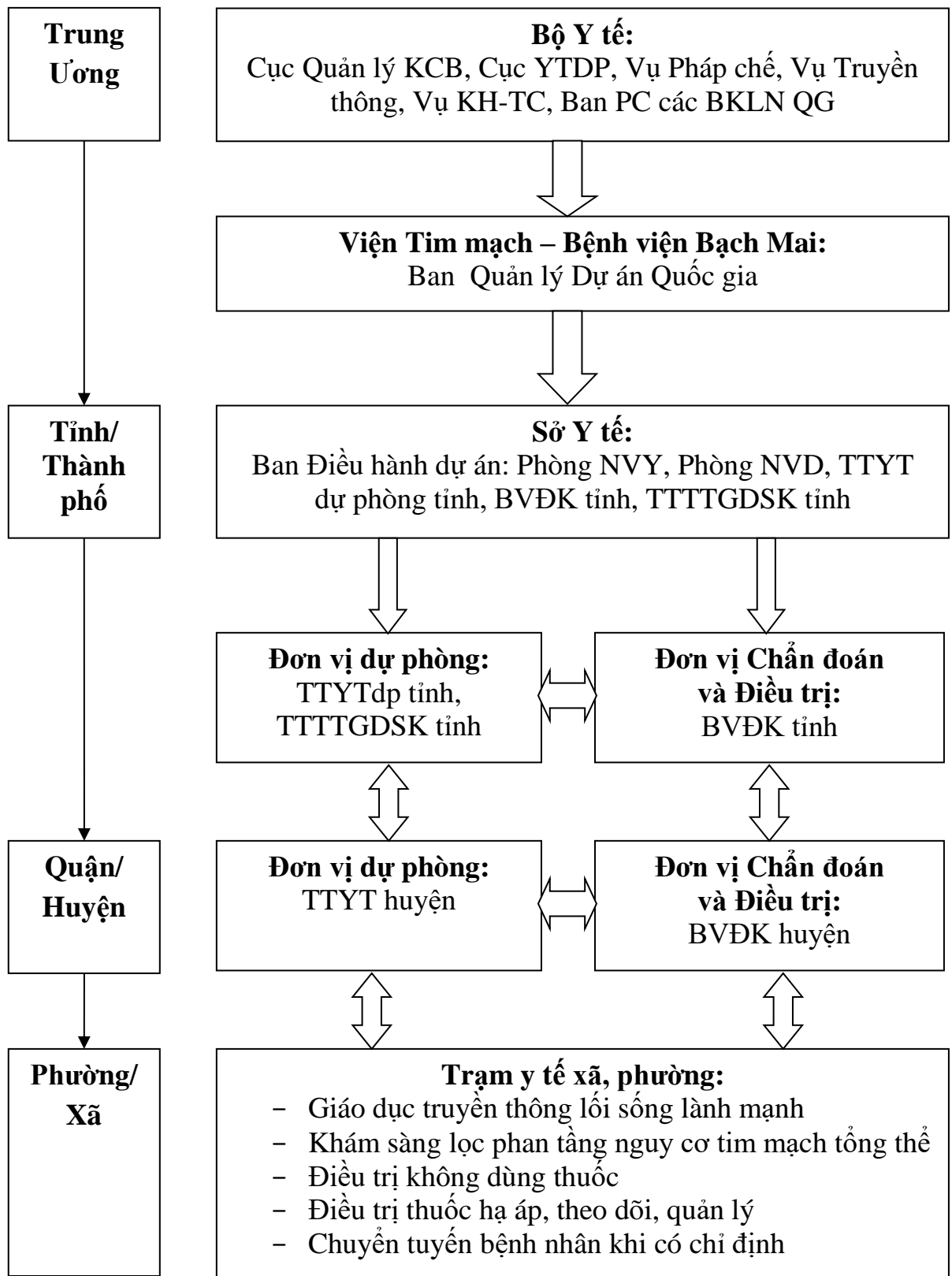
Dự án phòng, chống THA đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tháng 12 năm 2008 (Quyết định số 172/2008). Dự án do Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai chịu trách nhiệm triển khai dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế. Dự án đã bao phủ 474 huyện thuộc 63/63 tỉnh, thành phố [57].

Kết quả thực hiện theo một số mục tiêu chính của dự án

(i) Nâng cao nhận thức của người dân: Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của dự án bao gồm các chương trình trên truyền hình (VTV, O2TV, VOV), tài liệu truyền thông (panô, áp phích, tờ rơi, tranh lật), các chương trình truyền hình giáo dục sức khỏe về THA phát tại các đài địa phương. Sự kiện “Ngày tim mạch thế giới” và “Ngày THA thế giới” được tổ chức hằng năm. Câu lạc bộ THA được thành lập tại cộng đồng và tổ chức sinh hoạt định kỳ hàng tháng là nơi để hội viên trao đổi, chia sẻ và được tư vấn của chuyên gia tim mạch về dự phòng và điều trị THA.

(ii) Sàng lọc, phát hiện sớm: Khám sàng lọc phát hiện sớm THA được thực hiện theo mô hình khám sàng lọc dựa trên quần thể trên đối tượng nguy cơ. Đến hết năm 2013, đã triển khai khám sàng lọc tại 1.116 xã (khoảng 10% tổng số xã trên toàn quốc) với 2,5 triệu người được khám và 724 695 người được quản lý điều trị.

(iii) Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực: Là một trong các hoạt động chính và mục tiêu chính của Dự án, hình thức đào tạo được thực hiện theo phương pháp “vét dầu loang”.



Sơ đồ 1.1. Tổ chức mạng lưới quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam

Các chuyên gia tim mạch ở cả ba miền tham gia trong dự án được mời để giảng dạy cho các giảng viên tuyến tỉnh ở 63 tỉnh, thành; các giảng viên tuyến tỉnh sẽ giảng cho các nhân viên y tế địa phương tại các tuyến quận/huyện và xã/phường. Tính tới cuối năm 2013, Dự án đã tổ chức 2.476 khoá đào tạo, nâng cao năng lực khám sàng lọc, quản lý và điều trị THA, quản lý và giám sát thực hiện dự án, truyền thông giáo dục sức khỏe cho 71.378 cán bộ quản lý và bác sĩ lâm sàng tim mạch tại 63 tỉnh/thành phố. Tập huấn cho nhân viên y tế xã về cách đo huyết áp đúng, các biện pháp thay đổi lối sống để dự phòng và điều trị THA bằng thuốc, mô hình dự phòng và quản lý điều trị THA tại cộng đồng.

(iv) Quản lý, hướng dẫn điều trị: Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA đã được ban hành năm 2010 và được phổ biến rộng rãi. Ngoài ra, 35 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh tim mạch được xây dựng; 5 cuốn sách về bệnh tim mạch và THA được xuất bản.

(v) Về quản lý thuốc và trang thiết bị: Các tỉnh/thành phố đã thực hiện từng bước các hoạt động mua sắm trang thiết bị và thuốc để đưa vào sử dụng trong Dự án.

(vi) Hoạt động điều tra, giám sát bệnh THA đã được triển khai năm 2010 và cho kết quả đáng lo ngại với tỷ lệ THA trong cộng đồng khá cao với 28,3% ở nam giới và 23,1% ở nữ giới. Trong số những người bệnh THA, chỉ có 48,4% biết được tình trạng THA và 29,6% có điều trị bệnh.

1.2.2.2. Mô hình quản lý tăng huyết áp ở Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh

Đây là mô hình điều trị ngoại trú cho bệnh nhân THA tại bệnh viện đa khoa tỉnh - Đơn vị Điều trị THA tại tuyến tỉnh trong mô hình của dự án phòng và điều trị THA quốc gia. Bệnh nhân THA khi đến khám được làm bệnh án điều trị ngoại trú, được tư vấn, được theo dõi các lần khám bệnh, các diễn biến của bệnh, đáp ứng với thuốc cũng như các tác dụng phụ không mong

muôn trong quá trình điều trị. Mỗi bệnh nhân có 1 bộ hồ sơ bệnh án và một quyển sổ theo dõi HA tại nhà. Chỉ số HA và dấu hiệu đi kèm theo hàng ngày tại nhà và số lần khám. Hẹn ngày tái khám (tùy theo mức độ bệnh). Gọi điện thoại hoặc gửi giấy báo tận nhà nếu bệnh nhân không đến khám lại đúng hẹn. Cung cấp đầy đủ thuốc, hướng dẫn dùng thuốc cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân giúp bệnh nhân uống thuốc tại nhà. Một số tỉnh, huyện còn thành lập câu lạc bộ bệnh nhân THA, hoặc câu lạc bộ bệnh nhân ĐTD/THA để thuận lợi trong quá trình tổ chức các hoạt động tuyên truyền, giao lưu, chia sẻ kinh nghiệm, tăng động lực giúp cho bệnh nhân duy trì tốt hơn việc tái khám, điều trị... Ở một số địa phương, mô hình này đã thu hút được khá nhiều bệnh nhân tham gia, có nơi lên đến hàng ngàn bệnh nhân; nhận thức của bệnh nhân, của người dân trong phòng và điều trị THA được nâng cao; tỷ lệ tuân thủ điều trị và đạt huyết áp mục tiêu được cải thiện. Tuy nhiên, mô hình này quản lý và giám sát người bệnh hàng tháng, đòi hỏi bệnh nhân phải là đối tượng có thể BHYT. Do số lượng bệnh nhân đông trong khi nguồn nhân lực hạn chế, hàng tháng bệnh nhân phải đi từ các huyện lên bệnh viện đa khoa tỉnh để tái khám và lĩnh thuốc về uống tại nhà... những bất cập đó đã dẫn đến hiệu quả của mô hình hạn chế, số người bỏ cuộc còn cao, nhận thức về bệnh THA và thực hiện đầy đủ chế độ quản lý còn thấp, đặc biệt chưa kết nối được giữa điều trị và dự phòng, chưa quan tâm nhiều tới kiểm soát YTNC của người bệnh [58], [59].

Hiệu quả của các mô hình quản lý bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng trên thế giới và tại Việt Nam là tương đối khác nhau tùy thuộc vào cách tiếp cận cũng như các hoạt động can thiệp tại cộng đồng và các CSYT.

1.3. Một số thuận lợi và khó khăn trong quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở

1.3.1. Thuận lợi

Việt Nam có những thế mạnh và cơ hội riêng để giải quyết những vấn đề về BKLN, bao gồm THA. Đó là có cam kết chính trị mạnh mẽ, có hệ thống y tế được tổ chức tốt, có kinh nghiệm làm việc liên ngành khác để giải quyết vấn đề bệnh truyền nhiễm. Thế mạnh này có thể áp dụng cho công tác phòng và điều trị THA. Đồng thời, nỗ lực của Chính phủ, của Bộ Y tế để cải thiện hệ thống CSSKBD sẽ mang lại lợi ích lớn lao cho công tác phòng và điều trị BKLN.

- Một số chính sách cụ thể đầu tư phát triển mạng lưới YTCS:

+ Đầu tư, xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện huyện và bệnh viện đa khoa khu vực bằng nguồn trái phiếu chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2008-2010.

+ Đầu tư xây dựng TYT xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010.

+ Ban hành và thực hiện Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010, nay được thay thế bằng bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020. Trên cơ sở đó, các địa phương bố trí ngân sách đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị cho TYT xã.

+ Vay vốn ODA từ Ngân hàng Thế giới, từ ADB thực hiện các dự án hỗ trợ y tế vùng.

- Một số chính sách quan trọng, có tác động to lớn và toàn diện lên YTCS trong dự phòng, điều trị và quản lý THA:

+ Chính sách KCB cho người nghèo, bảo đảm công bằng trong y tế theo Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ và sau đó đã được sửa đổi, bổ sung một số điều trong Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg [60], [61].

+ Chương trình đào tạo nhân lực y tế, trong đó ưu tiên đào tạo nhân lực cho các vùng nông thôn và vùng khó khăn, bao gồm Chương trình đào tạo nhân lực y tế theo chế độ cử tuyển cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh miền Bắc, miền Trung, Đồng bằng Sông Cửu Long và Tây Nguyên. Đặc biệt Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26/5/2008 của Bộ Y tế phê duyệt Đề án cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ bệnh viện tuyến dưới được triển khai hiệu quả, đã mang lại nhiều thành tựu to lớn trong nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến tỉnh, tuyến huyện - một nền tảng vững chắc hỗ trợ chuyên môn, kỹ thuật cho TYT xã [62].

+ Nghị quyết 20-NQ/TW đã xác định chỉ tiêu phấn đấu đến năm 2025, trên 90% dân số được quản lý, theo dõi sức khỏe; 95% TYT xã thực hiện dự phòng, điều trị, quản lý một số BKLN và đến năm 2030 các tỷ lệ này lần lượt là trên 95% và 100%. Đây là điều kiện tốt để thực hiện phòng, điều trị và kiểm soát BKLN, gồm cả THA [63].

+ Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới YTCS trong tình hình mới tại Quyết định 2348/QĐ-TTg, ngày 05/12/2016. Trong đó vai trò, nhiệm vụ của TYT tiếp tục được chú trọng đẩy mạnh, sự kết nối giữa các tuyến được quan tâm [64].

+ Bộ Y tế ban hành Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017 quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến YTCS. Theo đó, danh mục thuốc điều trị THA gồm 9 loại khác nhau, giải quyết cơ bản bế tắc về thuốc, đáp ứng nhu cầu điều trị cho bệnh nhân khám chữa bệnh bằng BHYT [65].

+ Bộ Y tế ban hành Thông tư 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hoá dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú. Theo đó, số ngày kê đơn thuốc điều trị ngoại trú cho bệnh nhân được tăng lên tối đa 30 ngày đã rời bỏ được rào cản TYT xã chỉ được kê đơn thuốc tối đa không quá 5 ngày như trước đây [66].

1.3.2. Khó khăn, hạn chế cơ bản của y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp

1.3.2.1. Bất cập trong quản lý bệnh lý mạn tính:

THA là bệnh mạn tính, khi mắc bệnh cần phải được quản lý, điều trị liên tục và lâu dài. Hiện tại, các dịch vụ y tế tuyến YTCS mới phù hợp để giải quyết các bệnh cấp tính, bệnh truyền nhiễm. Việc cung ứng dịch vụ quản lý, điều trị THA nói riêng và các BKLN nói chung còn hạn chế, đặc biệt là y tế xã chưa triển khai đồng bộ các dịch vụ quản lý và chăm sóc lâu dài, chưa có khả năng bảo đảm thực hiện chăm sóc lồng ghép và liên tục. Tính chủ động của mạng lưới YTCS chưa cao trong việc đáp ứng với nhu cầu CSSK của các nhóm đối tượng người dân tại cộng đồng. Nguyên nhân chính là do:

- Mô hình tổ chức và chức năng, nhiệm vụ của các cơ sở y tế tuyến huyện và xã những năm gần đây thiếu ổn định và chưa hợp lý.

- Thiếu sự kết nối, phối hợp và hỗ trợ giữa các tuyến nhằm bảo đảm tính hệ thống của cả mạng lưới cung ứng dịch vụ quản lý BKLN; chưa thực hiện tốt sự phối hợp, lồng ghép giữa khám chữa bệnh và y tế dự phòng trong cung ứng dịch vụ CSSKBD nhằm đáp ứng những thách thức mới về gia tăng BKLN nói chung và THA nói riêng cũng như sự thay đổi về nhu cầu CSSK của người dân.

- Chưa có cơ chế phù hợp để thúc đẩy CSSK tại gia đình và cộng đồng.

1.3.2.2. Hạn chế về nhân lực

Nguồn nhân lực tại tuyến huyện và xã còn chưa đáp ứng được nhu cầu, cán bộ kiêm nhiệm/chuyên trách còn thiếu và không ổn định. Ngoại trừ tại các vùng dự án, còn lại cán bộ y tế ở đa số các cơ sở y tế tuyến huyện, tuyến xã thiếu tài liệu hướng dẫn, thiếu đào tạo tập huấn cập nhật về kiến thức chuyên môn trong phát hiện, tư vấn, dự phòng, quản lý THA nói riêng và các BKLN nói chung.

1.3.2.3. Hạn chế về nguồn tài chính

Cơ chế tài chính, gồm cả các rào cản về BHYT, chưa khuyến khích việc phát hiện, tư vấn, quản lý THA tại tuyến xã, đặc biệt là cơ chế tài chính bảo đảm việc quản lý bệnh liên tục và lâu dài. Chương trình mục tiêu y tế quốc gia cho các dự án BKLN bị cắt giảm kinh phí qua các năm (năm 2014 và 2015 bị cắt giảm 50 -70%); từ năm 2016, chỉ còn là Chương trình mục tiêu y tế - dân số và kinh phí trung ương gần như không còn được bố trí nữa.

Giá dịch vụ y tế tăng, trong khi mức đóng BHYT chưa được điều chỉnh tăng tương xứng; xã hội hoá đầu tư cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh, tuyến huyện bằng vay vốn ngân hàng, hoặc hợp tác công-tư có thể tạo ra áp lực tài chính gây cản trở việc mở rộng dịch vụ khám chữa bệnh tại TYT xã.

1.3.2.4. Số lượng và chất lượng dịch vụ còn hạn chế, danh mục thuốc còn ít

Theo đánh giá hàng năm của Sở Y tế tỉnh Phú Thọ, hầu hết các TYT xã chỉ thực hiện được 60%-75% các dịch vụ kỹ thuật và cung cấp khoảng 40% danh mục thuốc theo phân tuyến. Cùng với những hạn chế nêu trên, đây cũng là những lý do quan trọng làm người dân chưa thực sự tin tưởng TYT xã, dẫn tới vẫn còn khá phổ biến tình trạng khám chữa bệnh vượt tuyến không cần thiết, trong đó không ít bệnh nhân THA.

1.3.3. Các giải pháp quản lý bệnh không lây nhiễm, bao gồm tăng huyết áp

- Nâng mức ưu tiên trong quản lý bệnh không lây nhiễm

Để nâng mức ưu tiên, TCYTTG khuyến khích ba nhóm nhiệm vụ: (i) Xây dựng cơ sở bằng chứng và phổ biến thông tin về các chính sách hiệu quả nhằm can thiệp trong mối quan hệ giữa BKLN và phát triển kinh tế-xã hội bền vững; (ii) Thúc đẩy bao phủ CSSK toàn dân và việc lồng ghép phòng và điều trị BKLN trong quá trình thúc đẩy bao phủ CSSK toàn dân; và (iii) Thiết lập các quan hệ đối tác để thúc đẩy hợp tác giữa các cơ quan chính phủ, tổ

chức xã hội dân sự và khu vực tư nhân ở các cấp trong công tác phòng và điều trị BKLN.

- Tăng cường năng lực quản lý bệnh không lây nhiễm

Để tăng cường năng lực quốc gia, TCYTTG đề nghị một số lựa chọn chính sách: (i) Lồng ghép phòng và điều trị BKLN vào quá trình lập kế hoạch của ngành y tế và kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội. Đồng thời đẩy mạnh thực hiện kế hoạch quốc gia phòng và điều trị BKLN kèm theo ngân sách thực hiện dựa trên đánh giá nhu cầu và đánh giá tác động thực hiện các can thiệp; (ii) Huy động nguồn lực ổn định và sử dụng hiệu quả, kết hợp với việc nâng cao trách nhiệm giải trình thông qua giám sát và đánh giá tác động; và (iii) Tăng cường các chương trình phòng và điều trị BKLN quốc gia kết hợp với củng cố năng lực thể chế và nhân lực. Phát huy việc hợp tác giữa các nhóm đối tác trong thực hiện hoạt động phòng và điều trị BKLN và huy động cộng đồng, người dân để ứng phó với BKLN.

- Giám sát bệnh không lây nhiễm

Đại Hội đồng TCYTTG đã thông qua khung giám sát BKLN gồm 25 chỉ số và 9 mục tiêu. Các chỉ số được lựa chọn dựa trên đánh giá tính hiệu quả của từng can thiệp. Các mục tiêu được coi là tự nguyện và nhiều chỉ số cho phép định nghĩa linh hoạt theo hoàn cảnh và điều kiện của từng quốc gia. Đến năm 2016, 2021 và 2026 các nước thành viên sẽ báo cáo về tiến độ thực hiện 9 mục tiêu liên quan đến BKLN theo khung giám sát này, gồm:

- (i) Giảm so với hiện tại 25% tử vong chung do các bệnh tim mạch, ung thư, ĐTD, và COPDs.
- (ii) Giảm so với hiện tại ít nhất 10% việc lạm dụng rượu, tùy thuộc bối cảnh quốc gia.
- (iii) Giảm so với hiện tại 10% tỷ lệ thiếu vận động thể lực.
- (iv) Giảm so với hiện tại 30% mức tiêu thụ muối trung bình quần thể.
- (v) Giảm so với hiện tại 30% tỷ lệ hút thuốc lá ở người từ 15 tuổi trở lên.

- (vi) Giảm so với hiện tại 25% tình trạng THA hoặc kiểm chế sự gia tăng THA tùy theo hoàn cảnh quốc gia.
- (vii) Kiểm chế sự gia tăng bệnh ĐTĐ và béo phì.
- (viii) Đáp ứng nhu cầu cho ít nhất 50% số người cần thuốc và tư vấn (bao gồm cả kiểm soát đường huyết) để phòng ngừa nhồi máu cơ tim và đột quy.
- (ix) Đáp ứng 80% công nghệ cơ bản và thuốc thiết yếu có giá chấp nhận được, bao gồm thuốc gốc, cho điều trị BKLN chủ yếu tại các cơ sở y tế công và tư.

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

Nhằm kiểm soát các YTNC, Đại hội đồng TCYTTG đã tán thành Công ước Khung về kiểm soát thuốc lá, Chiến lược toàn cầu về chế độ ăn uống, hoạt động thể lực và sức khỏe, Chiến lược toàn cầu về kiểm soát tác hại của rượu, Bộ khuyến cáo về quảng bá các thực phẩm và đồ uống không cồn cho trẻ em, và Tuyên bố Moskva về lối sống lành mạnh và kiểm soát BKLN. Các văn bản mang tính chiến lược đó đề xuất nhiều giải pháp cụ thể và chi tiết để kiểm soát các YTNC liên quan đến hành vi, cũng như các yếu tố kinh tế-xã hội liên quan và TCYTTG khuyến khích thực hiện đầy đủ các nội dung.

Phần lớn các chính sách, chiến lược của các quốc gia, vùng lãnh thổ châu Á hiện nay đều tập trung vào các YTNC có thể phòng ngừa được.

- Củng cố hệ thống y tế

TCYTTG đã xây dựng danh mục lựa chọn chính sách liên quan đến củng cố và định hướng hệ thống y tế để ứng phó với BKLN thông qua CSSKBD và CSSK toàn dân. Kế hoạch hành động toàn cầu có năm nhóm khuyến nghị liên quan đến lãnh đạo, cung cấp tài chính, chất lượng dịch vụ, năng lực của nguồn nhân lực, và khả năng tiếp cận của người dân [32].

Đối với việc nâng cao hiệu suất, công bằng, bao phủ và chất lượng dịch vụ phòng và điều trị BKLN và các YTNC, có bảy lựa chọn được đề xuất:

(i) Củng cố và tổ chức các dịch vụ gần người dân trong mạng lưới CSSKBD được lồng ghép với các cơ sở y tế tuyến trên, bao gồm cả điều trị chuyên khoa, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ;

(ii) Tạo điều kiện cung cấp dịch vụ một cách công bằng cho người mắc BKLN của các cơ sở cung cấp dịch vụ, kể cả khu vực công lập và tư nhân;

(iii) Tăng cường hiệu suất cung cấp dịch vụ và đưa ra các mục tiêu quốc gia phù hợp với mục tiêu toàn cầu để mở rộng bao phủ các can thiệp hiệu quả-chi phí có tác động mạnh để ứng phó với BKLN, liên kết dịch vụ phòng và điều trị BKLN với dịch vụ y tế khác;

(iv) Đáp ứng nhu cầu chăm sóc lâu dài của người mắc BKLN kèm theo khuyết tật và bệnh kèm theo thông qua mô hình chăm sóc hiệu quả, sáng tạo, lồng ghép giữa các đơn vị trong hệ thống y tế và cộng đồng;

(v) Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, đặc biệt đối với CSSKBD, bao gồm hướng dẫn điều trị dựa trên bằng chứng, và các công cụ hỗ trợ quản lý BKLN và YTNC;

(vi) Vận động và tạo điều kiện cho người dân khám sớm để phát hiện bệnh và tự quản lý bệnh hiệu quả;

(vii) Rà soát lại các chương trình sức khỏe hiện có tìm cơ hội lồng ghép với chương trình phòng và điều trị BKLN.

Để mở rộng khả năng tiếp cận với các can thiệp nhằm phòng và điều trị BKLN, gói dịch vụ thiết yếu phòng và điều trị BKLN cũng được khuyến nghị bao gồm 9 thành phần:

- Thứ nhất, mở rộng bao phủ khám sàng lọc và điều trị, đồng thời ưu tiên các can thiệp hiệu quả-chi phí cao để ứng phó với các YTNC liên quan đến hành vi.

- Thứ hai, cung ứng dịch vụ tư vấn và giáo dục cho người bệnh, trong đó có nội dung về cai nghiện thuốc lá và giảm sử dụng rượu, bia ở mức có hại.

- Thứ ba, đánh giá, quản lý và xử lý các YTNC gắn liền với các cách tiếp cận tại hộ gia đình và cộng đồng nhằm thay đổi lối sống.
- Thứ tư, chuyên tuyến điều trị những người có nguy cơ cao bị BKLN hoặc tai biến.
- Thứ năm, phòng ung thư gan thông qua tiêm phòng viêm gan B trong hệ thống tiêm chủng mở rộng.
- Thứ sáu, phòng ung thư cổ tử cung thông qua các biện pháp khám sàng lọc hiệu quả-chi phí, ví dụ như VIA hoặc PAP smear, gắn với điều trị các vết loét tiền ung thư.
- Thứ bảy, phòng ngừa thứ cấp sốt thấp khớp và bệnh thấp tim.
- Thứ tám, điều trị đa thuốc, bao gồm kiểm soát đường huyết đối với bệnh nhân ĐTĐ, và các thuốc điều trị người bệnh đã bị nhồi máu cơ tim hoặc tai biến mạch máu não hoặc có nguy cơ cao.
- Cuối cùng là cấp thuốc aspirin cho người đang bị nhồi máu cơ tim hoặc để phòng ngừa tái phát nhồi máu cơ tim.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng và địa bàn nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1.1. Cán bộ y tế

- Bao gồm những người đang tham gia thực hiện công tác quản lý THA tại TTYT huyện và TYT xã (cho mục tiêu 1 và 3).

- Tiêu chuẩn lựa chọn: là tất cả các cán bộ y tế đang công tác tại 20 TYT xã thuộc huyện Hạ Hoà (10 TYT xã can thiệp và 10 TYT xã đối chứng) và các cán bộ y tế tại TTYT huyện liên quan đến hoạt động quản lý THA đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Loại trừ những cán bộ y tế không có mặt trong thời gian nghiên cứu do đi học hoặc nghỉ ốm đau thai sản.

2.1.1.2. Cơ sở y tế

- Bao gồm TTYT huyện và 20 TYT xã (cho mục tiêu 1 và 3), bao gồm: trang thiết bị y tế, tài liệu, thuốc điều trị THA, tài liệu truyền thông, hồ sơ sổ sách quản lý bệnh nhân THA để đánh giá hiệu quả quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.

2.1.1.3. Bệnh nhân THA (Cho mục tiêu 2 và mục tiêu 3)

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Là những bệnh nhân THA đã được chẩn đoán, từ 25 tuổi trở lên, sinh sống tại các xã trong huyện Hạ Hoà.

+ Có đủ khả năng giao tiếp và tâm lý bình thường.

+ Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

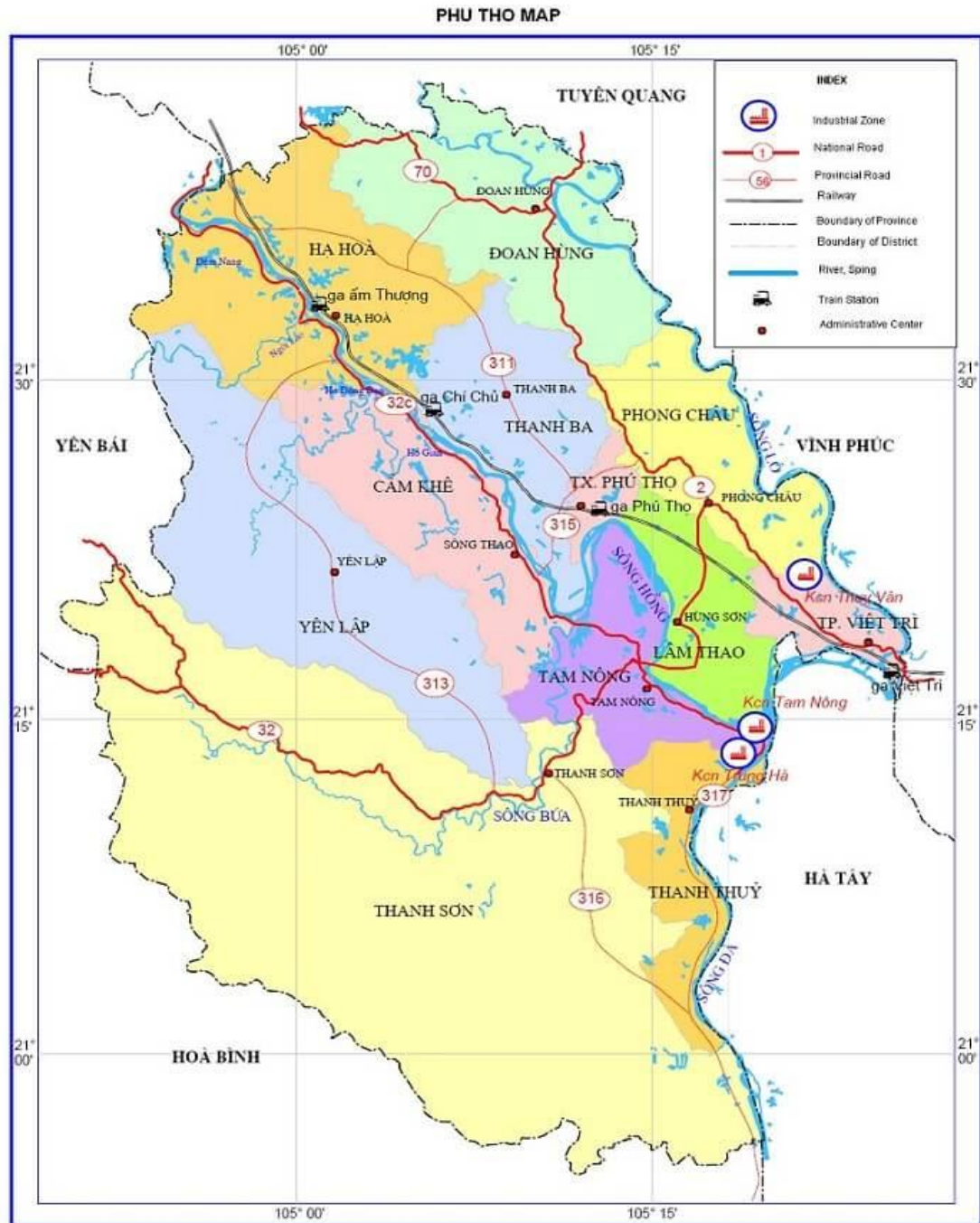
+ Mắc các bệnh tâm thần, không có đủ khả năng trả lời và tham gia các hoạt động can thiệp.

+ Không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Hạ Hoà, một huyện phía Tây Bắc của tỉnh Phú Thọ. Thị trấn huyện lỵ Hạ Hoà cách thành phố Việt Trì 70 km. Hạ Hoà có 32 xã và 01 thị trấn nằm dọc hai bên sông Hồng, phía Đông Bắc giáp huyện Đoan Hùng, phía Nam giáp huyện Cẩm Khê, phía Đông Nam giáp huyện Thanh Ba, phía Tây Nam giáp huyện Yên Lập, phía Tây Bắc giáp hai huyện Trấn Yên và Yên Bình thuộc tỉnh Yên Bái. Huyện có diện tích 342,5 km² với hệ thống giao thông tương đối thuận lợi gồm hai tuyến Quốc lộ chạy qua (32C và 70A), hai ga trên tuyến đường sắt Hà Nội-Lào Cai và giao thông đường thủy trên sông Hồng. Dân số của huyện là 108.889 người. Theo Niên giám thống kê năm 2017, về cơ cấu nghề nghiệp, toàn huyện có 71,5% lực lượng lao động thuộc lĩnh vực nông nghiệp; 12,4% thuộc lĩnh vực công nghiệp-xây dựng; và 16,1% thuộc lĩnh vực dịch vụ; thu nhập bình quân đầu người đạt 18,85 triệu đồng/năm [49].

Mặc dù không phải đại diện chung cho toàn tỉnh, song huyện Hạ Hoà mang nhiều nét đặc trưng của khu vực nông thôn trung du, miền núi trong tỉnh Phú Thọ về một số điều kiện tự nhiên, văn hoá, kinh tế-xã hội. Một điểm thuận lợi nữa là giữa các xã trong huyện không có sự khác biệt lớn về cơ cấu dân số, cơ cấu nghề nghiệp lao động, thu nhập bình quân đầu người hàng năm, trình độ dân trí, phong tục tập quán, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đồng thời, mạng lưới YTCS thuộc huyện Hạ Hoà khá đồng đều về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nguồn nhân lực, cấp uỷ và chính quyền các xã quan tâm đến sự nghiệp y tế, TTYT huyện thực hiện hai chức năng và là đơn vị khám chữa bệnh hạng 2. Với những lý do trên, chúng tôi đã lựa chọn huyện Hạ Hoà là địa bàn để triển khai nghiên cứu.



Hình 2.1. Bản đồ hành chính tỉnh Phú Thọ

Nguồn: <http://bandohanhchinh.com/wp-content/uploads/2018/05/Phu-Tho-1.jpg>

2.2. Thời gian nghiên cứu

- Điều tra đánh giá trước can thiệp được tiến hành 10/2015.
- Thời gian can thiệp từ 3/2016 đến 3/2017 (12 tháng)
- Đánh giá sau can thiệp được thực hiện từ 4/2017 đến 7/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng thiết kế thử nghiệm can thiệp cộng đồng có đối chứng trong giai đoạn 2015-2018, kết hợp với thiết kế nghiên cứu định tính.

2.3.1.1. Thử nghiệm can thiệp cộng đồng có đối chứng:

Nhóm đối chứng gồm 10/23 xã phía tả ngạn sông Hồng (Đan Hà, Chính Công, Phương Viên, Vĩnh Chân, Yên Kỳ, Cáo Điền, Đại Phạm, Vụ Cầu, Hà Lương và Hậu Bông). Nhóm can thiệp gồm 10/10 xã phía hữu ngạn sông Hồng (Văn Lang, Lâm Lợi, Hiền Lương, Quân Khê, Xuân Áng, Minh Côi, Vô Tranh, Chuế Lưu, Động Lâm và Bằng Giã).

Hiệu quả can thiệp được đánh giá trên 3 nhóm đối tượng: (i) cán bộ quản lý và cán bộ khám chữa bệnh nội khoa; (ii) trang thiết bị, tài liệu, hồ sơ sổ sách, hồ sơ bệnh nhân THA được quản lý tại TYT xã và (iii) người bệnh THA tại cộng đồng.

2.3.1.2. Thiết kế nghiên cứu định tính:

Nghiên cứu định tính được sử dụng nhằm mô tả, tìm hiểu sâu thêm về một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp quản lý THA và góp phần tìm kiếm các giải pháp cải thiện tình hình. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu cán bộ y tế và bệnh nhân THA trong quá trình can thiệp.

2.3.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

2.3.2.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong thử nghiệm can thiệp cộng đồng:

(i) Cơ sở y tế:

- Chọn chủ đích TTYT huyện và 20 TYT xã thuộc huyện Hạ Hòa (bao gồm 10 xã can thiệp và 10 xã đối chứng).

- Chọn xã đối chứng và can thiệp: để tránh ảnh hưởng của hoạt động can thiệp từ xã can thiệp sang xã đối chứng, dựa vào đặc điểm địa lý của huyện Hạ Hoà có sông Hồng chia huyện thành 2 vùng (tả sông Hồng: 23 xã

và hữu sông Hồng 10 xã), chúng tôi chọn tất cả 10 xã tả ngạn sông Hồng làm nhóm can thiệp và chọn 10 xã từ 23 xã hữu ngạn sông Hồng làm nhóm đối chứng. Tiêu chí chọn nhóm ngoài việc cách xa về địa lý còn chọn các xã nhóm đối chứng khá tương đồng với nhóm can thiệp.

(ii) Cán bộ y tế:

Cỡ mẫu được tính toán theo công thức áp dụng cho nghiên cứu can thiệp cho cán bộ y tế:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n_1 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho cán bộ y tế ở các xã đối chứng sau can thiệp

n_2 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho cán bộ y tế ở các xã can thiệp sau can thiệp

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy (với mức 95% = 1,96).

$Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu (80%).

p_1 : Tỷ lệ cán bộ y tế ở nhóm đối chứng thực hành đúng về quản lý THA tại cộng đồng sau can thiệp (ước lượng 20%).

p_2 : Tỷ lệ cán bộ y tế ở nhóm can thiệp thực hành đúng về quản lý THA tại cộng đồng sau can thiệp (ước lượng 60%).

p : $(p_1 + p_2)/2$

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = n_2 = 42$. Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu được 94 CBYT (nhóm can thiệp 52 CBYT và nhóm đối chứng 42 CBYT).

Tại mỗi TYT xã chọn tất cả cán bộ y tế (bao gồm bác sỹ, y sỹ và điều dưỡng) được phân công thực hiện công tác khám chữa bệnh THA và các bệnh khác.

(iii) Bệnh nhân THA:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n_1 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho bệnh nhân THA trong nhóm đối chứng.

n_2 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy (với mức 95% = 1,96).

$Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu (80%).

p_1 : Tỷ lệ bệnh nhân THA tại xã đối chứng duy trì được huyết áp mục tiêu sau can thiệp (60%)

p_2 : Tỷ lệ bệnh nhân THA tại xã can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu sau can thiệp (80%).

p : $(p_1 + p_2)/2$

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = n_2 = 108$. Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu được $n_1 = n_2 = 187$ người bệnh THA.

- *Chọn mẫu:*

Mẫu ngẫu nhiên đơn được áp dụng trong nghiên cứu này. Tại 20 xã được chọn, lập danh sách người bệnh THA từ 25 tuổi hiện đang sống trên địa bàn và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn lấy 18-20 người/xã.

2.3.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong nghiên cứu định tính:

Theo nguyên tắc chọn mẫu nghiên cứu định tính, nghiên cứu viên có thể chọn mẫu chủ định để lựa chọn những cá thể có thể cung cấp được nhiều thông tin. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn để phỏng vấn sâu đối với:

+ 12 cán bộ y tế trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia các hoạt động quản lý THA tại TTYT huyện và TYT xã thuộc huyện Hạ Hoà.

+ 10 người dân thuộc các xã của huyện Hạ Hoà.

2.3.3. Các chỉ tiêu, chỉ số nghiên cứu

2.3.3.1. Các chỉ tiêu, chỉ số cơ bản của mục tiêu 1

Về cán bộ y tế:

- Một số đặc trưng cá nhân cơ bản gồm: tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thời gian công tác

- Tỷ lệ % cán bộ y tế được đào tạo, tập huấn về quản lý THA (chẩn đoán, điều trị, tư vấn, lập hồ sơ bệnh án theo dõi bệnh nhân...) trong 5 năm trở lại đây

- Tỷ lệ % cán bộ y tế có kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA ở mức đạt (trả lời đúng ít nhất $24/31=75\%$ câu hỏi về kiến thức dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA)

- Tỷ lệ % cán bộ y tế có thực hành quản lý THA ở mức đạt (thực hiện đúng ít nhất 75% các bước thực hành trong quản lý THA)

Về trang thiết bị và thuốc điều trị tại TTYT huyện và TYT xã:

- Tỷ lệ cơ sở y tế có đủ trang thiết bị phục vụ công tác quản lý THA.

- Tỷ lệ cơ sở y tế có đủ thuốc điều trị THA theo danh mục quy định của Bộ Y tế

Về tài liệu truyền thông và hồ sơ, sổ sách tại TTYT huyện và TYT xã

- Tính sẵn có của tài liệu truyền thông về THA

- Tính sẵn có của hồ sơ, sổ sách phục vụ quản lý THA

2.3.3.2. Các chỉ tiêu, chỉ số cơ bản của mục tiêu 2

- Một số đặc trưng cá nhân của bệnh nhân như: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế

- Tỷ lệ % bệnh nhân THA có BHYT

- Tỷ lệ % bệnh nhân THA hiểu đúng về bệnh THA

- Tỷ lệ % bệnh nhân THA biết cách phát hiện THA bằng đo huyết áp

- Tỷ lệ bệnh nhân THA biết các triệu chứng của THA

- Tỷ lệ % bệnh nhân THA có kiến thức về các YTNC của THA
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA có kiến thức về các biện pháp phòng THA
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA có kiến thức về các biến chứng của THA
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA có kiến thức các nguyên tắc điều trị THA
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA có thái độ đúng về phòng chống THA
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA thực hành theo dõi huyết áp định kỳ
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA tuân thủ thực hành chỉ định dùng thuốc
 - Tỷ lệ % bệnh nhân THA tuân thủ thực hành các biện pháp điều trị THA
- THA
- Tỷ lệ % bệnh nhân THA được điều trị đạt và duy trì ổn định huyết áp mục tiêu

2.3.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

2.3.4.1. Một số kỹ thuật thu thập số liệu:

- Sử dụng bảng kiểm kết hợp với quan sát để thu thập số liệu thứ cấp (từ các hồ sơ, sổ sách, tài liệu truyền thông - tư vấn, trang thiết bị, thuốc điều trị THA....) tại các TYT xã và TTYT huyện.
- Phỏng vấn trực tiếp cán bộ y tế bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để thu thập các thông tin cá nhân, đánh giá kiến thức về bệnh THA và quản lý THA.
- Sử dụng bảng kiểm để đánh giá kỹ năng của cán bộ y tế trong thực hành khám-tư vấn-điều trị và quản lý THA.
- Phỏng vấn sâu cán bộ y tế TTYT huyện, TYT xã và người bệnh THA để tìm hiểu thực trạng khó khăn, thuận lợi trong quá trình triển khai quản lý THA tại tuyến xã, tuyến huyện.
- Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân THA đã được chọn theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, kèm theo đo huyết áp.
- Thu thập hồ sơ bệnh án bệnh nhân quản lý THA tại TYT để đánh giá hiệu quả.

2.3.4.2. Các công cụ thu thập số liệu:

- Bộ câu hỏi phỏng vấn cán bộ y tế được thiết kế sẵn bao gồm các phần: hành chính, đặc trưng cá nhân, kiến thức liên quan đến quản lý THA (khám, chẩn đoán, tư vấn, điều trị và quản lý hồ sơ bệnh nhân THA).

- Bộ câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân THA bao gồm các phần: hành chính, đặc trưng cá nhân, hành vi nguy cơ, kiến thức về bệnh THA, thái độ và thực hành trong kiểm soát huyết áp, quản lý THA, dự phòng nguy cơ, sử dụng dịch vụ y tế.... Kèm theo đo và ghi nhận chỉ số huyết áp của bệnh nhân.

- Bảng kiểm đánh giá kỹ năng thực hành khám, tư vấn, đo huyết áp, quản lý hồ sơ bệnh nhân THA của cán bộ y tế.

- Phiếu phỏng vấn định lượng cán bộ y tế, phiếu kiểm kê trang thiết bị y tế, thuốc và tài liệu truyền thông

- Phiếu phỏng vấn sâu các cán bộ y tế về khó khăn, thuận lợi trong quá trình triển khai quản lý THA tại tuyến y tế cơ sở.

Các bộ câu hỏi phỏng vấn cán bộ y tế, bộ câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân THA và các bảng kiểm sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế trên cơ sở nghiên cứu, tham khảo các bộ công cụ đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh THA của tác giả Nguyễn Lâm Việt [9], của chương trình phòng chống THA quốc gia [45], [67], cũng như của một số nghiên cứu trong nước [14], [27], [68] và quốc tế khác [17], [69], [70]. Trong quá trình thiết kế và phát triển các bộ công cụ nghiên cứu, chúng tôi đã nhận được sự góp ý và hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia giàu kinh nghiệm từ Bộ môn Nội-Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Tim mạch Quốc gia-Bệnh viện Bạch Mai, Cục Y tế dự phòng-Bộ Y tế, Bệnh viện Lão khoa Trung ương, Văn phòng WHO tại Việt Nam, cùng sự tham gia của các đồng nghiệp tại tỉnh Phú Thọ và của người dân. Các bộ công cụ này đã được thử nghiệm tại thực địa để hoàn thiện trước khi áp dụng chính thức trong nghiên cứu của chúng tôi.

2.3.5. Quy trình và các hoạt động can thiệp

Chúng tôi xác định một số nguyên tắc cơ bản để xây dựng quy trình và các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu như sau:

(i) Nguyên tắc bảo đảm tính khả thi:

- Can thiệp phải phù hợp với các định hướng về phát triển YTCS và quản lý các bệnh không lây nhiễm

- Dựa hoàn toàn vào hệ thống sẵn có, không làm phát sinh thêm nhân sự, không làm thay đổi tổ chức hoặc làm tăng gánh nặng cho bộ máy

(ii) Nguyên tắc bảo đảm tính bền vững:

- Nội dung can thiệp dễ áp dụng

- Kinh phí chấp nhận được

- Đáp ứng nhu cầu cộng đồng, được cộng đồng chấp nhận và hưởng ứng

2.3.5.1. Điều tra trước can thiệp:

Thu thập các số liệu đầu vào liên quan của các nhóm đối tượng nghiên cứu trước khi can thiệp thông qua:

- Điều tra phỏng vấn nhóm cán bộ y tế và nhóm người bệnh THA bằng các bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

- Quan sát đánh giá kỹ năng cán bộ y tế bằng bảng kiểm.

- Thu thập số liệu liên quan sẵn có tại TYT xã, TTYT huyện.

2.3.5.2. Triển khai các hoạt động can thiệp:

(i) Kiện toàn *Ban điều hành phòng, chống các BKLN* của Sở Y tế do một lãnh đạo Sở Y tế làm Trưởng ban, lãnh đạo các phòng chức năng (Phòng Nghiệp vụ Y, Phòng Nghiệp vụ Dược, Phòng Kế hoạch tài chính) và lãnh đạo các đơn vị liên quan (Bệnh viện đa khoa tỉnh, TTYTdự phòng tỉnh, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh) làm thành viên. Ban điều hành phòng, chống các BKLN có các nhiệm vụ sau:

- Tham mưu cho Giám đốc Sở Y tế trong chỉ đạo, điều hành tổ chức triển khai quản lý BKLN tại tuyến YTCS, trong đó có THA.

- Trực tiếp điều phối các hoạt động phòng chống THA, ĐTD, Ung thư và COPD trên địa bàn tỉnh.

Ban điều hành có quy chế hoạt động và có phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên. Định kỳ hàng quý, Ban điều hành tổ chức họp trao đổi tình hình triển khai công tác, thảo luận về những khó khăn, tồn tại, thách thức và thống nhất các giải pháp khắc phục.

(ii) Thành lập *Nhóm giám sát và hỗ trợ kỹ thuật* của tỉnh về triển khai quản lý THA tại tuyến YTCS gồm 02 bác sỹ thuộc Sở Y tế, 03 bác sỹ Bệnh viện đa khoa tỉnh, 02 bác sỹ TTYT dự phòng tỉnh, 01 bác sỹ và 01 cử nhân thuộc Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh. Các thành viên của nhóm đều có trình độ sau đại học, trong đó có 5 bác sỹ chuyên ngành nội khoa, tất cả đều được tham gia nhiều khoá tập huấn, cập nhật với các nội dung khác nhau về quản lý THA do Viện Tim mạch quốc gia-Bệnh viện Bạch Mai, hoặc WHO hỗ trợ tổ chức. Nhóm xây dựng kế hoạch và tổ chức thực hiện giám sát, hỗ trợ tại TTYT huyện Hạ Hoà và các xã can thiệp.

- Trong thời gian nghiên cứu, tổng số có 42 cuộc giám sát và hỗ trợ kỹ thuật của nhóm tại 10 TYT xã can thiệp (trung bình mỗi TYT xã được giám sát và hỗ trợ kỹ thuật 01 lần/01 quý và trong 12 tháng can thiệp, mỗi TYT xã được tính giám sát và hỗ trợ kỹ thuật 04 lần). Hàng quý, TTYT huyện cũng được giám sát và hỗ trợ kỹ thuật 01 lần.

- Các cuộc giám sát và hỗ trợ kỹ thuật đều sử dụng các công cụ được thiết kế sẵn (biên bản, bảng kiểm...) phù hợp. Trong các cuộc giám sát, tính hỗ trợ kỹ thuật cho cán bộ TYT xã trong quản lý THA được xác định là nhiệm vụ ưu tiên và đây được xem là một trong những hình thức đào tạo bằng “*cầm tay chỉ việc*” tại chỗ rất hiệu quả.

Ngoài ra, một số tồn tại, hạn chế, hoặc vướng mắc phát sinh đã được phát hiện, tổng hợp và báo cáo Ban điều hành sau mỗi đợt giám sát. Từ đó, nhiều giải pháp hữu hiệu đã được triển khai để cải thiện chất lượng cung cấp dịch vụ quản lý THA ở các TYT xã cũng như TTYT huyện Hạ Hoà.

(iii) Thành lập *Đơn vị điều trị THA* và *Đơn vị phòng, chống THA* tại TYTT huyện.

- *Đơn vị Điều trị THA* của TTYT huyện Hạ Hoà thuộc Khoa Khám bệnh, bao gồm 03 bác sỹ chuyên khoa nội và 01 bác sỹ chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, 03 y sỹ đa khoa và 03 cử nhân điều dưỡng. Đơn vị Điều trị THA thực hiện các nhiệm vụ chính sau:

+ Sàng lọc, phát hiện mới bệnh nhân THA, tư vấn, điều trị và lập hồ sơ quản lý. Tiếp nhận bệnh nhân THA chuyển tuyến từ TYT xã lên để điều trị, tư vấn và lập hồ sơ quản lý.

+ Chuyển bệnh nhân THA về để điều trị, quản lý tại TYT xã sau khi bệnh nhân được điều trị đạt và duy trì ổn định huyết áp mục tiêu.

+ Tham gia giám sát, hỗ trợ kỹ thuật cho các TYT xã trong quản lý THA.

- *Đơn vị phòng, chống THA* thuộc Khoa Y tế công cộng và Dinh dưỡng, gồm 01 bác sỹ chuyên khoa y tế công cộng, 01 bác sỹ đa khoa và 02 y sỹ và 02 cử nhân điều dưỡng. Đơn vị Phòng, chống THA thực hiện một số nhiệm vụ chủ yếu như:

+ Chỉ đạo, hướng dẫn và hỗ trợ kỹ thuật TYT xã thực hiện các hoạt động thông tin-giáo dục-truyền thông nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi của cộng đồng trong phòng, chống THA.

+ Phối hợp cùng *Đơn vị Điều trị THA* thực hiện giám sát hỗ trợ kỹ thuật định kỳ trong triển khai các hoạt động quản lý THA tại các TYT xã và các hoạt động phòng chống THA tại cộng đồng.

(iv) Tổ chức các lớp tập huấn về quản lý THA cho cán bộ y tế TTYT huyện và TYT các xã can thiệp:

- Tập huấn *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp* ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế: 01 lớp, 24 cán bộ tham dự.

- Tập huấn *Hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN phổ biến cho tuyến YTCS* (tài liệu do Cục Quản lý Khám chữa bệnh ban hành - 2016): 01 lớp, 34 cán bộ tham dự.

- Lớp tập huấn *Kỹ năng truyền thông, tư vấn về phòng chống THA, quản lý THA*: 01 lớp, 36 cán bộ tham dự.

(v) Bổ sung trang thiết bị thiết yếu và thuốc theo danh mục Bộ Y tế quy định để phục vụ quản lý THA tại các TYT xã. Các trang thiết bị thiết yếu đơn giản phục vụ chẩn đoán bệnh tăng huyết áp như các ống nghe, máy đo huyết áp, thước đo chiều cao, cân... là những dụng cụ đơn giản được Trung tâm y tế hỗ trợ cho các xã can thiệp. Các loại thuốc duy trì huyết áp, lợi tiểu,... được sử dụng trong điều trị tăng huyết áp tại xã đều được cung cấp (bệnh nhân phải tự mua).

(vi) Tổ chức các hoạt động truyền thông về phòng, chống THA tại cộng đồng ở 10 xã can thiệp. Các hoạt động chính bao gồm:

- Tổng số có 22 tin, bài, thông điệp về phòng, chống THA được phát trên 520 lượt định kỳ hàng tuần trên hệ thống Đài truyền thanh tới từng khu dân cư. Các tin, bài, thông điệp hầu hết được sử dụng từ nguồn Chương trình phòng, chống THA quốc gia cung cấp và hướng dẫn.

- Tổ chức lồng ghép truyền thông trực tiếp về phòng, chống THA vào 35 buổi sinh hoạt định kỳ của một số tổ chức đoàn thể (người cao tuổi, cựu chiến binh, phụ nữ, nông dân) tại 10 xã. Kết hợp truyền thông lồng ghép trong 08 đợt khám sức khỏe người cao tuổi, 10 chiến dịch kế hoạch hoá gia đình và 10 buổi tiêm chủng mở rộng.

- Tờ rơi và Poster về phòng, chống THA được cung cấp tại các TYT xã, TTYT huyện.

(vii) Triển khai thường xuyên công tác khám phát hiện, tư vấn, chuyển tuyến, điều trị và quản lý THA tại tất cả các TYT xã:

- Truyền thông về phòng chống THA: giảm thiểu YTNC của THA và tăng cường yếu tố bảo vệ (không thuốc lá, giảm rượu/bia, tăng hoạt động thể lực, kiểm soát cân nặng, dinh dưỡng hợp lý, giảm muối, giảm stress...).

- Hướng dẫn người dân tự đánh giá nguy cơ, phát hiện sớm dấu hiệu của THA, chủ động đến khám tại các cơ sở y tế. Theo dõi, giám sát, tư vấn và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc, tuân thủ các chế độ điều trị và điều chỉnh hành vi lối sống ngay tại nhà.

- Tổ chức các hình thức sinh hoạt cộng đồng giữa những người mắc bệnh để trao đổi thông tin, hỗ trợ nhau trong quá trình tự chăm sóc, điều trị bệnh tại nhà.

- Sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý trường hợp nhẹ của THA. Quản lý, điều trị duy trì bệnh nhân THA sau khi đã được chẩn đoán và điều trị ổn định tại cơ sở khám, chữa bệnh tuyến trên.

- Phát hiện, chuyển tuyến về TTYT huyện những trường hợp bệnh nhân THA nặng, THA có biến chứng, THA có kết hợp các bệnh ký khác, THA đơn thuần điều trị tại TYT xã sau 1 tháng không đạt huyết áp mục tiêu.

2.3.5.3. Điều tra đánh giá sau can thiệp

Các nội dung điều tra, phỏng vấn được tiến hành tương tự như điều tra trước can thiệp. Kết quả của các can thiệp cộng đồng, các yếu tố ảnh hưởng sẽ được đánh giá thông qua so sánh sự khác biệt về các biến số nghiên cứu giữa trước và sau can thiệp, từ đó đề xuất khuyến nghị can thiệp phù hợp.

2.3.6. Một số khái niệm và thang đo sử dụng trong nghiên cứu

- Huyết áp mục tiêu: là mức huyết áp mà mỗi bệnh nhân nên hướng tới trong quá trình điều trị THA để có được lợi ích tốt nhất cho sức khỏe. Huyết áp mục tiêu đầu tiên cho tất cả bệnh nhân THA là 140/90mmHg. Nếu dung nạp tốt, phải xem xét đích <130/80 mmHg cho hầu hết bệnh nhân. Tuy nhiên, huyết áp mục tiêu của mỗi người có thể khác nhau phụ thuộc vào độ tuổi, các bệnh lý mắc kèm.

Bảng 2.1. Ranh giới đích điều trị tăng huyết áp [5]

Nhóm tuổi	Ranh giới đích điều trị HATT (mmHg)					Ranh giới đích điều trị HHTTr (mmHg)
	THA chung	THA-Đái tháo đường	THA-Bệnh thận mạn	THA-Bệnh mạch vành	Đột quy	
18-64	Đích khoảng 130-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 130-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 140-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 130-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 130-120 nếu dung nạp	<80 đến 70
≥ 65	Đích khoảng 140-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 140-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 140-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 140-120 nếu dung nạp	Đích khoảng 430-120 nếu dung nạp	<80 đến 70

- Thừa cân, béo phì: Thừa cân và béo phì là sự tích tụ mỡ bất thường hoặc quá mức gây ra suy giảm sức khỏe. Ở người trưởng thành, chỉ số khối cơ thể (BMI) thường được sử dụng để phân loại thừa cân và béo phì. BMI được định nghĩa là trọng lượng của một người tính bằng kg chia cho bình phương chiều cao của mình tính theo mét. WHO khu vực Tây Thái Bình Dương đưa

ra khuyến nghị phân loại thừa cân, béo phì cho cộng đồng các nước châu Á như sau [71]:

+ BMI từ 23,0 - 24,9: thừa cân

+ BMI từ 25,0 - 29,9: béo phì độ I

+ BMI \geq 30,0: béo phì độ II

- Chế độ ăn nhiều mỡ: là tình trạng lượng lipid > 25% tổng năng lượng khẩu phần ăn [72].

- Chế độ ăn thừa muối (ăn mặn): theo WHO khuyến cáo người trưởng thành nên ăn dưới 05 gram (tương đương khoảng 01 thìa cà phê) muối mỗi ngày. Ăn lượng muối nhiều hơn 5 gram mỗi ngày là ăn thừa muối [73]. Bằng kinh nghiệm, người bệnh có thể tự ước lượng số lượng muối mình ăn hàng ngày qua các món kho, nước mắm/tương chấm, muối chấm, các loại dưa muối, canh...

- Chế độ ăn đủ rau, quả: theo khuyến cáo của WHO, người trưởng thành nên ăn mỗi ngày ít nhất 400 gram rau quả [72].

- Lạm dụng rượu bia: sử dụng rượu, bia không thích hợp dẫn đến biến đổi về chức năng của cơ thể hoặc xuất hiện một số biểu hiện về lâm sàng thì được coi là lạm dụng rượu, bia. Theo cách tính của WHO, 01 đơn vị rượu tương đương với 10g ethanol, tương đương với: 2/3 chai bia/lon 330ml (5%), hoặc 01 cốc bia hơi 330ml, hoặc 01 ly rượu vang 80ml, hoặc 01 chén rượu mạnh 25ml (40%). Tiêu chuẩn xác định lạm dụng rượu, bia của WHO: đối với phụ nữ, trên 14 đơn vị rượu mỗi tuần hoặc 2 đơn vị rượu mỗi ngày và đối với nam giới, trên 21 đơn vị rượu mỗi tuần hoặc 3 đơn vị rượu mỗi ngày [1], [32]. Tuy nhiên, quan điểm về ngưỡng an toàn đối với rượu bia hiện nay có nhiều thay đổi. Dựa vào các bằng chứng khoa học, năm 2016 Cơ quan y tế của Vương quốc Anh đã ban hành Khuyến nghị mới về sử dụng đồ uống có cồn, cảnh báo rằng uống rượu bia với bất kỳ mức độ nào cũng làm tăng nguy cơ gây

các bệnh ung thư, đồng thời khuyến cáo nam giới không nên uống quá 14 đơn vị trong 1 tuần, mức độ tương tự cũng được khuyến cáo cho nữ giới (1 đơn vị cồn của Anh tương đương với 8 gram cồn nguyên chất) [74].

- Hoạt động thể lực: WHO khuyến cáo người từ 18 tuổi trở lên nên có hoạt động thể lực ở mức độ vừa ít nhất 150 phút, hoặc với cường độ cao ít nhất 75 phút mỗi tuần, hoặc nên có sự kết hợp hợp lý giữa mức độ vừa và mức độ cao [72].

2.3.7. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập trên phần mềm EpiData 3.1. Chế độ kiểm tra chặt chẽ được thiết lập để tránh sai số do nhập số liệu. Toàn bộ số liệu sau khi nhập xong sẽ chuyển sang SPSS 15.0 để quản lý và phân tích.

Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Test χ^2 và giá trị P được sử dụng để biểu thị sự khác biệt giữa các biến số độc lập và biến số phụ thuộc. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Hiệu quả can thiệp cũng được tính cho các chỉ số nghiên cứu, ví dụ CSHQ của từng nhóm (can thiệp và đối chứng) sẽ được tính như sau cho hiệu biết về THA, ví dụ tính CSHQ cho nhóm can thiệp.

$$\text{CSHQ} = \frac{\text{Tỷ lệ hiệu biết THA sau CT} - \text{Tỷ lệ hiệu biết THA trước CT}}{\text{Tỷ lệ hiệu biết THA trước CT}}$$

So sánh CSHQ giữa nhóm can thiệp và đối chứng được tính theo cách tính sự khác biệt giữa 2 nhóm (Difference in Difference):

$$\text{CSHQ (CT/ĐC)} = \frac{\text{CSHQ nhóm can thiệp (sau CT)} - \text{CSHQ nhóm đối chứng (sau CT)}}{\text{CSHQ nhóm đối chứng (sau CT)}}$$

Việc nhận định hiệu quả can thiệp cần dựa trên cả 2 thông số đồng thời, đó là CSHQ và giá trị p.

2.3.8. Các biện pháp hạn chế sai số

Để hạn chế những sai số ngẫu nhiên, sai số hệ thống và sai số trong quá trình thu thập số liệu, chúng tôi đã thực hiện các biện pháp gồm:

- Tính toán cỡ mẫu nghiên cứu đủ lớn dựa trên những số liệu có tính đại diện cao. Các xã được chọn vào nghiên cứu có nhiều sự tương đồng về điều kiện tự nhiên, kinh tế-xã hội, phong tục tập quán, cơ cấu dân số-lao động, mạng lưới y tế...

- Tập huấn: kết hợp các phương pháp giảng dạy truyền thống với giảng dạy tích cực và đóng vai...tuỳ theo nội dung và tính chất bài học. Chú trọng thực hành bằng phương pháp đóng vai. Luôn có sự tương tác tích cực giữa học viên và giảng viên.

- Điều tra viên được tuyển chọn kỹ, gồm những cán bộ đúng chuyên ngành, có trình độ và kinh nghiệm tốt, được tập huấn sử dụng thành thạo bộ công cụ.

- Các bộ công cụ được thiết kế logic, dễ hiểu, được thử nghiệm tại thực địa và hoàn thiện trước khi đưa vào nghiên cứu chính thức.

- Đo huyết áp của bệnh nhân tuân thủ các bước theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế [16]:

- + Nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút trước khi đo huyết áp.
- + Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước đó 2 giờ.
- + Tư thế đo chuẩn: người được đo huyết áp ngồi ghế tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Ngoài ra, có thể đo ở các tư thế nằm, đứng.

- + Sử dụng huyết áp kế thủy ngân, huyết áp kế đồng hồ hoặc huyết áp kế điện tử. Các thiết bị đo được kiểm chuẩn định kỳ. Bề dài bao đo tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn

băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc mốc 0 của thang đo ngang mức với tim.

+ Nếu không đo bằng huyết áp kế điện tử, trước khi đo phải xác định vị trí động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30mmHg sau khi không còn thấy mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2-3mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff) và huyết áp tâm trương tương ứng với khi mất hẳn tiếng đập (pha V của Korotkoff).

+ Không nói chuyện khi đang đo huyết áp.

+ Đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.

+ Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HATT/HATTr, không làm tròn số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người bệnh.

- Việc thu thập số liệu được các giám sát viên giám sát chặt chẽ ở tất cả các khâu để tránh nhầm lẫn hoặc bỏ sót các thông tin.

Nhóm đánh giá hiệu quả can thiệp:

Nhóm đánh giá hiệu quả can thiệp bao gồm 4 cán bộ nghiên cứu thuộc Trường Đại học Y Hà Nội và Viện Tim mạch Quốc gia. Họ có trách nhiệm kiểm tra việc thực hiện can thiệp tại các xã đối chứng và can thiệp tại huyện Hà Hoà, kiểm tra việc thu thập số liệu trước và sau can thiệp (kiểm tra 5% các phiếu thu thập số liệu), kiểm tra việc nhập số liệu (sử dụng kỹ thuật cross-check), xử lý và phân tích số liệu.

2.3.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng xét tuyển nghiên cứu sinh của Trường thông qua nhằm đảm bảo tính khoa học và khả thi.

Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin của những người tham gia nghiên cứu được giữ bí mật hoàn toàn thông qua mã hóa các thông tin và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Không sử dụng thông tin nghiên cứu cho bất cứ mục đích nào khác và số liệu thu thập được hoàn toàn chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp

3.1.1. Tại trạm y tế xã

3.1.1.1. Nâng cao kiến thức, kỹ năng của cán bộ y tế về bệnh tăng huyết áp và quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.1. Phân bố một số đặc trưng cá nhân của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng

Đặc trưng cá nhân	Nhóm đối chứng		Nhóm can thiệp can thiệp		p
	n	%	n	%	
Nhóm tuổi					0,321
20-29	6	54,5	5	45,5	
30-39	9	33,3	18	66,7	
≥40	27	48,2	29	51,8	
Tổng số	42	100	52	100	
Giới tính					0,623
Nam	18	48,6	19	51,4	
Nữ	24	42,1	33	57,9	
Tổng số	42	100	52	100	
Trình độ chuyên môn					0,437
Bác sỹ	10	46,7	11	52,1	
Y sỹ	16	45,7	19	54,3	
Y tá	6	31,6	13	68,8	
Dược sỹ	10	52,6	9	47,4	
Tổng số	42	100	52	100	
Thời gian công tác trong ngành					0,437
≤5 năm	10	52,6	9	47,4	
>5 năm	32	42,7	43	57,3	

Bảng trên cho thấy một số đặc trưng cá nhân như tuổi, giới, trình độ chuyên môn, số năm công tác trong ngành y của các cán bộ y tế giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Phân bố lượng cán bộ y tế trung bình/trạm y tế xã, tuổi trung bình và thời gian công tác trung bình của cán bộ y tế

Đặc trưng cá nhân	Nhóm đối chứng ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm can thiệp ($\bar{X} \pm SD$)	p
Số lượng cán bộ y tế	4,2±0,6	5,2±0,4	0,089
Tuổi trung bình	44,2±10,8	42,1±9,5	0,070
Thời gian công tác trung bình	16,8±10,55	16,4±9,3	0,674

Bảng trên cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa số lượng cán bộ y tế, tuổi trung bình và thời gian công tác của cán bộ y tế tại TYT của các xã can thiệp và các xã đối chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Hiệu quả công tác đào tạo quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng trước và sau can thiệp

Đào tạo liên tục về quản lý tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/Đ C	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Được đào tạo lại về THA trong vòng 1 năm qua	6 (14,3)	8 (19,4)	5 (9,6)	40 (76,9)	35,6	87,5	<0,01	50,9
	>0,05		<0,001					
Nội dung đào tạo về dự phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh THA và quản lý THA	5 (11,9)	7 (16,7)	5 (9,6)	38 (73,1)	16,7	86,9	<0,01	70,1
	>0,05		<0,001					
Truyền thông, tư vấn về THA	2 (4,8)	3 (7,1)	4 (7,7)	32 (61,5)	47,9	698	<0,001	650,1
	>0,05		<0,001					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, số lượng cán bộ y tế được đào tạo, tập huấn các nội dung chuyên môn về quản lý THA bao gồm chẩn đoán, điều trị, dự phòng và truyền thông-tư vấn đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ 0,01 đến 0,001 và CSHQ tăng từ 50,9 đến 650,1%.

Bảng 3.4. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng

Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về quản lý tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Kiến thức quản lý THA ở mức đạt	10 (23,8)	12 (28,6)	14 (26,9)	40 (76,9)	20,1	185,8	<0,05	165,7
	>0,05		<0,05					
Kiến thức chẩn đoán và điều trị bệnh THA ở mức đạt	7 (16,7)	8 (19,0)	8 (19,0)	36 (69,2)	13,8	264,2	<0,05	245,2
	>0,05		<0,05					
Kiến thức về dự phòng bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	9 (21,4)	11 (21,1)	41 (78,8)	10,0	273,5	<0,05	263,5
	>0,05		<0,05					

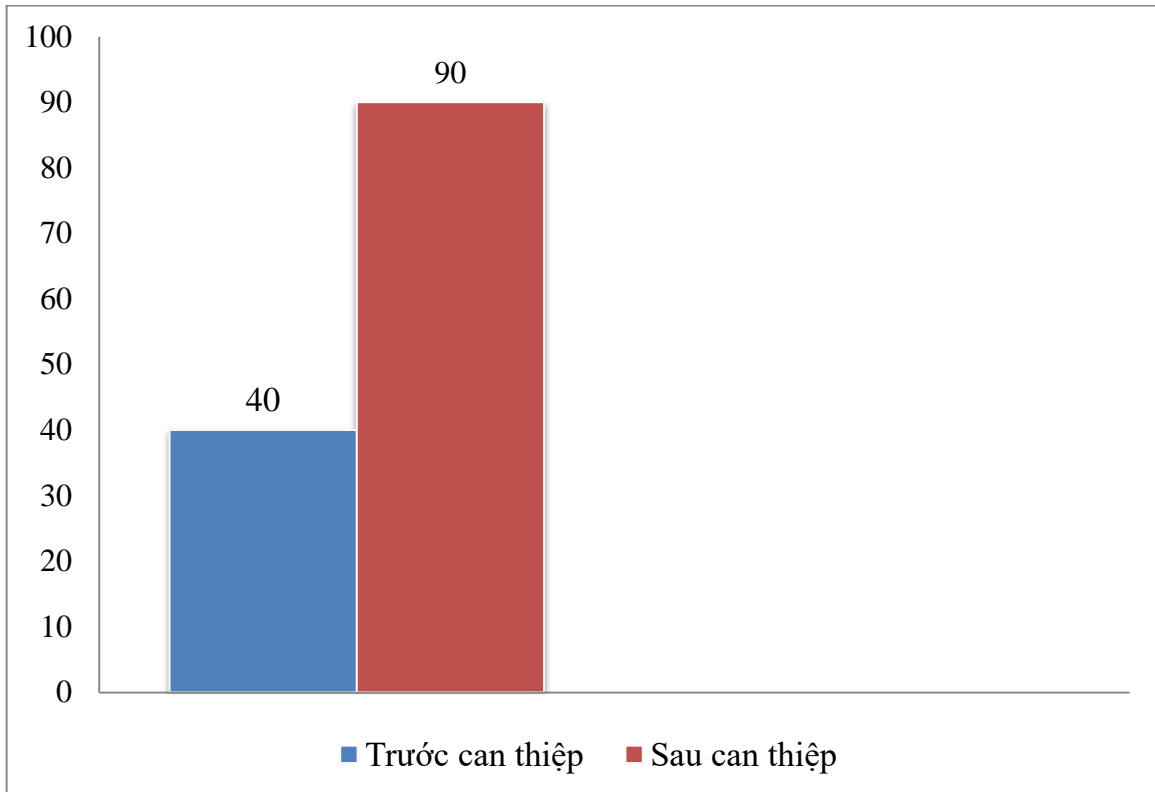
Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, điều trị THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với p <0,05 và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2%.

Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng

Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành phòng và điều trị bệnh THA	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Thực hành quản lý THA ở mức đạt	7 (16,7)	6 (14,3)	9 (21,4)	34 (65,4)	14,4	205,6	<0,05	191,2
	>0,05		<0,05					
Kỹ năng sử dụng phần mềm quản lý THA ở mức đạt	0	0	15 (28,8)	35 (67,2)	0	133,3	-	-
	-		<0,05					
Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	11 (26,2)	13 (25,0)	37 (71,1)	10,1	184,2	<0,05	174,1
	>0,05		<0,05					
Thực hành tư vấn dự phòng bệnh THA ở mức đạt	25 (59,5)	27 (64,3)	27 (51,9)	49 (94,2)	8,1	81,5	<0,05	73,4
	>0,05		<0,05					

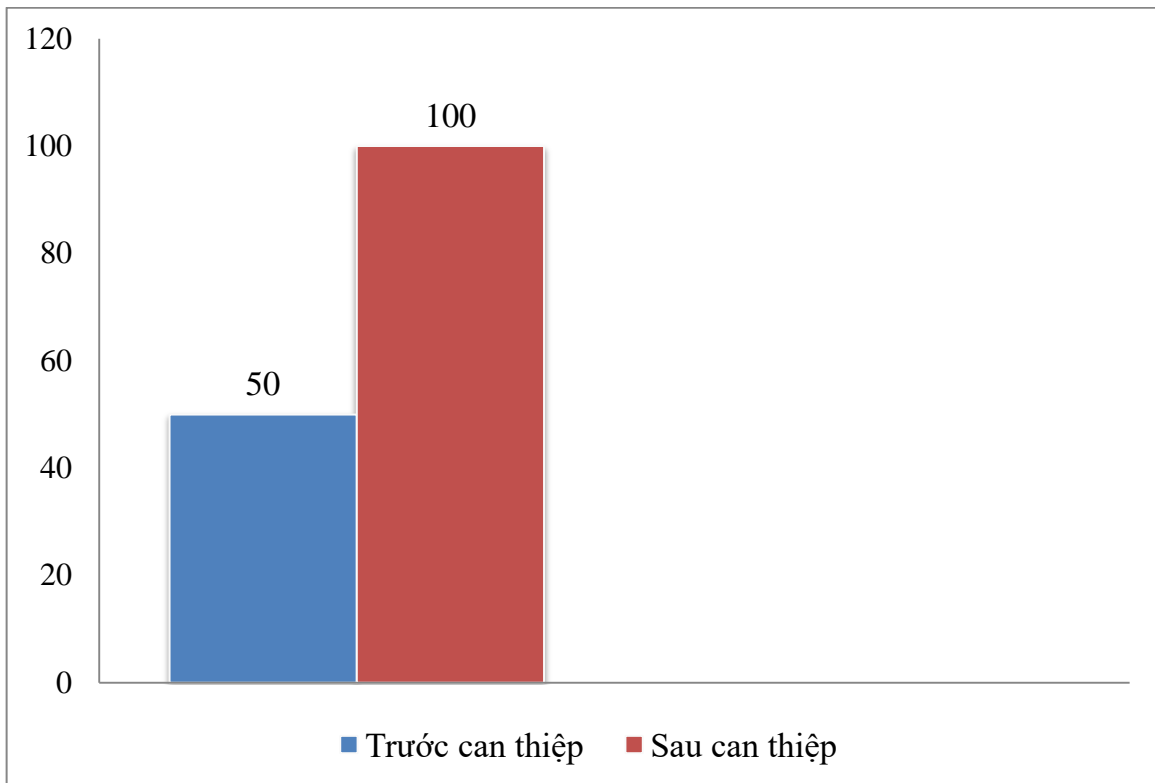
Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế thực hành quản lý THA: sử dụng phần mềm quản lý THA, thực hành chẩn đoán, điều trị và tư vấn dự phòng bệnh THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 73,4% đến 191,2%.

3.1.1.2. Kết quả bổ sung trang thiết bị y tế, thuốc điều trị, hồ sơ quản lý tăng huyết áp



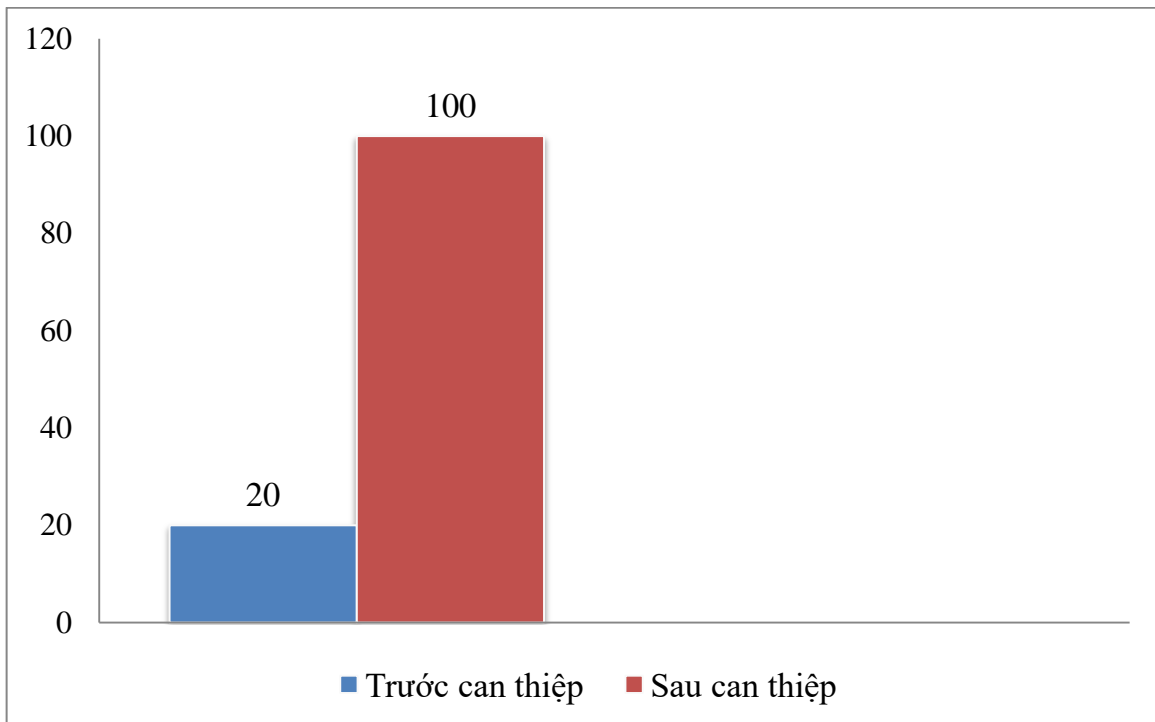
Biểu đồ 3.1. Tính sẵn có về trang thiết bị y tế cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã

Biểu đồ trên cho thấy tại các TYT xã nhóm can thiệp, ở thời điểm trước can thiệp chỉ có 04 TYT xã (40%) có đầy đủ 15 loại trang thiết bị y tế cần thiết được sử dụng để quản lý THA, nhưng sau can thiệp 09 TYT xã (90%) đã có đủ 15 loại trang thiết bị y tế và được sử dụng thường xuyên cho công tác quản lý THA tại xã.



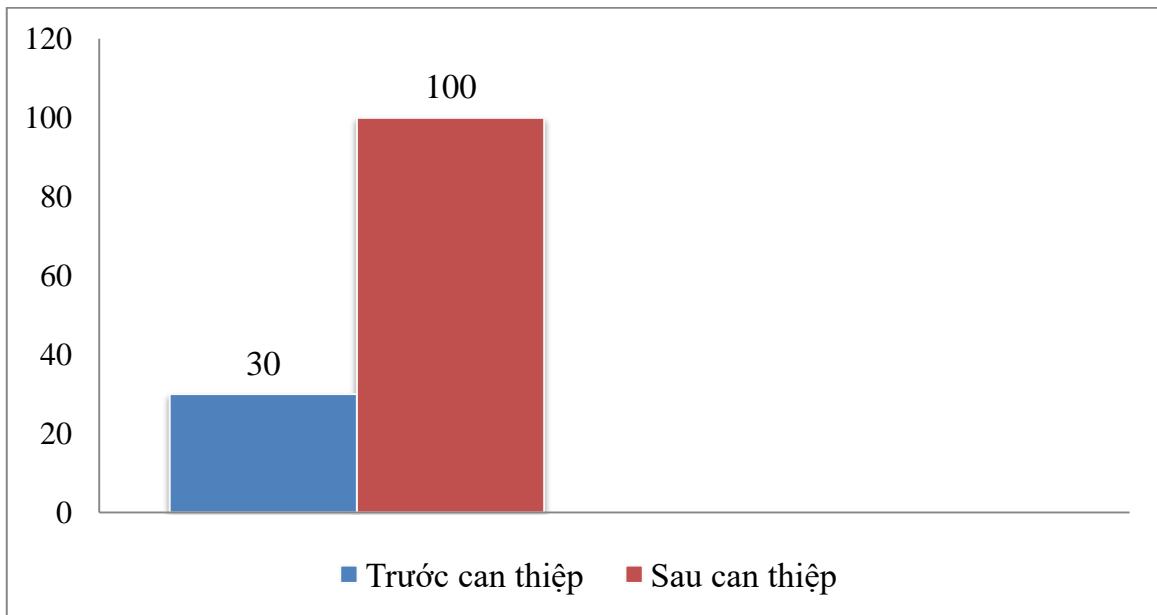
Biểu đồ 3.2. Tính sẵn có về thuốc cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã

Biểu đồ trên cho thấy tại các TYT xã nhóm can thiệp, trước can thiệp chỉ có 5 TYT (50%) có đủ các nhóm thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị THA (nhóm chẹn kênh can xi: nifedipin, amlodipin; nhóm ức chế men chuyển: perindopril, captopril, enalapril; nhóm đối kháng thụ thể: losartan; nhóm lợi tiểu: hydrochlorothiazid/furosemid; thuốc chống đông máu aspirin), nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc đáp ứng yêu cầu điều trị THA ở tuyến xã.



Biểu đồ 3.3. Tính sẵn có về hồ sơ và sổ sách cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã

Biểu đồ trên cho thấy tại các TYT xã nhóm can thiệp, các sổ sách, hồ sơ phục vụ việc đăng ký khám chữa bệnh, chẩn đoán, chỉ định thuốc điều trị, hẹn tái khám...gồm sổ khám bệnh A1/YTCS, bệnh án điều trị ngoại trú bệnh nhân THA (dùng để theo dõi, quản lý THA) trước can thiệp chỉ có 2 TYT xã (20%) thực hiện và ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết, nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã thực hiện tốt việc này.



Biểu đồ 3.4. Tính sẵn có về các tài liệu truyền thông cho công tác quản lý tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã

Biểu đồ trên cho thấy tại các TYT xã nhóm can thiệp, một số tài liệu truyền thông như tờ rơi phát cho người bệnh THA, tin/bài/thông điệp phát thanh trên Đài truyền thanh, băng rôn, pa nô treo ở TYT và một số nơi công cộng ở thời điểm trước can thiệp chỉ có 3 TYT xã (30%) có đầy đủ số lượng nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng các tài liệu truyền thông.

3.1.2. Tại trung tâm y tế huyện

Tại TTYT huyện, 16 cán bộ thuộc *Đơn vị điều trị THA* và *Đơn vị dự phòng THA* đều được đào tạo về quản lý THA với các nội dung: sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, tư vấn, lập hồ sơ quản lý và công tác giám sát hỗ trợ tại các xã. Đồng thời, tất cả các loại thuốc, trang thiết bị y tế, tài liệu truyền thông phục vụ quản lý THA đều đầy đủ sau can thiệp. Qua đó, năng lực quản lý THA tại TTYT huyện được nâng cao rõ rệt.

Đặc biệt, công tác giám sát hỗ trợ của *Đơn vị điều trị THA* và *Đơn vị dự phòng THA* đối với các TYT xã cũng được thực hiện định kỳ hàng tháng.

3.2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh

3.2.1. Một số thông tin đặc trưng cá nhân của người bệnh

Bảng 3.6. Một số thông tin đặc trưng cá nhân của người bệnh

Đặc trưng	Nhóm đối chứng		Nhóm can thiệp		p
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Tuổi					
<40	20	10,7	7	3,7	0,109
40-49	25	13,4	11	5,9	
50-59	43	23,0	36	19,3	
60-69	45	24,1	77	41,2	
≥ 70	54	28,8	56	29,9	
Giới					
Nam	82	43,9	100	53,5	0,534
Nữ	105	56,1	87	46,5	
Dân tộc					
Kinh	183	97,9	184	98,2	0,451
Khác	4	2,1	3	1,8	
Trình độ học vấn					
Tiểu học & THCS	126	67,4	114	60,1	0,189
PTTH	61	32,6	73	39,9	
Nghề nghiệp					
Nông dân	122	65,2	133	71,1	0,341
Khác	65	34,8	54	28,9	
Tình trạng hôn nhân					
Có vợ/chồng	145	77,5	149	79,7	0,169
Chưa có vợ/chồng	42	22,5	38	20,3	

Bảng trên cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về một số thông tin đặc trưng cá nhân của người bệnh THA như tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tình trạng hôn nhân giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Phân loại kinh tế hộ gia đình và thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh ở nhóm can thiệp và đối chứng

Tình trạng kinh tế hộ gia đình	Nhóm đối chứng		Nhóm can thiệp		p
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Khá	28	15,0	31	16,6	0,265
Trung bình	140	74,9	124	66,3	
Nghèo/Cận nghèo	19	10,1	32	17,1	
Thẻ bảo hiểm y tế					0,147
Có	182	97,3	172	91,9	
Không	5	2,7	15	8,1	

Bảng trên cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kinh tế hộ gia đình và tình trạng có thẻ bảo hiểm y tế ở 2 nhóm can thiệp và đối chứng với $p > 0,05$.

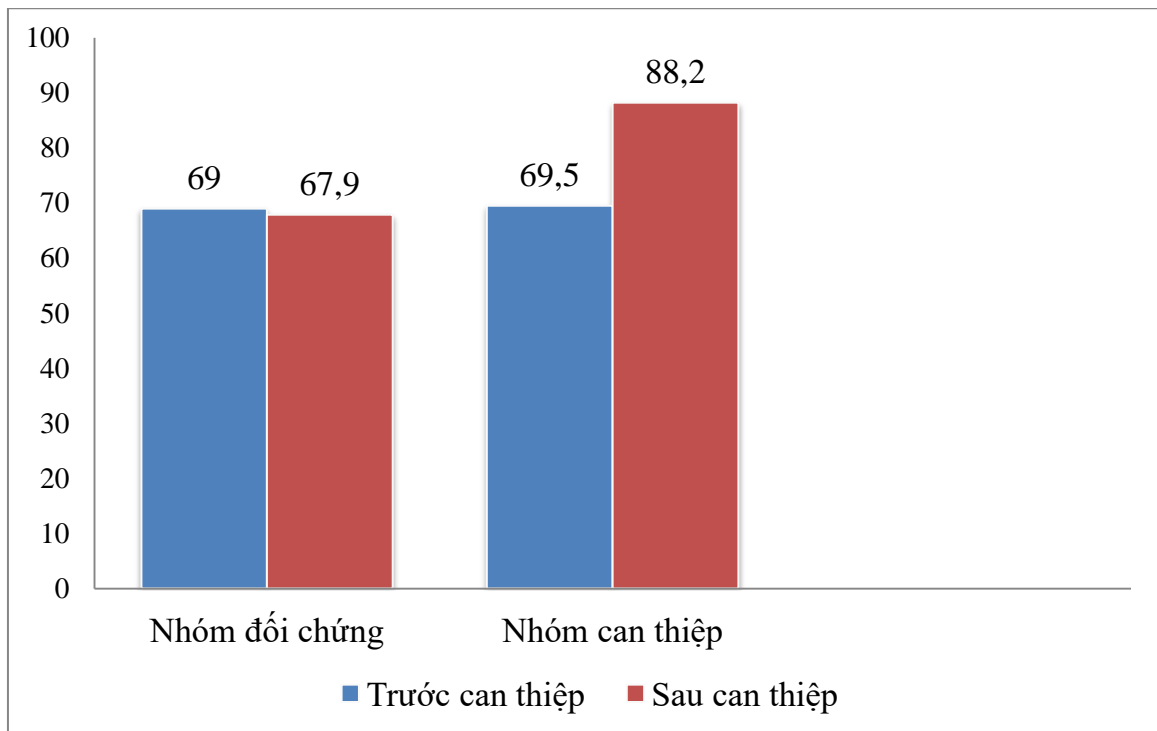
3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức thái độ và thực hành tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp

3.2.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.8. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về định nghĩa và cách phát hiện tăng huyết áp

Kiến thức và cách phát hiện tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Hiểu biết định nghĩa về THA	76 (40,6)	83 (44,0)	81 (43,3)	167 (89,3)	8,8	106,2	<0,01	97,4
	p>0,05		p<0,01					
Hiểu biết về phát hiện THA bằng đo huyết áp	94 (50,3)	97 (51,9)	87 (46,5)	152 (81,3)	3,2	74,8	<0,01	71,6
	p>0,05		p<0,01					

Bảng trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu về định nghĩa của THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (89,3% sau can thiệp so với 43,3% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu về định nghĩa của THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 94,7%). Tương tự, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu cách phát hiện THA bằng đo huyết áp tăng cao mang ý nghĩa thống kê (81,3% sau can thiệp so với 46,5% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu cách phát hiện THA bằng đo huyết áp tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 71,6%).



Biểu đồ 3.5. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về 5 triệu chứng của tăng huyết áp

Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu tất cả 5 triệu chứng của THA (nhức đầu, ù tai, hoa mắt, chóng mặt và bốc hỏa) tăng cao mang ý nghĩa thống kê (69,5% sau can

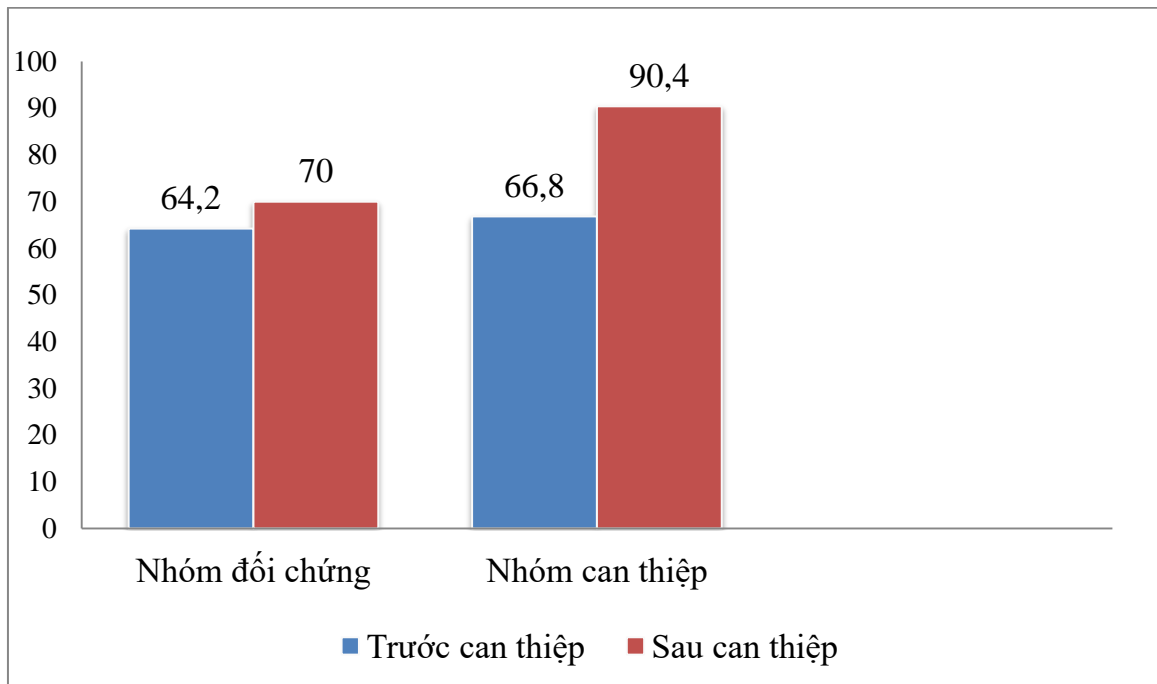
thiệt so với 88,2% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiệu tất cả 5 triệu chứng của THA của tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 85,5%).

Bảng 3.9. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về từng triệu chứng của tăng huyết áp

Kiến thức về các triệu chứng của bệnh THA	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chi số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Nhức đầu	182 (97,3)	171 (91,4)	177 (94,7)	180 (96,3)	6,1	1,7	>0,05	4,4*
	p>0,05		p>0,05					
Chóng mặt	176 (94,1)	183 (97,9)	162 (94,7)	176 (94,1)	4,0	0,6	>0,05	3,4*
	p>0,05		p>0,05					
Ù tai	86 (46,0)	124 (66,3)	89 (47,6)	163 (87,1)	44,1	84,0	<0,01	39,9
	p>0,05		p<0,01					
Hoa mắt	165 (88,2)	166 (88,8)	134 (71,7)	180 (96,3)	0,7	95,3	<0,02	84,6
	p>0,05		p<0,01					
Bốc hoả	95 (50,8)	90 (48,1)	99 (52,9)	135 (72,2)	2,6	36,5	<0,03	33,9
	p>0,05		p<0,05					

*: CSHQ giảm (giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp)

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu triệu chứng ù tai, hoa mắt và bốc hoả riêng biệt của bệnh THA là tăng cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp ($p < 0,01$ và CSHQ dao động từ 33,9 đến 84,6%). Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu triệu chứng nhức đầu và chóng mặt không tăng sau can thiệp mà còn giảm nhẹ nhưng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.6. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về 9 yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

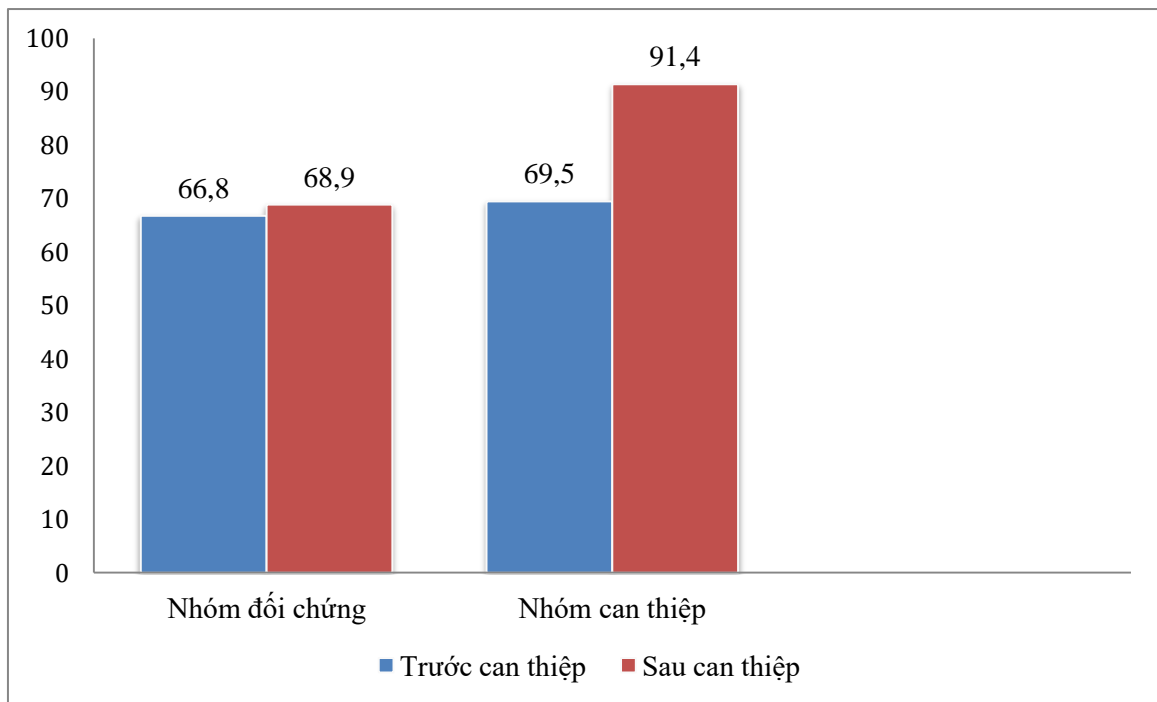
Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu tất cả 9 YTNC của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (90,4% sau can thiệp so với 66,8% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 9 YTNC của bệnh THA của tăng cao (90,4% so với 70%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và CSHQ tăng 82,5%.

Bảng 3.10. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

Kiến thức về các nguy cơ của bệnh THA	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/Đ C	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Ăn nhiều dầu mỡ động vật	148 (79,1)	161 (86,1)	155 (82,9)	185 (98,9)	8,8	19,3	>0,05	10,5
	p>0,05		p<0,01					
Ăn mặn	173 (92,5)	182 (97,3)	163 (87,2)	181 (96,8)	5,2	11,0	>0,05	5,8
	p>0,05		p<0,05					
Hút thuốc lá	137 (73,3)	160 (85,6)	129 (69,0)	178 (95,2)	16,8	42,3	<0,05	25,5
	p>0,05		p<0,01					
Thừa cân béo phì	133 (71,1)	118 (63,1)	137 (73,3)	153 (81,8)	11,3	12,0	<0,05	1,0
	p>0,05		p>0,05					
Uống nhiều rượu bia	161 (86,1)	169 (90,4)	141 (75,4)	158 (84,5)	5,0	12,1	>0,05	7,1
	p>0,05		p>0,05					
Ăn nhiều đồ ngọt	102 (54,5)	102 (54,5)	93 (49,7)	152 (81,3)	0	80,3	<0,01	80,3
	p>0,05		p<0,01					
Ít hoạt động thể lực	111 (59,4)	117 (62,6)	91 (48,7)	136 (72,7)	5,4	49,3	<0,05	43,9
	p>0,05		p<0,01					
Căng thẳng thần kinh	122 (65,2)	141 (75,4)	93 (49,7)	172 (92,0)	15,6	91,0	<0,01	75,4
	p>0,05		p<0,01					
Gia đình có người THA	99 (52,9)	99 (52,9)	93 (49,7)	147 (78,6)	0	77,6	<0,01	77,6
	p>0,05		p<0,01					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu từng YTNC riêng biệt như thừa cân béo phì, ăn nhiều đồ ngọt, ít hoạt động thể lực, gia đình có người THA và căng thẳng thần kinh

tăng cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến $<0,01$ và có CSHQ can thiệp tăng). Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu các YTNC như ăn mặn, ăn nhiều dầu mỡ và uống nhiều rượu bia không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.7. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về cả 8 biện pháp dự phòng tăng huyết áp

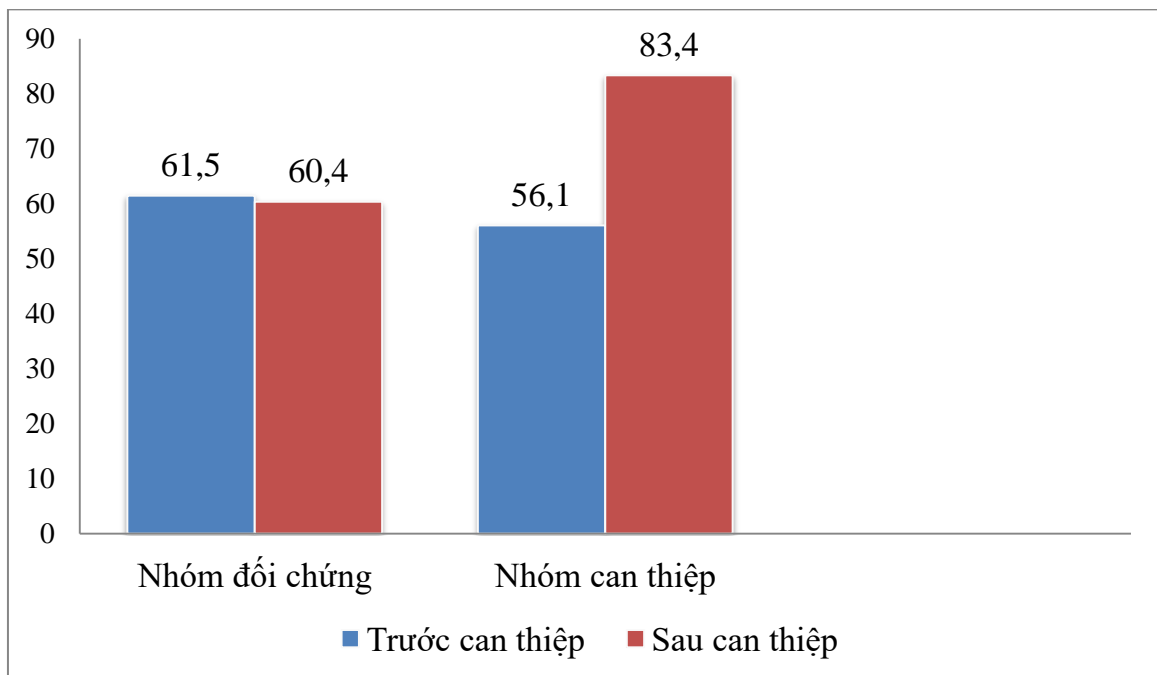
Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 8 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 69,5% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 8 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 87,3%).

Bảng 3.11. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về từng biện pháp dự phòng bệnh tăng huyết áp

Kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Không ăn nhiều dầu mỡ động vật	150 (80,2)	163 (87,2)	161 (86,1)	185 (98,9)	6,2	14,9	<0,05	8,7
	p > 0,05		p < 0,05					
Không ăn mặn	177 (94,7)	181 (96,8)	174 (93,0)	179 (95,7)	2,2	2,9	>0,05	0,7
	p > 0,05		p > 0,05					
Không hút thuốc lá	139 (74,3)	169 (90,4)	140 (74,9)	176 (94,1)	21,7	25,6	>0,05	3,9
	p > 0,05		p < 0,05					
Kiểm soát cân nặng	124 (66,3)	119 (63,6)	132 (70,6)	144 (77,0)	5,0	9,1	<0,05	4,1
	p > 0,05		p > 0,05					
Hạn chế uống rượu bia	163 (87,2)	170 (90,9)	151 (80,7)	160 (85,6)	4,2	6,2	>0,05	
	p > 0,05		p > 0,05					
Hạn chế ăn uống đồ ngọt	98 (52,4)	99 (52,9)	101 (54,0)	105 (56,1)	1,0	3,9	>0,05	2,9
	p > 0,05		p > 0,05					
Tăng cường hoạt động thể lực	126 (67,4)	114 (61,0)	107 (51,3)	162 (86,6)	11,0	68,8	<0,01	58,8
	p > 0,05		p < 0,01					
Giải toả căng thẳng	114 (61,0)	134 (71,7)	116 (62,0)	145 (77,5)	17,5	25,0	<0,05	7,5
	p > 0,05		p < 0,05					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu từng biện pháp dự phòng bệnh THA và dự phòng THA tiến triển như không ăn nhiều dầu mỡ động vật, kiểm soát cân nặng, tăng cường hoạt động thể lực và giải toả căng thẳng tăng mang ý nghĩa thống kê

sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu biện pháp dự phòng như không ăn mặn, hạn chế uống rượu bia và hạn chế ăn uống đồ ngọt và không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.8. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về cả 6 biến chứng của tăng huyết áp

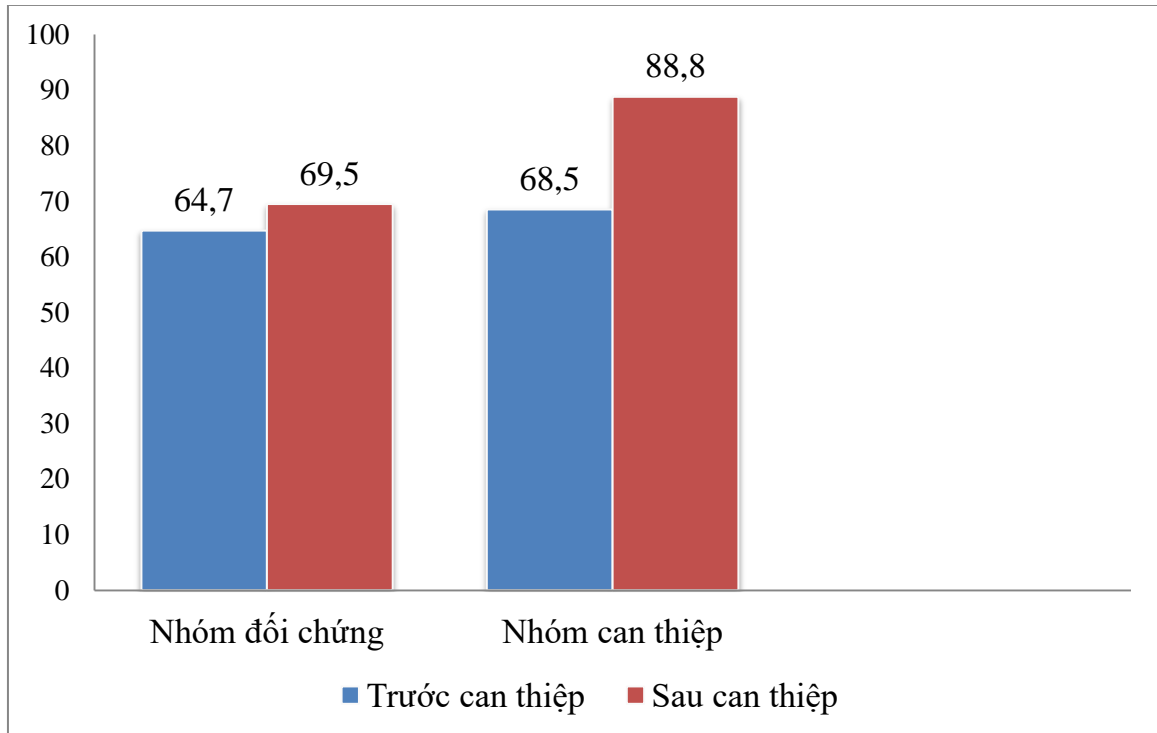
Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 6 biến chứng của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (83,4% sau can thiệp so với 56,1% trước can thiệp với $p < 0,05$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu đúng về 6 biến chứng của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và CSHQ tăng 80,6%).

Bảng 3.12. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về từng biến chứng của tăng huyết áp

Kiến thức về biến chứng của bệnh tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/Đ C	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Đột quy	184 (98,4)	184 (98,4)	182 (97,3)	184 (98,4)	0	1,1	>0,05	1,1
	p > 0,05		p > 0,05					
Nhồi máu cơ tim	129 (69,0)	130 (69,5)	150 (80,2)	145 (77,5)	0,7	3,6	>0,05	2,9
	p > 0,05		p > 0,05					
Suy tim	83 (44,4)	101 (54,0)	96 (51,3)	156 (83,4)	21,6	43,1	<0,01	21,5
	p > 0,05		p < 0,05					
Suy thận	58 (31,0)	58 (31,0)	69 (36,9)	107 (57,2)	0	55,0	<0,01	55,0
	p > 0,05		p < 0,05					
Mù	64 (34,2)	54 (28,9)	58 (31,0)	115 (61,5)	15,5	98,4	<0,01	82,9
	p > 0,05		p < 0,05					
Tử vong	140 (74,9)	145 (77,5)	137 (73,3)	172 (92,0)	3,5	25,6	<0,05	22,1
	p > 0,05		p < 0,05					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu đúng từng biến chứng của bệnh THA như suy tim, suy thận, mù và tử vong tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ

0,05 đến $<0,01$) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu các biến chứng của THA như đột quỵ và nhồi máu cơ tim không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.9. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về 8 phương pháp điều trị tăng huyết áp

Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 8 phương pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (88,8% sau can thiệp so với 68,5% trước can thiệp với $p < 0,05$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu đúng về 8 phương pháp điều trị bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và CSHQ tăng 22,2%).

Bảng 3.13. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về điều trị và nơi khám chữa bệnh tăng huyết áp

Kiến thức về điều trị và nơi khám chữa bệnh tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chi số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Thuốc hạ huyết áp	140 (74,9)	151 (80,7)	135 (72,1)	184 (98,4)	7,7	37,7	<0,05	30,0
	p > 0,05		p < 0,05					
Thuốc lợi tiểu	58 (31,0)	70 (37,4)	60 (32,1)	65 (34,8)	20,7	11,5	>0,05	9,2*
	p > 0,05		p > 0,05					
Thuốc y học cổ truyền	51 (27,3)	52 (27,8)	38 (20,3)	58 (31,0)	1,8	42,9	>0,05	41,1
	p > 0,05		p > 0,05					
Hạn chế ăn mặn	150 (80,2)	171 (91,4)	169 (90,4)	175 (93,6)	14,0	3,5	>0,05	10,5*
	p > 0,05		p > 0,05					
Hạn chế ăn mỡ động vật	120 (64,2)	135 (72,2)	149 (79,7)	176 (94,1)	12,5	93,1	<0,05	80,6
	p > 0,05		p < 0,05					
Tăng cường ăn rau quả	139 (74,3)	153 (81,8)	138 (73,8)	178 (95,2)	10,1	94,2	<0,01	84,1
	p > 0,05		p < 0,05					
Cai thuốc lá	88 (47,1)	102 (54,5)	110 (58,8)	138 (73,8)	15,7	72,8	<0,05	57,1
	p > 0,05		p < 0,05					
Hạn chế rượu bia	88 (47,1)	91 (48,7)	110 (58,8)	167 (93,8)	3,4	59,5	<0,01	56,1
	p > 0,05		p < 0,01					
Hiểu biết về cần đến cơ sở y tế điều trị THA	135 (72,2)	150 (80,2)	146 (78,1)	161 (86,1)	11,0	10,2	>0,05	0,8
	p > 0,05		p > 0,05					

*: CSHQ giảm (giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp)

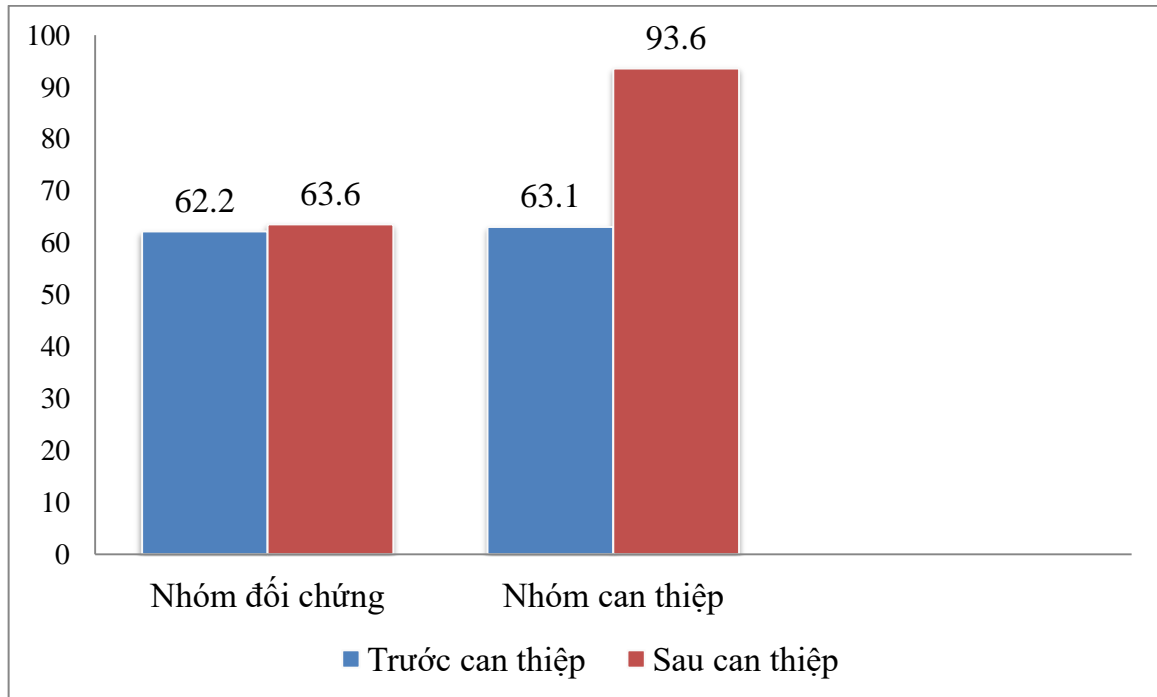
Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu đúng từng phương pháp điều trị bệnh THA như sử dụng thuốc hạ huyết áp, hạn chế ăn mỡ động vật, tăng cường ăn rau quả, cai thuốc lá và hạn chế rượu bia tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiệu phương pháp điều trị bệnh THA như sử dụng thuốc lợi tiểu, thuốc y học cổ truyền và hạn chế ăn mặn không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

3.2.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.14. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp

Thái độ về quản lý tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
THA là bệnh nguy hiểm	118 (63,1)	125 (66,8)	112 (59,8)	165 (88,2)	9,1	47,5	<0,05	38,4
	>0,05		>0,05					
THA có thể điều trị ổn định	121 (64,7)	129 (69,9)	119 (63,6)	177 (94,7)	8,0	49,0	<0,01	41,0
	>0,05		<0,01					
Cần đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế khi mắc THA	129 (68,9)	121 (64,7)	115 (61,5)	175 (93,6)	6,1	52,2	<0,01	46,1
	>0,05		<0,01					
Cần sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sỹ	115 (61,5)	121 (64,7)	117 (62,6)	180 (96,3)	5,2	53,8	<0,01	48,6
	>0,05		<0,01					

Bảng trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thái độ đúng về phòng chống bệnh THA như THA là một bệnh nguy hiểm, bệnh THA có thể điều trị được, cần đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế khi mắc THA và cần sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sỹ tăng mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ $<0,05$ đến $<0,01$.



Biểu đồ 3.10. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ dự phòng bệnh tăng huyết áp (cả 9 yếu tố)

Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thái độ đúng về cả 9 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (93,6% sau can thiệp so với 63,1% trước can thiệp với $p<0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thái độ đúng về cả 9 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p<0,01$ và CSHQ tăng 45,9%).

Bảng 3.15. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ dự phòng bệnh tăng huyết áp theo từng yếu tố

Thái độ về dự phòng tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Cần uống thuốc hạ huyết áp	186 (99,5)	185 (98,9)	176 (94,1)	178 (95,2)	0,06	1,1	>0,05	0,5
	>0,05		>0,05					
Cần uống thuốc lợi tiểu	52 (27,8)	45 (24,1)	62 (33,2)	96 (51,3)	0,8	54,5	<0,05	53,7
	>0,05		<0,05					
Cần uống thuốc y học cổ truyền	55 (29,4)	56 (29,9)	39 (20,9)	57 (30,5)	1,7	45,9	>0,05	44,2
	>0,05		>0,05					
Cần hạn chế ăn mặn	174 (93,0)	176 (94,1)	170 (90,9)	181 (96,8)	1,2	6,5	>0,05	5,3
	>0,05		>0,05					
Cần hạn chế ăn nhiều mỡ động vật	144 (77,0)	155 (82,9)	146 (78,1)	180 (96,3)	7,7	23,3	<0,05	15,6
	>0,05		<0,05					
Cần tăng cường ăn rau quả	155 (82,9)	165 (88,2)	145 (77,5)	135 (72,2)	6,4	6,8	>0,05	0,4
	>0,05		>0,05					
Cần tăng cường hoạt động thể lực	134 (71,7)	138 (73,8)	126 (67,4)	182 (97,3)	2,9	44,5	<0,01	41,6
	>0,05		<0,01					
Cần cai thuốc lá	107 (57,2)	112 (59,9)	111 (54,9)	168 (89,8)	4,5	63,6	<0,01	58,9
	>0,05		<0,01					
Cần kiểm soát cân nặng	98 (52,4)	90 (48,1)	101 (54,0)	136 (72,7)	7,1	34,6	<0,05	27,5
	>0,05		<0,05					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thái độ đúng từng biện pháp dự phòng bệnh THA như cần sử dụng thuốc lợi tiểu, hạn chế ăn nhiều mỡ động vật, tăng cường hoạt động

thể lực, cai thuốc lá và kiểm soát cân nặng tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thái độ đúng về các biện pháp dự phòng THA như cần uống thuốc hạ huyết áp, cần uống thuốc y học cổ truyền, cần hạn chế ăn mặn và cần tăng cường ăn rau quả không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

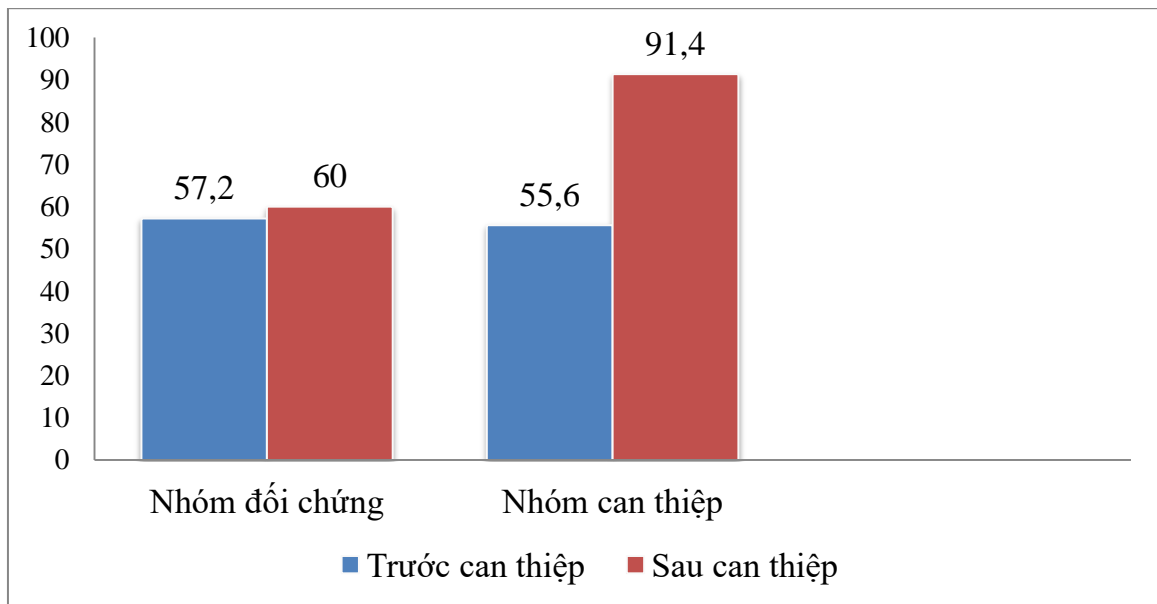
3.2.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành về quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.16. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên và điều trị bệnh tăng huyết áp

Thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, điều trị tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Kiểm tra huyết áp thường xuyên	113 (60,4)	121 (64,7)	122 (65,2)	172 (92,0)	7,1	41,1	<0,01	34,0
	>0,05		<0,01					
Uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ	106 (56,7)	115 (61,5)	110 (58,8)	174 (93,1)	8,5	58,3	<0,01	49,8
	>0,05		<0,01					
Sử dụng thuốc huyết áp khám định kỳ hàng tháng	156 (83,4)	164 (87,7)	125 (66,8)	179 (95,7)	4,0	43,3	<0,01	39,3
	>0,05		<0,01					
Đăng ký tham gia chương trình quản lý THA	119 (63,6)	125 (66,8)	123 (65,8)	179 (95,7)	5,0	45,4	<0,05	40,4
	>0,05		<0,01					

Bảng trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, sử dụng thuốc huyết áp khám định kỳ hàng tháng và đăng

ký tham gia chương trình quản lý THA đều tăng mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ $<0,05$ đến $<0,01$. So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, sử dụng thuốc huyết áp khám định kỳ hàng tháng và đăng ký tham gia chương trình quản lý THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ $<0,05$ đến $<0,01$ và CSHQ tăng dao động từ 34-49,8%).



Biểu đồ 3.11. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành tuân thủ cả 9 biện pháp điều trị tăng huyết áp

Biểu đồ trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 55,6% trước can thiệp với $p<0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p<0,01$ và CSHQ tăng 59,5%).

Bảng 3.17. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành tuân thủ từng biện pháp sử dụng thuốc và thay đổi lối sống trong điều trị tăng huyết áp

Thực hành tuân thủ chế độ uống thuốc và thay đổi lối sống	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Tuân thủ chế độ uống thuốc hạ huyết áp	160 (85,6)	168 (89,8)	135 (72,2)	182 (97,3)	4,9	34,8	<0,05	29,9
	>0,05		<0,01					
Sử dụng thuốc lợi tiểu hạ huyết áp	131 (70,1)	139 (74,3)	102 (54,5)	175 (93,6)	6,0	71,7	<0,01	65,7
	>0,05		<0,01					
Sử dụng thuốc y học cổ truyền	101 (54,0)	120 (64,2)	117 (62,6)	155 (82,9)	18,9	32,4	<0,01	13,5
	>0,05		>0,05					
Hạn chế ăn mặn	129 (68,9)	125 (66,8)	121 (64,7)	176 (94,1)	3,0	45,4	<0,01	42,4
	>0,05		<0,01					
Hạn chế ăn nhiều dầu mỡ động vật	136 (77,2)	114 (61,0)	117 (62,6)	178 (95,2)	17,1	52,1	<0,01	35,0
	>0,05		<0,01					
Ăn nhiều hoa quả	127 (67,9)	113 (60,4)	108 (57,8)	156 (83,4)	11,0	44,3	<0,05	33,3
	>0,05		<0,05					
Tăng cường hoạt động thể lực	106 (56,7)	93 (49,7)	98 (52,4)	179 (95,7)	12,3	82,6	<0,01	70,3
	>0,05		<0,05					
Cai thuốc lá	80 (42,7)	76 (40,6)	70 (37,4)	165 (88,2)	4,9	135,8	<0,01	130,9
	>0,05		<0,05					
Hạn chế uống rượu	92 (49,9)	88 (47,1)	89 (47,6)	179 (95,7)	5,6	101,1	<0,01	95,5
	>0,05		<0,05					

Bảng trên cho thấy so với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thực hành từng biện pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến $<0,01$) và có CSHQ tăng dao động từ 13,5% đến 130,9%.

Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp duy trì huyết áp mục tiêu cho bệnh nhân tăng huyết áp

Huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Huyết áp tối đa <140 mmHg và/ hoặc tối thiểu <90 mmHg)	95 (50,8)	100 (53,5)	92 (49,2)	125 (66,8)	5,3	35,8	<0,05	30,5
	>0,05		<0,05					

Bảng trên cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê (66,8% sau can thiệp so với 49,2% trước can thiệp với $p<0,05$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p<0,01$ và CSHQ tăng 30,5%).

Bảng 3. 19. Một số yếu tố của bệnh nhân ảnh hưởng đến hiệu quả duy trì huyết áp mục tiêu trong nhóm can thiệp

Đặc trưng	% duy trì HA mục tiêu		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	SL	%	OR	95% CI	OR	95% CI
Tuổi						
<50	12	64,2	1		1	
≥50	113	69,8	1,2	0,32-2,83	1,1	0,12-6,32
Giới						
Nam	67	64,7	1		1	
Nữ	58	70,1	1,2	0,24-2,36	1,2	0,12-3,26
Trình độ học vấn						
Tiểu học và THCS & PTTH	75	65,2	1		1	
	50	67,9	1,1	0,67-2,12	1,5	0,58-3,34
Nghề nghiệp						
Nông dân	89	65,2	1		1	
Khác	36	69,7	1,1	0,33-2,10	1,3	0,17-3,21
Tình trạng hôn nhân						
Có vợ/chồng	99	66,3	1		1	
Chưa có vợ/chồng	26	70,3	1,2	0,27-2,98	1,1	0,24-2,11
Thẻ bảo hiểm y tế						
Có	115	69,1	1		1	
Không	10	64,7	0,8	0,34-3,12	0,9	0,12-3,21
Hiểu biết triệu chứng của THA						
Có	110	70,7	1		1	
Không	10	57,4	0,5	0,13-0,94	0,3	0,04-0,98
Hiểu biết YTNC của bệnh THA						
Có	113	69,8	1		1	
Không	12	62,7	0,8	0,36-3,21	0,6	0,23-3,76
Hiểu biết biện pháp dự phòng THA						
Có	114	70,7	1		1	
Không	11	60,1	0,6	0,29-3,16	0,7	0,21-3,76
Hiểu biết đúng biến chứng của THA						
Có	104	73,5	1		1	
Không	21	52,1	0,4	0,03-0,87	0,3	0,06-0,91

Bảng 3.19 cho thấy trong một số yếu tố đặc trưng cá nhân và kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh tăng huyết áp đưa vào phân tích đơn biến và đa biến. Kết quả nghiên cứu cho thấy những người bệnh không hiểu biết về triệu chứng của tăng huyết áp có nguy cơ không duy trì được huyết áp mục tiêu thấp hơn 0,3 lần mang ý nghĩa thống kê so với những người hiểu biết (95% CI: 0,04-0,98).

Những người bệnh không hiểu biết biến chứng của tăng huyết áp có nguy cơ không duy trì được huyết áp mục tiêu thấp hơn 0,3 lần mang ý nghĩa thống kê so với những người hiểu biết (95% CI: 0,06-0,91).

Những người bệnh không hiểu biết phương pháp điều trị tăng huyết áp có nguy cơ không duy trì được huyết áp mục tiêu thấp hơn 0,5 lần mang ý nghĩa thống kê so với những người hiểu biết (95% CI: 0,07-0,83).

Những người bệnh không tuân thủ thực hành các biện pháp điều trị tăng huyết áp có nguy cơ không duy trì được huyết áp mục tiêu thấp hơn 0,4 lần mang ý nghĩa thống kê so với những người hiểu biết (95% CI: 0,01-0,95).

3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp phòng chống tăng huyết áp tại trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện

3.3.1. Trạm y tế xã

Nhân lực y tế

Yếu tố ảnh hưởng đầu tiên tới chất lượng cung cấp dịch vụ khám phát hiện, tư vấn, điều trị và quản lý THA tại các tuyến YTCS của huyện Hạ Hoà là thiếu nhân lực y tế, đặc biệt là các cán bộ y tế có trình độ và kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Mỗi TYT xã chỉ có một bác sỹ là người có trách nhiệm và quyết định trong việc chẩn đoán, kê đơn điều trị bệnh nhân THA nhưng họ có quá nhiều công việc phải làm ở TYT xã trên địa bàn xã miền núi khoảng cách giữa các thôn là khá xa và khó đi lại ở mùa mưa.

“Tôi vẫn tham gia tích cực các hoạt động quản lý bệnh nhân THA trên địa bàn của xã. Chúng tôi quản lý hơn 100 người bệnh THA. TYT xã chỉ có 5 cán bộ phụ trách địa bàn quá rộng, xã miền núi mà. Các cán bộ khác của TYT cũng tham gia, nhưng họ chỉ tham gia quản lý sổ sách và đo huyết áp cũng như các hoạt động truyền thông, nhưng bản thân họ cũng rất bận. Công việc khám chữa bệnh kê đơn chủ yếu là tôi và các bác sỹ trên huyện làm” (Nam, bác sỹ, trưởng TYT xã D.).

Một yếu tố nữa cũng ảnh hưởng đến hoạt động can thiệp phòng chống THA tại xã, đó là công tác giám sát, chỉ đạo về chuyên môn của cán bộ y tế tuyến huyện và tuyến tỉnh. Theo kế hoạch đầu năm, việc hướng dẫn chuyên môn và giám sát hoạt động quản lý hoạt động can thiệp phòng chống THA tại các xã là 1 tháng/lần. Tuy nhiên, do còn nhiều công việc khác, các cán bộ y tế huyện không thực hiện được các công việc này thường xuyên. Chất lượng của hoạt động giám sát và chỉ đạo chuyên môn vẫn còn một số điểm hạn chế.

“Các bác ở bệnh viện và TTYT huyện cũng có về xã để tập huấn cho chúng tôi và thường xuyên về xã hướng dẫn công tác quản lý bệnh nhân THA ở xã và công tác truyền thông tư vấn chế độ uống thuốc, chế độ ăn uống, luyện tập và thay đổi lối sống không có lợi cho bệnh nhân THA. Nhưng sau này, các bác ấy ít xuống hơn, nhiều khi khó khăn chúng tôi phải gọi điện hoặc ra huyện gặp để xin ý kiến chỉ đạo. Tôi nghĩ có lẽ TTYT huyện nên có buổi họp cho cụm xã, hoặc giao ban với tuyến xã tại TTYT huyện để tư vấn, chỉ đạo và giúp các TYT xã trong công tác quản lý bệnh nhân THA” (Nữ điều dưỡng, 39 tuổi, , TYT xã H.).

“Hoạt động quản lý bệnh nhân THA (ghi chép, theo dõi việc cung cấp thuốc hàng tháng) thì không khó, chúng tôi có thể làm được. Tuy nhiên, công tác truyền thông về chuyên môn phòng và điều trị bệnh THA nhiều khi cũng rất khó. Ví dụ, nhiều bệnh nhân THA hỏi chúng tôi về sử dụng một số loại

thuốc y học cổ truyền hoặc tập luyện theo Yoga chẳng hạn có được không thì chúng tôi không biết và lại phải hỏi các bác sỹ mới biết được để trả lời. Chúng tôi có được học về những kiến thức như vậy đâu. Nếu có các loại sách hướng dẫn về phòng chống THA tại cộng đồng thì tốt cho chúng tôi” (Nam điều dưỡng, TYT xã Y.).

Một trong những hạn chế khá lớn tại TYT xã/thị trấn, đó là việc sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân THA trên máy tính. Hạn chế chủ yếu đó là cán bộ y tế được giao trách nhiệm không đủ kỹ năng để khai thác phần mềm quản lý bệnh nhân THA tại xã. Kết quả quan sát của chúng tôi cho thấy chỉ có khoảng 2/3 TYT xã là có khả năng sử dụng thành thạo phần mềm này. Thách thức này cần thiết phải được giải quyết ngay thông qua các hoạt động giám sát của cán bộ y tế tuyến trên tại TYT xã.

“TYT xã tôi chỉ có một cán bộ trẻ sử dụng tốt phần mềm quản lý bệnh nhân THA trên máy tính. Mỗi khi có bệnh nhân đến nhận thuốc hay bệnh nhân mới đăng ký quản lý đến mà cô ấy đi công tác hoặc nghỉ phép thì chúng tôi đành phải ghi chép lại chờ cô ấy đi làm mới vào được phần mềm để bổ sung các thông tin này. Tôi cũng biết ở một số TYT xã khác của huyện Hạ Hoà cũng có tình trạng tương tự, đặc biệt là các xã miền núi và không có cán bộ y tế trẻ” (Nam điều dưỡng, TYT xã C.).

Ngoài ra, động lực và khả năng sưu tầm thông tin, tài liệu để thường xuyên chủ động tự học tập nâng cao trình độ, năng lực của cán bộ y tế xã cũng còn hạn chế.

“Tôi vẫn giữ trong tủ sách của trạm một số sách chuyên môn thiết yếu từ khi tôi học ở Trường Đại học Y Thái Nguyên để thỉnh thoảng bí, hay quên đâu thì lại mở ra xem lại, hoặc anh chị nào có nhu cầu thì đọc thôi. Sách đã số cũng xuất bản khá lâu rồi. Hàng năm, đi tập huấn cũng được cấp thêm tài liệu mới về một số lĩnh vực, chúng tôi cũng để chung trong tủ sách của trạm.

Nhưng quả thật, nếu không gặp tình huống, cũng chẳng thấy ai hứng thú mở ra đọc lại đâu. Mà có đọc xong, không áp dụng cũng lại quên nhanh. Bây giờ ở trạm gần như ai cũng có điện thoại thông minh 4G, lại có máy tính kết nối Internet, nhưng cán bộ trạm ai cũng bận rộn nên hầu như hiếm khi truy cập và đọc tài liệu chuyên môn trên đó. Với lại trên mạng nhiều thông tin không chính thống, không phải cứ đọc mà áp dụng theo ngay được, nhất là trong chẩn đoán và điều trị.” (Nam bác sỹ, trạm trưởng TYT xã G.).

Truyền thông tư vấn

Truyền thông, tư vấn cho người bệnh THA là rất quan trọng trong công tác kiểm soát huyết áp mục tiêu, đặc biệt là chế độ sử dụng thuốc hạ huyết áp và điều chỉnh hành vi, lối sống như thay đổi chế độ ăn (giảm ăn muối, ăn nhiều rau quả, ăn ít dầu mỡ), tăng cường hoạt động thể lực, cai thuốc lá/thuốc lào, hạn chế sử dụng rượu/bia... Những khó khăn về công tác truyền thông của cán bộ y tế xã chủ yếu do tài liệu truyền thông không đầy đủ và hạn chế về các kỹ năng truyền thông trong phòng chống bệnh THA, mặc dù họ đều được tập huấn và cung cấp. Một trong những khó khăn nữa, đó là truyền thông trên loa truyền thanh tại các khu dân cư là hình thức truyền thông chính. Những thông điệp cho người bệnh THA trên loa truyền thanh còn hạn chế về nội dung, mặt khác là truyền thông một chiều nên hiệu quả chưa cao. Công tác tư vấn cho người bệnh THA tại TYT xã chưa thực sự có chất lượng và hiệu quả cao, do người bệnh đến TYT xã khám bệnh và lĩnh thuốc không đều, do bản thân người bệnh cũng bận và cán bộ y tế xã còn bị chi phối bởi nhiều nhiệm vụ khác nên thời gian tương tác, trao đổi giữa họ chưa đầy đủ, vì vậy chưa cá thể hoá (personalized medication) tối ưu được quá trình điều trị, đặc biệt là trong sử dụng thuốc hạ áp và trong điều chỉnh hành vi lối sống cho từng người bệnh.

“Những thông điệp chính về dự phòng và điều trị bệnh THA cũng có do TTYT huyện cung cấp cũng có nhưng ít được bổ sung, những thông điệp này được phát đi phát lại nhiều lần vào buổi sáng sớm hoặc chiều muộn là thời gian người bệnh THA ở nhà là tốt. Tuy nhiên, các thông điệp mới thì rất ít được bổ sung, người bệnh nghe nhiều cũng thấy nhàm chán. Chúng tôi không đủ khả năng để xây dựng những thông điệp ngoài những thông điệp đã có. Đặc biệt những thông điệp mới về thuốc hạ huyết áp cũng như thay đổi lối sống là rất hạn chế. Chúng tôi cũng đã tham khảo xây dựng những ví dụ về những trường hợp điển hình về phòng và điều trị nhưng rất hạn chế. Đây là khó khăn nhất của chúng tôi tại TYT xã” (Nam bác sỹ, TYT xã V.).

“Cán bộ y tế xã chúng tôi cũng đã rất cố gắng tổ chức một số buổi nhất định trong tháng để tư vấn trực tiếp cho người bệnh THA tại TYT xã nhưng số lượng người tham gia không nhiều, chủ yếu là những người sống gần TYT xã. Chúng tôi cũng được học và cũng biết hoạt động truyền thông trực tiếp như thế này là rất có hiệu quả nhưng bị hạn chế do không bao phủ được số lượng người bệnh THA ở các thôn. Thêm vào đó, một số thôn ở khá xa TYT xã. Đây cũng là một hạn chế. Chúng tôi đã có kế hoạch truyền thông trực tiếp cho người bệnh THA ở tại nhà văn hoá thôn phối hợp lồng ghép với những buổi họp thôn hoặc sinh hoạt của người cao tuổi, của bên phụ nữ, nông dân hoặc cựu chiến binh” (Nữ bác sỹ, TYT xã H.).

“Chúng tôi rất muốn dành nhiều thời gian trao đổi với từng bệnh nhân để nắm bắt thông tin chi tiết về diễn biến của họ trong quá trình điều trị THA, từ việc họ tuân thủ chỉ định dùng thuốc hạ áp như thế nào? có tác dụng phụ gì không? họ tự đo để theo dõi huyết áp ở nhà như thế nào? Có thực hiện và thực hiện được bao nhiêu phần trăm những khuyến cáo của bác sỹ về giảm muối, giảm mỡ, tăng rau quả, cai thuốc lá, giảm rượu bia, tăng vận động cơ thể... Nhưng thực tế, nhiều khi bệnh nhân đến TYT theo lịch hẹn chỉ muốn

chúng tôi thăm khám thật nhanh, rồi kê đơn cấp thuốc, để họ về làm việc khác, họ chưa thật sự chú trọng quan tâm đến các tư vấn liên quan khác của bác sỹ. Rồi cũng có khi, một số bệnh nhân tới khám trong lúc chúng tôi chuẩn bị cho ngày tiêm chủng, hoặc các hoạt động khác đang cần đẩy nhanh thì chúng tôi cũng gần như chưa dành cho họ được nhiều thời gian tư vấn như mong muốn. Nói chung, để cá thể hoá quy trình điều trị cho từng bệnh nhân thì quả thật chúng tôi làm được chưa nhiều”. (Nữ, bác sỹ, trưởng TYT xã H.).

Đăng ký và quản lý bệnh nhân THA mới

Công tác phát hiện, đăng ký và quản lý bệnh nhân THA tại các xã can thiệp cũng đã được cải thiện nhiều so với các xã đối chứng. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất là phát hiện mới bệnh nhân THA để đưa vào điều trị, quản lý. Còn nhiều người mắc tiền THA hoặc THA nhưng chưa được phát hiện do họ không đi khám bệnh và đo huyết áp. TYT xã và TTYT huyện cũng đã tổ chức các đợt khám sàng lọc miễn phí nhằm phát hiện THA cho những người từ 30 tuổi trở lên, tuy nhiên vì nhiều lý do khác nhau, vẫn còn rất nhiều người ở độ tuổi này không tham gia khám sàng lọc. Vì vậy, những người đang trong độ tuổi lao động được phát hiện mắc THA còn ít, trung bình hàng tháng chỉ phát hiện được từ 2-3 người/xã can thiệp. Chủ yếu những người này vô tình được phát hiện mắc THA khi đi khám bệnh khác tại TYT hoặc TTYT huyện và chỉ số ít chủ động đi khám khi có một số triệu chứng của THA.

“Các thông điệp truyền thông phát trên loa cũng như các pa nô và tờ rơi phát cho cộng đồng có thông tin về triệu chứng, YTNC, các nhóm người có nguy cơ mắc THA cũng như cách điều trị và biến chứng của THA nhưng người dân thường không để ý đến. Họ đã mắc bệnh THA nhưng họ không biết và một số biết cũng không đi khám. Đại đa số bệnh nhân THA chúng tôi quản lý ở TYT xã là do khám sàng lọc và họ đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế

và đăng ký tại TYT. Nhiều người biết nhưng chủ quan và bận việc nên không đi khám và đăng ký tại TYT xã” (Nam, bác sỹ, trưởng TYT xã D.).

3.3.2. Trung tâm y tế huyện

Những khó khăn từ phía TTYT huyện chủ yếu tập trung vào công tác giám sát và chỉ đạo chuyên môn.

Trong giai đoạn đầu can thiệp, các đơn vị y tế tuyến huyện đã rất cố gắng đầu tư về nguồn lực và nhân lực hỗ trợ công tác quản lý bệnh nhân THA tại các xã. Huyện đã cử nhiều cán bộ y tế có kinh nghiệm về TYT xã giám sát, hỗ trợ kỹ thuật trong truyền thông, tư vấn, sàng lọc phát hiện, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA bằng hình thức “cầm tay chỉ việc” cho cán bộ y tế xã. Tuy nhiên, sau khi các hoạt động phòng chống bệnh THA ở các xã đã đi vào hoạt động thì công tác chỉ đạo tuyến và giám sát hỗ trợ không được thực hiện thường xuyên nữa. Lý do cơ bản là nguồn lực của các đơn vị tuyến huyện có hạn, kinh phí đầu tư cho hoạt động này do đơn vị tự cân đối từ nguồn ngân sách được phân bổ eo hẹp và nguồn thu tại đơn vị; cán bộ y tế, nhất là những người giàu kinh nghiệm, tập trung ưu tiên vào công tác khám chữa bệnh tại đơn vị; những thay đổi vị trí nhân sự quản lý và chuyên môn do sáp nhập TTYT huyện và bệnh viện đa khoa huyện thành TTYT huyện hai chức năng.

“Thời gian vừa qua chúng tôi gặp nhiều khó khăn về nguồn lực, kinh phí dành cho công tác giám sát chỉ đạo chuyên môn bị hạn chế, thêm vào đó việc sáp nhập trung tâm y tế huyện và bệnh viện đa khoa huyện thành một TTYT huyện hai chức năng cũng là một nguyên nhân dẫn đến công tác giám sát chuyên môn các hoạt động phòng chống THA ở các TYT xã/thị trấn chưa được thực hiện thường xuyên. Mặt khác, địa bàn các xã khá xa nhau việc đi lại khó khăn cũng là yếu tố làm giảm các hoạt động giám sát và chỉ đạo chuyên môn phòng chống THA tại các xã” (Nam bác sỹ, phụ trách các hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm TTYT huyện Hạ Hoà).

3.3.3. Từ phía người bệnh tăng huyết áp

Một khó khăn đối với người dân trong việc phát hiện và được điều trị bệnh THA, đó là chưa hiểu biết rõ về các triệu chứng biểu hiện, các biến chứng cũng như cách dự phòng và điều trị THA mặc dù đã có nhưng hoạt động truyền thông tại xã. Khó khăn này càng rõ hơn đối với những người cao tuổi, trình độ học vấn thấp, điều kiện kinh tế chưa dư giả và sống ở các xã miền núi xa trung tâm. Đây là nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc THA tại cộng đồng, nhưng không được phát hiện, điều trị và quản lý.

“Thỉnh thoảng cũng có xem trên ti vi, nghe trên đài Tiếng nói Việt Nam mấy chương trình như là Vui - Khoẻ - Có ích, hay Sống khoẻ mỗi ngày, rồi Đài truyền thanh xã cũng phát về THA, về tiểu đường, rồi Hội người cao tuổi xã cũng có mời đi khám sức khoẻ năm thì ở Bệnh viện huyện, năm thì ở TYT xã, nhưng chả mấy khi tôi đi. Hồi đầu năm 2016, TYT xã tổ chức khám sức khoẻ cho người cao tuổi, có bác sỹ ở huyện về, các con cháu giục mãi, tôi cũng tham gia. Bác sỹ khám xong, kết luận tôi bị THA mức độ nhẹ, rồi viết phiếu hẹn cho tôi khám lại tại TYT xã. Nhưng từ bấy đến nay tôi cũng vẫn chưa đi khám. Tôi nghĩ là các cụ ngày trước sống cũng thọ lắm mà có thấy bị mắc cái bệnh này đâu. Tôi cũng thấy có đau đầu thường xuyên đấy nhưng rồi nó cũng tự khỏi thôi, sau đấy lại đồng áng bình thường, thỉnh thoảng có cỗ bàn tôi vẫn uống rượu tương đối. Được cái thuốc lào thuốc lá các cháu nói mãi thì bỏ được chục năm rồi. Ở đây nhiều người già như tôi cũng ít đi khám chữa bệnh lắm” (Nam, 65 tuổi, xã V.).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp

4.1.1. Nâng cao kiến thức, kỹ năng của cán bộ y tế về phát hiện, điều trị và quản lý tăng huyết áp

Công tác đào tạo lại, đào tạo liên tục cho cán bộ tuyến YTCS có vai trò đặc biệt quan trọng trong nâng cao chất lượng dịch vụ CSSK tại cộng đồng. Tại các TYT xã, cán bộ y tế vẫn được đào tạo lại tương đối thường xuyên các kiến thức và kỹ năng, nhưng chủ yếu tập trung vào công tác dự phòng các bệnh lây nhiễm, các dự án thuộc chương trình mục tiêu y tế-dân số. Đối với một số can thiệp về sức khỏe mang tính thí điểm hoặc chưa có chỉ đạo thực hiện rộng rãi thì công tác đào tạo thường ít được triển khai tới tất cả các cán bộ y tế cũng như tất cả các TYT xã.

Về bệnh THA, công tác đào tạo lại ngoài việc cung cấp những kiến thức đã có trong chương trình đào tạo tại các trường đại học y, cao đẳng và trung học y tế thì việc cập nhật thông tin, những tiến bộ mới về thuốc điều trị, những quy định và hướng dẫn mới về phác đồ điều trị cũng như các biện pháp dự phòng là rất quan trọng. Trong khi, hiện nay đa số cán bộ YTCS chưa được đào tạo thường xuyên về THA và hầu hết chưa có thói quen, chưa có động lực, cũng như chưa đủ khả năng tự tiếp cận, tự cập nhật thông tin chính thống trên các kênh khác nhau về quản lý THA.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, số lượng cán bộ y tế được đào tạo các nội dung chuyên môn về quản lý THA bao gồm chẩn đoán, điều trị và truyền thông-tư vấn về THA đều tăng nhiều so với trước can thiệp.

Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ 0,01 đến 0,001 và CSHQ tăng từ 50,9 đến 650,1%. Rõ ràng là công tác đào tạo ở nhóm can thiệp có hiệu quả, thể hiện được kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong quản lý THA tăng khá cao sau can thiệp. Một số nghiên cứu ở các quốc gia đang phát triển cũng cho kết quả tương tự. Không chỉ đào tạo qua các khoá tập huấn, mà đào tạo tại chỗ qua giám sát “cầm tay chỉ việc” nâng cao kỹ năng cho cán bộ y tế cũng là một hình thức giúp người cán bộ y tế có thực hành tốt hơn và bền vững hơn.

Nghiên cứu của Katende và cộng sự (2014) tại Uganda cho thấy sau 3 tháng đào tạo không liên tục và giám sát cho các cán bộ y tế ở phòng khám của bệnh viện, tất cả các kiến thức và kỹ năng về chẩn đoán, điều trị và truyền thông-tư vấn về phòng, chống THA đều tăng. Từ chỗ kiến thức và thực hành đo huyết áp trước can thiệp rất thấp, sau can thiệp tăng lên rõ rệt (42,9% lên 71,4%), tương tự vậy kiến thức và kỹ năng về sử dụng thuốc huyết áp cũng tăng cao sau can thiệp (28,6% lên 87,5%) [75]. Nghiên cứu này cũng cho biết phương pháp đào tạo theo cách “cầm tay chỉ việc”, cùng với giám sát hỗ trợ thường xuyên và cung cấp đầy đủ tài liệu chuyên môn về quản lý THA là những yếu tố quyết định trong việc nâng cao kiến thức và kỹ năng cho cán bộ y tế.

Một nghiên cứu khác nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng của điều dưỡng viên trong công tác phát hiện và quản lý bệnh nhân THA tại cộng đồng ở Brazil năm 2010 cũng sử dụng các biện pháp can thiệp gồm đào tạo, giám sát và cung cấp thêm phương tiện trang thiết bị văn phòng cho y tế cộng đồng. Kết quả cho thấy kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế sau can thiệp tăng cao và mang ý nghĩa thống kê. Kỹ năng đo huyết áp cánh tay đúng kỹ thuật và kết quả đúng tăng sau can thiệp 38,9% lên 77,8%; chăm sóc bệnh nhân THA tăng từ 41,2% lên 89,5% [59]. Đồng thời nghiên cứu can thiệp này cũng đưa ra

được hình thức đào tạo các điều dưỡng theo nhóm, cùng làm việc với nhau trong công tác quản lý THA là rất có hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác trong thời gian gần đây cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về quản lý THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2%. Tương tự, tỷ lệ cán bộ y tế thực hành quản lý THA gồm: sử dụng phần mềm quản lý THA, thực hành chẩn đoán, điều trị, truyền thông-tư vấn về THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 73,4% đến 191,2%. Trong một nghiên cứu tổng quan về vai trò của dược sỹ, điều dưỡng và bác sỹ trong quản lý THA, Barry và cộng sự (2011) đã tổng quan được 92 bài báo và công trình xuất bản quốc tế [11]. Tổng quan này đã cung cấp được các bằng chứng về vai trò của y tế cơ sở, sự phối hợp của các cán bộ y tế trong quản lý THA. Tác giả này đã tổng hợp lại các mô hình can thiệp tại cộng đồng về phòng chống THA như: (1) thử nghiệm lâm sàng trên các điều dưỡng tại cộng đồng; (2) can thiệp giám sát thông qua điện thoại di động; (3) can thiệp công nghệ kỹ thuật y tế; (4) can thiệp đào tạo cán bộ y tế thông qua smartphone hoặc website của cán bộ y tế. Trong phần kết luận, Barry nêu rõ kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế đóng vai trò quan trọng nhất trong quản lý THA tại cộng đồng [11]. Kết quả nghiên cứu định tính và định lượng của chúng tôi cũng khá phù hợp với nhận định của tác giả trên. Vai trò quyết định của cán bộ y tế thể hiện rõ ở kiến thức, thái độ và thực hành trong chẩn đoán, điều trị THA, thêm vào đó họ rất cần có kỹ năng truyền thông-tư vấn tốt làm bệnh nhân THA tin tưởng và tuân thủ chế độ điều trị bệnh THA [52], [76].

Chương trình quản lý THA tại California (KPNC) triển khai tại Mỹ bắt đầu từ năm 2000 nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát THA tại cộng đồng. Tham gia vào chương trình này gồm những nhân tố then chốt như các bác sỹ điều trị, những nhà quản lý hành chính, chuyên gia phân tích dữ liệu, dược sỹ, y tá và nhóm các thầy thuốc liên quan khác. Chương trình tập trung vào sàng lọc, xác định danh sách bệnh nhân mắc THA và đánh giá sự cải thiện tình trạng sức khỏe của họ trong hệ thống y tế. Mỗi bệnh nhân trong danh sách đều gắn với mã số chẩn đoán bệnh nhân ngoại trú, dữ liệu sử dụng thuốc, hồ sơ nhập viện. Kết hợp trao đổi thông tin, tư vấn, tương tác, hỗ trợ thường xuyên của bác sỹ điều trị, dược sỹ, y tá, người phân tích dữ liệu với bệnh nhân đã tạo nên sự cải thiện rõ rệt trong kiểm soát THA [77]. Năm 2015, sau 14 năm triển khai chương trình KPNC, những thay đổi tích cực trong quản lý THA đã được ghi nhận. Từ 2001 đến 2013, kiểm soát THA ở California tăng từ 44% lên 90%, tỷ lệ cơn đau tim giảm 24% và tử vong do đột quỵ giảm 42% [56].

Một mô hình nghiên cứu khác, nhằm can thiệp thay đổi nhận thức và quản lý THA cộng đồng tại Airdrie (Alberta), Canada cũng đưa lại kết quả rất khả quan. Hoạt động can thiệp bao gồm giáo dục cho những người tình nguyện từ 65 tuổi trở lên, đánh giá huyết áp, nguy cơ bệnh tim cũng như can thiệp vào các cơ sở y tế vệ tinh. Kết quả cho thấy có 71% người tình nguyện quay trở lại theo dõi sau 4-6 tháng, huyết áp tâm thu của họ giảm $16,9 \pm 17,2$ mmHg ($p < 0,05$) so với lần đầu khám và 56% đã đạt huyết áp mục tiêu. Can thiệp đã nâng cao nhận thức của cộng đồng và hiệu quả quản lý THA tại Airdrie [10]. Báo cáo của nhóm các thành viên được chỉ định của JNC8 về hướng dẫn quản lý THA ở người trưởng thành dựa trên bằng chứng cũng cho thấy can thiệp quản lý THA chỉ thực sự mang lại hiệu quả và đảm bảo tính bền vững khi có sự tham gia phối hợp của cơ sở y tế, của người bệnh và của các nhóm cộng đồng liên quan [20].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu can thiệp về bệnh huyết áp chưa được triển khai rộng rãi và cũng mới chỉ có một vài nghiên cứu trong thời gian gần đây, chủ yếu là từ các nghiên cứu của các trường đại học và bệnh viện lớn. Từ năm 2008, đã có dự án can thiệp quản lý THA trên phạm vi cả 63 tỉnh thành do Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai chủ trì. Có 7 nhóm hoạt động cơ bản tác động cả vào hệ thống y tế và người dân tại cộng đồng. Kết quả rất khả quan, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá tính bền vững cũng như khả năng nhân rộng của chương trình [9], [45]. Một số mô hình can thiệp khác cũng được tiến hành khá thành công tại Việt Nam như mô hình quản lý và điều trị THA ở bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện, một số nơi đã thành lập được cả các câu lạc bộ bệnh nhân THA và tiểu đường [69]. Tuy nhiên, mô hình này vẫn bộc lộ những hạn chế nhất định: số lượng bệnh nhân đông và không ít trong đó tới từ các huyện/xã xa, hàng tháng bệnh nhân phải đi quãng đường khá dài để tái khám và nhận thuốc; bệnh viện đa khoa tỉnh/huyện luôn trong tình trạng quá tải, thời gian bác sỹ dành để tư vấn cho người bệnh không nhiều, sự cá thể hoá điều trị còn rất hạn chế; bệnh nhân bị phơi nhiễm với một số YTNC của các bệnh nhiễm trùng... Ngoài ra, một bộ phận bệnh nhân chưa nhận thức và thực hiện đầy đủ chế độ quản lý THA, chưa kết nối tốt giữa điều trị và dự phòng, chưa quan tâm nhiều tới việc kiểm soát YTNC, tỷ lệ bỏ cuộc khá cao.

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như điếm lại 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 - Thêm một minh chứng để khẳng định rằng nếu như

được quan tâm hỗ trợ, TYT xã hoàn toàn có đủ khả năng để thực hiện quản lý THA một cách hiệu quả. Tuy nhiên, vẫn còn ít các nghiên cứu can thiệp về nâng cao năng lực cán bộ y tế tuyến cơ sở được triển khai ở Việt Nam. Đây chính là những khoảng trống cho các nghiên cứu trong tương lai.

4.1.2. Kết quả bổ sung trang thiết bị y tế, thuốc điều trị, hồ sơ quản lý tăng huyết áp

Ngoài yếu tố về nhân lực y tế, những yếu tố về trang thiết bị, thuốc và hệ thống hồ sơ, bệnh án theo dõi bệnh nhân THA đóng vai trò rất quan trọng trong can thiệp quản lý THA. Một số nghiên cứu trên thế giới gần đây cho thấy việc cung cấp thêm các trang thiết bị, thuốc thiết yếu đã tác động tốt đến việc quản lý THA cũng như tăng tính tiếp cận của họ đối với các dịch vụ điều trị và dự phòng các biến chứng của bệnh. Sự sẵn có của các trang thiết bị y tế, thuốc, tài liệu truyền thông và sổ sách quản lý bệnh nhân THA tại cộng đồng giúp cho các cán bộ y tế có khả năng chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh nhân THA tại cộng đồng tốt hơn. Mặt khác, còn làm tăng tính tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế gần nhất cho bệnh nhân THA tại cộng đồng [78]. Tổ chức Y tế Thế giới (2007) đã có báo cáo năm về hoạt động của hệ thống y tế, trong đó nhấn mạnh rằng để đảm bảo cho cơ sở y tế hoạt động tốt thì cần đầu tư đồng bộ cả con người (số lượng, cơ cấu, chất lượng và công tác đào tạo), hoàn thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và các loại thuốc, sinh phẩm đầy đủ [79]..

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại các TYT xã nhóm can thiệp, 15 loại trang thiết bị y tế cần thiết được sử dụng để chẩn đoán, điều trị và theo dõi THA trước can thiệp chỉ có 4 TYT xã (40%) có đủ, nhưng sau can thiệp tất cả 9 TYT xã (90%) đã được trang bị đủ và sử dụng thường xuyên cho công tác quản lý THA tại xã. Về thuốc, các loại thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị bệnh THA (nhóm chẹn kênh can xi: nifedipin, amlodipin; nhóm ức chế men chuyển: perindopril, captopril, enalapril; nhóm đối kháng

thụ thể: losartan; nhóm lợi tiểu: hydrochlorothiazid/furosemid; thuốc chống đông máu aspirin) trước can thiệp chỉ có 5 TYT xã (57%) có đủ số lượng và chủng loại thuốc, nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc. Về tài liệu truyền thông, trước can thiệp chỉ có 3 TYT xã (30%) sẵn có một số loại tài liệu truyền thông về phòng, chống THA như tờ rơi, băng rôn, đĩa cho công tác phát thanh trên loa, pa nô treo ở TYT và một số nơi công cộng, nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã sẵn có các tài liệu truyền thông này. Tại các TYT xã nhóm can thiệp, các loại sổ sách đăng ký bệnh nhân, cấp phát thuốc, theo dõi huyết áp được sử dụng thường xuyên. Việc bổ sung khá đầy đủ các trang thiết bị, thuốc điều trị, tài liệu truyền thông và sổ sách quản lý THA cộng với công tác đào tạo cán bộ y tế đã góp phần nâng cao chất lượng và hiệu quả công tác quản lý THA tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước dưới đây cả về hình thức, nội dung và hiệu quả can thiệp.

Một nghiên cứu tổng quan Meta trên 86 công trình khoa học nghiên cứu trên thế giới năm 2013 đã cho thấy vai trò của hệ thống y tế đến hiểu biết, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh nhân THA tại cộng đồng do Maimaris và cộng sự tiến hành [80]. Đại đa số các nghiên cứu được tổng quan đều là tập trung vào đánh giá hiệu quả can thiệp phòng và chống bệnh THA ở các quốc gia khác nhau. Các hoạt động cũng tập trung vào 2 khu vực cơ sở y tế và người dân ở cộng đồng với những hoạt động sau: (1) đào tạo cho cán bộ y tế về quản lý THA; (2) cung cấp và bổ sung những thiết bị và thuốc cần thiết cho quản lý THA; (3) tăng cường công tác giám sát; (4) triển khai các hình thức truyền thông trên phương tiện thông tin đại chúng và cả tư vấn trực tiếp cho bệnh nhân tại cơ sở y tế. Các tác giả đã đi đến kết luận rằng dù ở các quốc gia khác nhau, có cấu trúc hệ thống y tế khác nhau nhưng can thiệp đầu tư cho cán bộ y tế, trang thiết bị, thuốc và hệ thống sổ sách-phương tiện quản lý bệnh

nhân THA thì hiệu quả điều trị đạt và duy trì huyết áp mục tiêu là rất khả quan. Mức độ giảm huyết áp tối đa dao động trung bình là 26,5 mmHg (15,5-45,5 mm Hg) và tối thiểu trung bình là 17,2 mmHg (7,1-27,3 mmHg) [80]. Các tác giả cũng khẳng định công tác đào tạo kết hợp với giám sát thường xuyên đóng vai trò rất quan trọng trong việc nâng cao kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong quản lý THA.

Samb và cộng sự (2010) đã tiến hành nghiên cứu thử nghiệm và đưa ra kết luận về vai trò của công tác củng cố hệ thống y tế trong việc quản lý các bệnh mạn tính, trong đó có THA. Công tác củng cố hệ thống y tế tại các quốc gia đang phát triển như là một liều thuốc thử cho hoạt động quản lý các bệnh này. Nghĩa là, khi cung cấp đầy đủ thuốc, trang thiết bị, nâng cao kỹ năng của cán bộ y tế, tăng cường công tác giám sát các bệnh mạn tính thì số lượng và chất lượng quản lý các bệnh mạn tính sẽ tăng cao [78].

Tổ chức Y tế Thế giới cũng đã có những khuyến cáo và đề ra những biện pháp rất cụ thể về việc nâng cao năng lực cho các cơ sở y tế trong việc quản lý THA [79]. Một nghiên cứu thử nghiệm tại các cơ sở y tế khác do Stewart và cộng sự (2012) cũng đã thông báo về hiệu quả của hệ thống cơ sở y tế chăm sóc bệnh nhân THA. Các tác giả cho biết sự sẵn có của trang thiết bị cần thiết, thuốc điều trị và chất lượng cán bộ y tế có vai trò rất quan trọng trong việc duy trì huyết áp mục tiêu, quản lý bệnh nhân THA và cả cấp cứu bệnh nhân khi có THA đột ngột [81]. Các tác giả cũng thông báo lượng bệnh nhân THA được quản lý tăng lên sau can thiệp; nhiều bệnh nhân THA đã được tư vấn trực tiếp và đăng ký được quản lý THA tại cơ sở y tế.

Một nghiên cứu can thiệp về phòng chống bệnh THA khác tại cộng đồng ở Trung Quốc gần đây (2014) về quản lý THA và tiểu đường trên 9.543 người bệnh cũng áp dụng các biện pháp can thiệp tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [82]. Về phía cơ sở y tế, các can thiệp cũng là đào tạo cán bộ, tăng cường

công tác giám sát, bổ sung các trang thiết bị y tế, thuốc và tài liệu truyền thông; về phía cộng đồng cũng triển khai các hoạt động truyền thông phòng chống THA tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau can thiệp kỹ năng của cán bộ y tế về bệnh THA được nâng cao, số lượng bệnh nhân THA được quản lý tăng thêm 8,2% và tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu tăng thêm 25% so với trước can thiệp.

Lu và cộng sự (2012) đã thực hiện một tổng quan trên 94 nghiên cứu về can thiệp phòng chống THA tại cộng đồng với các can thiệp: truyền thông giáo dục sức khỏe, tăng cường giám sát, đào tạo cán bộ và tăng cường năng lực của cơ sở y tế [83]. Kết quả nghiên cứu cho thấy gần như tất cả các đối tượng nghiên cứu ở nhóm can thiệp sau can thiệp đều có kết quả tốt trong công tác phòng chống bệnh THA. Kết quả cuối cùng HATT của bệnh nhân giảm được 13,7 mmHg (95% CI: 11,53-15,93) và HATT_r giảm được 7,3 mmHg (95% CI: 5,79-8,90). Không chỉ có vậy, tác giả còn tính hiệu quả của từng biện pháp can thiệp riêng biệt. Kết quả cho thấy hiệu quả riêng biệt của từng biện pháp can thiệp dao động từ 89,8% đến 99% và không khác biệt về ý nghĩa thống kê cho hiệu quả của từng hoạt động can thiệp [83].

4.2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh

4.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ điều trị

4.2.1.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức

Để có thể nâng cao kiến thức của người bệnh THA thì việc truyền thông, giáo dục sức khỏe, tư vấn cho người bệnh là một trong những biện pháp rất quan trọng. Một nghiên cứu tổng quan được thực hiện năm 2015 và một nghiên cứu khác năm 2009 đã cho kết luận rằng thông qua các biện pháp can thiệp truyền thông, người bệnh THA có thể hiểu rõ tình trạng bệnh của họ

cũng như các YTNC và từ đó tăng cường tuân thủ các biện pháp điều trị để duy trì huyết áp mục tiêu và dự phòng các biến chứng do bệnh THA mang lại như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim và tử vong. Thông qua công tác truyền thông, những hiểu biết chưa đúng của họ về THA cũng được thay đổi cho đúng và làm tăng tuân thủ điều trị [69], [77], [78], [79], [80].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, truyền thông-tư vấn về phòng, chống THA bằng nhiều hình thức đã được sử dụng như: phát tin/bài/phóng sự định kỳ hàng tuần trên hệ thống đài truyền thanh của xã tới từng khu dân cư; truyền thông trực tiếp lồng ghép vào các buổi sinh hoạt thường kỳ của các câu lạc bộ/chi/tổ hội (Người cao tuổi, Cựu chiến binh, Phụ nữ, Thanh niên...) ở cơ sở; treo poster, tư vấn trực tiếp cho từng bệnh nhân tại TYT xã kết hợp với phát tờ rơi... Các hoạt động này đã mang lại kết quả rất khả quan trong nâng cao kiến thức về phòng, chống THA cho người bệnh cũng như cho toàn thể cộng đồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu về định nghĩa của THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (89,3% sau can thiệp so với 43,3% trước can thiệp với $p < 0,01$) và so với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu về định nghĩa của THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 94,7%).

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình tại tỉnh Trà Vinh cũng cho kết quả khả quan về hiểu biết về định nghĩa của bệnh THA. Theo tác giả này, kết quả nghiên cứu ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng 68,8% tăng cao hơn so với nhóm đối chứng với 51,9%, hiệu quả can thiệp 7,1% [14]. Cũng theo tác giả này, thông qua các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe, đã nâng cao tỷ lệ hiểu biết của đồng bào dân tộc Khmer về cách phát hiện bệnh THA. Việc kiểm soát và theo dõi chỉ số huyết áp thường xuyên là một trong những yếu tố quan trọng trong công tác phát hiện sớm

bệnh, từ đó góp phần hạn chế được biến chứng [14]. Theo Beigi nghiên cứu năm 2014, kết quả can thiệp cho thấy có sự tăng lên về tỷ lệ người hiểu biết về hai chỉ số huyết áp từ 90,0% lên 96,0% ($p=0,03$) [88].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu cách phát hiện THA bằng đo huyết áp tăng cao mang ý nghĩa thống kê (81,3% sau can thiệp so với 46,5% trước can thiệp với $p<0,01$) và so với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu cách phát hiện THA bằng đo huyết áp tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p<0,01$ và CSHQ tăng 71,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với một số nghiên cứu can thiệp ở Việt Nam trên người dân tộc Khmer và người cao tuổi. Nguyễn Thanh Bình, Trần Văn Long và Nguyễn Kim Kế cũng đã thông báo hiệu quả truyền thông lên hiểu biết về bệnh THA [13], [14], [89].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một nghiên cứu can thiệp gần đây tại Sudan (2016) trên 150 bệnh nhân THA cho thấy sau can thiệp, kiến thức của người bệnh THA tăng lên một cách đáng kể và mang ý nghĩa thống kê, trong đó định nghĩa THA tăng từ 41% lên 87% và cách phát hiện bệnh THA tăng từ 37% lên 87% [90].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu tất cả 5 triệu chứng của THA (nhức đầu, ù tai, hoa mắt, chóng mặt và bốc hỏa) tăng cao mang ý nghĩa thống kê (88,2% sau can thiệp so với 69,5% trước can thiệp) và so với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 5 triệu chứng của THA của tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p<0,01$ và CSHQ tăng 85,5%). Tương tự, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu tất cả 9 nguy cơ của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (90,4% sau can thiệp so với 66,8% trước can thiệp). So với nhóm

đôi chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 9 YTNC của bệnh THA của tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 82,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Beigi và cộng sự (2014), các tác giả cho biết nhận thức của người dân về THA tăng từ 21,0% lên 92,0% sau chương trình can thiệp với $p < 0,05$ và điểm trung bình về kiến thức tăng từ $2,77 \pm 2,70$ lên $7,99 \pm 1,78$ sau 3 tháng can thiệp ($p < 0,01$) [88]. Các tác giả trên cũng nhận định chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe là có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức, nâng cao khả năng tự kiểm soát sức khỏe của bản thân, và kiểm soát các thói quen, hành vi, lối sống của bệnh nhân THA [88].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 8 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 69,5% trước can thiệp) và so với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 8 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 87,3%). Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 6 biến chứng của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (83,4% sau can thiệp so với 56,1% trước can thiệp) và so với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu đúng về 6 biến chứng của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và CSHQ tăng 80,6%). Tương tự, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 8 phương pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (88,8% sau can thiệp so với 68,5% trước can thiệp) và so với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu đúng về 8 phương pháp điều trị bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và CSHQ tăng 22,2%).

Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng kết luận rằng kiến thức về biến chứng và các biện pháp dự phòng biến chứng của THA cũng tăng cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình chỉ ra rằng sau can thiệp, tỷ lệ người dân có kiến thức về cách phòng chống THA của 2 nhóm đều tăng lên, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ này tăng từ 32,2% lên 46,3%, chỉ số hiệu quả 43,8% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng tăng lên không có ý nghĩa thống kê, từ 23,0% lên 25,0%, chỉ số hiệu quả 8,7% ($p > 0,05$) [14]. Tương tự, Nguyễn Kim Kế (2013) và Trần Văn Long (2010) nghiên cứu trên những người cao tuổi tại Nam Định và Hải Dương cũng cho biết kiến thức về biến chứng và các biện pháp dự phòng biến chứng của THA tăng sau can thiệp [13], [89].

Những kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với một số nghiên cứu khác trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Jarelnape và cộng sự cũng thông báo về sự thay đổi kiến thức của bệnh nhân sau can thiệp: kiến thức về triệu chứng của THA tăng từ 40% đến 88%, về tuân thủ chế độ điều trị tăng từ 32% đến 55%, về dự phòng THA tăng từ 32% đến 80%, về biến chứng của THA tăng từ 12% đến 80% [90]. Một số tác giả khác như Hroscikoki, Prochaska và Stange cũng thông báo can thiệp về truyền thông cho người THA mang lại kết quả cao và nhấn mạnh vai trò của cán bộ y tế trong việc truyền tải thông tin về phòng chống THA cho người bệnh thông qua tư vấn trực tiếp [91], [92], [93].

Tại Việt Nam, đã có khá nhiều nghiên cứu về tỷ lệ THA và YTNC tại cộng đồng, nhưng mới chỉ có một số nghiên cứu can thiệp tập trung vào quản lý THA tại tuyến YTCS, trong đó đối tượng chủ yếu là người dân có hoặc không có THA như các nghiên cứu tại các tỉnh Cà Mau, Trà Vinh, Hà Nội, Nam Định và Hưng Yên. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng với đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân THA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu chính là nhóm bệnh nhân THA tại cộng

đồng. Kết quả của các nghiên cứu can thiệp này cho thấy sau can thiệp kiến thức của người dân nói chung và của nhóm bệnh nhân THA đều tăng cao mang ý nghĩa thống kê, song mức độ gia tăng có khác nhau. Nguyễn Thanh Bình nghiên cứu tại Cà Mau trên nhóm người Khmer cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng về bệnh THA trước can thiệp là 21,0%; sau can thiệp 40,4%, chỉ số hiệu quả 92,4%; ở nhóm chứng, các tỷ lệ này là 16,0% và 21,3%, chỉ số hiệu quả 33,1% và hiệu quả can thiệp 59,3% ($p < 0,05$) [14]. Kết quả nghiên cứu này khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về hiệu quả can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức của người bệnh về phòng chống bệnh THA nhưng vẫn ở mức thấp hơn. Điều này có thể được giải thích là do đối tượng nghiên cứu của tác giả trên là người dân ở cộng đồng và lại là người Khmer. Trong khi, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh THA, họ đã được cán bộ y tế tư vấn nhiều hơn, bản thân họ cũng đã quan tâm tìm hiểu nhiều hơn về tình trạng bệnh của mình. Điều tương tự cũng đã được Prochaska, Beigi, Jarelnape, Nguyễn Kim Kế và Trần Văn Long khẳng định [13], [88], [89], [90], [93].

Nghiên cứu của Trần Văn Long (2012) cho thấy kiến thức của người cao tuổi về các YTNC của bệnh THA được cải thiện sau can thiệp. Kiến thức nhóm can thiệp tăng cao hơn nhóm đối chứng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [13]. Nguyễn Kim Kế (2013) thông báo sau hoạt động truyền thông đã có sự thay đổi về kiến thức, thái độ và thực hành của người cao tuổi tại nơi can thiệp một cách rõ ràng với $p < 0,05$ [89].

Một trong những kiến thức rất quan trọng trong quản lý THA cho người dân cũng như cho bệnh nhân THA tại cộng đồng là kiến thức của họ về điều trị bệnh THA. Bệnh nhân có kiến thức về điều trị THA mới tuân thủ chế độ uống thuốc cũng như sẵn sàng áp dụng các biện pháp điều chỉnh hành vi lối sống như: chế độ dinh dưỡng hợp lý, thực hành luyện tập thể dục, thể

thao, cai thuốc lá, hạn chế rượu bia... [94]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sau can thiệp, tỷ lệ người dân ở nhóm can thiệp đã có kiến thức đầy đủ về bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu gần đây ở Trà Vinh cho thấy trước can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về các biện pháp điều trị bệnh còn thấp, tỷ lệ này ở nhóm can thiệp cao hơn ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$), tỷ lệ có kiến thức đúng về điều trị bệnh THA đều tăng lên rất đáng kể ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, cụ thể ở nhóm can thiệp tăng từ 41,7% lên 53,3%, chỉ số hiệu quả 27,8%; ở nhóm đối chứng tăng từ 22,5 lên 39,2%, chỉ số hiệu quả 3,5%, hiệu quả can thiệp 24,3% ($p < 0,05$) [14].

Như vậy, bằng chứng từ các nghiên cứu trong và ngoài nước đều chỉ ra rằng các hoạt động can thiệp truyền thông tại cộng đồng cũng như tư vấn tại cơ sở y tế có hiệu quả rõ rệt nâng cao kiến thức về phòng chống bệnh THA, cho dù đó là người dân hoặc bệnh nhân THA tại cộng đồng. Mức độ thay đổi về kiến thức phòng và chống bệnh THA có khác nhau do thời gian can thiệp khác nhau, tại các địa bàn khác nhau và trên các đối tượng khác nhau, nhưng đều chứng tỏ hiệu quả can thiệp là rất khả quan. Các nghiên cứu khác ở Nam Định và Hưng Yên cũng cho kết quả tương tự [13], [89]. Một số nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho rằng can thiệp truyền thông là một trong những biện pháp hữu hiệu nâng cao kiến thức của người bệnh THA tại cộng đồng. Kết quả cho thấy tỷ lệ người dân có thể kiểm soát huyết áp, theo dõi huyết áp, đo huyết áp tăng lên tương ứng từ 24,0%, 11,0%, 13,0% lên 89,0%, 81,0% và 97,0% ($p < 0,05$) [88], [92]

Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự phối hợp giữa các hoạt động gồm truyền thông chung tại cộng đồng, tư vấn tại TYT xã, các can thiệp quản lý THA của TYT xã và TTYT huyện. Sự tiếp cận thường xuyên và đa dạng với các kênh thông tin càng cải thiện kiến thức cho người bệnh THA tại

cộng đồng. Lý do làm hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi tăng cao hơn một số nghiên cứu khác trong nước là: (1) Người bệnh THA có cơ hội gặp gỡ cán bộ y tế và có thể có cơ hội nhiều hơn để được tư vấn trực tiếp thông qua việc khám định kỳ và cấp thuốc điều trị THA tại cơ sở y tế; (2) Đối tượng nghiên cứu là người bệnh THA, họ có mối quan tâm nhiều hơn về bệnh tình của họ. Một số nghiên cứu trên đối tượng là bệnh nhân THA cũng đã đưa ra được những bằng chứng về các yếu tố trên [88], [92].

Mặc dù kiến thức liên quan đến THA (định nghĩa, cách thức chẩn đoán, tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng hợp lý, rèn luyện thể lực, dự phòng THA và biến chứng của THA...) là rất cần thiết và quan trọng, song mới chỉ là tiền đề. Quan trọng không kém là thái độ của người bệnh. Kiến thức có thể tăng cao, nhưng thái độ chưa quan tâm nhiều đến tình trạng bệnh của mình thì cũng thật ít ý nghĩa. Cuối cùng, thực hành tuân thủ những khuyến cáo, những chỉ định điều trị và dự phòng biến chứng của THA mới là yếu tố quyết định tới việc đạt và duy trì huyết áp mục tiêu của người bệnh. Một số tác giả trên thế giới và Việt Nam đã công bố những kết quả nghiên cứu về vấn đề này.

4.2.1.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp

Thái độ là quan điểm của bệnh nhân THA liên quan đến bệnh THA như tuân thủ điều trị, điều chỉnh hành vi lối sống và dự phòng biến chứng của THA. Các nghiên cứu về thái độ nhiều khi rất khó khăn trong thu thập số liệu do phải kết hợp giữa phỏng vấn với quan sát đối tượng nghiên cứu và nhiều khi cần phải phối hợp giữa nghiên cứu định lượng và định tính. Mặt khác, người bệnh ít khi có thái độ cởi mở về bệnh tình của mình và nhà nghiên cứu rất khó đo lường được tính chính xác và độ tin cậy của kết quả nghiên cứu về thái độ. Một số nghiên cứu từ các quốc gia đang phát triển như Châu Phi hay Trung Quốc đã cho thấy nhiều bệnh nhân THA ở cộng đồng có thái độ giấu

thông tin về bệnh của mình với những người khác ở cộng đồng và cả với các thầy thuốc [15], [90]. Thái độ bàng quan hoặc phớt lờ tình trạng bệnh THA của mình cũng xảy ra ở một số quốc gia khác cũng như ở Việt Nam [58]. Quan sát của chúng tôi tại các xã can thiệp và đối chứng cho thấy lý do của những vấn đề trên là: (1) hiểu biết của người bệnh chưa cao về cách điều trị, dự phòng biến chứng cũng như thay đổi hành vi lối sống, đặc biệt là người cao tuổi và người có trình độ học vấn thấp; (2) tình trạng kinh tế hộ gia đình thấp và cần phải lao động với nhiều thời gian.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về sự thay đổi thái độ của người bệnh THA sau can thiệp rất khả quan. Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thái độ đúng về phòng chống bệnh THA (như THA là một bệnh nguy hiểm, bệnh THA có thể điều trị được, cần đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế khi mắc THA và cần sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sỹ) tăng mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ $<0,05$ đến $<0,01$. Tương tự, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thái độ đúng về cả 9 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (93,6% sau can thiệp so với 63,1% trước can thiệp với $p<0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thái độ đúng về cả 9 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p<0,01$ và CSHQ tăng 45,9%).

Một số nghiên cứu ở trong và ngoài nước cũng cho kết quả nghiên cứu khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi về sự thay đổi thái độ của người bệnh THA. Lu và cộng sự nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2015 trên 360 bệnh nhân THA cho thấy thái độ của người bệnh tin tưởng bệnh huyết áp có thể điều trị ổn định, về các biện pháp dự phòng biến chứng THA đều tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp [15]. Tương tự, Liu (2012) nghiên cứu hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ và thực hành trên các đối tượng bệnh

nhân tại khu vực thành phố dựa trên các can thiệp về truyền thông cho thấy kết quả rất khả quan, thái độ của người bệnh trong việc thay đổi lối sống, tăng cường hoạt động thể lực, ăn nhiều rau quả, giảm mặn, tuân thủ chế độ điều trị tăng từ 30-45% sau 1 năm can thiệp [95].

Tại Việt Nam, hiện cũng đã có một số ít nghiên cứu về can thiệp cộng đồng nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cho cả bệnh nhân THA cũng như người dân tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của họ khá phù hợp với các kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của 2 tác giả Trần Văn Long (2015) và Nguyễn Kim Ké (2012) cho thấy thái độ của người bệnh THA tại cộng đồng tăng khá cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp tại tỉnh Nam Định và Hưng Yên [13], [89].

Tuy nhiên, không phải tất cả các biến số về thái độ của người bệnh THA sau can thiệp đều tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thái độ đúng về các biện pháp dự phòng THA như cần uống thuốc hạ huyết áp, cần uống thuốc y học cổ truyền, cần hạn chế ăn mặn và cần tăng cường ăn rau quả không tăng sau can thiệp. Có những lý do giải thích cho kết quả trên. Một là, một số biến số như cần phải uống thuốc huyết áp, hạn chế ăn mặn và tăng cường ăn rau quả không tăng do ngay từ trước khi can thiệp, tỷ lệ người bệnh có thái độ cần uống thuốc đã rất cao nên rất khó tăng hơn nữa sau can thiệp (đều từ khoảng trên 70% trở lên cho cả 2 nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp, Bảng 3.14). Hai là, biến số cần uống thuốc y học cổ truyền để duy trì huyết áp mục tiêu cũng như dự phòng các biến chứng của THA thấp trước can thiệp nhưng cũng không tăng sau can thiệp có thể là do quan điểm của người dân ngay từ đầu đã cho là cần phải dùng thuốc tây y chứ thuốc y học cổ truyền không có tác dụng (Bảng 3.15).

Nhìn chung, các nghiên cứu can thiệp về phòng chống THA trong và ngoài nước có ít nghiên cứu về thái độ của người dân hoặc người bệnh về

THA. Có lẽ lý do là khó đánh giá một cách chính xác về thái độ của người bệnh về THA. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc đánh giá thái độ thường khó chính xác và cần những bộ công cụ phù hợp cũng như các nghiên cứu viên có những kỹ năng nhất định [13], [88], [89], [96].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu trong và ngoài nước đều có chung một nhận định, đó là hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ của người dân và người bệnh THA tại cộng đồng sau can thiệp trong nhóm can thiệp cũng như so với nhóm đối chứng là khá cao mang ý nghĩa thống kê. Nâng cao thái độ cho người bệnh THA là một trong những yếu tố rất quan trọng trong quản lý THA tại cộng đồng. Yếu tố này đóng góp rất tốt vào việc nâng cao thực hành tuân thủ chế độ điều trị, điều chỉnh hành vi lối sống, dự phòng biến chứng THA.

4.2.1.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành phòng, điều trị bệnh THA

Nâng cao thực hành tuân thủ chỉ định điều trị và những khuyến cáo điều chỉnh hành vi lối sống của người bệnh THA tại cộng đồng cần có sự phối hợp hài hòa, thường xuyên giữa hoạt động truyền thông-tư vấn cho người bệnh và những đóng góp rất tích cực, kiên trì, trách nhiệm của cán bộ YTCS và hệ thống quản lý THA tại cộng đồng. Các nghiên cứu can thiệp trên thế giới thông thường đều tập trung vào 2 nhóm: người bệnh và cơ sở y tế, đặc biệt là cơ sở y tế gần người dân nhất. Kết quả của mô hình “Phối hợp tuyến YTCS trong quản lý THA” của tác giả Đinh Văn Thành, biện pháp tư vấn thay đổi hành vi đối với người THA đã khắc phục gắn kết mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe và các mô hình quản lý điều trị bệnh. Đối với bệnh THA, có nhiều yếu tố ảnh hưởng khác nhau dẫn đến việc tăng hay giảm tỷ lệ mắc bệnh THA trong cộng đồng. Trong đó, những yếu tố có thể thay đổi được là các hành vi, thói quen, lối sống. Việc điều chỉnh từ các thói quen có hại sang thói quen có lợi giúp người dân chủ động hình thành lối sống lành mạnh, góp phần

nhieu làm giảm tỷ lệ THA [97], [98]. Một số nghiên cứu ở ngoài nước cũng áp dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp như vậy để quản lý THA tại cộng đồng [15], [23], [90], [96].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, khám định kỳ hàng tháng và đăng ký tham gia chương trình quản lý THA đều tăng mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ $<0,05$ đến $<0,01$. So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, khám định kỳ hàng tháng và đăng ký tham gia chương trình quản lý THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ $<0,05$ đến $<0,01$ và CSHQ tăng dao động từ 34-49,8%. Thực hành của người bệnh về theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, điều chỉnh hành vi lối sống theo khuyến cáo, khám định kỳ hàng tháng và đăng ký tham gia chương trình quản lý THA là những yếu tố quan trọng nhất quyết định thành công của người bệnh trong việc đạt và duy trì huyết áp mục tiêu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những thực hành trên được tăng cao sau can thiệp có thể được giải thích bằng một số lý do sau đây:

- Sự kết hợp chặt chẽ giữa công tác truyền thông tại cộng đồng thông qua hệ thống đài truyền thanh xã tới từng khu dân cư, pa nô áp phích, lồng ghép nói chuyện về bệnh THA tại các cuộc họp thôn cùng với tư vấn trực tiếp cho người bệnh trong từng lần đến khám bệnh và nhận thuốc định kỳ là yếu tố quyết định trong việc nâng cao thực hành của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác ở các quốc gia đang phát triển khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [59], [82], [88], [90].

Vai trò của cán bộ y tế tại TYT xã rất quan trọng trong các hoạt động nâng cao thực hành của người bệnh THA tại cộng đồng. Cán bộ y tế xã được đào tạo cả về chuyên môn về bệnh THA và cả kỹ năng truyền thông, tư vấn. Từ đó, những cán bộ y tế ở gần dân nhất có khả năng phát huy những kiến thức và kỹ năng của mình. Hơn nữa, họ lại thường có thời gian dành cho tư vấn, tìm hiểu, tương tác với từng người bệnh để hướng tới cá thể hoá trong điều trị THA nhiều hơn so với tuyến tỉnh, tuyến huyện. Các kết quả nghiên cứu định tính cũng hỗ trợ cho những kết quả định lượng của chúng tôi.

Thực hành thay đổi hành vi lối sống, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, giảm muối, cai thuốc lá, hạn chế rượu bia, tăng cường hoạt động thể lực đóng góp rất quan trọng trong duy trì huyết áp mục tiêu, đồng thời để phòng tránh các biến chứng của THA như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim hoặc tử vong. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 55,6% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 59,5%).

Một số nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho kết quả tương tự như kết quả của chúng tôi, đó là tăng cường được thực hành của người bệnh THA sau can thiệp, tuy không đồng đều nhưng đều mang ý nghĩa thống kê. Đây cũng là minh chứng khẳng định chắc chắn về hiệu quả của công tác truyền thông cũng như hiệu quả can thiệp lên tuyến YTCS. Nghiên cứu của Lu (2012) tại Trung Quốc cho thấy tỷ lệ người tham gia hoạt động thể lực trước can thiệp là như nhau ở cả nhóm can thiệp và đối chứng. Sau can thiệp, tỷ lệ hoạt động thể lực tăng cao ở cả 2 nhóm. Trong đó, ở nhóm can thiệp bằng cách tổ chức các lớp thực hành tương tác có tỷ lệ tham gia hoạt động cao nhất

với 82,9% so với trước 30,8%. Biện pháp can thiệp bằng cách tổ chức các buổi nói chuyện thông thường và cuối cùng là can thiệp tự học thông qua việc đọc các thông tin về sức khỏe. Mặc dù các biện pháp can thiệp là khác nhau nhưng nhìn chung, cả ba cách đều làm thay đổi thói quen hoạt động thể lực của người dân [83]. Nghiên cứu này đã chứng tỏ các can thiệp truyền thông cho người bệnh ở cộng đồng là rất có hiệu quả.

Tương tự như nghiên cứu của Lu, nghiên cứu của Trần Văn Long (2015) đã kết luận có thay đổi về hoạt động thể lực, thói quen tập thể dục sau can thiệp. Tỷ lệ người tham gia tập thể dục ở nhóm đối chứng tăng từ 44,6% lên 48,6%, ở nhóm can thiệp là tăng từ 50,3% lên 58,7%, với $p < 0,05$ [13]. Kết quả nghiên cứu can thiệp của Nguyễn Kim Ké (2013) cũng cho kết quả tương tự, có sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ tham gia hoạt động thể lực, tăng 25,9%, với $p < 0,05$ [89]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình cũng cho thấy tỷ lệ có hoạt động thể lực sau và trước can thiệp nhóm can thiệp là 80,4% và 71,0%, chỉ số hiệu quả 13,2%, ở nhóm đối chứng là 85,4% và 84,5%, chỉ số hiệu quả 1,1%, hiệu quả can thiệp 12,1% ($p < 0,05$) [14].

Kết quả nghiên cứu can thiệp tuân thủ chế độ ăn có lợi cho người bệnh THA như ăn ít dầu mỡ động vật, ăn nhạt và ăn nhiều hoa quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước [98], [99]. Nghiên cứu ở Trà Vinh cũng cho biết sau can thiệp tỷ lệ ăn nhiều mỡ ở nhóm can thiệp giảm rõ rệt từ 16,0% xuống còn 7,1%, chỉ số hiệu quả 10,6% ($p < 0,05$). Ở nhóm đối chứng, tỷ lệ giảm từ 13,0% xuống 8,7%, chỉ số hiệu quả 4,9% ($p > 0,05$) [14]. Việc can thiệp truyền thông thay đổi thói quen ăn nhiều mỡ đã có hiệu quả cao khi tỷ lệ người sử dụng dầu mỡ giảm đáng kể so với nhóm không can thiệp. Trong số các YTNC của THA ở người chưa mắc bệnh hoặc những người đã mắc THA, ăn giảm muối và ăn ít dầu mỡ là các yếu tố có thể thay đổi dễ hơn các YTNC khác. Tuy nhiên, sự thay

đôi này phụ thuộc rất nhiều vào phong tục tập quán, con người và cả phương pháp và phương tiện truyền thông thay đổi hành vi.

Chế độ ăn giảm dầu mỡ đã được chứng minh là có tác dụng tốt trong việc dự phòng THA cho người chưa mắc bệnh, đồng thời cũng có tác dụng tốt trong việc duy trì huyết áp mục tiêu và đặc biệt là dự phòng các biến chứng của THA. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả cũng khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ ăn nhiều mỡ ở nhóm can thiệp giảm rõ rệt từ 16,0% xuống còn 7,1% ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả 10,6% ($p < 0,05$) trong khi ở nhóm đối chứng, tỷ lệ giảm từ 13,0% xuống 8,7%, chỉ số hiệu quả 4,9% ($p > 0,05$) [100]. Tương tự một số nghiên cứu ở Trung Quốc và các quốc gia khác cũng cho kết quả tương tự. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có hiệu quả cao hơn một số kết quả nghiên cứu khác do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những người bệnh THA, họ hiểu biết tốt hơn, thái độ quan tâm tới sức khỏe của mình nhiều hơn và từ đó tuân thủ tốt hơn những người chưa mắc bệnh THA [7], [83], [101], [102].

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 mặn của người bệnh THA. 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. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng về kiểm soát lượng muối ăn và huyết áp tại Gana, Tây Phi trên 1.013 người cho thấy giảm lượng muối tiêu thụ giúp giảm nguy cơ THA. HATT thu giảm 0,48 mmHg sau 3 tháng và 2,54 mmHg sau 6 tháng, HATTr giảm 1,02 mmHg và 3,95 mmHg sau 3 tháng và sau 6 tháng với $p < 0,01$, ngoài ra nghiên cứu còn

cho thấy tỷ lệ ăn mặn ở các vùng nông thôn cao hơn so với thành thị [98]. Trần Văn Long nghiên cứu tại tỉnh Nam Định cũng cho biết tỷ lệ người cao tuổi ăn giảm muối sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp 15,6% và cao hơn nhóm chứng với 8,1% [13].

Thay đổi lối sống giảm rượu bia và cai thuốc lá cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong phòng chống THA. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bằng các can thiệp truyền thông và tư vấn trực tiếp, sau can thiệp nhóm bệnh nhân THA được can thiệp có tỷ lệ giảm hút thuốc lá và sử dụng rượu bia cao hơn nhóm đối chứng. Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Nguyễn Thanh Bình cho biết ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người hiện còn hút thuốc là 12,9% giảm 9,9% so với trước khi can thiệp, chỉ số hiệu quả -1,7%. Ở nhóm đối chứng, tỷ lệ này hầu như không thay đổi, trước và sau can thiệp là 72,0% và 72,1%. Hiệu quả can thiệp giảm thói quen hút thuốc là 14,6% ($p < 0,05$) [14]. Tuy nhiên, đối với sử dụng rượu bia thì hiệu quả can thiệp không được cao trong các nghiên cứu khác và vẫn còn chưa thống nhất. Việc sử dụng rượu bia là một vấn đề văn hoá, khác nhau theo từng vùng miền, theo từng nhóm dân tộc và tình trạng kinh tế hộ gia đình. Trần Văn Long và Lu kết luận rằng vẫn chưa tìm thấy sự thay đổi sau can thiệp về tình trạng lạm dụng rượu sau 2 năm can thiệp [13], [83].

Tất cả các thực hành của bệnh nhân THA về tuân thủ điều trị, điều chỉnh hành vi lối sống (thay đổi chế độ ăn phù hợp, luyện tập thể lực, giảm muối, cai thuốc lá...) nêu trên cuối cùng đều được thể hiện ở huyết áp mục tiêu của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê (66,8% sau can thiệp so với 49,2% trước can thiệp với $p < 0,05$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý

nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 30,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu tại Trà Vinh cho biết tỷ lệ chỉ số huyết áp $< 140/90$ mmHg trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng từ 73,0% lên 82,9%, chỉ số hiệu quả 13,6% trong khi ở nhóm chứng là 74,0% và 73,3%, chỉ số hiệu quả là 0,9%. Hiệu quả can thiệp đạt 14,5% ($p < 0,05$) [14]. Theo Trần Văn Long, nghiên cứu bệnh THA ở người cao tuổi, sau can thiệp tỷ lệ THA ở người cao tuổi giảm từ 52,5% xuống 39,3% [13]. Hiệu quả can thiệp ở nghiên cứu của tác giả Trần Văn Long tương đối thấp có thể là do đối tượng nghiên cứu là những người cao tuổi từ 60 trở lên, việc điều trị đạt và duy trì huyết áp mục tiêu là khó khăn hơn do những người này mắc huyết áp trong thời gian dài hơn, hoặc kết hợp với một số bệnh lý mãn tính khác. Trong năm 2002, hiệu quả điều trị THA ở Ba Lan dao động 12-14%, nhưng các nghiên cứu NATPOL 2011 gần đây cho thấy sự cải thiện trong hiệu quả là mang lại Ba Lan gần với trung bình Liên minh châu Âu. Như vậy, trong các nghiên cứu với quy mô toàn quốc như ở Bồ Đào Nha hoặc Ba Lan đều cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt mức huyết áp mục tiêu $< 140/90$ mmHg vẫn còn tương đối thấp [103]

Từ các kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả một số nghiên cứu tương tự trên thế giới và Việt Nam, 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 THA cũng như nâng cao kiến thức, thực hành và duy trì huyết áp mục tiêu cho người bệnh THA. Tuy nhiên, sự thay đổi về kiến thức, thực hành về định nghĩa, phát hiện, tuân thủ chế độ điều trị, dự phòng biến chứng của THA cũng như duy trì huyết áp mục tiêu ở mức độ khác nhau do đối tượng nghiên cứu khác nhau và thời gian nghiên cứu khác nhau. Các nghiên cứu trong nước về quản lý THA trên đối tượng là người bệnh THA còn chưa nhiều và đây chính là cơ hội cho

các nghiên cứu mới về vấn đề này ở Việt Nam nhằm cung cấp thêm bằng chứng về hiệu quả can thiệp truyền thông-tư vấn trực tiếp tại tuyến YTCS cho công tác lập chính sách và kế hoạch quản lý THA tại cộng đồng.

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp quản lý tăng huyết áp

4.3.1. Nhân lực y tế

Tại Việt Nam, nhân lực tuyến YTCS hiện nay ở một số địa phương đang thiếu về số lượng, đồng thời yếu về chất lượng. Theo báo cáo của Bộ Y tế, trung bình mỗi TYT có khoảng 5-7 cán bộ y tế chịu trách nhiệm chăm sóc cho khoảng 5.000-10.000 dân, trong đó mới có khoảng 80% các TYT có bác sỹ và phần lớn các bác sỹ là các bác sỹ được đào tạo theo hình thức liên thông [104]. Nhiều cán bộ y tế chưa được thường xuyên đào tạo lại và cập nhật kiến thức chuyên môn về lĩnh vực mình đang được phân công nhiệm vụ. Đây là điểm yếu của tất cả các TYT trong toàn quốc chứ không chỉ riêng cho huyện Hạ Hoà, tỉnh Phú Thọ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố ảnh hưởng đầu tiên đến việc cung cấp dịch vụ và quản lý THA tại TTYT huyện Hạ Hoà và các TYT xã đó là thiếu nhân lực y tế có trình độ và kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Mỗi TYT xã chỉ có một bác sỹ là người có trách nhiệm và quyết định trong việc chẩn đoán, kê đơn điều trị bệnh nhân THA, nhưng họ có quá nhiều công việc phải làm ở TYT xã. Thêm vào đó, tỷ lệ các bác sỹ tại TYT xã được đào tạo về quản lý, điều trị THA tại cộng đồng chưa nhiều và chưa được thường xuyên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số kết quả nghiên cứu tại Việt Nam trong công tác dự phòng, điều trị và quản lý THA tại cộng đồng ở Trà Vinh, Nam Định và Hưng Yên [14], [89], [105]. Trong thời gian gần đây, ngành y tế đã có những cố gắng nhiều trong công tác đào tạo lại/đào tạo liên tục cũng như tăng cường các bác sỹ xuống YTCS nhưng do những khó khăn nhất định nên kết quả vẫn còn hạn chế.

Một số nghiên cứu trên thế giới, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển như châu Phi và Trung Quốc cũng cho kết quả tương tự [26], [80], [83]. Thiếu nhân lực và yếu về trình độ chuyên môn tại các cơ sở y tế không chỉ ở Việt Nam mà còn ở những quốc gia đang phát triển [25]. Điều này ảnh hưởng không chỉ đến công việc hàng ngày của họ mà còn ảnh hưởng đến những chương trình can thiệp, trong đó có chương trình quản lý THA.

Một yếu tố nữa cũng ảnh hưởng đến hoạt động can thiệp phòng chống THA tại xã, đó là công tác giám sát, chỉ đạo về chuyên môn của cán bộ y tế tuyến huyện và tuyến tỉnh cho y tế xã. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thông thường thì việc hướng dẫn chuyên môn và giám sát hoạt động quản lý THA tại các xã là 1 tháng/lần. Tuy nhiên, do bận nhiều công việc khác, các cán bộ y tế huyện không thực hiện được các công việc này thường xuyên. Chất lượng của hoạt động giám sát và chỉ đạo chuyên môn vẫn còn một số điểm hạn chế. Hạn chế này thuộc cả về 2 phía cán bộ TYT xã và cả cán bộ giám sát từ tuyến huyện/tỉnh. Những hạn chế này cũng đã được một số nghiên cứu can thiệp trên thế giới và Việt Nam chỉ ra [27], [30], [32], [80]. Các tác giả trên đều thống nhất rằng giám sát và theo dõi là những yếu tố quan trọng trong quản lý THA cũng như quản lý các bệnh không lây nhiễm khác. Một trong những hạn chế khá lớn tại TYT xã là việc sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân THA trên máy tính. Hạn chế chủ yếu đó là cán bộ y tế được giao trách nhiệm không đủ kiến thức, kỹ năng để khai thác phần mềm quản lý bệnh nhân THA tại xã. Kết quả quan sát của chúng tôi cho thấy chỉ có khoảng 2/3 TYT xã là có khả năng sử dụng thành thạo phần mềm này. Thách thức này cần thiết phải được giải quyết sớm thông qua các hoạt động giám sát, “cầm tay chỉ việc” của cán bộ y tế tuyến trên tại TYT xã.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu định tính của chúng tôi cũng đặt ra một số câu hỏi liên quan đến nhân lực tuyến YTCS, đó là: Quá trình tự học và học

tập suốt đời của cán bộ YTCS còn hạn chế? Nguyên nhân của hạn chế này là do họ chưa đủ khả năng tự học, hay thiếu động lực, hay cả hai? Trước một vấn đề sức khoẻ cộng đồng cần quan tâm, hay cụ thể hơn là cập nhật chẩn đoán, điều trị bệnh THA chẳng hạn, mặc dù đã có những tài liệu hướng dẫn rất đầy đủ do Bộ Y tế ban hành, nhưng để triển khai tới TYT xã cán bộ YTCS vẫn phải được tập huấn, phải được “cầm tay chỉ việc”? Nhiều năm trước đây, khi mạng lưới YTCS của Việt Nam mới hình thành, nguồn nhân lực không chính quy vừa thiếu về số lượng, yếu về chất lượng, đồng thời các phương tiện và cách thức truyền tải thông tin, kiến thức còn rất hạn chế. Trong bối cảnh như vậy, để triển khai các chương trình can thiệp lên sức khoẻ cộng đồng (tiêm chủng mở rộng; phòng chống sốt rét, lao, phong, sốt xuất huyết, ARI, tiêu chảy, HIV....), bắt buộc phải có hoạt động tập huấn, “cầm tay chỉ việc” cho YTCS. Điều này đã trở thành thói quen cố hữu, tạo ra lối mòn khó thay đổi trong hệ thống y tế của chúng ta cho tới tận bây giờ. Hiện nay, cán bộ TYT xã đã chính thức là viên chức sự nghiệp, cán bộ hệ cao đẳng và trung cấp y/dược được đào tạo bài bản và chính quy, các bác sỹ đa khoa hầu hết được đào tạo chính quy liên thông - họ hoàn toàn có khả năng tự học, tự cập nhật kiến thức chuyên môn ở những mức độ khác nhau. Cùng với đó, 100% TYT xã được kết nối internet để liên thông dữ liệu khám chữa bệnh với tuyến trên và BHYT, tỷ lệ cán bộ YTCS sử dụng điện thoại thông minh có kết nối 4G khá cao. Như vậy, luôn sẵn có tài nguyên rất đa dạng và phong phú về y học nói chung và về BKLN nói riêng, dễ truy cập và hầu như miễn phí trên internet. Vậy có thể thay đổi thói quen và lối mòn nêu trên hay không? Ngoài thói quen và lối mòn đó, phải chăng cán bộ YTCS còn thiếu động lực tự học tập, tự nghiên cứu để nâng cao trình độ, năng lực? Nguyên nhân thiếu động lực do đâu? Có phải do vấn đề về cơ chế tài chính/thu nhập, hay cơ chế quản lý lao động, hay môi trường công tác...làm cho họ thiếu vắng động lực?

Nhưng câu hỏi trên đây cũng chính là những khoảng trống cho các nghiên cứu trong tương lai.

4.3.2. Công tác truyền thông - tư vấn

Truyền thông, tư vấn cho người bệnh THA là rất quan trọng trong công tác điều trị, kiểm soát huyết áp mục tiêu, đặc biệt là tuân thủ chỉ định thuốc hạ huyết áp, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng (giảm muối, ăn nhiều rau quả, ăn ít dầu mỡ), chế độ luyện tập và hoạt động thể lực cũng như cai thuốc lá và giảm uống rượu bia. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khó khăn trong thực hiện hoạt động truyền thông của cán bộ y tế xã chủ yếu do tài liệu truyền thông không đầy đủ và hạn chế các kỹ năng truyền thông-tư vấn về phòng chống THA, mặc dù họ đều được tập huấn và cung cấp. Một trong những khó khăn nữa, đó là truyền thông trên hệ thống Đài truyền thanh tại các khu dân cư là hình thức truyền thông chính, những thông điệp cho người bệnh THA trên loa truyền thanh còn hạn chế về nội dung, mặt khác là truyền thông một chiều, không có sự tương tác nên hiệu quả truyền thông không cao. Công tác tư vấn cho người bệnh THA tại TYT xã không đều do người bệnh đến TYT xã lấy thuốc và khám bệnh không đều, thời gian tư vấn chưa nhiều do bản thân không ít bệnh nhân cũng bận và cán bộ y tế xã cũng nhiều việc. Những rào cản này cũng đã được một số nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập đến [27], [30], [83], [84].

Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cũng đã chỉ ra rằng công tác truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng mang tính chất một chiều, người được truyền thông không có cơ hội để trao đổi trực tiếp về những thắc mắc và những mối quan tâm của họ [80], [83], [84]. Do vậy, hiệu quả truyền thông không thật sự cao. Ngược lại với truyền thông đại chúng, công tác tư vấn trực tiếp cho người bệnh THA tại các cơ sở y tế có hiệu quả cao nhưng lại ít được thực hiện do cơ hội gặp gỡ giữa bệnh nhân và thầy

thuốc ít, thời gian tư vấn, tương tác không nhiều. Thêm vào đó, cán bộ y tế bận nhiều việc và người bệnh cũng ít đến cơ sở y tế trừ khi họ đến khám hoặc lấy thuốc [10], [11], [80]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, công tác truyền thông tư vấn cho người bệnh tại TYT xã cũng như tại TTYT huyện là một trong những hoạt động can thiệp có hiệu quả cao. Tại các TYT xã can thiệp đều có cán bộ y tế được đào tạo về quản lý bệnh tăng huyết áp trực thường xuyên, tư vấn trực tiếp về chế độ điều trị, sinh hoạt, trả lời trực tiếp các câu hỏi của người bệnh tăng huyết áp, đồng thời chính họ cũng là những người giám sát chế độ điều trị (uống thuốc đúng liều), chế độ ăn uống hợp lý cũng như chế độ luyện tập thể dục hàng ngày.

4.3.3. Đăng ký và quản lý bệnh nhân tăng huyết áp mới

Công tác phát hiện, đăng ký và quản lý bệnh nhân THA tại các xã can thiệp cũng đã được cải thiện nhiều so với các xã đối chứng. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất ở đây là công tác phát hiện và đăng ký bệnh nhân THA mới. Còn nhiều người bệnh THA chưa được phát hiện do họ không đi khám bệnh và đo huyết áp. TYT xã và TTYT huyện cũng đã tổ chức một số đợt khám sàng lọc, phát hiện THA tại cộng đồng, nhưng vẫn còn không ít những đối tượng có nguy cơ cao mắc THA, hoặc tiền THA không đi khám để được phát hiện và quản lý. Số lượng người bệnh THA trong độ tuổi lao động còn được phát hiện ít, do bản thân họ bận công việc và chưa quan tâm tới sức khỏe của mình. Trung bình hàng tháng chỉ phát hiện được từ 2-3 người/xã can thiệp. Chủ yếu những người này đi khám chữa bệnh tại TYT xã vì bệnh lý khác, khi được đo huyết áp mới phát hiện mắc THA, chỉ một số ít là chủ động đi khám khi có một số triệu chứng của THA.

Những khó khăn từ phía TTYT huyện chủ yếu tập trung vào công tác giám sát và chỉ đạo chuyên môn. Trong giai đoạn đầu can thiệp, ngành y tế huyện đã rất cố gắng đầu tư về nguồn lực và nhân lực cho công tác quản lý

bệnh nhân THA tại các xã. Huyện đã cử nhiều cán bộ y tế có kinh nghiệm chuyên môn và truyền thông về TYT xã để giám sát hỗ trợ bằng hình thức “cầm tay chỉ việc” cho cán bộ y tế xã về phát hiện, chẩn đoán, điều trị, truyền thông-tư vấn và đăng ký quản lý THA. Tuy nhiên, sau khi các hoạt động quản lý bệnh THA ở các xã đã đi vào hoạt động thì các công tác chỉ đạo chuyên môn và giám sát hỗ trợ thường không được thực hiện thường xuyên. Lý do cơ bản là nguồn lực có hạn, kinh phí đầu tư cho hoạt động này chưa nhiều, cán bộ y tế TTYT huyện tập trung vào hoạt động điều trị tại huyện, thay đổi sắp xếp lại tổ chức bộ máy các đơn vị y tế huyện (sáp nhập BVĐK huyện và TTYT huyện thành TTYT huyện hai chức năng).

4.3.4. Về phía bệnh nhân tăng huyết áp

Khả năng tiếp cận cơ sở y tế của bệnh nhân THA phụ thuộc vào các yếu tố về địa lý, kinh tế và văn hoá. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố địa lý là một trong những khó khăn cơ bản làm hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của cộng đồng ở các xã vùng núi. Mặc dù Hạ Hoà chưa phải là huyện vùng cao, địa bàn các xã không quá rộng và địa hình không phức tạp, khoảng cách từ các xã tới TTYT huyện không quá xa và mạng lưới giao thông liên xã, liên thôn khá đầy đủ và tương đối thuận lợi, song nhiều người dân vẫn cho biết họ gặp khó khăn khi đến TYT xã hoặc TTYT huyện để được khám sàng lọc THA và đăng ký điều trị cũng như nhận các thông tin giáo dục sức khỏe và truyền thông-tư vấn về phòng và điều trị THA. Có thể là do những bệnh nhân THA hầu hết ở lứa trung và cao tuổi, nhiều người trong số họ vì lý do tuổi tác và bệnh tật mà không làm chủ được phương tiện di chuyển bằng xe đạp hoặc xe máy và không phải lúc nào họ cũng sẵn có sự hỗ trợ từ gia đình, người thân. Khả năng tiếp cận về mặt địa lý cũng đã được nhiều tác giả ngoài nước nghiên cứu [98], [106]. Các chỉ số đánh giá khả năng tiếp cận về địa lý bao gồm khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế gần nhất và thời gian đi cũng như phương

tiện sử dụng. Đã có nhiều nghiên cứu trong nước đề cập đến khả năng tiếp cận cơ sở y tế của người dân, nhưng chưa có nghiên cứu nào đề cập đến khả năng tiếp cận này cho các đối tượng là bệnh nhân THA. Tại các nghiên cứu ở Trung Quốc và châu Phi, ở những vùng núi, đây chính là một yếu tố cản trở người bệnh đến với cơ sở y tế [83], [107], [108].

Yếu tố kinh tế cũng là một rào cản đối với khả năng tiếp cận cơ sở y tế của bệnh nhân THA. Khi mắc bệnh và phải đến cơ sở y tế, người dân không chỉ phải chi trả chi phí khám bệnh và mua thuốc điều trị, mà còn phải chi trả cho việc đi lại, thậm chí chi phí thăm nuôi nếu phải điều trị nội trú, đó là chưa kể họ bị mất thời gian làm việc để cho thu nhập hàng ngày. Một số nghiên cứu ở vùng núi Việt Nam cho thấy nhiều khi chi phí cho đi lại, ăn ở và một số chi phí khác còn cao hơn cả chi phí cho khám chữa bệnh.

Yếu tố văn hoá cũng có thể là một rào cản cho bệnh nhân THA. Điều đó có nghĩa là người bệnh THA bị những hủ tục lạc hậu chi phối, khi mắc bệnh, họ không đi khám chữa bệnh mà lại bói, cúng. Tuy nhiên, việc này thường chỉ xảy ra ở một số cộng đồng vùng sâu, vùng xa, vùng đông đồng bào thiểu số và thường gặp ở những người có trình độ dân trí thấp, tuổi cao.

Một khó khăn nữa đối với người dân trong việc được phát hiện và được điều trị bệnh THA, đó là mặc dù đã có nhưng hoạt động truyền thông tại xã, song vẫn còn không ít người chưa hiểu biết rõ về các triệu chứng biểu hiện, các biến chứng cũng như cách dự phòng và điều trị THA, đặc biệt đối với những người cao tuổi, trình độ học vấn thấp, nghèo và sống ở các xã miền núi xa trung tâm. Đây là nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc THA nhưng chưa được phát hiện và quản lý tại cộng đồng. Thông thường, THA ở giai đoạn đầu chỉ có các biểu hiện không nghiêm trọng như nhức đầu, buồn nôn, bốc hỏa và các triệu chứng này không kéo dài liên tục, đôi khi chỉ thoáng qua làm cho

người bệnh chủ quan không đi khám chữa bệnh để được phát hiện, điều trị và đăng ký tham gia vào chương trình quản lý.

Tính mới của đề tài

Đây là một nghiên cứu can thiệp về quản lý bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng đầu tiên ở khu vực miền núi của tỉnh Phú Thọ trong đó có đánh giá hiệu quả can thiệp từ cả 2 phía người cung cấp dịch vụ (TYT xã và TTYT huyện) và người bệnh tăng huyết áp. Thiết kế nghiên cứu là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng do vậy kết quả nghiên cứu là tin cậy và giá trị. Kết quả đã cung cấp được các bằng chứng tin cậy về hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng quản lý, điều trị, tư vấn, truyền thông, hỗ trợ, giám sát bệnh tăng huyết áp cho người bệnh tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cũng như duy trì được huyết áp mục tiêu của người bệnh tăng huyết áp được quản lý tại cộng đồng. Thêm vào đó, nghiên cứu cũng sử dụng phối hợp với nghiên cứu định tính để đánh giá những khó khăn, thuận lợi của mô hình can thiệp bệnh tăng huyết áp cả về phía cung cấp dịch vụ cũng như về phía bệnh nhân tăng huyết áp. Do vậy, mô hình can thiệp bệnh tăng huyết áp sử dụng đa dạng các hoạt động cả về người cung cấp dịch vụ và người bệnh tại cộng đồng có thể được áp dụng cho các địa phương khác trong tỉnh và khu vực miền núi phía Bắc.

KẾT LUẬN

1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp

Các biện pháp can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong nâng cao năng lực tuyến YTCS về quản lý THA. Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức và thực hành về quản lý THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Tại các TYT xã thuộc nhóm can thiệp, trước khi can thiệp chỉ có 4 TYT xã (40%) có đủ 15 loại trang thiết bị y tế sử dụng thường xuyên phục vụ công tác quản lý THA, nhưng sau can thiệp đã tăng lên 9 TYT xã (90%). Trước can thiệp, chỉ 5 TYT xã có đủ các thuốc điều trị THA theo danh mục của Bộ Y tế quy định, nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã đã có đủ.

2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh

Các biện pháp can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh THA về tuân thủ chỉ định điều trị và điều chỉnh hành vi lối sống (chế độ dinh dưỡng hợp lý, hạn chế rượu bia, không hút thuốc lá, hoạt động thể lực...). Ở nhóm can thiệp, sau can thiệp, hầu hết kiến thức về bệnh THA của người bệnh THA đều tăng cao mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ <0,05 đến <0,001 và hiệu quả can thiệp tăng từ 71,6% đến 97,4%; Tỷ lệ bệnh nhân THA có thái độ tốt về tuân thủ chỉ định điều trị và điều chỉnh hành vi lối sống tăng cao với p dao động từ <0,05 đến <0,01 và hiệu quả can thiệp tăng từ 38,4% đến 48,6%; Tỷ lệ bệnh nhân THA có thực hành tốt về tuân thủ chỉ định điều trị và điều chỉnh hành vi lối sống tăng cao với p dao động từ <0,05 đến <0,01 và hiệu quả can thiệp tăng từ 34% đến 59%.

Trong nhóm can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê (66,8% sau can thiệp

so với 49,2% trước can thiệp với $p < 0,05$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 30,5%).

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp

Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp từ phía cơ sở y tế gồm thiếu bác sỹ được đào tạo và có kinh nghiệm về quản lý THA tại TYT xã, kỹ năng sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân THA chưa tốt, tư vấn trực tiếp cho người bệnh THA còn hạn chế, giám sát hỗ trợ về quản lý THA tại TYT xã chưa thường xuyên, tính chủ động cũng như khả năng và động lực tự học tập của cán bộ YTCS chưa cao. Từ phía người bệnh THA, khả năng tiếp cận về mặt địa lý của một bộ phận người bệnh trung và cao tuổi ở các xã miền núi còn bị hạn chế. Kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý THA còn thấp, đặc biệt là những bệnh nhân cao tuổi, người dân tộc và người có trình độ học vấn thấp.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cho y tế cơ sở

Cần xác định cụ thể vai trò, nhiệm vụ của TYT xã trong quản lý THA gồm: (i) thông tin-giáo dục-truyền thông về THA và các YTNC; (ii) khám sàng lọc phát hiện THA, tư vấn và lập hồ sơ, bệnh án ngoại trú quản lý lâu dài đối với những bệnh nhân THA đơn thuần, không có biến chứng; (iii) phát hiện, chuyển tuyến trên những bệnh nhân THA phức tạp, THA có bệnh lý mạn tính khác kết hợp, THA có biến chứng; (iv) tiếp nhận đưa vào quản lý những bệnh nhân THA đã được điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về; (v) khám theo hẹn cho bệnh nhân trong danh sách quản lý, kiểm tra đánh giá tiến triển của bệnh, chỉ định thuốc điều trị, hoặc cung cấp thuốc theo hướng dẫn của tuyến trên đối với THA phức tạp; (vi) chuyển tuyến bệnh nhân khi thấy bất thường hoặc theo định kỳ.

Tiếp tục củng cố tổ chức, nhân lực bộ phận chỉ đạo tuyến của trung tâm y tế huyện để tăng cường giám sát, hỗ trợ kỹ thuật một cách thường xuyên và hiệu quả cho TYT xã, đầu tư thoả đáng cho hoạt động này.

2. Cho bệnh nhân tăng huyết áp

Cần tuyệt đối tuân thủ chế độ điều trị và những khuyến cáo điều chỉnh hành vi lối sống theo chỉ định của thầy thuốc để kiểm soát huyết áp nhằm đạt và duy trì huyết áp mục tiêu. Ngoài thông tin, kiến thức tiếp nhận được từ tư vấn của thầy thuốc, nếu có thể, người bệnh THA nên chủ động kết hợp tìm kiếm thông tin, kiến thức liên quan trên các website chính thống của các cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Y tế, Sở Y tế để cá thể hoá tốt nhất quá trình điều trị suốt đời của mình. Đồng thời, mỗi bệnh nhân THA cần là một tuyên truyền viên tích cực cho người thân trong gia đình, bè bạn và những người xung quanh về ích lợi của việc khám sàng lọc định kỳ nhằm phát hiện sớm tiền THA, hoặc THA để được tư vấn, điều trị và quản lý ngay tại TYT xã.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1.	Lê Quang Thọ, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Bạch Yến (2018). Community-based intervention in hypertensive patients: improving knowledge and practices of prevention and control in Ha Hoa district, Phu Tho province. Journal of Clinical Medicine. No.2, October, trang113-122.
2.	Lê Quang Thọ, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Bạch Yến (2018). Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực TTYT huyện Hạ Hoà và các TYT xã trong phòng và điều trị THA, quản lý THA và một số yếu tố ảnh hưởng, giai đoạn 2015-2018. Tạp chí Y học Cộng đồng. Số 5 (46) trang: 112-119.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2015). *Global Status report on noncommunicable diseases 2014*.
2. GBD 2015 Mortality and causes of Death Collaborators (2015). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 388(10053): 1459–1544.
3. Bloom D, Cafiero, and ET et al (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable diseases. World Economic Forum 2011.
4. Williams J Townsend N and Bhatnagar P et al (2014). Cardiovascular disease statistics. British heart foundation, Greater London House, 180 Hampstead Road, London NW1 7AW. 14–16, 99–100.
5. Hội Tim Mạch học Việt Nam (2008). Khuyến cáo 2008 về chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp ở người lớn. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa.
6. Nguyễn Lâm Việt (2011). Phòng chống bệnh tăng huyết áp - Giảm gánh nặng bệnh tật.
7. Appel LJ, Champagne CM, and Harsha DW et al (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*, 289–293.
8. World Health Organization (2003). The 2003 WHO/ISH Guidelines. *Journal of Hypertension*, 21(11): 1983–1992.
9. Nguyễn Lâm Việt (2011). *Tăng huyết áp- Vấn đề cần được quan tâm hơn*, Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống tăng huyết áp.

10. Jones C, Simpson SH, Mitchell D et al (2008). Enhancing hypertension awareness and management in the elderly: Lessons learned from the Airdrie Community Hypertension Awareness and Management Program (A-CHAMP). *Can J Cardiol*, 24(7): 561–567.
11. Carter BL, Bosworth HB, and Green BB (2011). The Hypertension Team: The Role of the Pharmacist, Nurse, and Teamwork in Hypertension Therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 14(1): 51–65.
12. WHO (2013). *High Blood Pressure - The Silent killer. World Health Day 2013, Report.*
13. Trần Văn Long (2015). *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011-2012.* Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
14. Nguyễn Thanh Bình (2016). *Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp.* Luận án tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
15. Chu Hong Lu, Song-Tao Tang, Yi-Xiong Lei et al. (2015). Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*, 15 (33): 1-9.
16. Bộ Y tế (2010). Quyết định số 3192 /QĐ-BYT hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. .
17. World Health Organization (2015). *Question and Answer on hypertension, Report.*
18. Kayce Bell, Jun Twiggs, and Bernie R Olin (2015), *Hypertension-The Silent killer updated JNC-8 Guideline recommendation.* Alabama Pharmacy Association.

19. Wright JT, Fine LJ, Lackland DT et al (2014). Evidence supporting a systolic blood pressure goal of less than 150 mm Hg in patients aged 60 years or older: the minority view. *Ann Intern Med.* 160(7): 499–503.
20. James PA, Oparil S, and Carter BL et al (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). 311: 507–520.
21. Falaschetti E, Mindell J, Knott C et al. (2014). Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*, 383(9932): 1912–1919.
22. Danaei G, Finucane M M, Lin J K et al (2011). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5,4 million participants. *Lancet*, 377(9765): 568–577.
23. Yoon SS Nwankwo T, Gu Q, and Burt V (2013). Hypertension among adults in the US: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. *NCHS Data Brief.* (133): 1–8.
24. Ian H de Boer, Sripal Bangalore, Athanase Benetos et al. Diabetes and Hypertension: A Position Statement by the American Diabetes Association | Diabetes Care. *Diabetes Care*, 40 (9): 1273–1284.
25. WHO (2013). *High blood pressure: Global and Region Overview, World Health Day 2013.* Report.
26. Krishnan A, Garg R, and Kahandaliyanage A (2013). Hypertension in the South-East Asia Region: an overview. 17(1): 8.
27. Bộ Y tế (2015). *Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015.* Hà Nội.

28. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê (2003). Báo cáo điều tra y tế quốc gia 2001/02. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
29. Nguyễn Lâm Việt và cộng sự (2015), Kết quả mới nhất của cuộc điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015-2016. Tài liệu hội thảo, Hội nghị Tim mạch toàn quốc 2016.
30. Bộ Y tế (2015), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014: tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
31. Ministry of Health, Hanoi Medical University, WHO et al. (2010). Global Adult Tobacco Survey (GATS) Viet Nam 2010 [Internet]. Hanoi. http://gatsatlas.org/#section_read.
32. World Health Organization (2013). Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. .
33. UNDP (2013). Discussion Paper: Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases", One United Nation Plaza, New York, NY 10017, USA, .
34. Charu C Garg and David B Evans (2011). What is the impact of non-communicable diseases on National Health Expenditures: A synthesis of available data. Discussion Paper No 3. Geneva.
35. Bloom D E, Cafiero E T, McGovern M E et al (2013). The Economic Impact of Non-Communicable Disease in China and India: Estimates, Projections, and Comparisons, Working Paper. National Bureau of Economic Research.
36. Ma Y Q, Mei W H, Yin P et al (2013). Prevalence of Hypertension in Chinese Cities: A Meta-Analysis of Published Studies. *PLoS One*. 8(3).
37. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế (2012). Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của một số bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam. Hà Nội.

38. Viện dinh dưỡng quốc gia (2010). Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010. Nhà xuất bản Y học.
39. Tổng cục Thống kê (2011). Tổng điều tra dân số và nhà ở 1/4/2009. Mức sinh và mức chết ở Việt Nam: Thực trạng, xu hướng và những khác biệt. Hà Nội.
40. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010). Results by Cause 1990-2010 - Vietnam Country Level, Seattle, United States.
41. Đại học Y tế Công cộng và Tổ chức HealthBridge Canada tại Việt Nam (2011). Nghiên cứu gánh nặng kinh tế của 5 nhóm bệnh liên quan tới hút thuốc lá ở Việt Nam. Hà Nội. Báo cáo.
42. Lương Ngọc Khuê và Hoàng Văn Minh (2011). Nghiên cứu tần suất và mức độ người hút thuốc lá ở người Việt Nam. Tạp chí Y học TP HCM, 15 (2): 94–100.
43. World Health Organization (2014). Management of substance abuse - Global Status Report on Alcohol and Health 2014.
44. N H Trang and T K Hong et al (2012). Cohort profile: Ho Chi Minh City Youth Cohort—changes in diet, physical activity, sedentary behaviour and relationship with overweight/obesity in adolescents. *BMJ Open*.
45. Viện Tim mạch trung ương (2014), Chế độ dinh dưỡng và luyện tập hằng ngày cho bệnh nhân tăng huyết áp.
46. Bùi Ngọc Linh, Nguyễn Thị Trang Nhung, Trần Khánh Long và cộng sự (2014), *Gánh nặng bệnh tật gây ra bởi một số yếu tố nguy cơ ở Việt Nam*. Trường Đại học Y tế công cộng và Viện Chiến lược và chính sách y tế, Hà Nội.
47. Phạm Mạnh Hùng và Nguyễn Lân Việt (2011). *Rối loạn lipid máu và nguy cơ bệnh tim mạch*. Báo cáo.

48. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp (2014). *Chế độ dinh dưỡng và luyện tập hằng ngày cho bệnh nhân tăng huyết áp*. Báo cáo.
49. Tổng cục Thống kê (2018). *Niên giám thống kê 2017*. Nhà xuất bản Thống kê. Hà Nội.
50. Whelton P K, Carey R M, Aronow W S et al (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 71(6): 1269–1324.
51. Chabot I, Moisan J, Grégoire J P et al (2003). Pharmacist intervention program for control of hypertension. *Ann Pharmacother*, 37(9): 1186–1193.
52. Chisholm-Burns M A S C, Kim Lee J, and Spivey CA (2010). US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 48: 923–933.
53. Rosendorff C, Lackland D T, Allison M et al (2015). Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease: A scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. *J Am Soc Hypertens*. 9(6): 453–498.
54. Weber M A, Schiffrin E L, White W B et al (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 16(1): 14–26.

55. Park Y H, Chang H, Kim J et al (2013). Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. *J Clin Nurs*. 22(5–6): 710–722.
56. Marc G, Joseph D Y, Grace A L et al (2013). Improved Blood Pressure Control Associated With a Large-Scale Hypertension Program. 310(7): 699–705.
57. Thủ tướng chính phủ (2008). Quyết định 172/2008/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 19/12/2008. <<https://luatvietnam.vn/y-te/quyet-dinh-172-2008-qd-ttg-thu-tuong-chinh-phu-39413-d1.html>>, accessed: 26/04/2019.
58. Đinh Văn Thành, Nguyễn Văn Sơn và Nguyễn Tiên Dũng (2013). Kiến thức, thái độ, thực hành về điều trị và quản lý tăng huyết áp tỉnh Bắc Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 412: 47–55.
59. da Silva S S, Pierin A M, and Colósimo FC (2010). The effect of educational interventions on nursing team knowledge about arterial hypertension.
60. Thủ tướng chính phủ (2002). Quyết định số 139/2002/QĐ-TTG của Thủ tướng Chính phủ: QĐ khám, chữa bệnh cho người nghèo. .
61. Thủ tướng chính phủ (2012). Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Sửa đổi, bổ sung một số điều của Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15 tháng 10 năm 2002 của Thủ tướng Chính phủ về khám, chữa bệnh cho người nghèo. <http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=155653>, accessed: 26/04/2019.
62. Bộ trưởng Bộ Y tế (2008). Quyết định số 1816/QĐ-BYT về việc phê duyệt đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”.

63. Tổng bí thư (2017). Nghị quyết 20-NQ/TW: Hộ nghị lần thứ sáu, Ban chấp hành trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
64. Thủ tướng chính phủ (2016). Quyết định số 2348/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ : Phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.
65. Bộ trưởng Bộ Y tế (2017). Thông tư số 39/2017/TT-BYT: Quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.
66. Bộ trưởng Bộ Y tế (2017). Thông tư 52/2017/TT-BYT: Quy định về đơn thuốc của việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú.
67. Bộ Lao động và Thương binh Xã hội (2000), *Quy định số 3931/LĐ-TBXH về lĩnh vực quản lý của tổ chức BHYT, Viên Chăn, Viên Chăn, CHDCND Lào.*
68. World Health Organization expert consultation (2004), *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies.*
69. Đinh Văn Thành (2015). *Thực trạng và hiệu quả mô hình quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bắc Giang.* Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.
70. Chobanian A V, Bakris G L, Black H R et al (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 289(19): 2560–2572.
71. Anuurad E, Shiwaku K, Nogi A et al (2003). The new BMI criteria for asians by the regional office for the western pacific region of WHO are suitable for screening of overweight to prevent metabolic syndrome in elder Japanese workers. *J Occup Health*. 45(6): 335–343.

72. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Physical Activity and Adults. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/>, accessed: 26/04/2019.
73. WHO Salt reduction. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>>, accessed: 26/04/2019.
74. (2016). Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers.
75. Katende G, Groves S, and Becker K (2014). Hypertension Education Intervention with Ugandan Nurses Working in Hospital Outpatient Clinic: A Pilot Study. *Nursing Research and Practice*, <<https://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/710702/abs/>>, accessed: 26/04/2019.
76. Ribeiro A.G., Ribeiro S.M.R., Dias C.M.G.C. et al. (2011). Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*. 11: 637.
77. Qaseem A, Wilt T J , Rich R et al (2017). Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 166(6): 430–437.
78. Samb B, Desai N, Nishtar S et al. (2010). Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 376: 1785–1797.
79. WHO (2007), *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization; 2007. Report.

80. Maimaris W, Paty J, Perel P et al (2013). The influence of health systems on hypertension awareness, treatment, and control: a systematic literature review. *PLoS Med.* 10(7): e1001490.
81. Stewart S, Carrington M J, Swemmer C H et al (2012). Effect of intensive structured care on individual blood pressure targets in primary care: multicentre randomised controlled trial. *BMJ.* 345: e7156.
82. Liang X, He C, and Liu Y (2014). The Effect of Hypertension and Diabetes Management in Southwest China: A Before- and After-Intervention Study. *PLoS ONE*, 9(3): e91801.
83. Lu Z, Cao S, and Chai Y et al (2012). Effectiveness of interventions for hypertension care in the community: A meta-analysis of controlled studies in China. *BMC Health Serv Res.* 12: 216.
84. Cibele D R, Resqueti R V, and Lima I et al (2015). Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 5:e006583.
85. Shaw R and Bosworth H B (2012). Baseline medication adherence and blood pressure in a 24-month longitudinal hypertension study. *J Clin Nurs.* 21(9–10): 1401–1406.
86. Meng X J, Dong G H, Wang D et al (2011). Prevalence, awareness, treatment, control, and risk factors associated with hypertension in urban adults from 33 communities of China: the CHPSNE study. *J Hypertens*, **29**(7): 1303–1310.
87. Prince M J, Ebrahim S, Acosta D et al (2012). Hypertension prevalence, awareness, treatment and control among older people in Latin America, India and China: a 10/66 cross-sectional population-based survey. *J Hypertens.* **30**(1): 177–187.

88. Mohammad Ali Babae Beigi, Hajar Khazraei, Mohammad Javad Zibaenezhad et al (2014). The effect of educational programs on hypertension management. *International Cardiovascular*, 8 (3): 94-98.
89. Nguyễn Kim Ké, Đỗ Doãn Lợi, và Hoàng Khải Lập (2013). Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên. *Tạp chí Y học thực hành*. 857 (1):128–131.
90. Jarelnape A A, Abdullah N M, and Yousif K I (2016). The Effect of Health Educational Program on Patients' Knowledge About Hypertension and Its' Management, Sudan. *International Journal of Preventive Medicine Research*. 2(4): 17–22.
91. Hroscikoki M C and Solberg L I et al (2006). Challenges of change a qualitative study of chronic care model implementation. *Ann Fam Med*. 4 (4): 317–26.
92. Stange K C and Flocke S A et al (2000). Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice. *Preventive*. 31 (2 Pt 1): 167–76.
93. Prochaska J Di Clemente C (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood II: Dow Jones-Irwin.
94. Kishore S P, Vedanthan R, and Fuster V (2011). Promoting global cardiovascular health ensuring access to essential cardiovascular medicines in low- and middle-income countries. *J Am Coll Cardiol*. 57(20): 1980–1987.
95. Liu M X (2012). *Health information needs and the choice of communication mode of community patients with hypertension in city (Chinese)*. Master thesis. Chengdu University of Science and Technology, Department of Communications.

96. Hu D Y (2010). *Prevention and treatment of hypertension - from the guidelines to practice*. Beijing: Peking University Medical Press.
97. Tussing-Humphreys L, Edmond E, Thomson J L et al (2013). A church-based diet and physical activity intervention for rural, lower Mississippi delta african american adults: delta body and soul effectiveness study, 2010–2011. *Prev Chronic Dis*. 10: E92.
98. Francesco P Cappuccio, John B Eastwood, Sally M Kerry et al (2006). A community programme to reduce salt intake and blood pressure in Ghana. *BMC Public Health*. 6 (13): 1–11.
99. Vollmer WM, Sacks FM, and Ard J et al (2001). Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med*. **135**: 1019–1028.
100. Trần Thanh Bình (2014). Khảo sát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học TP HCM*. 8(3): 57–61.
101. Jo I, Ahn Y, Lee J et al (2001). Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea. the Ansan study. *Journal of Hypertension*, 62 (6):1523-1532 and 1021-1026.
102. Saounatsou M, Patsi O, and Faso G (2001). The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. 18 (6): 436–42.
103. Niklas A., Flotyńska A., Puch-Walczak A. et al. (2018). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult Polish population - Multi-center National Population Health Examination Surveys - WOBASZ studies. *Arch Med Sci*. 14(5): 951–961.
104. Tổng cục thống kê (2014), *Niên giám thống kê tóm tắt năm 2013*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

105. Trịnh Thị Phương Thảo và Nguyễn Văn Cư (2010). Hành vi nguy cơ ở người mắc bệnh tăng huyết áp tại quận 5, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP HCM*. 16: 1-5.
106. Magadza C, Srinivas SC, and Radloff SE (2009). The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. *Res Soc Adme Pharm*. 5: 363–75.
107. Ben Romdhane H, Ben Ali S, Skhiri H et al. (2012). Hypertension among Tunisian adults. Results of the Tahina project. *Hypertension Research*. 35 (3): 341–347.
108. Hendriks and Marleen E (2012). Hypertension in sub-saharan Africa: cross-sectional surveys in four rural and urban communities. *PLoS ONE*. 7 (3): 1-10.

PHỤ LỤC 1
PHIẾU ĐIỀU TRA KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG, CHỐNG
BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CỦA CÁN BỘ Y TẾ TẠI HUYỆN HẠ HOÀ,
TỈNH PHÚ THỌ

Ngàytháng..... năm 201.....

Thời gian phỏng vấn:phút

Họ và tên người phỏng vấn

.....

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC PHỎNG VẤN:

1. Họ và tên (chữ in hoa):

2. Đơn vị công tác (ghi rõ vào a hoặc b):

a. Khoa:....., TTYT huyện Hạ
Hoà

b. Trạm y tế xã:

3. Số điện thoại để liên hệ:

4. Tuổi: Giới: Nam ; Nữ

5. Trình độ chuyên môn:

- a. Bác sỹ đa khoa
- b. Bác sỹ CKI/Thạc sỹ
- c. Bác sỹ CKII/Tiến sỹ
- d. Y sỹ đa khoa/ Y sỹ sản nhi
- e. Điều dưỡng trung cấp
- f. Cử nhân điều dưỡng
- g. Hộ sinh trung cấp
- h. Cử nhân hộ sinh
- i. Kỹ thuật viên Y
- j. Dược sỹ đại học
- k. Dược sỹ trung cấp/cao đẳng
- l. Khác

6. Thời gian công tác tính đến nay:năm

B. KIẾN THỨC VỀ PHÒNG, CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP

B1. Anh/chị đã được tập huấn những nội dung nào dưới đây trong 5 năm qua?

<i>Nội dung</i>	<i>Có (ghi số lần được tập huấn)</i>	<i>Chưa được tập huấn</i>
Phòng, chống yếu tố nguy cơ THA		
Phát hiện, chẩn đoán THA		
Điều trị THA		
Quản lý THA		
Truyền thông, tư vấn về:		
- Tác hại của hút thuốc lá		
- Tác hại của lạm dụng rượu bia		
- Hoạt động thể lực		
- Dinh dưỡng hợp lý		
- Giảm lượng tiêu thụ muối		

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
B2	Theo Hội tim mạch học Việt Nam, một người được coi là mắc THA khi:	HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg=1	1
		HA tâm thu ≥ 130 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 80 mmHg=2	2
		HA tâm thu ≥ 150 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg=3	3
B3	Theo Hội tim mạch học Việt Nam, một người được coi là bị tiền THA khi	HA tâm thu 120-130mmHg và/hoặc HA tâm trương 80-85mmHg=1	1
		HA tâm thu 130-139mmHg và/hoặc HA tâm trương 85-89mmHg=2	2
		HA tâm thu 120-140mmHg và/hoặc HA tâm trương 80-90mmHg=3	3
B4	Theo Hội tim mạch học Việt Nam, THA độ 1 là khi:	HA tâm thu 135-159mmHg và/hoặc HA tâm trương 85-99mmHg=1	1
		HA tâm thu 140-159mmHg và/hoặc HA tâm trương 90-99mmHg=2	2
		HA tâm thu 160-179mmHg và/hoặc	3

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
		HA tâm trương 100-109mmHg=3	
		HA tâm thu >180mmHg và/hoặc HA tâm trương >110mmHg=4	4
B5	Theo Hội tim mạch học Việt Nam, THA độ 2 là khi:	HA tâm thu 135-159mmHg và/hoặc HA tâm trương 85-99mmHg=1	1
		HA tâm thu 140-159mmHg và/hoặc HA tâm trương 90-99mmHg=2	2
		HA tâm thu 160-179mmHg và/hoặc HA tâm trương 100-109mmHg=3	3
		HA tâm thu >180mmHg và/hoặc HA tâm trương >110mmHg=4	4
B6	Theo Hội tim mạch học Việt Nam, THA độ 3 là khi:	HA tâm thu 135-159mmHg và/hoặc HA tâm trương 85-99mmHg=1	1
		HA tâm thu 140-159mmHg và/hoặc HA tâm trương 90-99mmHg=2	2
		HA tâm thu 160-179mmHg và/hoặc HA tâm trương 100-109mmHg=3	3
		HA tâm thu >180mmHg và/hoặc HA tâm trương >110mmHg=4	4
B7	Chẩn đoán THA chính xác phải dựa vào:	Người thực hiện đo HA=1	1
		Máy đo phải là HA kế thủy ngân=2	2
		Đo phải đúng theo quy trình=3	3
		Phải đo nhiều lần trong những ngày khác nhau=4	4
B8	Đối với một bệnh nhân có HA 140/90mmHg và nguy cơ tim mạch thấp (từ 10 đến <20%), thái độ xử trí nào sau đây là phù hợp?	Tư vấn thay đổi lối sống + Dùng thuốc điều trị THA + Đánh giá lại sau 3tháng=1	1
		Tư vấn thay đổi lối sống + Đánh giá lại 3 tháng/1lần cho đến khi nguy cơ giảm xuống <10% thì theo dõi 6-9 tháng/lần=2	2
		Tư vấn thay đổi lối sống + Dùng thuốc điều trị THA + Đánh giá lại sau 1tháng=3	3
B9	Đối với một bệnh nhân có HATT từ 140-160 mmHg	Tư vấn thay đổi lối sống + Đánh giá lại sau 3 tháng, nếu HA không hạ	1

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
	và/hoặc HTTr từ 90-100 mmHg, đồng thời có nguy cơ tim mạch trung bình (từ 20 đến <30%), thái độ xử trí nào sau đây là phù hợp?	được thì dùng thuốc điều trị THA=1	2
		Tư vấn thay đổi lối sống + Dùng thuốc điều trị THA + Đánh giá lại sau 3tháng=2	
		Tư vấn thay đổi lối sống + Dùng thuốc điều trị THA + Đánh giá lại sau 1tháng=3	
B10	Đối với một bệnh nhân có HA 130/80mmHg và nguy cơ tim mạch cao ($\geq 30\%$), thái độ xử trí nào sau đây là phù hợp?	Tư vấn thay đổi lối sống + Đánh giá lại sau 3 tháng, nếu HA không hạ được thì dùng thuốc điều trị THA=1	1
		Tư vấn thay đổi lối sống + Dùng thuốc điều trị THA + Đánh giá lại sau 1tháng=2	2
		Tư vấn thay đổi lối sống + Dùng thuốc điều trị THA + Đánh giá lại sau 3tháng=3	3
B11	Yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp gồm (<i>có thể chọn nhiều đáp án</i>):	Hút thuốc lá, thuốc lào=1	1
		Uống nhiều rượu, bia=2	2
		Ăn nhiều thức ăn mặn=3	3
		Ăn đồ ăn nhiều mỡ, cholesterol =4	4
		Thừa cân, béo phì=5	5
		Ít vận động thể lực=6	6
		Nhiều căng thẳng, lo lắng=7	7
Trong gia đình bị THA=8	8		
B12	Bộ Y tế khuyến cáo một người nên tiêu thụ lượng muối mỗi ngày là bao nhiêu?	<6 gram (tương đương một thìa cafe)=1	1
		Từ 6 gram đến <10 gram=2	2
		Từ 10 gram đến <15 gram=3	3
		Từ 15 gram đến <20 gram=4	4
B13	Có thể cải thiện tình trạng HA và giảm nguy cơ tim mạch bằng cách thay đổi những lối sống nào sau đây? (<i>có thể chọn nhiều đáp án</i>)	Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá/lào=1	1
		Hạn chế uống rượu, bia=2	2
		Giảm ăn mặn=3	3
		Hạn chế đồ ăn nhiều mỡ và cholesterol=4	4

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
		Kiểm soát thừa cân, béo phì=5	5
		Tăng cường vận động thể lực=6	6
		Giải toả căng thẳng, lo lắng=7	7
B14	Bệnh tăng huyết áp có thể dẫn tới các biến chứng gì? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Tai biến mạch máu não=1	1
		Nhồi máu cơ tim=2	2
		Suy tim=3	3
		Suy thận=4	4
		Giảm thị lực, mù loà=5	5
		Tách thành động mạch chủ=6	6
B15	Bệnh tăng huyết áp có thể được điều trị như thế nào sau đây?	Khỏi hoàn toàn=1	1
		Ổn định, nhưng cần duy trì suốt đời=2	2
		Không điều trị được=3	3
B16	Ngưỡng HA nào sau đây cần được bắt đầu điều trị bằng thuốc hạ áp? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	THA độ I có kèm nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao=1	1
		Người ≥ 55 tuổi có HATT ≥ 160 mmHg=2	2
		Người < 55 tuổi có HATT ≥ 150 mmHg=3	3
		THA từ độ II trở lên=4	4
B17	Những trường hợp nào sau đây cần phải được xử trí cấp cứu THA? <i>(có thể chọn nhiều đáp án)</i>	HA $\geq 200/120$ mmHg=1	1
		HA $\geq 180/110$ mmHg=2	2
		HA $\geq 180/110$ mmHg + cơn đau thắt ngực=3	3
		HA $\geq 180/110$ mmHg + đau đầu dữ dội=4	4
		HA $\geq 180/110$ mmHg + lơ mơ/co giật=5	5
		HA $\geq 180/110$ mmHg + nhìn mờ=6	6
		HA $\geq 180/110$ mmHg + dấu hiệu thần kinh khu trú=7	7
B18	HA đầu kỳ trong cơn TBMN cấp cần phải được kiểm soát như thế nào?	Luôn cần dùng thuốc hạ áp để đảm bảo HA $< 140/90$ mmHg=1	1
		Dùng thuốc hạ HA khi HATT	2

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
		>180mmHg=2	
		Dùng thuốc hạ HA khi HATTr>110mmHg=3	3
B19	Những trường hợp nào sau đây cần phải được chuyển tuyến bệnh nhân? (<i>có thể chọn nhiều đáp án</i>)	THA trên bệnh nhân < 40 tuổi=1	1
		THA trên bệnh nhân ĐTĐ=2	2
		THA trên BN rối loạn chuyển hoá mỡ=3	3
		THA trên BN có bệnh phối hợp=4	4
		THA trên phụ nữ đang mang thai=5	5
		THA trên BN có cơn đau thắt ngực=6	6
		THA đang điều trị phối hợp 3 thuốc (cả lợi tiểu) nhưng không đạt mục tiêu=7	7
	Theo lịch hẹn để đánh giá định kỳ hiệu quả điều trị, chức năng gan/thận, nguy cơ biến chứng...=8	8	
B20	Huyết áp mục tiêu trong điều trị bệnh THA trên bệnh nhân có nguy cơ tim mạch trung bình/thấp (< 30%) và không bị ĐTĐ có biến chứng thận là:	Dưới 130/80mmHg=1	1
		Dưới 140/90mmHg=2	2
		Dưới 150/90mmHg=3	3
		Dưới 110/70mmHg=4	4
B21	Huyết áp mục tiêu trong điều trị bệnh THA trên bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao ($\geq 30\%$) hoặc bị ĐTĐ biến chứng thận là:	Dưới 130/80mmHg=1	1
		Dưới 140/90mmHg=2	2
		Dưới 150/90mmHg=3	3
		Dưới 110/70mmHg=4	4
B22	Việc theo dõi chỉ số HA trong quá trình điều trị ở bệnh nhân <i>chưa đạt HA mục tiêu</i> cần được thực hiện:	Hàng ngày=1	1
		Hàng tuần=2	2
		Hàng tháng=3	3
		Hàng quý=4	4
B23	Việc theo dõi chỉ số HA trong quá trình điều trị ở bệnh nhân <i>đã đạt HA mục tiêu</i> cần được thực hiện:	Hàng ngày=1	1
		Hàng tuần=2	2
		Hàng tháng=3	3
		Hàng quý=4	4

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
B24	Bệnh nhân < 55 tuổi được chẩn đoán THA, nên bắt đầu điều trị bằng <i>(có thể chọn nhiều đáp án)</i> :	Liều thấp lợi tiểu thiazide=1	1
		Liều thấp lợi tiểu thiazide và/hoặc nhóm ức chế thụ thể=2	2
		Liều thấp lợi tiểu thiazide và/hoặc nhóm ức chế men chuyển=3	3
		Thuốc chẹn kênh canxi tác dụng kéo dài và/hoặc lợi tiểu thiazide=4	4
B25	Bệnh nhân ≥ 55 tuổi được chẩn đoán THA, nên bắt đầu điều trị bằng <i>(chọn 1 đáp án đúng)</i> :	Liều thấp lợi tiểu thiazide=1	1
		Liều thấp lợi tiểu thiazide và/hoặc nhóm ức chế thụ thể=2	2
		Liều thấp lợi tiểu thiazide và/hoặc nhóm ức chế men chuyển=3	3
		Thuốc chẹn kênh canxi tác dụng kéo dài và/hoặc lợi tiểu thiazide=4	4
B26	Khi phải dùng 2 loại thuốc hạ HA (ngoài lợi tiểu) để điều trị THA trên một bệnh nhân, thì những kết hợp thuốc nào sau đây là đúng <i>(câu hỏi nhiều lựa chọn)</i> :	Đang dùng thuốc chẹn kênh canxi thì dùng thêm thuốc ức chế men chuyển=1 1
		Đang dùng thuốc chẹn kênh canxi thì dùng thêm thuốc ức chế thụ thể=2	2
		Đang dùng thuốc chẹn kênh canxi thì dùng thêm một thuốc chẹn kênh canxi=3	3
		Đang dùng thuốc ức chế men chuyển thì dùng thêm thuốc chẹn kênh canxi=4	4
		Đang dùng thuốc ức chế thụ thể thì dùng thêm thuốc chẹn kênh canxi=5	5
		Đang dùng thuốc ức chế men chuyển thì dùng thêm thuốc ức chế thụ thể=6	6
B27	Thuốc được ưu tiên lựa chọn để điều trị THA ở người thừa cân, béo phì là:	Ức chế men chuyển=1	1
		Ức chế thụ thể=2	2
		Lợi tiểu thiazide=3	3
		Chẹn kênh canxi=4	4
B28	Thuốc ưu tiên lựa chọn để điều trị THA ở bệnh nhân	Ức chế men chuyển=1	1
		Ức chế thụ thể=2	2

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
	Có tiền sử TBMMN là:	Lợi tiểu thiazide=3 Chẹn kênh can xi=4	3 4
B29	Nếu bệnh nhân đang điều trị mà HA tâm thu <110mmHg liên tục thì nên:	Giảm liều hoặc giảm số lượng nhóm thuốc=1 Tạm thời ngừng tất các thuốc để theo dõi=2 1 2
B30	Trong điều trị THA, nguyên tắc nào sau đây là phù hợp ?	Chỉ dùng thuốc khi HA cao=1	1
		Liên tục và suốt đời=2	2
		Đơn giản và kinh tế=3	3
		Kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch tổng thể và bảo vệ mạch máu luôn quan trọng=4	4
		Thay đổi lối sống luôn cần thiết để dự phòng cũng như điều trị THA=5	5
B31	Có thể uống thuốc hạ HA vào những thời điểm nào dưới đây?	Lúc no, ngay sau bữa ăn=1 Trong bữa ăn=2 Sau bữa ăn 1 giờ=3 Lúc đói, trước bữa ăn=4 Lúc đói, hay lúc no đều được=5	1 2 3 4 5
B32	Dùng phối hợp 3 loại thuốc hạ HA trong điều trị THA khi:	Bệnh nhân tuân thủ điều trị=1 Tìm thấy nguyên nhân=2 Không thể dung nạp loại thứ 4=3 Chưa điều chỉnh được liều lượng=4 Khi đã dùng hai loại thuốc hạ áp vẫn không đáp ứng=5	1 2 3 4 5
B33	Điều trị THA được gọi là tối ưu khi:	Bệnh nhân tuân thủ điều trị=1 Tìm thấy nguyên nhân=2 Điều chỉnh được liều lượng=3 Điều trị cá nhân hoá=4	1 2 3 4

B34. Anh/chị đã nhận được những tài liệu, hướng dẫn nào dưới đây?

<i>Loại tài liệu</i>	<i>Có</i>	<i>Không</i>
Truyền thông về phòng, chống yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm/bệnh tăng huyết áp		
Truyền thông về tăng huyết áp		
Truyền thông về đái tháo đường		
Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp		
Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị đái tháo đường		
Quy trình lâm sàng khám, điều trị bệnh tăng huyết áp		
Quy trình lâm sàng khám, điều trị bệnh đái tháo đường		

C. THỰC HÀNH CUNG CẤP DỊCH VỤ KỸ THUẬT

C1. Anh/chị có tham gia thực hiện các dịch vụ về phòng, chống yếu tố nguy cơ tăng huyết áp không?

Dịch vụ	Tham gia thực hiện		
	Hàng ngày	Hàng tuần/tháng	Không
Tư vấn về tác hại của hút thuốc lá			
Tư vấn về tác hại của lạm dụng rượu bia			
Tư vấn về hoạt động thể lực			
Tư vấn về dinh dưỡng hợp lý			
Tư vấn về giảm lượng tiêu thụ muối			
Tư vấn về bệnh tăng huyết áp và cách tự theo dõi, quản lý bệnh tăng huyết áp			
Tư vấn về bệnh đái tháo đường và cách tự theo dõi, quản lý bệnh đái tháo đường			

C2. Anh/chị tham gia thực hiện những kỹ thuật nào trong số các dịch vụ khám, chẩn đoán bệnh tăng huyết áp dưới đây:

Dịch vụ	Tham gia thực hiện		
	Hàng ngày	Hàng tuần/tháng	Không
Cân nặng			
Đo chiều cao, vòng bụng			
Tính chỉ số BMI			
Xác định nguy cơ tim mạch theo bảng kiểm			
Đo huyết áp			
Điện tâm đồ			
Khám bệnh thần kinh bằng búa phản xạ/âm thoa			
Kiểm tra thị lực			
Soi đáy mắt			
Làm test đường huyết mao mạch			
Chẩn đoán xác định tăng huyết áp			
Chẩn đoán xác định đái tháo đường			
Điều trị tăng huyết áp			
Điều trị đái tháo đường			
Quản lý bệnh nhân tăng huyết áp			
Quản lý bệnh nhân đái tháo đường			
Quản lý hồ sơ bệnh án bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường			

C3. Nếu có tham gia điều trị bệnh tăng huyết áp tại đơn vị, anh/chị đã sử dụng những loại thuốc nào dưới đây để kê đơn cho bệnh nhân:

Tên thuốc	Sử dụng thuốc hạ áp để kê đơn		
	Sử dụng thường xuyên	Ít sử dụng	Chưa từng sử dụng
<i>Nhóm ức chế men chuyển:</i>			
1. Enalapril			
2. Captopril			
3. Perindopril			
<i>Nhóm đối kháng thụ thể</i>			
4. Losastan .			
<i>Nhóm chặn kênh Ca⁺⁺</i>			
5. Amlodipin			
6. Nifedipin			
<i>Nhóm ức chế thụ thể β-adrenergic</i>			
7. Atenolol			
<i>Thuốc lợi tiểu</i>			
8. Furosemid			
9. Hydrochlorothiazid			
Các thuốc khác			
10. Methyldopa			
11. Propranolol hydroclorid			
12. Aspirin			

D. ĐÁNH GIÁ CHUNG

D1. Theo anh/chị, đâu là những ưu điểm, những kết quả đạt được trong công tác quản lý bệnh tăng huyết áp tại đơn vị hiện nay?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D2. Theo anh/chị, công tác quản lý bệnh tăng huyết áp tại đơn vị hiện nay còn có những hạn chế, tồn tại gì?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D3. Mục tiêu, mong muốn và đề xuất của anh/chị để nâng cao chất lượng, hiệu quả công tác quản lý bệnh tăng huyết áp tại đơn vị?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cảm ơn anh/chị đã trả lời phỏng vấn!

Điều tra viên
(Ký, ghi rõ họ, tên)

PHỤ LỤC 2
BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NÂNG CAO NHẬN THỨC
NGƯỜI DÂN VỀ PHÒNG, CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI HUYỆN HẠ HOÀ, TỈNH PHÚ THỌ

Tên xã.....Nhóm: 1. CT 2.ĐC

Tên thôn/bản/khu dân cư:

Ngàytháng..... năm 201.....

Thời gian phỏng vấn:phút

Họ và tên người phỏng vấn

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
A. PHẦN HÀNH CHÍNH			
C1	Họ và tên		
C2	Giới tính	Nam=1 Nữ=2	1 2
C3	Tuổi		
C4	Dân tộc	Kinh=1 Khác (<i>Ghi rõ</i> :)=2	1 2
C5	Trình độ học vấn của ông/bà?	Không biết chữ=1 Chưa tốt nghiệp tiểu học=2 Tốt nghiệp tiểu học=3 Tốt nghiệp THCS=4 Tốt nghiệp THPT=5 Tốt nghiệp trung học chuyên nghiệp/CĐ/ĐH hoặc cao hơn=6	1 2 3 4 5 6
C6	Nghề nghiệp hiện tại của ông/bà?	Nông dân=1 Công nhân=2 Buôn bán/nghề tự do=3 Cán bộ văn phòng=4 Nội trợ=5 Thất nghiệp=6 Nghỉ hưu=7 Khác (<i>Ghi rõ</i> :)=8	1 2 3 4 5 6 7 8
C7	Tình trạng hôn nhân của ông/bà?	Chưa có vợ/chồng=1 Đang có vợ/chồng=2	1 2

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
		Ly hôn=3 Góa=4 Ly thân=5	3 4 5
C8	Tình trạng kinh tế hộ gia đình ông/bà (xã phân loại)?	Khá giả=1 Trung bình=2 Cận nghèo=3 Nghèo=4 Không phân loại=5	1 2 3 4 5
C9	Ông/bà có thẻ BHYT không?	Có=1 Không=2	1 2
C10	Nếu có, ông/bà có thẻ BHYT loại nào?	Bắt buộc=1 Người nghèo/cận nghèo=2 Tự nguyện=3 Người có công, ưu tiên=4 Loại khác=5	1 2 3 4 5
B. KIẾN THỨC VỀ PHÒNG, CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP			
C11	Theo ông/bà, tăng huyết áp là khi:	HA tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tối thiểu ≥ 90 mmHg=1 Không biết, hoặc không đúng=2	1 2
C12	Theo ông/bà, làm cách nào để phát hiện một người bị tăng huyết áp?	Đo huyết áp thường xuyên=1 Xét nghiệm máu=2 Siêu âm=3 Theo dõi cân nặng=4 Không biết=5	1 2 3 4 5
C13	Ông/bà, bệnh tăng huyết áp có thể có những biểu hiện triệu chứng gì? (<i>Có thể chọn nhiều đáp án</i>)	Nhức đầu=1 Chóng mặt=2 Ù tai=3 Hoa mắt=4 Bốc hoả=5 Không có triệu chứng=6 Không biết=7	1 2 3 4 5 6 7
C14	Theo ông/bà, những người nào dễ mắc bệnh	Ăn nhiều dầu, mỡ=1	1

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
	tăng huyết áp? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Ăn nhiều thức ăn mặn=2 Hút thuốc lá, thuốc lào=3 Thừa cân, béo phì=4 Uống nhiều rượu, bia=5 Ăn uống nhiều đồ ngọt=6 Ít vận động thể lực=7 Nhiều căng thẳng, lo lắng=8 Trong gia đình bị THA=9	2 3 4 5 6 7 8 9
C15	Theo ông/bà, có thể dự phòng tăng huyết áp bằng biện pháp gì? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Không ăn nhiều dầu, mỡ=1 Không ăn nhiều thức ăn mặn=2 Không hút thuốc lá, thuốc lào=3 Kiểm soát thừa cân, béo phì=4 Hạn chế uống nhiều rượu, bia=5 Giảm ăn uống nhiều đồ ngọt=6 Tăng cường vận động thể lực=7 Giải toả căng thẳng, lo lắng=8	1 2 3 4 5 6 7 8
C16	Theo ông/bà, bệnh tăng huyết áp có những biến chứng gì? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Đột quỵ, tai biến mạch máu não=1 Nhồi máu cơ tim=2 Suy tim=3 Suy thận=4 Giảm thị lực, mù loà=5 Tử vong=6 Biến chứng khác=7 Không biết=8	1 2 3 4 5 6 7 8
C17	Theo ông/bà, bệnh tăng huyết áp được điều trị bằng <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i> :	Uống thuốc hạ huyết áp=1 Uống thuốc lợi tiểu=2 Dùng thuốc đông y=3 Các loại thuốc khác=4 Hạn chế ăn đồ ăn mặn=5 Hạn chế ăn mỡ động vật=6 Tăng cường ăn rau, hoa quả=7 Tăng cường hoạt động thể lực=8 Cai thuốc lá=9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
		Hạn chế ăn đồ rán, nướng=10 Không biết=11	10 11
C18	Theo ông/bà, bệnh tăng huyết áp có thể điều trị được:	Khỏi hoàn toàn=1 Ổn định, nhưng cần duy trì suốt đời=2 Không điều trị được=3 Không biết=4	1 2 3 4
C19	Theo ông/bà, khi nghi ngờ mắc bệnh tăng huyết áp thì nên đi khám, chữa bệnh ở đâu? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Trạm y tế xã=1 BVĐK huyện hoặc TTYT huyện=2 Phòng khám tư nhân=3 BVĐK tỉnh hoặc BV tuyến TW=4 Ông lang/bà mế=5 Hiệu thuốc kê bệnh, mua thuốc=6 Khác (ghi rõ.....)=7	1 2 3 4 5 6 7
C20	Ông/bà vui lòng cho biết do đâu ông/bà biết những thông tin về bệnh tăng huyết áp như trên? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i> :	Tivi=1 Đài=2 Báo=3 Tờ rơi, tranh ảnh, áp phích=4 Cán bộ y tế=5 Bạn bè, người thân=6 Mạng Internet=7 Loa truyền thanh xã=8 Các hội/đoàn thể địa phương=9 Khác (Ghi rõ :)=10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
C. THÁI ĐỘ PHÒNG, CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP			
C21	Ông/bà có đồng ý rằng THA là bệnh nguy hiểm không?	Có=1 Không=2	1 2
C22	Ông/bà có đồng ý rằng bệnh THA có thể điều trị được không?	Có=1 Không=2	1 2
C23	Ông/bà có đồng ý rằng bệnh THA có thể phòng ngừa được không?	Có=1 Không=2	1 2

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
C24	Ông/bà có đồng ý là cần phải làm những việc dưới đây để phòng ngừa và giảm nhẹ bệnh THA không? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Uống thuốc hạ huyết áp=1 Uống thuốc lợi tiểu=2 Dùng thuốc đông y=3 Các loại thuốc khác=4 Hạn chế ăn đồ ăn mặn=5 Ăn ít đồ rán/nướng, mỡ động vật=6 Tăng cường ăn rau, hoa quả=7 Tăng cường hoạt động thể lực=8 Cai thuốc lá=9 Kiểm soát cân nặng =10 Không biết=11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
C25	Ông/bà có đồng ý rằng khi mắc bệnh tăng huyết áp thì cần phải đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế không?	Có=1 Không=2	1 2
C26	Ông/bà có đồng ý rằng điều trị bệnh tăng huyết áp quan trọng nhất là dùng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ?	Có=1 Không=2	1 2
C27	Ông/bà có đồng ý rằng việc thay đổi lối sống và chế độ ăn là có tác dụng điều trị và phòng chống bệnh tăng huyết áp?	Có=1 Không=2	1 2
C28	Ông/bà có đồng ý rằng phòng chống bệnh tăng huyết áp là trách nhiệm của toàn cộng đồng ?	Có=1 Không=2	1 2
D. THỰC HÀNH PHÒNG, CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP			
C30	Trong 6 tháng qua, ông/bà có đo huyết áp không?	Có=1 Không=2	1 (chuyển n C32) 2

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
C31	Ông/bà hãy cho biết lý do vì sao ông/bà không đo huyết áp?	Bận việc=1 Không biết cần phải đo=2 Không biết nơi để đo=3 Thấy không cần thiết=4 Khác (ghi rõ.....)=5	1 2 3 4 5
C32	Khi nghi ngờ bị tăng huyết áp, ông/bà đã đến cơ sở y tế nào để khám và điều trị?	Trạm y tế xã=1 BVĐK huyện hoặc TTYT huyện=2 Phòng khám tư nhân=3 BVĐK tỉnh hoặc BV tuyến TW=4 Ông lang/bà mế=5 Hiệu thuốc kê bệnh, mua thuốc=6 Khác (ghi rõ.....)=7	1 2 3 4 5 6 7
C33	Hiện tại, ông/bà đã được cán bộ y tế/cán bộ y tế chẩn đoán bị tăng huyết áp không?	Có=1 Không=2	1 2 (chuyển n C39)
C34	Ông/bà đã đăng ký tham gia vào chương trình quản lý bệnh tăng huyết áp ở đâu?	Trạm y tế xã=1 BVĐK huyện hoặc TTYT huyện=2 Cơ sở y tế tư nhân=3 Chưa đăng ký tham gia bất cứ ở đâu=4	1 2 3 4
C35	Ông/bà có uống thuốc điều trị tăng huyết áp không?	Có=1 Không=2	1 (chuyển n C37) 2
C36	Nếu không uống thuốc thì ông/bà sử dụng biện pháp nào để chữa bệnh tăng huyết áp? (<i>Ghi cụ thể ở cột trả lời</i>)	
C37	Ông/bà đang điều trị tăng huyết áp như thế	Uống thuốc hạ huyết áp=1	1

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
	nào?	Uống thuốc lợi tiểu=2 Dùng thuốc đông y=3 Các loại thuốc khác=4 Hạn chế ăn đồ ăn mặn=5 Hạn chế ăn mỡ động vật=6 Tăng cường ăn rau, hoa quả=7 Tăng cường hoạt động thể lực=8 Cai thuốc lá=9 Hạn chế ăn đồ rán, nướng=10 Không biết=11	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
C38	Khi sử dụng thuốc điều trị THA, ông/bà dùng thuốc như thế nào?	Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ hàng tháng=1 Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ hàng quý=2 Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ 6tháng/lần=3 Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ hàng năm=4 Dùng một đợt từ 1-3 tháng rồi dừng=5	1 2 3 4 5
C39	Ông/bà có kiểm tra huyết áp của mình thường xuyên không?	Có=1 Không=2	1 2 (chuyển n C41)
C40	Ông/bà thường kiểm tra huyết áp của mình ở đâu? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Tự đo ở nhà=1 Trạm y tế xã=2 BVĐK huyện/TTYT huyện=3 Y tế tư nhân=4 Khác (ghi cụ thể.....)=5	1 2 3 4 5

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
C41	Ông/bà đã bao giờ được cán bộ y tế chẩn đoán bị mắc các bệnh sau đây chưa? <i>(Có thể chọn nhiều đáp án)</i>	Tiểu đường=1 Đột quy=2 Rối loạn mỡ máu=3 Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính=4 Bệnh mạn tính khác=5	1 2 3 4 5
C42	Ông/bà đã từng hút thuốc lá, thuốc lào, hoặc sản phẩm của thuốc lá không?	Có=1 Không=2	1 2
C43	Hiện tại ông/bà có hút thuốc lá, thuốc lào, hoặc sản phẩm của thuốc lá không?	Có=1 Không=2	1 2
C44	Nếu đã từng hút rồi cai bỏ, ông/bà cai bỏ từ khi nào?	Sau khi được chẩn đoán THA=1 Trước khi được chẩn đoán THA=2	1 2
C45	Ông/bà hiện tại có uống rượu, bia hoặc đồ uống có cồn thường xuyên?	Có=1 Không=2	1 2
C46	Trong 12 tháng qua, ông/bà uống rượu, bia hoặc đồ uống có cồn như thế nào?	Hàng ngày=1 2 đến 3 lần/tuần=2 4 đến 5 lần/tuần=3 Không nhớ=4	1 2 3 4
C47	Hàng ngày, ông/bà thường sử dụng dầu hay mỡ để chế biến thức ăn?	Dầu thực vật=1 Mỡ động vật=2 Cả hai=3	1 2 3
C48	Hàng ngày, ông/bà có hay ăn thức ăn mặn không?	Có=1 Không=2	1 2
C49	Ông/bà đã bao giờ thử ăn giảm muối chưa?	Có=1 Không=2	1 2
C50	Hàng ngày, ông/bà có ăn nhiều rau quả không?	Có=1 Không=2	1 2
C51	Ông/bà có tập thể dục, thể thao thường xuyên không?	Có, hàng ngày=1 Có, 1lần/ngày và 2-3 ngày/tuần=2 Có, 1lần/ngày và 4-5 ngày/tuần=3 Không=4	1 2 3 4

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ
C52	Loại hình thể dục, thể thao mà ông/bà hay rèn luyện là:	Đi bộ=1 Chạy=2 Đi xe đạp=3 Làm vườn=4 Chơi thể thao (<i>cầu lông, bóng chuyền, bóng bàn,</i>)=5 Không tập luyện=6 Khác (<i>Ghi rõ :</i>)=7	1 2 3 4 5 6 7
C53	Ông/bà đánh giá mức độ hoạt động thể lực của mình là:	Nhẹ=1 Trung bình=2 Nặng=3 Rất nặng=4	1 2 3 4
C54	Hàng ngày, trung bình ông/bà thể dục, thể thao bao lâu?phút	
C55	Ông/bà có thường xuyên kiểm tra cân nặng của mình không?	Có=1 Không=2	1 2
C56	Trung bình mỗi ngày, ông/bà xem ti vi, ngồi máy tính, đọc sách báo và chơi điện thoại (nếu có) bao nhiêu thời gian?	Trên 3 giờ=1 Từ 2-3 giờ=2 Dưới 1 giờ=3 Không xem, không đọc, không máy tính, không chơi điện thoại=4	1 2 3 4
C57	Ông bà có tuân thủ chặt chẽ chế độ kiểm soát huyết áp khi các thầy thuốc chỉ định dưới đây không? (<i>Có thể chọn nhiều đáp án</i>)	Uống thuốc hạ huyết áp=1 Uống thuốc lợi tiểu=2 Hạn chế ăn đồ ăn mặn=3 Ăn ít đồ rán/nướng, mỡ động vật=4 Tăng cường ăn rau, hoa quả=5 Tăng cường hoạt động thể lực=6 Cai thuốc lá=7 Kiểm soát cân nặng =8	1 2 3 4 5 6 7 8

Cám ơn ông/bà đã trả lời phỏng vấn

Điều tra viên
(*Ký, ghi họ, tên*)

PHỤ LỤC 3
PHIẾU ĐIỀU TRA

CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ, THUỐC THIẾT YẾU
PHỤC VỤ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Trạm y tế xã:

Họ và tên trạm trưởng (chữ in hoa):

A. CƠ SỞ VẬT CHẤT

A1. Nhà trạm thuộc:

- a. Công trình một tầng, kiên cố (trần bê tông có lợp mái tôn/ngói); có tối thiểu 6 phòng riêng biệt - đang sử dụng tốt
- b. Công trình hai tầng, kiên cố; có tối thiểu 6 phòng riêng biệt - đang sử dụng tốt
- c. Công trình một tầng, thiếu phòng, xuống cấp

A2. Trạm y tế có các phòng nào dưới đây:

- a. Phòng khám bệnh
- b. Phòng truyền thông, tư vấn
- c. Phòng tiêm
- d. Phòng thủ thuật
- e. Kho dược - vật tư
- f. Phòng ghi điện tâm đồ
- g. Phòng xét nghiệm

A3. Xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế giai đoạn đến 2020:

- a. Đã đạt
- b. Chưa đạt

B. TRANG THIẾT BỊ

B1. Tính sẵn có và tình trạng các trang thiết bị cơ bản để quản lý BKLN chính

Loại trang thiết bị	Tổng số	Tình trạng thiết bị		Tình trạng sử dụng		
		Đang sử dụng tốt	Hỏng	Sử dụng thường xuyên	Ít sử dụng	Không sử dụng
1. Huyết áp kế						
- Huyết áp kế thủy ngân						
- Huyết áp kế điện tử tự động						
2. Thiết bị đo cân nặng, chiều cao						
3. Thước dây đo kích thước						
4. Ống nghe						
5. Máy ghi điện tâm đồ						
6. Thiết bị đo nhịp tim và nồng độ ôxy máu (Pulse oximeter)						
7. Thiết bị đo đường huyết nhanh mao mạch (Glucometer)						
8. Nhiệt kế						
9. Bình ôxy						
10. Lưu lượng kế đỉnh (Peak flow meters)						
11. Máy khi dung (Nebulizers)						
13. Máy đo mỡ máu						
14. Thiết bị xét nghiệm nước tiểu nhanh						
15. Máy đo lưu lượng đỉnh thở ra (Peak flow metter)						
16. Bộ dụng cụ khám CTC (mỏ vịt, đèn soi)						
16. Bộ dụng cụ phết tế bào CTC (mỏ vịt, que nạo tế bào, lam kính)						
17. Kính hiển vi						
12. Tài liệu truyền thông, giáo dục về:						
- THA						
- Các NCDs khác (ĐTĐ, Ung thư...)						

B2. Máy đo huyết áp được kiểm định/kiểm chuẩn định kỳ như thế nào?

- a. ≤ 6 tháng/1 lần
- b. Từ 6 tháng - 1 năm /lần
- c. Trên 1 năm/1lần
- d. Không kiểm định
- e. Không biết

B3. Thiết bị thường được bảo dưỡng và sửa chữa như thế nào?

- a. Sửa chữa ngay tại trạm y tế
- b. Được gửi đến nhà sản xuất/nhà cung cấp để sửa chữa
- c. Được gửi về TTYT để sửa chữa
- d. Khác, cụ thể.....

B4. Những khó khăn trong việc bảo dưỡng và sửa chữa trang thiết bị là gì (nếu có)?

.....

.....

.....

.....

.....

C. THUỐC THIẾT YẾU ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

C1. Tính sẵn có của thuốc tại trạm y tế:

Tên thuốc	Tính sẵn có tại trạm		
	Có, đủ	Có, không đủ	Không có
<i>Nhóm ức chế men chuyển:</i>			
1. Enalapril			
2. Captopril			
3. Perindopril			
<i>Nhóm đối kháng thụ thể</i>			
4. Losastan			
<i>Nhóm chặn kênh Ca⁺⁺</i>			
5. Amlodipin			
6. Nifedipin			
<i>Nhóm ức chế thụ thể β-adrenergic</i>			
7. Atenolol			
<i>Thuốc lợi tiểu</i>			
8. Furosemid			
9. Hydrochlorothiazid			
Các thuốc khác			
10. Methyldopa			
11. Propranolol hydroclorid			
12. Aspirin			

C2. Tình trạng sử dụng thuốc tại trạm y tế:

Tên thuốc	Tình trạng sử dụng		
	Sử dụng thường xuyên	Ít sử dụng	Không sử dụng
<i>Nhóm ức chế men chuyển:</i>			
1. Enalapril			
2. Captopril			
3. Perindopril			
<i>Nhóm đối kháng thụ thể</i>			
4. Losastan			
<i>Nhóm chặn kênh Ca⁺⁺</i>			
5. Amlodipin			
6. Nifedipin			
<i>Nhóm ức chế thụ thể β-adrenergic</i>			
7. Atenolol			
<i>Thuốc lợi tiểu</i>			
8. Furosemid			
9. Hydrochlorothiazid			
Các thuốc khác			
10. Methyldopa			
11. Propranolol hydroclorid			
12. Aspirin			

C3. Những thuốc hiện đang có trong danh mục BHYT chi trả:

Tên thuốc	Có	Không
<i>Nhóm ức chế men chuyển:</i>		
1. Enalapril		
2. Captopril		
3. Perindopril		
<i>Nhóm đối kháng thụ thể</i>		
4. Losastan		
<i>Nhóm chặn kênh Ca⁺⁺</i>		
5. Amlodipin		
6. Nifedipin		
<i>Nhóm ức chế thụ thể β-adrenergic</i>		
7. Atenolol		
<i>Thuốc lợi tiểu</i>		
8. Furosemid		
9. Hydrochlorothiazid		
Các thuốc khác		
10. Methyldopa		
11. Propranolol hydroclorid		
12. Aspirin		

D. CÁC DỊCH VỤ KỸ THUẬT ĐƯỢC THỰC HIỆN TẠI ĐƠN VỊ

D1. Những quy trình nào sau đây đang được triển khai tại trạm y tế khi cần?

<i>Tên dịch vụ kỹ thuật</i>	<i>Có</i>	<i>Không (lý do....)</i>
Thở oxy qua mặt nạ hoặc qua ống thở		
Điện tâm đồ		
Tiêm, truyền tĩnh mạch		
Khám thị lực		
Soi đáy mắt		
Khám bệnh học thần kinh bằng búa phản xạ/âm thoa		
Hồi sức tim phổi		
Thông khí bằng tay với bóp bóng mặt nạ khí		

D2. Những test nào dưới đây được thực hiện tại trạm y tế?

(Đánh dấu ô “có” chỉ khi xét nghiệm đó có thể thực hiện được vào ngày hỏi)

Test	Khả năng thực hiện		
	Thực hiện được tại trạm	Lấy mẫu, chuyển mẫu về TTYT huyện	Không thực hiện tại trạm
1. Test albumin/protein niệu			
2. Test glucose/đường niệu			
3. Test đường huyết mao mạch			

D3. Những dịch vụ nào sau đây sẵn có tại trạm?

a) Giáo dục, tư vấn cho người bệnh về tác hại của hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ăn uống không hợp lý, ít hoạt động thể lực?

- Có
- Không
- Không biết

b) Truyền thông, giáo dục, tư vấn cho các thành viên gia đình người bệnh về tác hại của hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ăn uống không hợp lý, ít hoạt động thể lực?

- Có
- Không
- Không biết

c) Tư vấn người bệnh về bệnh tăng huyết áp và cách tự theo dõi, quản lý bệnh tăng huyết áp của mình?

- Có
- Không
- Không biết

d) Tư vấn người bệnh về bệnh tiểu đường và cách tự quản lý bệnh tiểu đường

- Có
- Không
- Không biết

E. SỬ DỤNG DỊCH VỤ

E1. Số lượt khám tại trạm y tế xã tháng trước liền kề?

Tổng số:.....lượt. Trong đó:

- a) Số lượt khám bởi tăng huyết áp, đột quỵ, suy tim (hoặc sau khi khám được phát hiện tăng huyết áp):.....
- b) Số lượt khám bởi đái tháo đường (hoặc sau khi khám được phát hiện đái tháo đường):.....
- c) Số lượt khám vì các nguyên nhân khác:.....

E2. Số lượt khám tại trạm y tế xã ngày hôm qua?

Tổng số:.....lượt. Trong đó:

- a. Số lượt khám bởi tăng huyết áp, đột quỵ, suy tim (hoặc sau khi khám được phát hiện tăng huyết áp):.....
- b. Số lượt khám bởi đái tháo đường (hoặc sau khi khám được phát hiện đái tháo đường):.....
- c. Số lượt khám vì các nguyên nhân khác:.....

E3. Số bệnh nhân tăng huyết áp trên địa bàn xã hiện đang được trạm quản lý, điều trị?

Tổng số:bệnh nhân. Trong đó:

- a. Số bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp, lập hồ sơ quản lý, điều trị ngay tại trạm y tế:.....
- b. Số bệnh nhân được trạm y tế chẩn đoán tăng huyết áp, chuyển tuyến về TTYT huyện để điều trị ổn định, sau đó TTYT huyện kê đơn điều trị ngoại trú và chuyển tuyến trở lại trạm y tế xã tiếp tục quản lý, cấp phát thuốc điều trị định kỳ:.....
- c. Số bệnh nhân được TTYT huyện phát hiện, chẩn đoán tăng huyết áp, điều trị ổn định, kê đơn ngoại trú rồi chuyển tuyến về trạm y tế xã tiếp tục quản lý, cấp phát điều trị định kỳ:.....

d. Số bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp (bởi bất kỳ cơ sở y tế nào), hiện còn sống tại xã nhưng chưa được quản lý, điều trị tại TTYT huyện hoặc trạm y tế xã:.....

F. LƯU TRỮ VÀ SỬ DỤNG THÔNG TIN

F1. Trạm y tế hiện đang sử dụng hình thức nào dưới đây để quản lý thông tin bệnh nhân tới thăm khám tại trạm?

<i>Loại hồ sơ quản lý</i>	<i>Công cụ quản lý</i>	
	<i>Công cụ trên giấy</i>	<i>Phần mềm máy tính</i>
Hồ sơ bệnh án		
Hồ sơ quản lý bệnh mạn tính (tăng huyết áp, đái tháo đường....)		
Hồ sơ khám bệnh ngoại trú		
Các loại sổ đang sử dụng tại trạm: <ul style="list-style-type: none"> - Sổ khám bệnh A1 - Sổ khám thai A3 - Sổ theo dõi, quản lý bệnh không lây nhiễm A12 		

F2. Bệnh nhân đến thăm khám tại trạm y tế xã có được làm bệnh án và lưu trữ hồ sơ bệnh án hay không?

a. Có, bệnh án được làm và lưu trữ cho tất cả các trường hợp đến thăm khám

b. Có, bệnh án được làm và lưu trữ cho một số trường hợp thăm khám nhất định. Cụ thể, gồm:.....

.....

.....

c. Không làm bệnh án, nhưng có ghi chép thông tin liên quan vào một số loại sổ hiện có tại trạm (Sổ khám bệnh A1; Sổ khám thai A3; Sổ đẻ; Sổ theo dõi, quản lý bệnh không lây nhiễm A12)

F3. Mỗi lần bệnh nhân tới thăm khám tại trạm, hồ sơ bệnh án lưu trữ của bệnh nhân có được lấy ra sử dụng để tra cứu, tham khảo không?

- a. Có, trong mọi trường hợp
- b. Có, nhưng chỉ trong trường hợp cần thiết
- c. Không

G. CHUYỂN TUYẾN BỆNH NHÂN

G1. Từ trạm y tế xã tới TTYT huyện, hoặc cơ sở y tế tuyến trên gần nhất trong hệ thống chuyển tuyến là km.

G2. Phương tiện vận chuyển bệnh nhân có thể được trạm y tế sử dụng trong những trường hợp cấp cứu là gì? (Có thể chọn nhiều loại)

- a. Xe cứu thương gọi từ TTYT huyện
- b. Phương tiện công cộng (xe ô tô bus, xe ô tô khách)
- c. Xe ô tô tắc xi, xe ô tô gia đình
- d. Xe gắn máy
- e. Khác (cụ thể:)

G3. Phương tiện vận chuyển bệnh nhân được trạm y tế sử dụng thường xuyên nhất trong những trường hợp cấp cứu là gì? (Chỉ chọn 01 loại)

- a. Xe cứu thương gọi từ TTYT huyện
- b. Phương tiện công cộng (xe ô tô bus, xe ô tô khách)
- c. Xe ô tô tắc xi, xe ô tô gia đình
- d. Xe gắn máy
- e. Khác (cụ thể:)

G4. Thời gian vận chuyển bệnh nhân từ trạm y tế xã tới TTYT huyện, hoặc cơ sở y tế tuyến trên gần nhất trong hệ thống chuyển tuyến là bao nhiêu phút?

- a. Khi vận chuyển bằng ô tô:phút.
- b. Khi vận chuyển bằng phương tiện công cộng:.....phút.
- c. Khi vận chuyển bằng xe gắn máy:.....phút.

H. TÀI CHÍNH VÀ QUẢN LÝ

H1. Bệnh nhân tăng huyết áp khi thăm khám tại trạm y tế hiện đang thực hiện cơ chế chi trả nào dưới đây?

Các dịch vụ	Hình thức chi trả			
	Theo chính sách BHYT	Bệnh nhân chi trả toàn bộ	Chương trình quốc gia hỗ trợ	Nguồn khác hỗ trợ
Chi phí khám				
Test XN				
Thuốc điều trị				

I. PHỐI HỢP CỘNG ĐỒNG

I1. Có hoạt động cộng đồng nào hỗ trợ các dịch vụ quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế không?

- a. Có
- b. Không
- c. Không biết

Nếu có, cụ thể là những hoạt động nào (ví dụ: hỗ trợ phương tiện vận chuyển bệnh nhân cấp cứu chuyển tuyến miễn phí từ cộng đồng, các nhóm hỗ trợ bệnh nhân, câu lạc bộ bệnh nhân tăng huyết áp...):

.....
.....

Thời gian kết thúc

Chữ ký của
Giám sát viên

Chữ ký của Trạm trưởng
Trạm y tế xã

Chữ ký của
Biểu tra viên

PHỤ LỤC 4

BỘ CÔNG CỤ PHÒNG VẤN SÂU BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

1. Những yếu tố cản trở việc tiếp nhận thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi

- Theo Ông/bà bệnh tăng huyết áp có phải là vấn đề sức khoẻ ở người cao tuổi không?

- Ông / bà hãy cho biết làm thế nào để biết (xác định) một người bị bệnh tăng huyết áp?

- Theo Ông bà những người nào dễ bị mắc bệnh tăng huyết áp?

- Theo ông /bà, bệnh tăng huyết áp có thể gây những biến chứng gì?

- Theo Ông /bà làm thế nào để phòng chống bệnh tăng huyết áp?

- Do đâu mà ông/ bà biết thông tin trên?

2. Giải pháp:

- Ông/ bà thường gặp những khó khăn gì khi tiếp cận với các thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp?

- Ông bà hãy nói rõ hơn lý do vì sao ông bà gặp những khó khăn đó cụ thể đó?

- Ông bà mong muốn tiếp nhận thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp theo những cách nào?

- Lý do tại sao ông bà lại mong muốn nhận thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp theo cách ông bà vừa trình bày?

- Ông bà hãy đóng góp thêm các ý kiến của ông bà để việc chuyển tải thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp cho ông bà được tốt nhất.

Xin trân trọng cảm ơn ông bà đã chia sẻ thông tin

PHỤ LỤC 5.1:
BẢNG KIỂM KỸ NĂNG THỰC HÀNH
ĐO HUYẾT ÁP CÁN BỘ Y TẾ

Tổng điểm tối đa của quy trình là: 22 điểm (*Bước 1-Chuẩn bị người được đo huyết áp: 6 điểm; Bước 2- Chuẩn bị huyết áp kế, ống nghe: 2 điểm; Bước 3- Thực hiện đo huyết áp: 14 điểm*)

Hướng dẫn cho điểm: đánh dấu x vào cột đạt số điểm tương ứng: “0 điểm” khi không làm hoặc làm sai hoặc làm đúng ít hơn ½ nội dung; “1 điểm” khi làm đúng ½ số nội dung trở lên; “2 điểm” khi làm chuẩn mực, thành thạo.

Cách xếp loại tuân thủ quy trình: Tốt từ 85-100% tổng số điểm

Đạt từ 75 - <85% tổng số điểm

Chưa đạt từ <75% tổng số điểm

TT	NỘI DUNG	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
Bước 1. Chuẩn bị người được đo huyết áp					
1	Chuẩn bị nơi đo huyết áp, đảm bảo yên tĩnh và không bị gián đoạn				
2	Hỏi người được đo huyết áp có dùng chất kích thích (cà phê, thuốc lá, rượu bia) trước đó 2 giờ? Có luyện tập thể dục thể thao 30 phút trước đó không? <i>Nếu câu trả lời là “Có”, tạm dừng đo.</i>				
3	Đề người được đo huyết áp nghỉ ngơi từ 5-10 phút trước khi đo. Lựa chọn một trong 3 tư thế đo và hướng dẫn người được đo huyết áp chuẩn bị tư thế đo (<i>Đo tư thế ngồi:</i> người được đo huyết áp ngồi ghế tựa, hai chân đặt xuống sàn nhà, cánh tay trần duỗi thẳng trên bàn, nếp gấp khuỷu ngang mức với tim; <i>Đo tư thế nằm:</i> người được đo huyết áp nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, cánh tay trần duỗi thẳng với nếp gấp khuỷu ở vị trí ngang mức với tim; <i>Đo tư thế đứng:</i> đối với người cao tuổi hoặc có bệnh đái tháo đường, nên đo thêm huyết				

TT	NỘI DUNG	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	áp tư thế đứng nhằm xác định có hạ huyết áp tư thế hay không).				
Bước 2. Chuẩn bị huyết áp kế, ống nghe					
4	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng huyết áp kế thủy ngân, huyết áp kế đồng hồ hoặc huyết áp kế điện tử (loại đo ở cánh tay). 01 ống nghe (nếu không dùng thiết bị đo điện tử). - Đảm bảo các thiết bị đo đã được kiểm chuẩn định kỳ. - Đảm bảo bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. 				
Bước 3. Thực hiện đo huyết áp					
5	Xác định vị trí động mạch cánh tay				
6	<ul style="list-style-type: none"> - Quấn vòng băng huyết áp kế quanh cánh tay đủ chặt, bờ dưới bao đo cách nếp gấp khuỷu 2 cm. - Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc móc 0 của thang đo ngang mức với tim và có thể dễ dàng quan sát. - Kiểm tra, đảm bảo các dây ống không bị gấp, nghẹt. 				
7	Đeo ống nghe, đặt loa ống nghe lên vị trí động mạch cánh tay, vừa bơm vừa nghe đến khi nghe thấy tiếng đập cuối cùng thì bơm thêm 30mmHg.				
8	Mở van xả hơi với tốc độ 2-3mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff). Tiếp tục xả từ từ, nghe tiếp và huyết áp tâm trương tương ứng với khi mất hẳn tiếng đập (pha V của Korotkoff). Xả tiếp cho đến khi kim đồng hồ về số 0.				
9	Đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít				

TT	NỘI DUNG	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.				
10	Tháo băng huyết áp. Thông báo kết quả cho người được đo biết. Ghi kết quả vào hồ sơ/bệnh án. Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương (ví dụ 126/82 mmHg) không làm tròn số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người được đo.				
11	Thu dọn dụng cụ, sát khuẩn tay nhanh.				
Tổng điểm đạt/%					

PHỤ LỤC 5.2:
BẢNG KIỂM THỰC HÀNH KHÁM-TU VẤN
BỆNH NHÂN MỚI ĐƯỢC PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP

Tổng điểm tối đa của quy trình là: 56

Hướng dẫn cho điểm: đánh dấu x vào cột đạt số điểm tương ứng: “0 điểm” khi không làm hoặc làm sai hoặc làm đúng ít hơn ½ nội dung; “1 điểm” khi làm đúng ½ số nội dung trở lên; “2 điểm” khi làm chuẩn mực, thành thạo.

Cách xếp loại tuân thủ quy trình: Tốt từ 85-100% tổng số điểm

Đạt từ 75 - <85% tổng số điểm

Chưa đạt từ <75% tổng số điểm

TT	CÁC BƯỚC	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
<i>Bước 1: Sàng lọc tăng huyết áp</i>					
1	<p>Người nghi ngờ mắc tăng huyết áp tới Trạm y tế xã hoặc Trung tâm y tế huyện:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đo huyết áp 03 lần theo Quy trình đo huyết áp chuẩn để chẩn đoán xác định tăng huyết áp. - Chẩn đoán tăng huyết áp khi 2 lần khám có huyết áp 140/90 mmHg 				
<i>Bước 2: Khai thác tiền sử và các yếu tố nguy cơ</i>					
2	<p>Tiền sử bệnh nhân đã bao giờ được chẩn đoán tăng huyết áp ở cơ sở y tế nào chưa?</p> <p>Nếu có, độ máy? Đã được phát hiện từ khi nào, ở đâu? Đã tham gia điều trị chưa? Sử dụng những thuốc gì?</p>				
3	<p>Bệnh nhân có đang áp dụng biện pháp điều trị gì (thảo dược, sản phẩm hỗ trợ điều trị, thuốc uống tránh thai, thuốc steroid, thuốc chống viêm không sterid, thuốc chống trầm cảm...)</p>				
4	<p>Bệnh nhân có bị mắc các bệnh ĐTD, bệnh tim mạch, bệnh thận mạn tính, bệnh rối loạn</p>				

TT	CÁC BƯỚC	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	chuyển hoá mỡ?				
5	Những người quan hệ huyết thống với bệnh nhân, có ai mắc ĐTĐ, bệnh tim mạch, bệnh thận mạn tính, bệnh rối loạn chuyển hoá mỡ?				
6	Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ nào sau đây: - Lạm dụng rượu bia - Hút thuốc lá, thuốc lào - Ăn nhiều muối - Ăn nhiều mỡ, dầu - Ăn ít rau quả - Ít hoạt động thể lực - Stress kéo dài				
Bước 3: Khám bệnh theo quy trình và kiểm tra xét nghiệm cơ bản					
7	<i>Toàn thân:</i> Đo chiều cao, cân nặng và tính BMI; Kiểm tra tuyến giáp				
8	<i>Mắt:</i> Soi đáy mắt, khám bệnh lý võng mạc (sự co chít các tiểu động mạch, xuất huyết hoặc dò rỉ thành mạch, xơ cứng tiểu động mạch, phù đĩa thị)				
9	<i>Tim:</i> Xác định vị trí và cường độ đập của mỏm tim; Tần số tim?; Nghe đánh giá T1 và T2?; Đánh giá nhịp tim đều hay không đều?; Có hay không có tiếng bất thường như tiếng thổi, tiếng clicks, tiếng ngựa phi...				
10	<i>Phổi:</i> nghe, xác định có hay không có ral ú trệ ở phổi				
11	<i>Thần kinh:</i> Khám các dây thần kinh sọ não xem có hay không liệt mặt, nói khó; Khám phản xạ, trương lực cơ, dấu hiệu babinsky; Quan sát sự thăng bằng dáng đi; Khám xem có hay không loạn dưỡng cơ, teo cơ?				

TT	CÁC BƯỚC	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
12	Kiểm tra xét nghiệm cơ bản (sau 3-6 tháng điều trị tăng huyết áp)				Thực hiện tại TTYT
<i>Bước 4: Phân loại mức độ tăng huyết áp và phân tầng nguy cơ tim mạch-Kê đơn thuốc cho bệnh nhân</i>					
13	Phân loại mức độ tăng huyết áp và phân tầng nguy cơ tim mạch: - Tăng huyết áp độ 1, nguy cơ thấp: tư vấn điều chỉnh lối sống từ 3-6 tháng. - Tăng huyết áp độ 1, nguy cơ thấp: điều trị thuốc sau khi thay đổi lối sống 3-6 tháng mà không kiểm soát được huyết áp (huyết áp >140/90 mmHg) - Tăng huyết áp từ độ 2 và tăng huyết áp độ 1 mà có nguy cơ từ trung bình trở lên: điều trị thuốc ngay				
14	Kê thuốc theo Phác đồ điều trị được khuyến cáo				
<i>Bước 5: Tư vấn cho bệnh nhân về bệnh tăng huyết áp, điều trị tăng huyết áp và điều chỉnh lối sống</i>					
15	<i>Gợi hỏi:</i> Những kiến thức và thực hành của bệnh nhân về tăng huyết áp; Những lo lắng và vấn đề mà bệnh nhân quan tâm.				
16	<i>Giới thiệu sơ lược về bệnh tăng huyết áp:</i> Khái niệm về bệnh và các triệu chứng; Mục tiêu điều trị tăng huyết áp và chế độ chăm sóc; Các biến chứng có thể gặp của tăng huyết áp và cách phòng ngừa.				
17	<i>Giúp bệnh nhân hiểu những nguyên nhân gây tăng huyết áp:</i> Phần lớn (>90%) là không rõ				

TT	CÁC BƯỚC	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	nguyên nhân; <10% có nguyên nhân: bệnh thận, bệnh nội tiết và nguyên nhân khác.				
18	<i>Giúp bệnh nhân hiểu những yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp:</i> Yếu tố nguy cơ không thay đổi được: lớn tuổi, giới tính, yếu tố gia đình; Yếu tố có thể thay đổi: rối loạn lipid máu, béo phì, hút thuốc lá, uống rượu bia nhiều, ăn nhiều muối, ít hoạt động thể lực, căng thẳng thần kinh...				
19	<i>Giúp bệnh nhân biết cách phát hiện các triệu chứng và chẩn đoán tăng huyết áp:</i> Tăng huyết áp đa số không có triệu chứng; đôi khi có đau đầu, chóng mặt, giảm trí nhớ, tiểu đêm (không đặc hiệu); Chẩn đoán tăng huyết áp: huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg; đo ít nhất 2 thời điểm khác nhau.				
20	<i>Giúp bệnh nhân hiểu những biến chứng của tăng huyết áp:</i> Tim: đau tức ngực, nhồi máu cơ tim, suy tim; Mắt: giảm thị lực, mờ mắt, xuất huyết giác mạc; Não: tai biến mạch máu não; Thận: protein niệu, suy thận.				
21	<i>Giúp bệnh nhân hiểu mục tiêu điều trị tăng huyết áp:</i> Kiểm soát huyết áp <140/90 mmHg với các trường hợp thông thường; <130/80mmHg với bệnh nhân mắc đái tháo đường, bệnh thận mạn tính hoặc với người nguy cơ cao				
22	<i>Giải thích cho người bệnh cách điều chỉnh lối sống tốt để kiểm soát huyết áp:</i> Ăn uống: hạn				

TT	CÁC BƯỚC	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	chế ăn mặn, mỡ động vật, trứng, phủ tạng động vật, ăn nhiều rau quả; Không hút thuốc lá và hạn chế uống rượu bia; Tránh căng thẳng, làm việc không điều độ, thay đổi nhiệt độ đột ngột; Hoạt động thể lực, luyện tập thể dục thể thao phù hợp với lứa tuổi và tình trạng cơ thể.				
23	<i>Giải thích cho bệnh nhân cách điều trị thuốc trong bệnh tăng huyết áp:</i> Tuân thủ điều trị theo chỉ định; Điều trị liên tục, kéo dài suốt đời; Cách sử dụng; Tác dụng phụ và biến chứng khi dùng thuốc đang điều trị.				
24	<i>Giải thích cho bệnh nhân cách theo dõi và tái khám:</i> Theo dõi huyết áp trong quá trình điều trị và các dấu hiệu sớm của biến chứng tăng huyết áp; Tái khám định kỳ; Nhập viện khi có dấu hiệu nặng của tăng huyết áp: con số huyết áp quá cao, xảy ra biến chứng tăng huyết áp.				
25	Đề nghị bệnh nhân nhắc lại một số điểm chính đã đề cập trong cuộc tư vấn.				
26	Tư vấn bệnh nhân về lịch tái khám; Khuyến khích bệnh nhân gặp lại khi cần, và thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ bệnh nhân;				
Bước 6: Ghi chép hồ sơ, sổ sách					
27	- Ghi nhận các thông tin của bệnh nhân vào Hồ sơ bệnh án ngoại trú và Sổ theo dõi điều trị tăng huyết áp và sử dụng hệ thống Phần mềm quản lý tăng huyết áp (bệnh án điện tử) - Tạo mã quản lý mới cho bệnh nhân - Cấp Sổ khám và điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân				

TT	CÁC BƯỚC	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	- Hẹn ngày tái khám				
	<i>Bước 7: Cấp phát thuốc, dặn dò bệnh nhân</i>				
28	- Cấp, phát thuốc cho bệnh nhân - Dặn dò bệnh nhân thực hiện điều chỉnh lối sống, dùng thuốc đúng liều, tái khám đúng thời gian.				

PHỤ LỤC 5.3:
BẢNG KIỂM THỰC HÀNH
QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN ĐÃ TRONG
DANH SÁCH QUẢN LÝ

TT	NỘI DUNG	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
	<i>Bước 1: Bệnh nhân đưa sổ khám và điều trị tăng huyết áp cho nhân viên y tế để tra mã hồ sơ bệnh án</i>				
	<i>Bước 2: Tương tác tìm hiểu-tư vấn cho bệnh nhân về tuân thủ điều trị và hợp tác điều chỉnh hành vi lối sống</i>				
1	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, ông/bà có uống thuốc theo đơn của bác sỹ hàng ngày không?				
2	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, có ngày nào ông/bà quên uống thuốc không?				
3	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, ông/bà có thấy bất kỳ tác dụng phụ nào của thuốc không?				
4	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, ông/bà có tự theo dõi huyết áp của mình ở nhà không?				
5	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, ông/bà có áp dụng các trị liệu khác kèm theo năm ngoài đơn thuốc THA không (thảo dược, sản phẩm hỗ trợ điều trị, thuốc uống tránh thai, steroid, thuốc chống viêm không steroid, thuốc chống trầm cảm...)				
6	Xin ông/bà cho biết chế độ dinh dưỡng hàng ngày của ông/bà trong tháng qua,: ước tính trung bình lượng muối, mỡ/dầu/cholesterol, rau quả, ngũ cốc tiêu thụ/24h?				So sánh với khuyến cáo lần

TT	NỘI DUNG	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
7	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, mức độ hoạt động thể lực hàng ngày?				khám tư vấn trước, đánh giá mức độ hợp tác
8	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, ông/bà có bị tình trạng căng thẳng tinh thần?				
9	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, tình trạng hút thuốc lá, uống rượu bia cải thiện như thế nào?				
10	Xin ông/bà cho biết trong tháng qua, có điều gì cản trở hoặc làm khó ông/bà thành công trong kiểm soát huyết áp của bản thân?				
<i>Bước 3: Khám bệnh theo quy trình và kiểm tra xét nghiệm cơ bản</i>					
11	<i>Toàn thân:</i> Đo chiều cao, cân nặng và tính BMI; Đo huyết áp cả hai tay; Kiểm tra tuyến giáp.				
12	<i>Mắt:</i> Soi đáy mắt, khám bệnh lý võng mạc (sự co chít các tiểu động mạch, xuất huyết hoặc dò rỉ thành mạch, xơ cứng tiểu động mạch, phù đĩa thị)				
13	<i>Tim:</i> Xác định vị trí và cường độ đập của mỏm tim; Tần số tim?; Nghe đánh giá T1 và T2?; Đánh giá nhịp tim đều hay không đều?; Có hay không có tiếng bất thường như tiếng thổi, tiếng clicks, tiếng ngựa phi...				
14	<i>Phổi:</i> nghe, xác định có hay không có ral ứ trệ ở phổi				
15	<i>Thần kinh:</i> Khám các dây thần kinh sọ não xem có hay không liệt mặt, nói khó; Khám phản xạ, trương lực cơ, dấu hiệu babinsky; Quan sát sự thăng bằng dáng đi; Khám xem có hay không loạn dưỡng cơ, teo cơ?				
16	Kiểm tra xét nghiệm cơ bản (sau 3-6 tháng điều trị tăng huyết áp)				Thực hiện tại TTYT

TT	NỘI DUNG	ĐIỂM			GHI CHÚ
		0	1	2	
					huyện
<i>Bước 4: Kê đơn thuốc điều trị ngoại trú và hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ, hợp tác điều trị</i>					
17	Căn cứ kết quả khám, xét nghiệm và bảng theo dõi huyết áp tại nhà của bệnh nhân, bác sỹ kê đơn thuốc theo phác đồ điều trị được khuyến cáo				
18	Trao đổi với bệnh nhân về đơn thuốc mới kê, hỏi bệnh nhân xem có bất kỳ băn khoăn, thắc mắc nào về đơn thuốc và các vấn đề khác không?				
19	- Hẹn bệnh nhân tái khám - Hướng dẫn bệnh nhân các trường hợp khẩn cấp phải tới cơ sở y tế để được khám ngay				
<i>Bước 5: Ghi chép hồ sơ</i>					
20	Ghi nhận các thông tin của bệnh nhân vào Hồ sơ bệnh án ngoại trú và Sổ theo dõi điều trị tăng huyết áp và sử dụng hệ thống phần mềm quản lý tăng huyết áp (bệnh án điện tử)				
<i>Bước 6: Cấp phát thuốc và dặn dò bệnh nhân</i>					
21	- Cấp, phát thuốc cho bệnh nhân - Dặn dò bệnh nhân thực hiện điều chỉnh lối sống, dùng thuốc đúng liều, tái khám đúng thời gian				

