

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN LAN ANH

**THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH
QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TẠI HUYỆN VĂN YÊN, TỈNH YÊN BÁI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ

HÀ NỘI - 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

TRẦN LAN ANH

**THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH
QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TẠI HUYỆN VĂN YÊN, TỈNH YÊN BÁI**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SĨ

Người hướng dẫn khoa học:



1. PGS.TS. Nguyễn Minh Sơn
2. GS.TS. Nguyễn Quang Tuấn

HÀ NỘI - 2022

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án này, tôi xin chân thành cảm ơn: Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau Đại học, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Nguyễn Minh Sơn và GS.TS Nguyễn Quang Tuấn, những người thầy giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và trực tiếp hướng dẫn tôi hoàn thành luận án tốt nghiệp này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các Thầy, Cô trong Hội đồng chấm luận án đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu để hoàn thiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Sở Y tế Yên Bái, Trung tâm Y tế huyện Lục Yên, Trung tâm Y tế huyện Văn Yên, các cán bộ y tế thôn/bản và các cán bộ của 6 Trạm Y tế xã trên địa bàn trực tiếp tham gia nghiên cứu đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo và chuyên viên Sở Y tế Yên Bái, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái đã động viên và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.

Cuối cùng, tôi cũng xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới gia đình, bạn bè và những người thân yêu nhất đã dành cho tôi sự yêu thương, chăm sóc tận tình, đã động viên, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tác giả luận án

Trần Lan Anh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Lan Anh, nghiên cứu sinh khóa 34 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế công cộng xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Minh Sơn và GS.TS Nguyễn Quang Tuấn.
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 15 tháng 4 năm 2022

Người viết cam đoan

Trần Lan Anh

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt
BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Body Mass Index
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
BMI	Chỉ số khối cơ thể
DALYs	(Disability-Adjusted Life Years) Số năm điều chỉnh theo bệnh tật
ĐTĐ	Đái tháo đường
GDP	Tổng thu nhập quốc gia
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương
KAP	(Knowness, Attitude, Practice) Kiến thức, thái độ, thực hành
KCB	Khám chữa bệnh
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization)
THA	Tăng huyết áp
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm y tế
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
YLL	Số năm tử vong sớm do bệnh (Years of Life

	Lost)
YTCS	Y tế cơ sở
YTNC	YTNC
WHO-ISH	(World Health Organization - International Society of Hypertension (WHO - ISH) Tổ chức Y tế thế giới và Hội tăng huyết áp quốc tế

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. KHÁI QUÁT CƠ BẢN VÀ ĐỊNH NGHĨA VỀ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP	4
1.1.1. Định nghĩa độ tăng huyết áp.....	4
1.1.2. Phân độ tăng huyết áp.....	4
1.1.6. Điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở	7
1.2. THỰC TRẠNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM.....	9
1.2.1. Trên Thế giới	9
1.2.2. Tại Việt Nam	10
1.3. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TĂNG HUYẾT ÁP.....	15
1.3.1. Nhóm yếu tố không thay đổi	15
1.3.2. Nhóm yếu tố có khả năng cải thiện.....	17
1.3.3. Nhóm yếu tố bệnh lý.....	24
1.4. MỘT SỐ MÔ HÌNH QUẢN LÝ KIỂM SOÁT THA TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM.....	26
1.4.1. Trên thế giới.....	26
1.4.2. Tại Việt Nam	31
1.5. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP QUỐC GIA TẠI YÊN BÁI	38
1.5.1. Huyện Lục Yên	38
1.5.2. Huyện Văn Yên.....	38
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	40
2.1. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU.....	40
2.2. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU.....	41

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	41
2.4. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	43
2.5. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU VÀ CỖ MẪU NGHIÊN CỨU	44
2.5.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang (giai đoạn 1 – Trước can thiệp)	44
2.5.2. Thiết kế nghiên cứu sau can thiệp (giai đoạn 2 – nghiên cứu can thiệp)...	45
2.6. PHƯƠNG PHÁP VÀ CÔNG CỤ THU THẬP SỐ LIỆU	53
2.6.1. Công cụ thu thập số liệu.....	53
2.6.2. Phương pháp thu thập số liệu:	54
2.6.3. Quy trình thu thập số liệu:	55
2.7. BIẾN SỐ VÀ CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU	55
2.7.1. Nghiên cứu định lượng	55
2.7.2. Nghiên cứu định tính.....	57
2.8. SAI SỐ VÀ CÁCH KHÔNG CHẾ SAI SỐ	57
2.9. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU	57
2.10. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU.....	58
2.11. KHUNG LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU.....	59
<u>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</u>	60
3.1. THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP, HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI HAI HUYỆN VĂN YÊN VÀ LỤC YÊN, TỈNH YÊN BÁI NĂM 2015 (TRƯỚC CAN THIỆP).....	60
3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu trước can thiệp	60
3.1.2. Mô tả thực trạng huyết áp của người dân tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp	66
3.1.3. Một số yếu tố liên quan tới bệnh THA, hoạt động quản lý hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên, tỉnh Yên Bái năm 2015	80

3.1.4. Đặc điểm nhân khẩu học, nhân trắc, thói quen của nhóm chưa kiểm soát huyết áp tại 2 huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp.....	90
3.2. HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG HUYỆN VĂN YÊN TỈNH YÊN BÁI	94
3.2.1. Kết quả cung cấp máy đo huyết áp, cung cấp sổ theo dõi HA cho nhân viên y tế thôn bản.....	94
3.2.2. Kết quả tổ chức tập huấn	95
3.2.3. Thông tin chung về đối tượng THA chưa kiểm soát tham gia nghiên cứu sau can thiệp.....	98
3.2.4. Hiệu quả can thiệp đến tình trạng tăng huyết áp của đối tượng sau can thiệp	101
3.2.5. Chỉ số hiệu quả của mô hình can thiệp	111
<u>Chương 4: BÀN LUẬN</u>.....	112
4.1. THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP, HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI HAI HUYỆN VĂN YÊN VÀ LỤC YÊN, TỈNH YÊN BÁI NĂM 2015	112
4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	112
4.1.2. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của bệnh tăng huyết áp, hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên tỉnh Yên Bái năm 2015.....	115
4.2. HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG HUYỆN VĂN YÊN TỈNH YÊN BÁI, 2016-2017	122
4.2.1. Sự thay đổi về thói quen, hành vi có nguy cơ	125
4.2.2. Sự thay đổi về quản lý điều trị THA tại cộng đồng	129
4.2.3. Sự thay đổi về tình trạng huyết áp.....	132
4.2.4. Sự thay đổi về tỷ lệ biến chứng	134
4.2.5. Hiệu quả và tính bền vững của mô hình	135
4.3. NHỮNG ƯU ĐIỂM VÀ HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU	137

4.3.1. Ưu điểm của đề tài	137
4.3.2. Hạn chế của đề tài	139
KẾT LUẬN	140
KHUYẾN NGHỊ.....	142
TÀI LIỆU THAM KHẢO	143
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ	150
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN.....	150

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3. 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp.....	62
Bảng 3. 2. Phân loại kinh tế hộ gia đình và thẻ bảo hiểm y tế đối tượng nghiên cứu trước can thiệp.....	63
Bảng 3. 3. Một số đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu tại Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp	64
Bảng 3. 4. Phân bố mức độ tăng huyết áp tại huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp	67
Bảng 3. 5. Tình trạng THA theo đặc điểm tuổi, giới, dân tộc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên trước can thiệp	68
Bảng 3. 6. Tình trạng THA theo trình độ học vấn, nghề nghiệp, BHYT, điều kiện kinh tế của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên trước can thiệp	69
Bảng 3. 7. Tăng huyết áp theo tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân/béo phì, hút thuốc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên trước can thiệp.....	70
Bảng 3. 8. Tăng huyết áp theo tình trạng uống rượu, ít vận động, ăn mặn tại huyện Văn Yên trước can thiệp	71
Bảng 3. 9. Tình trạng THA theo đặc điểm tuổi, giới, dân tộc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên trước can thiệp	72
Bảng 3. 10. Tình trạng THA theo đặc điểm trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, BHYT của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên trước can thiệp	73
Bảng 3. 11. Tăng huyết áp theo tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân/béo phì, hút thuốc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên trước can thiệp	74
Bảng 3. 12. Tăng huyết áp theo tình trạng uống rượu, ít vận động, ăn mặn tại huyện Lục Yên trước can thiệp	75
Bảng 3. 13. Thực trạng phát hiện người bệnh THA tại huyện Văn Yên,	77
Bảng 3. 14. Thực trạng quản lý người bệnh mắc tăng huyết áp tại huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp	78
Bảng 3. 15. Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp trước can thiệp tại huyện Văn Yên	81
Bảng 3. 16. Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp trước can thiệp tại huyện Lục Yên	83

Bảng 3. 17. Đánh giá của cán bộ y tế về một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng tăng huyết áp của người dân và công tác quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng của huyện Văn Yên và huyện Lục Yên năm 2015	85
Bảng 3. 18. Đặc điểm nhân trắc, thói quen của nhóm đối tượng THA tham gia nghiên cứu trước can thiệp	91
Bảng 3. 19. Phân bố mức độ THA của nhóm tăng huyết áp trước can thiệp của 2 huyện Văn Yên và Lục Yên	92
Bảng 3. 20. Huyết áp trung bình của nhóm chưa kiểm soát THA tại huyện Văn Yên trước can thiệp.....	92
Bảng 3. 21. Huyết áp trung bình của nhóm tăng huyết áp huyện Lục Yên trước can thiệp.	93
Bảng 3. 22. Số lượng cán bộ y tế tại Trung tâm Y tế huyện Văn Yên được BVĐK tỉnh tập huấn về “Mô hình liên kết y tế trong quản lý điều trị tăng huyết áp”	96
Bảng 3. 23. Số lượng cán bộ y tế tại Trung tâm Y tế huyện Văn Yên được BVĐK tỉnh tập huấn về “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp”	96
Bảng 3. 24. Số lượng cán bộ y tế thôn bản tại huyện Văn Yên được tập huấn về cách đo huyết áp và theo dõi ghi chép sổ quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng.....	97
Bảng 3. 25. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sau can thiệp	99
Bảng 3. 26. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sau can thiệp	100
Bảng 3. 27. Phân bố mức độ chưa đạt huyết áp mục tiêu tại huyện Văn Yên và Lục Yên sau can thiệp.....	102
Bảng 3. 28. So sánh giá trị huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương của đối tượng nghiên cứu tại 2 huyện Văn Yên, Lục Yên trước và sau can thiệp	103
Bảng 3. 29. Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ THA chưa đạt mục tiêu	111

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3. 1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp.....	60
Biểu đồ 3. 2. Phân bố đặc điểm dân tộc tại hai huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp..	61
Biểu đồ 3. 3. Tỷ lệ đối tượng có thói quen liên quan tới bệnh THA tại huyện Văn Yên trước can thiệp.....	64
Biểu đồ 3. 4. Tỷ lệ đối tượng có thói quen liên quan tới bệnh THA của đối tượng nghiên cứu tại Lục Yên trước can thiệp	65
Biểu đồ 3. 5. Tỷ lệ tăng huyết áp của người dân tại hai huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp	66
Biểu đồ 3. 6. Giá trị huyết áp trung bình của người dân tại hai huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp	66
Biểu đồ 3. 7. Tỷ lệ người dân từng được đo HA trước can thiệp	75
Biểu đồ 3. 8. Tần suất đo HA của người dân tại 2 huyện trước can thiệp.....	76
Biểu đồ 3. 9. Tỷ lệ đối tượng có biến chứng THA trước can thiệp tại huyện Văn Yên và Lục Yên	79
Biểu đồ 3. 10. Các loại tai biến thường gặp trong cộng đồng tại huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp	80
Biểu đồ 3. 11. Huyết áp trung bình của nhóm chưa kiểm soát tăng huyết áp tại huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp.....	93
Biểu đồ 3. 12. So sánh tỷ lệ chưa đạt huyết áp mục tiêu tại huyện Văn Yên, Lục Yên trước và sau can thiệp.....	101
Biểu đồ 3. 13. Giá trị trung bình huyết áp tâm thu và tâm trương của đối tượng nghiên cứu tại 2 huyện Văn Yên, Lục Yên sau can thiệp	102
Biểu đồ 3. 14. So sánh tỷ lệ hút thuốc lá của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp.	104
Biểu đồ 3. 15. So sánh tỷ lệ uống rượu của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp ...	104
Biểu đồ 3. 16. So sánh tỷ lệ thừa cân/béo phì của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp	105
Biểu đồ 3. 17. So sánh tỷ lệ có chế độ ăn mặn của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp	106
Biểu đồ 3. 18. So sánh tỷ lệ người bệnh THA có hồ sơ theo dõi tại TYT.....	106

Biểu đồ 3. 19. So sánh tỷ lệ người bệnh được tư vấn điều trị về bệnh THA giữa 2 huyện trước và sau can thiệp	107
Biểu đồ 3. 20. So sánh địa điểm quản lý người bệnh THA tại 2 huyện trước và sau can thiệp	107
Biểu đồ 3. 21. So sánh tỷ lệ đối tượng có biến chứng tăng huyết áp trước và sau can thiệp	108
Biểu đồ 3. 22. So sánh phương pháp điều trị tăng huyết áp cho người bệnh tại 2 huyện trước và sau can thiệp	108
Biểu đồ 3. 23. So sánh tình trạng thuốc cung ứng cho người bệnh trước và sau can thiệp	109
Biểu đồ 3. 24. Cơ cấu thuốc cung ứng cho người bệnh sau can thiệp tại 2 huyện	110
Biểu đồ 3. 25. Đánh giá của cán bộ y tế các cấp về hiệu quả của mô hình	110

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính và là một trong những yếu tố nguy cơ chính của đột quy, nhồi máu cơ tim và phình động mạch^{1,2}. Các nghiên cứu cho thấy bệnh tăng huyết áp rất phổ biến với 25% đến 30% người dân trong cộng đồng mắc, bệnh có thể gặp ở tất cả các quốc gia trên thế giới, kể cả các quốc gia đã phát triển cũng như các quốc gia đang phát triển. Bệnh là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu ở người cao tuổi và có ảnh hưởng đáng kể tới chất lượng cuộc sống của người bệnh^{3,4,5}. Nghiên cứu từ 154 quốc gia trên Thế giới do tác giả Harlan và cộng sự (năm 2017) ước tính tăng huyết áp đặc biệt là huyết áp tâm thu chiếm 14% tổng số ca tử vong trên toàn thế giới và làm mất đi 143 năm sống hoàn toàn khỏe mạnh cho cư dân toàn cầu⁴. Mặc dù vậy, trong cộng đồng vẫn còn rất nhiều người không biết mình đang mang bệnh⁶⁻⁸. Do vậy, tăng huyết áp hiện đang là vấn đề sức khỏe toàn cầu và đang đặt ra nhiều thách thức cho các quốc gia trên thế giới do bệnh có xu hướng tăng lên, để lại những gánh nặng về mặt sức khỏe, xã hội và kinh tế cho các quốc gia^{9,10,11}.

Ở Việt Nam, tăng huyết áp là một vấn đề y tế công cộng có tỷ lệ mắc khá cao, hiện tại ước tính có khoảng 12,5 triệu người mắc tăng huyết áp (chiếm 20% người trưởng thành)³. Tăng huyết áp là căn bệnh diễn biến âm thầm, những dấu hiệu cảnh báo ít và không đặc trưng, người bệnh thường không cảm thấy có dấu hiệu cho đến khi xảy ra tai biến. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim và các bệnh tim mạch khác làm cho hàng trăm ngàn người bị liệt, tàn phế và mất sức lao động mỗi năm⁴.

Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chi phí, nguồn lực xã hội dành cho chăm sóc người bệnh tăng huyết áp cũng khá tốn kém và có xu hướng ngày càng tăng lên^{10,11}. Tăng huyết áp thực sự là thách thức và đang là gánh nặng rất lớn vẫn ngày càng gia tăng đối với hệ thống y tế Việt Nam¹¹.

Các yếu tố nguy cơ có liên quan tới bệnh tăng huyết áp bao gồm: thói quen hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý, ít vận

động thể lực, stress và căng thẳng trong cuộc sống¹²⁻¹⁴....Trong những năm tới số người mắc bệnh tăng huyết áp sẽ còn tăng do sự gia tăng mức độ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ trên. Theo Tổ chức Y tế thế giới, không chế được các yếu tố nguy cơ này sẽ làm giảm được 80% bệnh tăng huyết áp^{15, 16}. Mặc dù gánh nặng bệnh tật, tài chính do tăng huyết áp khá lớn, nhưng các nhà khoa học đã chứng minh được rằng tăng huyết áp hoàn toàn có thể dự phòng, kiểm soát được đặc biệt là khi kiểm soát được các yếu tố nguy cơ của bệnh ngay từ ban đầu và ngay từ trong cộng đồng¹⁷⁻²⁵. Việc kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp giúp ngăn ngừa được khoảng 80% số ca bệnh tim mạch¹⁵.

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 tăng huyết áp²⁶⁻³⁰. 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 tăng huyết áp^{24, 29-32}; (2) Sàng lọc, chẩn đoán sớm để đưa người bệnh tăng huyết áp 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 tăng huyết áp^{25, 33, 34}; (4) Tăng cường trang thiết bị và thuốc điều trị tăng huyết áp 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 tăng huyết áp tại cộng đồng^{23, 25, 28, 34-41}. Hiệu quả của các chương trình can thiệp dự phòng và điều trị tăng huyết áp tỏ ra rất khả quan và có hiệu quả rõ rệt^{25, 28, 34-40}.

Trên địa bàn tỉnh Yên Bái, chương trình phòng chống tăng huyết áp đã được triển khai từ 2010 đến nay⁴² và đã quản lý điều trị tại một số xã. Sự phối hợp giữa các đơn vị y tế từ tuyến thôn bản đến tuyến huyện chưa được đồng bộ do nguồn lực của địa phương còn hạn chế, phải trải dài cho nhiều chương trình dự phòng chăm sóc sức khỏe cộng đồng khác nhau. Mặt khác, tỉnh Yên Bái chưa có một đánh giá toàn diện nào về thực trạng bệnh tăng huyết áp nhằm cung cấp thông tin cho các nhà hoạch định chính sách trên địa bàn. Do đó, câu hỏi đặt ra là việc quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng trên địa bàn tỉnh Yên Bái được thực hiện như thế nào, có những khó khăn gì, cần có mô hình nào phù hợp để tăng cường quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại địa phương nơi có

nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống, có thể phát huy vai trò của việc liên kết y tế từ huyện tới tận thôn, bản để nâng cao hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng không? Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài: ***“Thực trạng tăng huyết áp và hiệu quả của mô hình quản lý điều trị tại huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái”*** với hai mục tiêu sau:

MỤC TIÊU

1. Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan của bệnh tăng huyết áp ở người trên 40 tuổi và hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên, tỉnh Yên Bái năm 2015.
2. Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái năm 2016-2017.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái quát cơ bản và định nghĩa về bệnh tăng huyết áp

1.1.1. Định nghĩa độ tăng huyết áp

Tổ chức Y tế thế giới và Hội tăng huyết áp quốc tế (World Health Organization - International Society of Hypertension (WHO - ISH) đã thống nhất chẩn đoán tăng huyết áp (THA) khi trị số trung bình qua ít nhất hai lần đo của huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc trị số trung bình của huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg, trong ít nhất hai lần thăm khám liên tiếp⁴³.

1.1.2. Phân độ tăng huyết áp

Theo hướng dẫn của WHO-ISH (năm 2003) tăng huyết áp được phân thành 3 mức độ theo bảng dưới đây⁴³.

Bảng 1. 1. Chia độ tăng huyết áp theo WHO-ISH

Phân độ THA	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
THA độ I	140-159	90-99
THA độ II	160-179	100-109
THA độ III	≥ 180	≥ 110

Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới và Hội tăng huyết áp Quốc tế năm 2003

Tại Việt Nam, Tăng huyết áp được phân độ như sau ⁴⁴:

Bảng 1. 2. Phân độ tăng huyết áp tại Việt Nam

Phân loại	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	120 – 129	80 – 84
HA bình thường – cao	130 – 139	85 – 89
THA độ 1 (nhẹ)	140 – 159	90 – 99
THA độ 2 (trung bình)	160 – 179	100 – 109
THA độ 3 (nặng)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90

Nguồn: Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010

Các tiêu chuẩn trên chỉ dùng cho những người hiện tại không dùng thuốc hạ áp và không trong tình trạng bệnh cấp tính⁴⁵.

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp

* **THA nguyên phát:** Chiếm 95% tổng số người bệnh THA, cơ chế bệnh sinh của THA nguyên phát chưa rõ ràng, người ta cho rằng một số yếu tố sau có thể gây THA nguyên phát:

- 1) Tăng hoạt động của thần kinh giao cảm;
- 2) Vai trò của hệ Renin – Angiotensin – Aldosteron (RAA);
- 3) Vai trò của natri trong cơ chế bệnh sinh THA;
- 4) Giảm chất điều hòa huyết áp: Prostaglandin E2 và Kallikrein ở thận có chức năng sinh lý điều hòa huyết áp, hạ canxi máu, tăng canxi niệu.

* **THA thứ phát:** Khoảng 5% người bệnh THA có nguyên nhân rõ ràng:

- THA do bệnh thận và dị dạng máu thận.
- Cường aldosterone và hội chứng Cushing.
- U tủy thượng thận: Chiếm 1-2% tổng số người bệnh THA thứ phát.

- Hẹp ep động mạch chủ: THA ở phần trước chỗ hẹp và giảm ở phần sau chỗ hẹp.

- THA ở phụ nữ mang thai: bệnh THA xuất hiện hoặc nặng lên trong giai đoạn thai kỳ và là một trong những nguyên nhân gây tử vong của người mẹ cũng như thai nhi.

- Sử dụng oestrogen: sử dụng thuốc tránh thai kéo dài sẽ gây THA vì oestrogen gây tăng tổng hợp tiền chất renin.

1.1.4. Triệu chứng Tăng huyết áp

Phần lớn THA không có triệu chứng hoặc dấu hiệu nhận biết mang tính đặc hiệu. Các dấu hiệu thường gặp khi bị THA ở mức độ nhẹ là nhức đầu, chóng mặt, choáng váng, buồn nôn, nôn mửa, mỏi mệt... Những triệu chứng này cũng có thể gặp phải ở một số bệnh khác.

Khi có triệu chứng THA, thường lúc này đã là biến chứng hoặc tình trạng THA đã nặng ⁶.

1.1.5. Biến chứng của Tăng huyết áp

Tỷ lệ Tăng huyết áp tăng nhanh do vậy tỷ lệ các biến chứng của THA cũng ngày một gia tăng, ảnh hưởng đến sức khỏe và sức lao động của người dân trong cộng đồng^{4,46,44}.

- Tổn thương tại tim: Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính cũng là nguyên nhân tử vong cao nhất ở người bệnh THA: dày thất trái gây suy tim toàn bộ, suy mạch vành gây nhồi máu cơ tim, phù phổi cấp.

- Tổn thương tại não: gây ra các tai biến mạch máu não thường gặp như: nhũn não, xuất huyết não có thể tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. Một số trường hợp chỉ gặp tai biến não thoáng qua với các triệu chứng thần kinh khu trú không quá 24h hoặc bệnh não do THA với lú lẫn, hôn mê kèm co giật, nôn mửa, nhức đầu dữ dội.

- Tổn thương tại thận: Vừa xơ động mạch thận sớm và nhanh; xơ thận và gây suy thận dần dần; hoạt tử dạng tơ huyết tiểu động mạch thận gây THA ác tính; giai đoạn cuối thiếu máu cục bộ nặng ở thận sẽ dẫn đến nồng độ renin và angiotensin II trong máu tăng gây cường aldosterone thứ phát.

- Tổn thương mạch máu: THA là yếu tố gây vừa xơ động mạch, phòng động mạch chủ.

- Tổn thương ở mắt: soi đáy mắt có thể thấy tổn thương đáy mắt.

Tất cả biến chứng này về mặt sức khỏe làm bệnh nặng dần, tàn tật nhiều (62% đột quỵ và 49% đau thắt ngực do THA) và gây chết hoặc đột ngột hoặc từ từ hoặc chết sớm (THA gây giảm tuổi thọ từ 10 đến 20 năm), làm tăng chi phí tài chính của gia đình và xã hội.

1.1.6. Điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở

Tại Việt Nam, hiện nay việc điều trị THA thực hiện theo hướng dẫn của BHYT tại Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp⁴².

* Nguyên tắc chung:

– Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.

– Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.

– “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

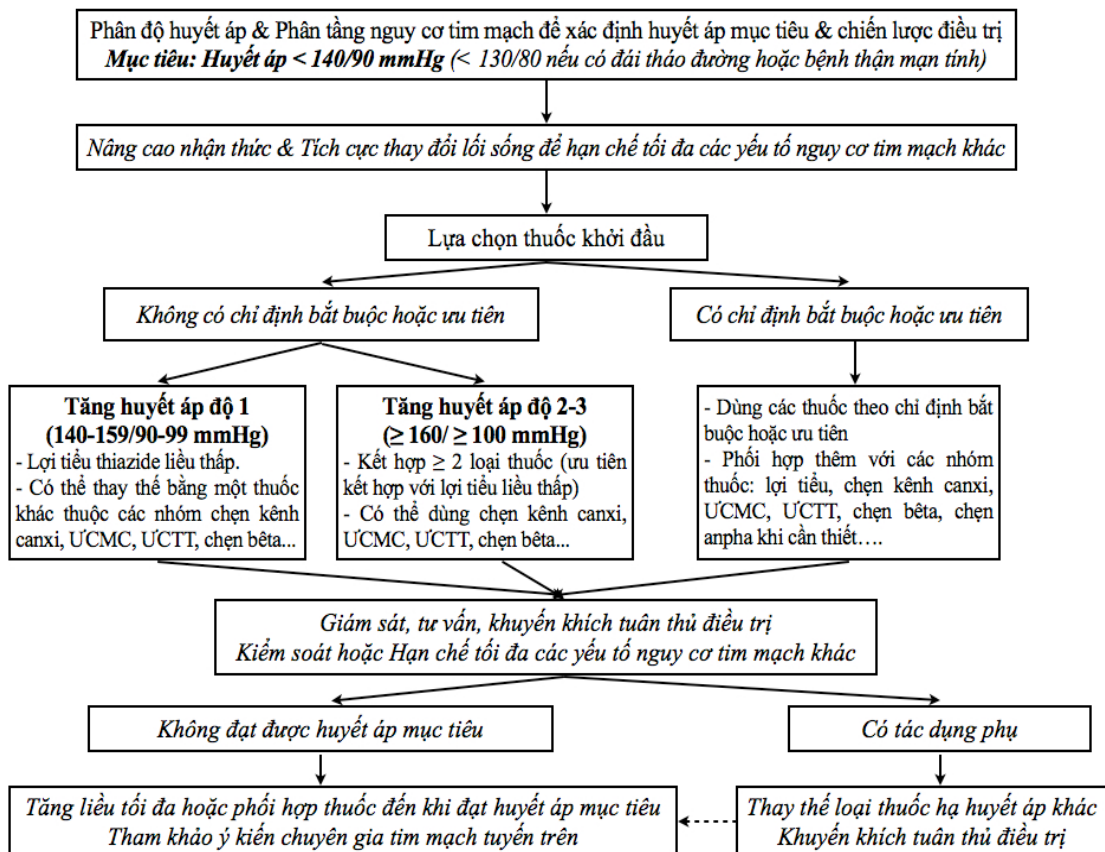
– Điều trị cần hết sức tích cực ở người bệnh đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

Quản lý THA và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở tuyến trên bao gồm:

Phát hiện tổn thương cơ quan đích ngay ở giai đoạn tiền lâm sàng. Loại trừ các nguyên nhân gây THA thứ phát. Chọn chiến lược điều trị dựa vào độ huyết áp và mức nguy cơ tim mạch. Tối ưu hóa phác đồ điều trị THA: dựa vào các chỉ định bắt buộc hoặc yếu tố ưu tiên của từng nhóm thuốc hạ huyết áp trong các thể bệnh cụ thể. Phối hợp nhiều thuốc để tăng khả năng kiểm soát huyết áp thành công, giảm tác dụng phụ và tăng tuân thủ điều trị của người bệnh.

Điều trị các bệnh phối hợp và điều trị dự phòng ở nhóm có nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao. Sử dụng các thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch trong các tình huống khẩn cấp như THA ác tính; tách thành động mạch chủ; suy thận tiến triển nhanh; sản giật; THA có kèm nhồi máu cơ tim hoặc suy tim trái cấp.

Quy trình Điều trị Tăng Huyết áp



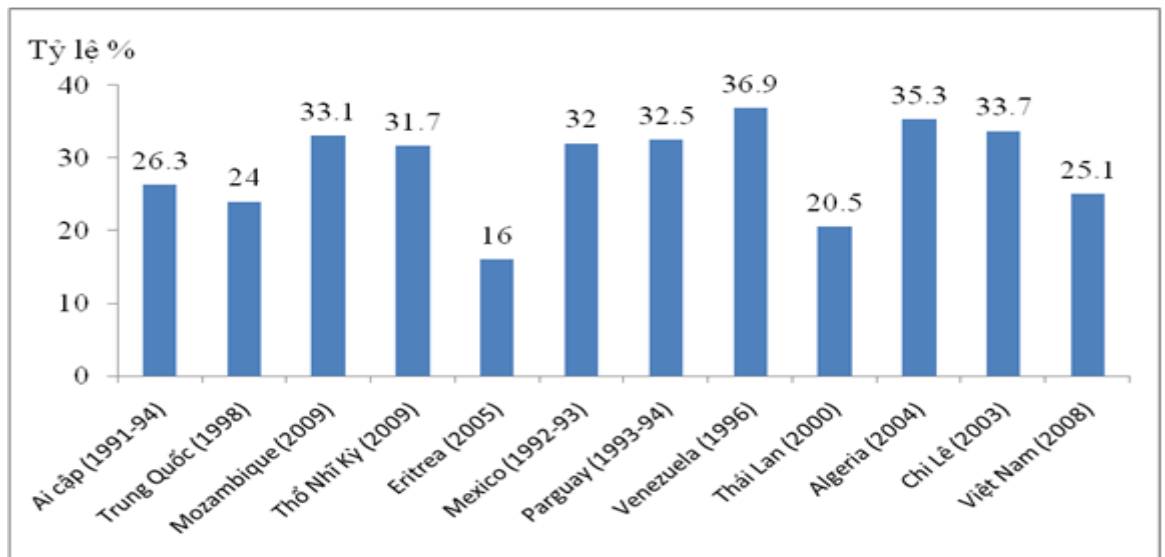
Sơ đồ 1.2: Quy trình điều trị tăng huyết áp ⁶.

Nguồn: Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế

1.2. Thực trạng bệnh tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam.

1.2.1. Trên Thế giới

Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ THA khá phổ biến, dao động từ 16% lên đến 36,9%. THA không chỉ phổ biến tại khu vực thành thị mà còn ở tại khu vực nông thôn¹⁹. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân nhận thức về bệnh cũng như tỷ lệ người dân được điều trị và kiểm soát huyết áp còn ở mức thấp². So với các nước phát triển, tại các nước đang phát triển, các yếu tố nguy cơ của bệnh THA phổ biến hơn do ảnh hưởng của tình trạng đô thị hóa, sự già hóa của dân số, sự thay đổi thói quen ăn uống và tình trạng căng thẳng trong xã hội⁴⁷.



Biểu đồ 1.1. Tỷ lệ mắc THA ở các nước đang phát triển⁴⁷

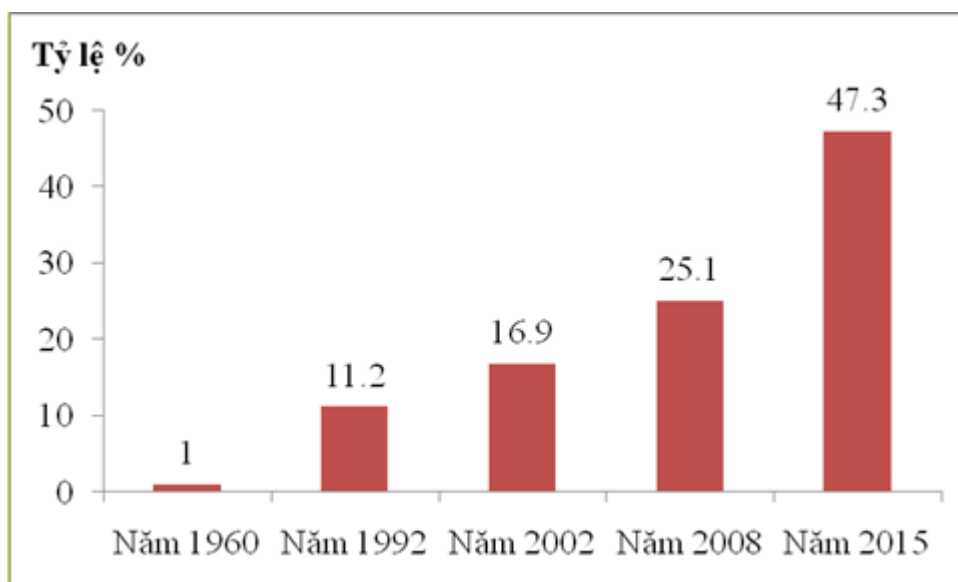
Nghiên cứu của tác giả Mark D. Huffman và Donald M. Lloyd-Jones (năm 2017) báo cáo số liệu ước tính mới nhất về tình trạng mắc THA trên toàn cầu trong giai đoạn từ năm 1980 đến năm 2015. Nghiên cứu thu thập dữ liệu từ các khu vực trên toàn thế giới, với 844 báo cáo đại diện của các quốc gia với cỡ mẫu thu thập là 8,7 triệu người. Kết quả nghiên cứu ước tính có khoảng 3,5 tỷ người từ 25 tuổi trở lên có huyết áp tâm thu từ 110 mmHg trở lên và có 0,9 tỷ người có mức huyết áp tâm thu từ 140 mm Hg trở lên. Số ca tử vong do liên quan tới HA tâm thu ở mức từ 140 mm Hg trở lên tăng lên 51% vào năm 2015. Có đến 55% số ca tử vong trên toàn thế giới liên quan tới các bệnh tim mạch trong giai đoạn từ năm 1990 đến năm 2013².

Các nghiên cứu trên Thế Giới đã chỉ ra các yếu tố tuổi, giới tính, chỉ số cân nặng, chỉ số BMI, chỉ số vòng eo/mông và thói quen ăn uống, sử dụng rượu bia, hút thuốc lá, chế độ sinh hoạt... có mối liên quan mật thiết với tình trạng huyết áp của người bệnh. Trong đó các yếu tố có thể thay đổi được nhằm giảm nguy cơ mắc bệnh bao gồm: chỉ số cân nặng, chỉ số BMI, chỉ số vòng eo/mông và thói quen ăn uống, sử dụng rượu bia, hút thuốc lá, chế độ sinh hoạt. Các yếu tố tuổi, giới tính là những yếu tố mang tính chất cá nhân/sinh học không thể thực hiện can thiệp được.

1.2.2. Tại Việt Nam

Theo thống kê năm 1960, tần suất THA ở người lớn phía Bắc Việt Nam chỉ là 1%. Năm 1992, theo điều tra trên toàn quốc tỷ lệ này đã là 11,7%, tăng hơn 11 lần so với năm 1960. Đến năm 2008, tỷ lệ THA ở người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên là 25,1% (28,3% ở nam và 23,1% ở nữ), nghĩa là cứ 4 người lớn thì có 1 người THA ⁹.

Kết quả điều tra về tình trạng THA trên toàn quốc năm 2015 trên 5454 người trưởng thành cho thấy số người THA chiếm tỷ lệ 47,3%, ước tính con số người bị THA của quần thể người trưởng thành tương ứng là 20,8 triệu người. Trong số đó, có khoảng 39% (8,1 triệu) người bị THA mà không được phát hiện, 7,2% (0,9 triệu) người THA không được điều trị, và có tới 69% số người THA chưa kiểm soát được (8,1 triệu người). Như vậy, ước tính chung có khoảng 17,1 triệu người dân cần được quan tâm đến tình trạng huyết áp ¹⁴.



Biểu đồ 1.2. Xu hướng mắc THA tại Việt Nam

Cũng như các nước khác trên thế giới, các nghiên cứu tại Việt Nam cũng chỉ ra rằng các yếu tố có nguy cơ ảnh hưởng tới tình trạng bệnh THA bao gồm: Tuổi, giới, tiền sử gia đình, nơi sinh sống, uống rượu bia, hút thuốc lá, tình trạng thừa cân béo phì, ít vận động.... Bên cạnh đó, THA còn chịu ảnh hưởng bởi yếu tố địa lý, văn hóa và xã hội tại các vùng miền. Trong bảng 1.4 dưới đây, chúng tôi mô tả tóm tắt các kết quả của một số nghiên cứu về THA tại một số địa phương của Việt Nam.

Bảng 1.3. Tóm tắt kết quả một số nghiên cứu về tình trạng THA và các yếu tố nguy cơ tại Việt Nam

TT	Tác giả nghiên cứu	Địa điểm và đối tượng nghiên cứu	Thời gian nghiên cứu	Tỷ lệ THA	Các yếu tố liên quan
1	Phạm Thái Sơn và cộng sự	- 8 tỉnh thành Việt Nam	2012	- Tỷ lệ THA là 25,1% (28,3% ở nam và 23,1% ở nữ) - Tỷ lệ được điều trị THA	- Tuổi - Địa điểm (thành thị so với nông

	48	- Người dân ≥ 25 tuổi		là 29,6%, tỷ lệ điều trị THA kiêm soát là 10,7%.	thôn)
2	Đỗ Thái Hòa ⁴⁹	- Thanh Hóa - Người dân từ 40-59 tuổi	2013	- Tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 47,3%, tăng huyết áp giai đoạn 1 là 14,2%, giai đoạn 2 là 5,5%. - Kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về bệnh tăng huyết áp chưa tốt - Tỷ lệ đối tượng được kiểm tra đo huyết áp trong 12 tháng qua không cao (52,4%)	- Những người uống bia, rượu từ 1 ngày/tuần trở lên, những người hút thuốc hàng ngày có nguy cơ mắc tăng huyết áp
3	Hà Anh Đức và cộng sự ⁵⁰	- Thái Nguyên - Người dân ≥ 25 tuổi	2011	- Tỷ lệ THA là 23% - Trong số những người bị THA, chỉ có 34% đối tượng biết về tình trạng bệnh.	- Tuổi - Giới tính - Thừa cân/béo phì
4	Hồng Mừng Hai ¹⁸	- Cà Mau - Người dân ≥ 25 tuổi	2015	- Tỷ lệ THA là 20,75% - THA tăng theo độ tuổi - Sau can thiệp tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 89,9% - Hiệu quả can thiệp kiểm soát tăng huyết áp là 56%	- Tuổi - Tiền sử gia đình (cao hơn 1,7 lần) - Người béo phì (cao hơn 2,6 lần) - Ăn mặn (cao hơn 1,1 lần)

5	Đoàn Minh Cương ⁵¹	<ul style="list-style-type: none"> - Lâm Đồng - 720 người từ 40-75 tuổi (65,3% người Kinh, 34,7% người dân tộc) 	2013-2014	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ THA là 38,3%, nam giới có tỷ lệ mắc cao hơn so với nữ giới. - THA tăng theo độ tuổi Tỷ lệ THA độ I, II, III lần lượt là 22,1%, 9,5%, 6,7%. Tỷ lệ THA ở dân tộc khác cao hơn so với nhóm dân tộc Kinh Tỷ lệ THA ở dân tộc khác cao hơn so với nhóm dân tộc Kinh 	<ul style="list-style-type: none"> - Hút thuốc lá và uống rượu bia có nguy cơ mắc THA cao gấp khoảng 1,5 lần - Ăn mặn có nguy cơ THA cao hơn 2,5 lần - Béo bụng, thừa cân
6	Nguyễn Thị Thi Thơ ¹²	<ul style="list-style-type: none"> - Hà Nội - 2699 người dân 15-69 tuổi 	2016	<ul style="list-style-type: none"> - Trung bình HA tâm trương là 76,73 mmHg, HA tâm thu là 119,95 mmHg - Có 11,61% người dân mắc tiền THA và 18,97% mắc THA. Trong đó, có 67,07% mắc THA độ 1, 24,35% mắc THA độ 2 và 8,58% mắc THA độ 3. Nam giới có nguy cơ mắc THA cao hơn nữ (OR:2,77; 95%CI:2,24-3,42). Nhóm 45-69 tuổi có nguy cơ cao hơn nhóm 18-44 tuổi (OR:4,45; 95%CI:3,47-5,7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Trình độ học vấn - Người đã nghỉ hưu và không làm việc có nguy cơ cao hơn - Người đang hút thuốc hàng ngày có nguy cơ mắc cao hơn - Người ăn lượng muối ≥ 10 gam/ngày có nguy cơ THA cao hơn

7	Phạm Thế Xuyên ⁵²	<ul style="list-style-type: none"> - Bắc Kạn - 459 người dân 45-64 tuổi 	2017	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ THA là 35,5%; mức độ tăng huyết áp độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 65%, 22,7% và 12,3%; - Tỷ lệ mắc THA trong nhóm nam giới và nữ giới lần lượt là 37,2%, 33,9%; - Tỷ lệ mắc THA dân tộc Thái là 49,2%, ở nhóm người Kinh và các dân tộc khác là 35,6%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi - Ăn ít rau - Thừa cân/béo phì - Hút thuốc lá
8	Nguyễn Hóa và cộng sự BMI ⁵³	<ul style="list-style-type: none"> - Đà Nẵng - 20.000 người dân ≥ 25 tuổi 	2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ tăng huyết áp tâm trương năm 2011 là 10,2% đến năm 2015 tăng lên 20% - Ở những người có từ 2 YTNC chuyển hóa trở lên thì tỷ lệ mắc tăng huyết áp (THA) là trên 50% 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi - BMI
9	Nguyễn Thanh Bình ⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Trà Vinh - 1200 người dân Khmer từ 25-64 tuổi 	2016	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ THA là 33,5% (37,3% nam và 29,7% nữ) - THA tăng theo độ tuổi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi - Giới - Chế độ ăn mặn, ăn nhiều mỡ động vật - Lạm dụng rượu bia - Béo phì

10	Hien HA và cộng sự ⁵⁴	- Miền Trung - 969 người dân từ 40-69 tuổi	2018	- Tỷ lệ THA là 44,8% (51,3% ở nam và 39,7% ở nữ) - 67,3% người dân biết tình trạng THA của mình - 33,2% người đã được điều trị và 12,2% kiểm soát được huyết áp ở mức cho phép	- Tuổi - Giới - Nơi cư trú - Thừa cân/béo phì - Chỉ số BMI - Đái tháo đường
----	----------------------------------	---	------	--	--

Tóm lại, THA là một bệnh rất phổ biến và tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng. Hiện nay bệnh THA đã được WHO và nhiều quốc gia chú trọng, đưa ra nhiều biện pháp tích cực, trong đó có tăng nguồn kinh phí cho công tác phòng chống bệnh. Để có những giải pháp hữu hiệu trong phòng chống bệnh THA, chúng ta cần nghiên cứu một cách có hệ thống, ở nhiều địa phương khác nhau. Xây dựng những mô hình thí điểm trong việc phát hiện sớm, quản lý và điều trị tại cộng đồng. Mặt khác, xác định được các yếu tố nguy cơ gây bệnh THA để áp dụng các giải pháp can thiệp cộng đồng nhằm phòng mắc bệnh THA, giảm tỷ lệ tử vong nguyên nhân do THA vào thời gian tới.

1.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp

1.3.1. Nhóm yếu tố không thay đổi

Tuổi: Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng tuổi có mối liên quan chặt chẽ với THA^{55, 56, 57}. Tuổi càng cao tỷ lệ THA càng nhiều, nguyên nhân do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi trở nên cứng hơn dẫn đến huyết áp tâm thu cao hơn còn gọi là THA tâm thu đơn thuần²⁴. Theo WHO ở độ tuổi 35 cứ 20 người lại có 1 người bị THA, ở độ tuổi 45 cứ 7 người lại có 1 người bị THA và 1/3 số người ở độ tuổi 65 bị THA^{7, 58}.

Một nghiên cứu ở Hàn Quốc đã chỉ ra rằng tỷ lệ hiện mắc THA có liên quan chặt chẽ với tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ THA càng cao^{59, 60}. Nguy cơ toàn bộ cuộc đời như sau: nguy cơ mắc THA cho cả nam và nữ là gần 90% với những

người chưa bị THA ở tuổi 55 hoặc 65 và sống tới độ tuổi 80-85. Ngay cả sau khi đã hiệu chỉnh cho các nguyên nhân tử vong, nguy cơ THA trong toàn bộ cuộc đời vẫn ở mức rất cao 86-90% với nữ và 81-83% đối với nam. Tỷ lệ tiến triển thành THA trong 4 năm là 50% ở nhóm 65 tuổi trở lên và có HA ở mức 130-139/85-89 mmHg, 26% ở những người HA trong khoảng 120-129/80-84 mmHg⁶⁰.

Một nghiên cứu khác tại Bangladesh, tuổi trung bình trong nhóm tiền THA là $44,5 \pm 11,6$ mmHg cao hơn có ý nghĩa so với nhóm HA tối ưu $42,1 \pm 10,9$ mmHg với $p < 0,0001$. Người trên 60 tuổi chiếm 12,6% trong nhóm tiền THA cao hơn có ý nghĩa so với nhóm HA tối ưu với $p < 0,0001$ ²⁸. Theo nghiên cứu khác tại Trung Quốc cho thấy tuổi trung bình ở nhóm tiền THA cao hơn có ý nghĩa so với tuổi trung bình của nhóm HA tối ưu, 52(40-65) so với 45(32-58) năm, $p < 0,001$. Những người ở độ tuổi 45 đến 54, 55 đến 64, 65 đến 74, trên 75 có mối tương quan lớn hơn với nguy cơ mắc tiền THA so với những người trong độ tuổi 15 đến 24 với OR(KTC95%) lần lượt là 2,290 (1,803-2,908); 2,875 (2,162-3,824); 3,526 (2,614-4,757); 5,241 (3,765-7,295), $p < 0,001$ ²⁹. Theo nghiên cứu của NHANES 2011-2016 báo cáo thực trạng HA ở người từ 20 tuổi trở lên tại Hoa Kỳ cũng chỉ ra rằng tỷ lệ người tiền THA ở độ tuổi trên 65 giảm hơn so với người tuổi dưới 65 và tỷ lệ người THA thì tăng dần theo tuổi, ngược lại, tỷ lệ người HA tối ưu giảm dần theo tuổi. Do đó, qua nghiên cứu này đã cho thấy sự tiến triển dần từ tiền THA sang THA khi tuổi tăng dần.

Yếu tố di truyền: Tiền sử gia đình có người bị THA nhất là hệ trực thuộc (bố, mẹ, anh, chị, em ruột) có nguy cơ bị THA cao hơn so với người bình thường. Ví dụ trong gia đình, nếu ông, bà, bố, mẹ bị bệnh THA thì con cái có nguy cơ THA cao hơn, nghiên cứu của Yeon Hwan Park, Misoon Song (2011) đã cho thấy, tỷ lệ THA là 2,38 lần khi có bố, mẹ mắc THA và tăng 6,49 lần khi có cả bố và mẹ bị THA³¹. Nguy cơ này độc lập với các yếu tố nguy cơ khác và đóng vai trò quan trọng trong THA. Theo Jafar Sadegh Tabrizi, ở cả 2 giới, sau điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, người có tiền sử gia đình THA có nguy cơ mắc

tiền THA cao hơn với OR (KTC95%) ở nam 1,25 (1,08-1,92) và ở nữ 1,66 (1,16-1,94), $p < 0,05$ ⁶¹. Ngoài ra, một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ người có tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch ở nhóm tiền THA cao hơn có ý nghĩa so với nhóm HA tối ưu.

Chủng tộc: THA có ảnh hưởng đến bất kỳ ai, tuy nhiên có những nghiên cứu cho thấy những người Mỹ da trắng có nguy cơ mắc THA và tử vong do các biến chứng của THA thấp hơn những người Mỹ gốc Phi.

Nhóm yếu tố không thay đổi không loại bỏ được tuy nhiên nếu có kiến thức đầy đủ về nhóm yếu tố này tác động đối với THA người dân có thể cải thiện hành vi và thực hiện lối sống có lợi để dự phòng và giảm nguy cơ mắc THA.

1.3.2. Nhóm yếu tố có khả năng cải thiện

Thói quen ăn mặn: Muối là gia vị không thể thiếu trong chế biến các món ăn hàng ngày, nhưng nếu ăn quá nhiều sẽ rất nguy hiểm. Chế độ ăn mặn (thừa muối) dẫn đến nguy cơ bị THA và các biến chứng nặng nề của THA như: đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy thận...

Theo khuyến cáo của WHO, mỗi người trưởng thành mỗi ngày nên sử dụng ít hơn 6 gam muối (một thìa cà phê), nếu ăn nhiều hơn gọi là ăn mặn. Tại Việt Nam một số khu vực, vùng miền có thói quen ăn mặn, ăn cơm phải có nước mắm, dưa cà... Hay những người dân vùng biển cũng có thói quen ăn mặn, uống nước mắm. Trong khảo sát gần đây cho biết, người Việt Nam có khuynh hướng ăn khá nhiều muối. Lượng muối trung bình mỗi người tiêu thụ 9,4g trong khi lượng khuyến cáo không quá 5g, như vậy lượng muối đã ăn cao gần gấp đôi so với khuyến cáo³. Với chế độ ăn nhiều muối, nước sẽ được giữ lại trong lòng mạch làm tăng thể tích máu lưu thông, làm tăng áp lực máu trong lòng mạch dẫn tới THA. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy, ăn nhiều muối thì tỷ lệ THA tăng rõ rệt. Người dân vùng biển có tỷ lệ mắc bệnh THA cao hơn nhiều so với những người sống ở đồng bằng và khu vực miền núi. Nhiều người bệnh THA chỉ cần cải thiện chế độ ăn giảm muối là có thể cải thiện tình trạng bệnh mà

không cần sử dụng thuốc. Chế độ ăn giảm muối là biện pháp quan trọng để điều trị cũng như dự phòng THA.

Các thử nghiệm chứng minh ăn nhiều muối (trên 14g/ngày) sẽ gây THA; trong khi ăn ít muối (dưới 1g/ngày) gây giảm huyết áp động mạch. Phân tích gộp của Feng J He và cộng sự (2013) cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ giảm muối và mức độ giảm HA, so với điều trị thông thường chế độ ăn giảm muối làm giảm HA 2,6/1,1 mmHg.

Việc sử dụng quá nhiều muối cũng dẫn đến một số bất lợi khác đối với sức khỏe như: giữ nước trong các bệnh suy tim, thận nhiễm mỡ. Gây phù chu kỳ, phù trước kỳ kinh, phù vô căn; Tăng co thắt, kích thích cơn suyễn; Liên quan đến ung thư dạ dày; Tăng thải Ca^{++} qua thận, tăng nguy cơ loãng xương.

Ăn mặn liên quan đến THA, một yếu tố nguy cơ chủ chốt dẫn đến bệnh tim, đột quỵ và một số bệnh khác vốn được cho là chỉ có ở người lớn nhưng nay xuất hiện càng nhiều ở trẻ em. Theo nghiên cứu của CDC Hoa Kỳ dựa vào số liệu khảo sát toàn nước Mỹ về hơn 6.200 trẻ em và trẻ vị thành niên từ 8-18 tuổi. Những trẻ này được đo HA từ 1-3 lần và cũng báo cáo chế độ ăn 24 giờ trước đó. Trung bình những trẻ này ăn 3,387mg muối/ngày – cao hơn đáng kể so với mức khuyến nghị của các bác sĩ là 2,3mg muối/ngày.

Do đó Hội Tim mạch Châu Âu khuyên rằng nên giới hạn ở mức khoảng 2,0 g natri mỗi ngày (tương đương khoảng 5,0 g muối mỗi ngày) trong dân số nói chung và phải cố gắng đạt được mục tiêu này ở tất cả các người bệnh THA.

Chế độ ăn thiếu kali: Lượng kali có liên quan nghịch với HA trong các nghiên cứu cắt ngang và thuần tập tương lai. Nó cũng liên quan nghịch với đột quỵ. Nồng độ kali cao hơn dường như làm giảm tác dụng của natri đối với HA, với tỷ natri-kali thấp có liên quan đến mức HA thấp hơn. Tương tự như vậy, các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ natri-kali thấp có thể dẫn đến giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch³⁶.

Hút thuốc: Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xếp sử dụng thuốc lá là yếu tố nguy cơ thứ 2 trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu đe dọa sức khỏe người dân ở

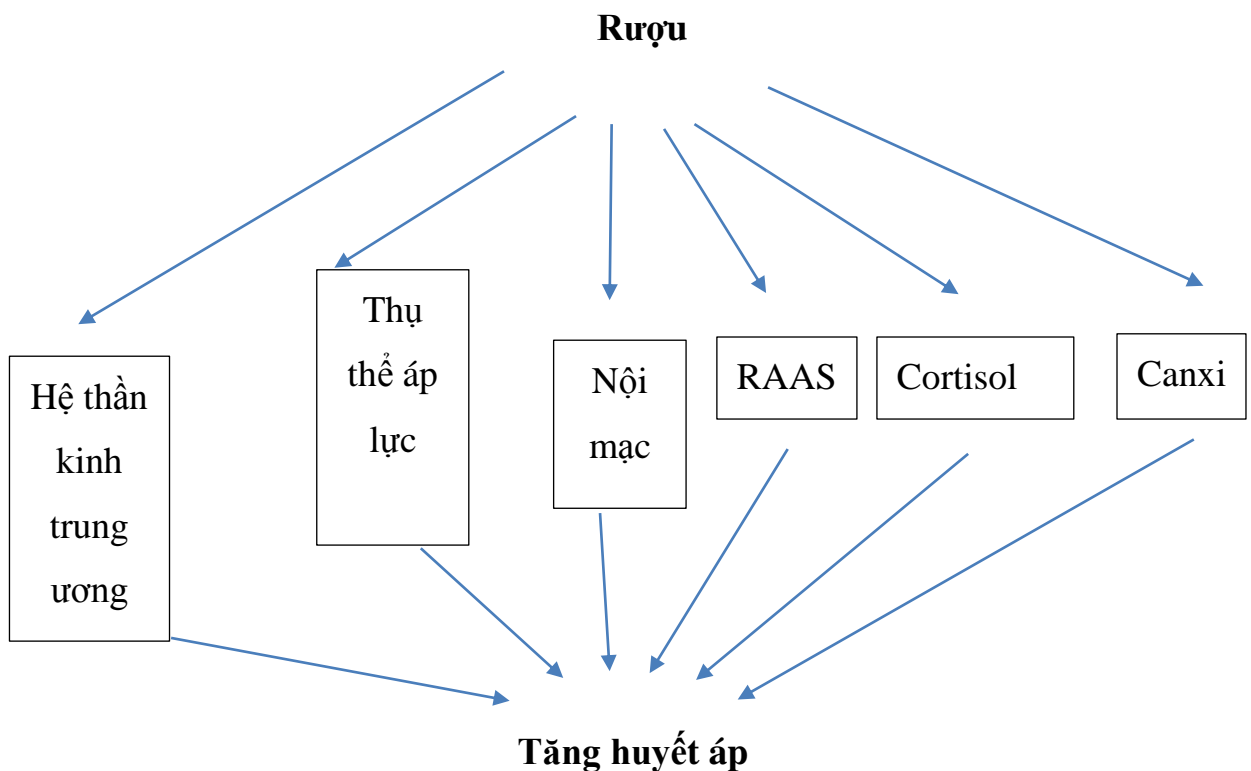
các nước đang phát triển. Sử dụng thuốc lá gây ra 25 loại bệnh như: ung thư phổi, ung thư thanh quản, ung thư khoang miệng, ung thư da, các bệnh tim mạch... Theo toàn cầu năm 2010 về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành, Việt Nam thuộc nhóm 15 nước có số người hút thuốc cao nhất trên thế giới. Theo điều tra Quốc gia về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam năm 2015 tỷ lệ sử dụng thuốc lá ở nam giới là 45,3%, nữ giới là 1,11% và tỷ lệ chung là 22,5%⁶². Việt Nam hiện có 33 triệu người không hút thuốc nhưng thường xuyên hít phải khói thuốc tại nhà và hơn 5 triệu người trưởng thành không hút thuốc thường xuyên hít phải 11 khói thuốc tại nơi làm việc. Gần 28% tổng số ca tử vong ở nam giới từ 35 tuổi trở lên là do các bệnh liên quan đến sử dụng thuốc lá. Mỗi năm tại Việt Nam có khoảng 40.000 người tử vong do các bệnh liên quan đến thuốc lá. Nghiên cứu của Justin B Echouffo-Tcheugui ở Cameroon đã cho thấy tăng huyết áp có liên quan chặt chẽ tới thói quen ăn uống không lành mạnh, chế độ sinh hoạt ít hoạt động thể chất và hút thuốc lá⁶³. Tại Ấn Độ, người ta cũng thấy rằng tuổi càng cao, trình độ học vấn thấp, hút thuốc lá và uống rượu có liên quan có ý nghĩa thống kê tới tăng huyết áp⁶⁴. Tại Nepal, nghiên cứu 777 người dân ở khu vực thành thị cho thấy 20% người hút thuốc lá và 43% người ít vận động đang mắc bệnh THA⁶⁵.

Trong thuốc lá có nhiều chất kích thích đặc biệt có chứa nicotin gây kích thích thần kinh giao cảm, làm co mạch và THA. Nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở người THA có hút thuốc lá cao hơn 50-60% so với người THA không hút thuốc. Nhiều nghiên cứu cho thấy hút một điếu thuốc lá có thể làm tăng HATT lên đến 11mmHg và HATTr lên 9 mmHg và kéo dài trong 20-30 phút. Ở đối tượng tiền THA, tỷ lệ hút thuốc lá cũng được ghi nhận nhiều hơn so với nhóm HA tối ưu. Theo một nghiên cứu tại Trung Quốc đã chỉ ra tỷ lệ người hiện đang hút thuốc và đã từng hút thuốc đều có tỷ lệ gặp ở nhóm tiền THA cao hơn có ý nghĩa so với HA tối ưu, lần lượt là 39,9% so với 26,1% và 30,3% so với 20%, $p < 0,001$, với mối tương quan đơn biến OR(KTC95%) lần lượt là 1,575(1,492-1,662) và 1,558(1,028-2,361)³⁸. Theo nghiên cứu Atsuhiko Kanno tại Nhật, tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm tiền THA là 11,4%, nhóm HA tối ưu là 8,2%.

Vì vậy, không hút thuốc lá cũng là biện pháp phòng bệnh THA.

Sử dụng rượu, bia: Mỗi người có thể uống 300ml bia hoặc 30ml rượu mạnh hay 50ml rượu vang, tuy nhiên nếu uống trên 100ml/ngày liên tục trong 3 năm sẽ là nguy cơ THA. Theo điều tra yếu tố nguy cơ năm 2015 tại Việt Nam khoảng 77,3% nam giới và 11,0% nữ giới hiện tại đang sử dụng rượu bia, tỷ lệ chung cho cả 2 giới là 43,8% trong đó có 44,2% nam giới và 1,2% nữ giới sử dụng rượu bia ở mức nguy hại.

Cơ chế gây THA do rượu⁴⁰:



Rượu có tác dụng làm mất cân bằng giữa các yếu tố hệ thần kinh trung ương ảnh hưởng đến cung lượng tim và tác động mạch máu ngoại biên của rượu. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy rượu khởi đầu các phản ứng thần kinh trung ương cũng như ngoại biên, theo cách đồng vận có tác dụng THA. Ngoài ra, rượu gây ra tăng hoạt tính giao cảm, liên quan đến việc tiết hormone giải phóng corticotropin. Rượu làm giảm thụ thể áp lực bằng cách tương tác với các thụ thể trong thân não, tức là nhân tế bào Solitarii và tĩnh mạch tủy não. Sự gia tăng hoạt động giao cảm phù hợp với sự suy yếu của các thụ thể áp lực và khi

được kích hoạt sẽ ức chế hệ thần kinh giao cảm. Cơ chế này có liên quan nhiều hơn trong THA do rượu cấp tính.

Một số nghiên cứu báo cáo tăng kích hoạt hệ thống thần kinh giao cảm và phóng thích ra các amin giao cảm sau khi uống rượu. Rượu có thể gây THA bằng cách ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh tự chủ. Nồng độ trong huyết thanh của các chất như Renin, Angiotensin đã được báo cáo là bị ảnh hưởng khi uống rượu. Các báo cáo cho rằng sự gia tăng đáng kể trong hoạt động renin huyết tương ở những người tiêu thụ rượu mức độ nhiều so với tiêu thụ rượu nhẹ hoặc trung bình. Okuno đã báo cáo sự gia tăng kéo dài hoạt động của enzyme chuyển đổi Angiotensin huyết thanh ở người nghiện rượu cho thấy nồng độ Angiotensin II tăng lên do kích hoạt hoạt động của men chuyển. Cơ chế này có nhiều khả năng liên quan đến THA do rượu. Potter và cộng sự đã báo cáo sự gia tăng đáng kể nồng độ cortisol trong huyết tương sau khi uống rượu và giảm nồng độ cortisol huyết tương khi ngừng uống rượu. Nồng độ cortisol tăng ở những người uống rượu thường xuyên có thể là do sự kích thích trực tiếp của hormone hướng thượng thận hoặc sự kích thích của hormone giải phóng corticotropin bởi arginine vasopressin.

Người uống rượu làm tăng Ca^{2+} nội bào bằng cách (1) điều chỉnh trực tiếp các kênh Ca^{2+} có điện thế; (2) ức chế Ca^{2+} - Adenosine triphosphatase (Ca^{2+} -ATPase) đẩy ra Ca^{2+} từ các tế bào; và (3) sự suy giảm ion magiê (Mg^{2+}) ức chế ion natri (Na^{+}) - bơm ion kali (K^{+}) ($\text{Na}^{+}/\text{K}^{+}$ - ATPase), gây ra sự tích tụ Na^{+} nội bào. Phản ứng này lần lượt ức chế trao đổi $\text{Na}^{+}/\text{Ca}^{2+}$, do đó làm tăng ion canxi nội bào. Uống rượu mãn tính đã được báo cáo dễ gây ra sự thiếu máu và Mg^{2+} nội bào, ảnh hưởng đến mất cân bằng nội môi Ca^{2+} thông qua suy giảm hoạt động ATPase huyết tương. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng việc uống ethanol mãn tính gây THA có liên quan đến tăng viêm động mạch chủ, tăng nồng độ Angiotensin II, gây ra NADPH oxyase gây tổn thương nội mô, suy giảm chất chống oxy hóa, điều hòa giảm hệ thống tạo nội mô NO. Cơ chế này rất có thể liên quan đến THA do uống rượu mãn tính⁴⁰. Theo Hội

Tim mạch Châu Âu, nhóm can thiệp giảm rượu bia có HATT/HATTr thấp hơn 1,2/0,7 mmHg so với nhóm đối chứng, trong vòng 6 tháng.

Lối sống tĩnh lặng, ít vận động: Theo các nghiên cứu có khoảng 1/3 người trưởng thành trên khắp thế giới mắc “bệnh” lười vận động, dẫn đến hậu quả 5,3 triệu người chết mỗi năm và Việt Nam là một trong 10 nước lười vận động nhất thế giới. Thiếu hoạt động thể lực là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong, gây tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, đái tháo đường và một số loại ung thư. Theo STEP 2015 cho thấy tại Việt Nam gần 1/3 dân số (28,1%) thiếu hoạt động thể lực, tức là không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO⁶².

Hoạt động thể lực đúng mức đều đặn được coi là một liệu pháp để dự phòng THA, ít vận động được coi là nguyên nhân của 5-13% các trường hợp THA hiện nay⁶⁶. Theo khuyến cáo của WHO nên hoạt động đều đặn 30 phút/ngày với cường độ trung bình, ít nhất 5 ngày/tuần, tương đương 150 phút/tuần hoặc với cường độ cao ít nhất 75 phút/tuần⁶⁷.

Các nhà tim mạch trên thế giới đã khẳng định tập luyện, rèn luyện sức khỏe là một trong những phương pháp chữa bệnh THA hữu hiệu không dùng thuốc. Cơ sở sinh lý của rèn luyện sức khỏe ở người bệnh THA là điều hòa lượng cholesterol máu, kìm chế xơ vữa động mạch, làm giãn và tăng tính đàn hồi của các mạch máu trong các cơ hoạt động, giảm sức cản máu ngoại biên và kết quả là giảm huyết áp. Tùy theo tình trạng sức khỏe mà có thể thực hiện đi bộ nhanh, chạy bước nhỏ, hay luân phiên giữa đi bộ nhanh và chạy bước nhỏ⁶⁸. Theo nghiên cứu Hội Tim mạch Châu Âu khuyến cáo về hoạt động thể lực nên tham gia ít nhất 30 phút tập thể dục với mức độ vừa (đi bộ, chạy bộ, đạp xe hoặc bơi lội) trong 5 đến 7 ngày mỗi tuần⁶⁹.

Thừa cân, béo phì: Cân nặng có quan hệ khá tương đồng với bệnh THA, người béo phì hay người tăng cân theo tuổi cũng làm tăng nhanh huyết áp⁵⁷. Thừa cân, béo phì là hậu quả của tình trạng mất cân bằng năng lượng, trong đó năng lượng ăn vào vượt quá năng lượng tiêu hao trong một thời gian dài⁷⁰.

Dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI = Trọng lượng cơ thể (kg)/(Chiều cao (m))² để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành dựa vào tiêu chuẩn sau:

Bảng 1.4. Chỉ số BMI theo WHO (2000) và chỉ số BMI dành cho người Châu Á

Phân loại	WHO BMI (kg/m ²)	IDI & WPRO (kg/m ²)
Cân nặng thấp (gầy)	< 18,5	< 18,5
Bình thường	18,5 – 24,9	18,5 – 22,9
Thừa cân	≥ 25	≥ 23
Tiền béo phì	25 – 29,9	23 – 24,9
Béo phì độ I	30 – 34,9	25 – 29,9
Béo phì độ II	35 – 39,9	≥ 30
Béo phì độ III	≥ 40	≥ 40

Nguồn: Hiệp hội Đái tháo đường các nước Châu Á – IDI & WPRO

Béo phì là một vấn đề nổi cộm hiện nay ở các nước phát triển và có xu hướng tăng mạnh mẽ ở các nước đang phát triển. Đây là một hệ quả của sự phát triển xã hội đối với đời sống dinh dưỡng ngày một nâng cao và lối sống tây hóa. Và nó hiện đang là một nguy cơ sức khỏe có ảnh hưởng đến nhiều bệnh lý tim mạch đặc biệt là THA.

Hiện nay số người mắc béo phì trên toàn cầu đã vượt quá 250 triệu, chiếm 7,0% dân số người trưởng thành trên thế giới. Các nước ở Đông Âu, Tây Âu, Bắc Mỹ, Nam Mỹ tỷ lệ béo phì đã lên trên 20%. Ở các nước phát triển tỷ lệ người béo phì cũng đang có xu hướng tăng nhanh. Thừa cân và béo phì có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch và nhiều nguyên nhân khác⁷⁰. Khuyến cáo duy trì trọng lượng cơ thể chuẩn ở các cá nhân chưa bị THA để ngăn ngừa THA cũng như tiền THA, và cho người bệnh THA để giảm HA.

Trong một phân tích, mức giảm HATT và HATT_r trung bình liên quan đến giảm 5,1 kg lần lượt là 4,4 và 3,6 mmHg.

Stress – căng thẳng lo âu quá mức: Trong khoảng thời gian gần đây Stress (căng thẳng, lo âu quá mức) được đề cập đến nhiều lĩnh vực sức khỏe trong đó có THA và bệnh lý tim mạch. Căng thẳng tâm lý được cho là yếu tố gây bệnh xơ vữa động mạch. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh căng thẳng thần kinh, stress làm tăng nhịp tim^{71,72}. Dưới tác dụng của các chất trung gian hóa học là Adrenalin, nonadrenalin làm động mạch bị co thắt dẫn đến THA⁴¹. Hơn nữa bên cạnh 3 yếu tố nguy cơ chủ yếu gây xơ vữa động mạch là tăng cholesterol máu, THA và hút thuốc lá, căng thẳng tâm lý cũng được xác định là yếu tố nguy cơ quan trọng. Căng thẳng về tâm lý gây tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm dẫn đến gây ảnh hưởng xấu đến thành mạch, làm rối loạn tuần hoàn và tăng nguy cơ gây tổn thương các tế bào nội mạc, làm tăng tính thấm của tế bào nội mạc, do vậy làm tăng nguy cơ lắng đọng LDL-C gây hình thành và phát triển xơ vữa động mạch.

Vì vậy mỗi người nên rèn luyện cho mình tính tự lập, kiên nhẫn và luôn biết làm chủ bản thân trước mọi vấn đề xảy ra trong cuộc sống như vậy có thể hạn chế những căng thẳng lo âu và là một biện pháp phòng THA.

1.3.3. Nhóm yếu tố bệnh lý

Đái tháo đường: THA là vấn đề thường gặp ở người bệnh ĐTĐ. Đây có thể được coi là các yếu tố nguy cơ nhất của các bệnh tim mạch và bản thân chúng lại là các yếu tố nguy cơ của nhau và tương tác nhau để tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và các biến chứng của chúng. Chuẩn đoán sớm và điều trị THA ở người bệnh ĐTĐ là một chiến lược quan trọng nhằm ngăn ngừa các biến cố tim mạch (một trong những nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu) ở người bệnh ĐTĐ. Những nghiên cứu cho thấy, người bệnh ĐTĐ có THA hoặc ngược lại, các biến chứng tim mạch tăng gấp 2 lần so với người bệnh THA đơn thuần. Theo chiến lược điều trị hiện nay, ĐTĐ được coi là một nguy cơ rất mạnh ở người bệnh THA và việc điều trị THA ở người bệnh ĐTĐ phải rất tích cực với

mục tiêu cũng tích cực hơn so với điều trị THA thông thường. Tại Việt Nam trước những thay đổi về lối sống và các yếu tố nguy cơ, tỷ lệ người bệnh bị ĐTD và THA đã phát triển đáng báo động.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng 60% người bệnh ĐTD trên 40 tuổi là những người THA, đây là một yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc bệnh tim mạch và thận trên người bệnh ĐTD. Đối với ĐTD type 2, THA có thể xảy ra sau, cùng lúc thậm chí cả trước khi mắc ĐTD trong bối cảnh các hội chứng chuyển hóa. Có giả thuyết THA là do đề kháng insulin ở người bệnh ĐTD type 2 làm insulin máu tăng dẫn đến giữ natri, kích thích tăng tiết catecholamine, phì đại nội mạc mạch máu. Thêm vào đó bản thân sự đề kháng insulin dẫn đến mất khả năng làm giãn mạch, tất cả yếu tố này dẫn đến THA. Đối với ĐTD type 1 THA thường xảy ra sau ĐTD nhiều năm trong bối cảnh tổn thương thận do ĐTD. Sự tồn tại của THA và ĐTD làm tăng đáng kể nguy cơ tổn thương tim mạch, tăng tỷ lệ mắc bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu ngoại biên, đột quy và tử vong do bệnh tim mạch cao hơn và có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh vi mạch máu như các bệnh thận và võng mạc.

Theo khuyến cáo của Hội tim mạch Mỹ, tỷ lệ THA ở người trưởng thành mắc ĐTD là khoảng 80% và THA gặp ở người ĐTD type 2 cao hơn ít nhất 2 lần so với người không bị ĐTD cùng tuổi. Theo Hội tim mạch Châu Âu, HA cao là đặc điểm hay gặp ở người ĐTD type 1 và type 2. Nhiều ý kiến ủng hộ lợi ích của việc giảm HA ở những người ĐTD để giảm các biến chứng về mạch máu lớn và mạch máu nhỏ, cũng như giảm tỷ lệ tử vong. Việc hạ HA ở người ĐTD cũng cho thấy giảm đáng kể tỷ lệ bệnh thận giai đoạn cuối, bệnh võng mạc và albumin niệu. Hội tim mạch Châu Âu khuyến cáo rằng ở những người ĐTD mục tiêu đầu tiên là hạ HA xuống <140/80 mmHg và hướng đến huyết áp tâm trương là 130 mmHg. Với người bệnh đáp ứng tốt với điều trị nên xem xét hạ HA xuống ngưỡng dưới 130 mmHg vì những lợi ích trong phòng ngừa đột quy. Tuy nhiên không nên điều trị hạ HA xuống dưới 120 mmHg.

Rối loạn lipid máu: Lipid máu là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể, tham gia cung cấp 25-30% năng lượng cơ thể. Cứ 1 g lipid cũng cấp đến 9,1 kcal. Lipid là nguồn năng lượng dự trữ lớn nhất trong cơ thể. Khối lượng mỡ trong cơ thể thay đổi theo tuổi, giới và chủng tộc. Rối loạn lipid máu là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số bị rối loạn như tăng cholesterol, tăng tryglycerid, tăng LDL-C hoặc giảm HDL-C... Có nhiều nguyên nhân dẫn đến rối loạn lipid máu như yếu tố di truyền hay lối sống không hợp lý.

Trên đối tượng THA đã có nghiên cứu cho thấy rối loạn lipid máu gặp nhiều hơn ở những người tiền THA so với HA tối ưu. Theo nghiên cứu của Peggy PC Chiang (2013) tăng triglycerid làm tăng nguy cơ mắc tiền THA với OR(KTC95%) là 2,08 (1,45- 2,98), $p < 0,05$. Trong nghiên cứu này cũng cho thấy, trên người Trung Quốc, tăng LDL-C làm tăng nguy cơ mắc tiền THA với OR(KTC95%) là 1,58 (1,11 - 2,24), $p < 0,05$. Theo Guang Yang, tăng cholesterol máu và tăng triglyceride máu là yếu tố độc lập dẫn đến tiền THA với phân tích đơn biến OR lần lượt là 1,828 (1,631 - 2,050) và 2,176 (1,939 - 2,442); $p < 0,001$ và phân tích đa biến là 1,261(1,110 - 1,432) và 1,301(1,133-1,493), $p < 0,001$ ⁷³.

1.4. Một số mô hình quản lý kiểm soát THA trên thế giới và tại Việt Nam

1.4.1. Trên thế giới

Xuất phát từ thực trạng trên mà mỗi địa phương, mỗi quốc gia sẽ chọn các hoạt động can thiệp, quản lý phù hợp với điều kiện nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, điều kiện kinh tế, yếu tố văn hóa xã hội để xây dựng các mô hình kiểm soát bệnh THA cho cộng đồng phù hợp^{74,74, 75}. Thời gian thực hiện thường dưới 2 năm, với sự tham gia của cán bộ y tế địa phương là điều dưỡng hoặc nhân viên y tế ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Nội dung can thiệp chủ yếu thường tập trung vào:

1) Giáo dục sức khỏe, tư vấn, nâng cao kiến thức về THA dưới nhiều hình thức đa dạng: Nghe giảng, tham dự hội thảo, tư vấn, nhắn tin điện thoại nhắc nhở^{27,76} ...

2) Tập huấn cho cán bộ y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu về cách chẩn đoán THA, theo dõi THA, điều trị THA theo đơn thuốc, ghi chép theo dõi người bệnh THA tại cộng đồng⁷⁷;

Các mô hình, kinh nghiệm xây dựng trên thế giới cũng được mô tả theo bảng cụ thể sau đây.

Bảng 1. 4. Một số mô hình quản lý, điều trị kiểm soát THA tại cộng đồng trên thế giới

T T	Tác giả	Đối tượng và địa điểm NC	Thời gian NC	Mô hình quản lý điều trị THA	Kết quả đạt được của mô hình
1	Chu Hong Lu ³³	360 người bệnh THA tại trung tâm chăm sóc sức khỏe cộng đồng thuộc thị trấn Liaobu – thành phố Dongguan Trung Quốc	2 năm	Chiến lược giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng. Nhóm 1 – Tự đọc và tìm hiểu; Nhóm 2 – nhóm được nghe bài giảng hàng tháng về THA; Nhóm 3 – nhóm được tham dự các hội thảo giáo dục sức khỏe mang tính tương tác về THA	Tỷ lệ đối tượng có chỉ số HA bình thường tăng lên ở Nhóm 2 (từ 41,2% lên 63,2%) và đặc biệt tăng bền vững ở Nhóm 3 (từ 40,2% lên 86,3%), nhưng ở Nhóm 1 không có sự thay đổi. Sự cải thiện về điểm liên quan quan tới kiến thức về THA, sử dụng thuốc huyết áp thường xuyên, sử dụng muối hợp lý và các hoạt động thể lực tăng dần đều từ Nhóm 1 đến Nhóm 3. Nhóm 3 có tỷ lệ đối tượng giảm chỉ số BMI và lượng cholesterol LDL cao nhất.
2	Jeet G và cộng sự ²⁵	Các nước đang phát triển 16 nghiên cứu	2000 -2015	- Tính hiệu quả của cán bộ y tế xã cung ứng các hoạt động dự phòng can thiệp - Thời gian can thiệp từ 4-19 tháng - Các hoạt động can thiệp của cán bộ y tế tuyên xã bao gồm: Nâng cao sức khỏe, điều trị theo đơn và theo dõi.	Kết quả phân tích gộp cho thấy tăng tỷ lệ cai nghiện thuốc lá, và giảm huyết áp tâm thu với mức giảm trung bình là 4,8 mmHg và giảm huyết áp tâm trương với mức giảm trung bình là 2,88 mmHg Nghiên cứu đi đến kết luận chung đưa cán bộ y tế tuyên xã vào hoạt động dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm trong đó có bệnh THA được đánh giá là có tiềm năng mang lại những hiệu quả nhất định tại các nước có thu nhập trung bình và thấp, đặc biệt trong việc gia

					tăng tỷ lệ cai thuốc lá, giảm huyết áp và kiểm soát lượng đường huyết
3	Kuhmer R và cộng sự ³⁶	- Brazil - 256 đối tượng có độ tuổi từ 40 hiện đang có HA không kiểm soát được	6 tháng can thiệp	Các đối tượng được phân bổ ngẫu nhiên vào 2 nhóm khác nhau: nhóm được chăm sóc đa ngành và nhóm được chăm sóc đa ngành kết hợp với chăm sóc cá nhân.	Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 6 tháng can thiệp, HA tâm thu giảm 11,8 mmHg ở nhóm can thiệp đa ngành đơn lẻ và giảm 12,9 mmHg ở nhóm có can thiệp đa ngành kết hợp với chăm sóc cá nhân. Tương tự, HA tâm thu giảm lần lượt là 8,1 mmHg và 7,0 mmHg.
4	He J và cộng sự ²⁸	- Tại Argentina - 1432 người trưởng thành mắc THA không kiểm soát được và thu nhập thấp, không có BHYT	2 năm từ tháng 6/2013 đến tháng 4 năm 2015	Can thiệp tại nhà của cán bộ y tế xã (hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe, theo dõi kiểm tra HA tại nhà và phản hồi về tình trạng HA);) Can thiệp của bác sĩ và can thiệp bằng hình thức gửi tin nhắn điện thoại. Các can thiệp trên được thực trong vòng 8 tháng. Nhóm chứng: chăm sóc thông thường	- Điều tra ban đầu về HA tâm thu TB của nhóm can thiệp và nhóm chứng tương ứng là 151,7 mm Hg và 149,8 mmHg, HA tâm trương TB tương tự là 92,2 mm Hg và 90,1 mm Hg. - Sau 18 tháng can thiệp, HA tâm thu trung bình giảm 19,3 mmHg ở nhóm can thiệp (95% CI, 17,9-20,8 mm Hg) và giảm 12,7 mm Hg ở nhóm chứng (95% CI, 11,3-14,2 mm Hg); sự chênh lệch về mức giảm giữa nhóm là 6,6 mm Hg (95% CI, 4,6-8,6; P <0,001). HA tâm trương trung bình giảm 12,2 mm Hg (95% CI, 11,2-13,2 mm Hg) trong nhóm can thiệp và 6,9 mm Hg (95% CI, 5,9-7,8 mm Hg) trong nhóm đối chứng; - Tỷ lệ người bệnh tăng

					huyết áp được kiểm soát tăng từ 17,0% giai đoạn trước can thiệp lên 72,9% giai đoạn 18 tháng ở nhóm can thiệp và từ 17,6% lên 52,2% ở nhóm chứng.
5	Tazee n H Jafar và cộng sự ⁷⁸	Bangladesh, Pakistan, và Sri Lanka 454 người dân có huyết áp không được kiểm soát tham gia nghiên cứu	3 tháng	- Sàng lọc huyết áp và tư vấn cho người bệnh tại nhà - Tập huấn cho cán bộ y tế tuyến xã về quản lý, điều trị THA - Có kinh phí hỗ trợ cho cán bộ y tế	- 90% người dân được tư vấn giáo dục sức khỏe về THA tại nhà - 80% người dân được tư vấn bởi cán bộ y tế đã qua đào tạo tập huấn - Huyết áp tâm thu giảm trung bình 4,5mm Hg sau 3 tháng can thiệp - 98 người lãnh đạo ban ngành liên quan tại các địa phương ủng hộ nhân rộng chương trình can thiệp

Như vậy có thể thấy các mô hình can thiệp trên thế giới có hiệu quả nhất định trong việc giảm chỉ số HA tâm thu và tâm trương, tỷ lệ người đạt HA kiểm soát tăng lên. Bên cạnh đó, thời kiến thức của người dân về THA được cải thiện hơn. Một số mô hình cho thấy có sự thay đổi về các hành vi có liên quan tới THA: giảm uống rượu bia, giảm chỉ số BMI, cholesterol^{25,17,79,26} ...

Các kết quả trên cho thấy các hoạt động can thiệp ở cộng đồng khá phù hợp với người dân cộng đồng, kết hợp nhiều hoạt động khác nhau, các hoạt động chính can thiệp bao gồm:

- 1) Đo huyết áp cho người dân hoặc hướng dẫn người dân đo huyết áp;
- 2) Giám sát, theo dõi huyết áp cho người dân cộng đồng thông qua cán bộ y tế địa phương
- 3) Tập huấn cho cán bộ y tế tại cộng đồng về bệnh tăng huyết áp
- 4) Tư vấn giáo dục sức khỏe cho người dân tại cộng đồng về bệnh tăng huyết áp qua hình thức tư vấn tại nhà, hoặc qua hình thức nhắn tin, gọi điện thoại.

1.4.2. Tại Việt Nam

Để góp phần giảm tỷ lệ mắc bệnh THA, vào năm 2015, Thủ tướng Chính phủ đã ký quyết định phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025. Theo đó, Chính phủ Việt Nam đã đặt ra các mục tiêu, chỉ tiêu cụ thể và giải pháp quan trọng để dự phòng và kiểm soát bệnh THA, 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn. Các nhóm giải pháp lớn được thực hiện nhằm giảm thiểu tỷ lệ mắc bệnh THA, đó là:

- Xây dựng chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành;
- Truyền thông và vận động xã hội
- Tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế,
- Phát triển nguồn nhân lực
- Phát triển nghiên cứu khoa học, theo dõi và giám sát
- Tăng cường năng lực hợp tác quốc tế.

Bên cạnh giải pháp phòng chống các yếu tố nguy cơ phổ biến như: Thuốc lá, rượu bia, dinh dưỡng không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực, chiến lược nhấn mạnh một giải pháp quan trọng đó là phát triển hệ thống y tế dự phòng và y tế cơ sở để cung cấp các dịch vụ dự phòng, phát hiện sớm và lồng ghép quản lý bệnh liên tục, lâu dài tại tuyến chăm sóc sức khỏe⁸⁰.

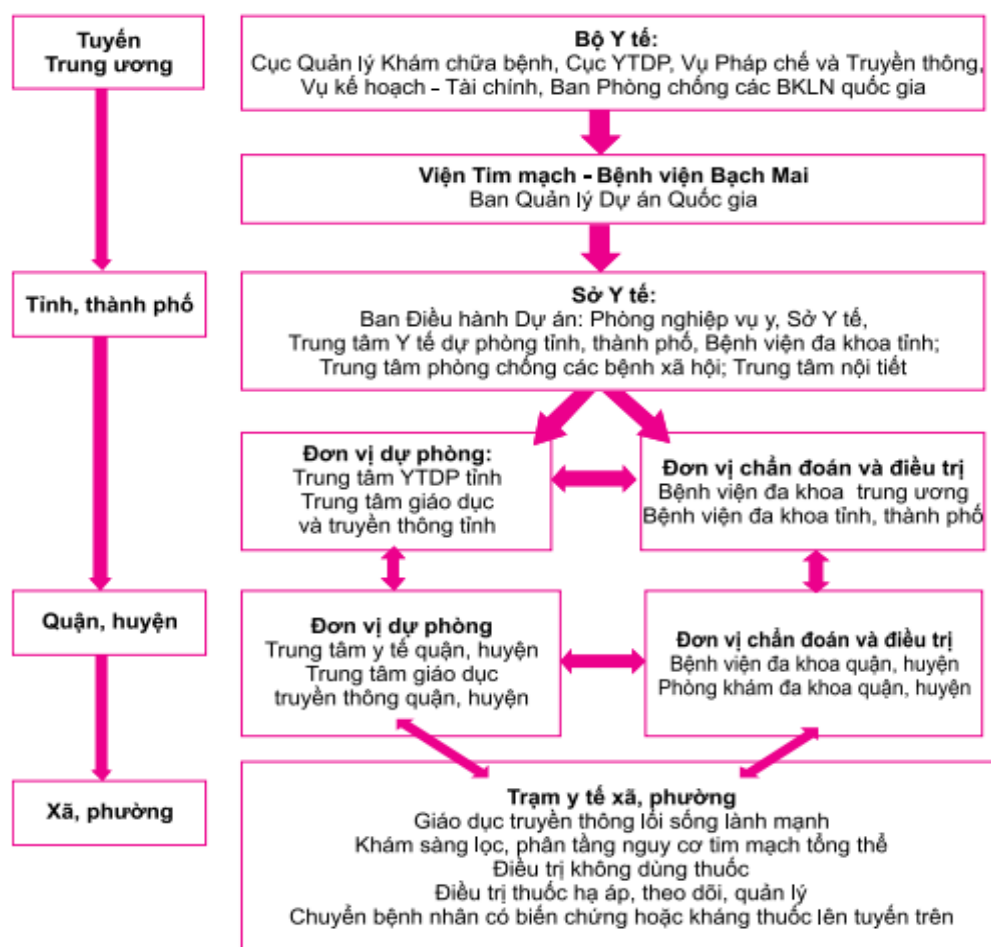
Trên cơ sở đó, các địa phương xây dựng kế hoạch cụ thể, xác định các mục tiêu, chỉ tiêu cụ thể về phòng, chống THA trong kế hoạch hoạt động phát triển sự nghiệp y tế của các địa phương.

1.4.2.1. Dự án phòng chống THA quốc gia

Dự án phòng chống THA đã được Thủ tướng chính phủ phê duyệt vào tháng 12 năm 2008 tại Quyết định số 172/QĐ-TTg ban hành ngày 19/12/2008. Dự án do Viện tim mạch Quốc gia chịu trách nhiệm triển khai dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế. Mục tiêu của Dự án là nâng cao nhận thức đúng của người dân về bệnh THA và các yếu tố nguy cơ. Tăng cường năng lực cho nhân viên y tế trong

công tác dự phòng, phát hiện sớm và điều trị đúng bệnh THA theo phác đồ điều trị do BHYT quy định.

Sơ đồ 1: Tổ chức mạng lưới quản lý THA tại Việt Nam



Phác đồ điều trị THA tại y tế cơ sở được quy định tại Quyết định số 3192/QĐ-BYT ban hành năm 2010: Quản lý người bệnh ngay tại TYT xã để người bệnh được tiếp cận dịch vụ dễ dàng, thuận tiện, được uống đúng thuốc, đủ và đều, đồng thời giám sát quá trình điều trị, tái khám, phát hiện sớm các trường hợp biến chứng và tác dụng phụ của thuốc theo 4 bước quản lý THA ở tuyến y tế cơ sở⁴².

Dự án đã bao phủ được toàn bộ 63/63 tỉnh thành với 474 huyện. Các đơn vị phòng chống tăng huyết áp đặt tại các bệnh viện tỉnh, thành phố và 96 đơn vị phòng chống tăng huyết áp tuyến quận, huyện của 16 tỉnh thí điểm (xem Sơ đồ 1 về Tổ chức mạng lưới quản lý tăng huyết áp tích hợp với hệ thống y tế).

Năm 2011, Bộ Y tế ban hành Quyết định 3447/QĐ-BYT về Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020, đề cập đến một trong những tiêu chí quan trọng được đưa ra là các TYTX có thể phát hiện, điều trị và quản lý các mạn tính không lây (như đái tháo đường, THA, ung thư,...). Những chính sách này đã thúc đẩy và tạo điều kiện cho việc triển khai các hoạt động dự phòng và điều trị THA tại tuyến cơ sở.

Bảng 1. 5. Kết quả thực hiện Dự án phòng chống THA quốc gia tại một số địa phương tại Việt Nam

12	Tác giả	Đối tượng và địa điểm NC	Thời gian NC	Hoạt động	Kết quả đạt được của mô hình
1	Đoàn Minh Cường ⁵¹	Lâm Đồng	2012 - 2014	Thực hiện Dự án phòng chống THA quốc gia tại địa phương	<ul style="list-style-type: none"> - 43,5% cán bộ TYT xã đo HA chưa đúng. - 15,8% nhân viên y tế thôn bản chưa qua đào tạo. - TYT xã còn chưa giám sát hoạt động của Y tế thôn bản. - TYT xã chưa thực sự quan tâm tới việc quản lý người mắc THA: chưa ghi chép đầy đủ thông tin của người THA, chưa nhắc nhở người bệnh đến khám định kỳ. - Thiếu máy đo HA - Thuốc HA chỉ được trang bị ở mức tối thiểu - Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về THA chưa cao. - Cán bộ thực hiện công tác phòng chống THA còn hạn chế về chuyên môn - Công tác đào tạo chưa được chú trọng - Hàng năm cử cán bộ đi tập huấn nhưng nội dung còn chung chung, không chuyên sâu - Công tác truyền thông THA chưa được thực hiện thường xuyên, chỉ phát qua loa xã theo đợt, mỗi đợt 3-5 phút. - Việc triển khai các hoạt động trên còn chưa đồng bộ, chưa có sự giám sát kiểm tra chặt chẽ từ phía TYT xã, nên hiệu quả hoạt động dự án còn chưa cao. Số người được phát hiện THA chủ yếu là bị động, người bệnh tại các tuyến huyện, tỉnh và trung

					<p>trong chuyên về là chủ yếu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sự phối hợp của các ban ngành và chỉ đạo của chính quyền địa phương với công tác phòng chống THA tại địa phương không thường xuyên và chưa có quy chế làm việc rõ ràng để phối hợp thực hiện.
2	Trần Thị Hương ⁸¹	- Hòa Bình - 195 cán bộ y tế	2017	<p>Khảo sát về quản lý, điều trị THA tại các TYT xã thuộc 3 huyện của tỉnh Hòa Bình</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ cán bộ y tế được tập huấn đào tạo về xử trí THA ở mức thấp với 25,6% cán bộ, chủ yếu là cán bộ tuyến huyện. - Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về xử trí THA còn thấp với 30,8%, 69,2% cán bộ có kiến thức chưa đạt. - Tỷ lệ có kiến thức đúng về biểu hiện của THA là 56,9% - Tỷ lệ có kiến thức đúng về dự phòng bệnh THA ở mức dưới 35% - Tỷ lệ có kiến thức đúng về điều trị bệnh THA là 23,6%. - 95% cán bộ thành thạo với kỹ năng đo HA
3	Nguyễn Thị Thi Tho ⁸²	116 TYT xã phường trên 63 tỉnh thành	2014	<p>Dự án phòng chống THA quốc gia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kết quả cho thấy hiện nay hầu hết các trạm y tế xã đã tham gia vào các hoạt động phòng và chống bệnh không lây nhiễm trong đó có THA. - 82,8% các xã thực hiện khám sàng lọc THA - 85% các xã thực hiện tư vấn - 80% TYT xã quản lý, điều trị duy trì - 85% TYT xã thực hiện truyền thông - Trung bình có $1,77 \pm 1,07$ cán bộ được tập huấn về phòng chống THA - Thực trạng thiếu thiết bị và thuốc thiết yếu cho hoạt động phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm còn phổ biến, chỉ có 13,8% và 7,8% trạm y tế xã có trên 70% danh mục thiết bị và thuốc thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế

1.4.2.2. Mô hình quản lý và điều trị THA ở bệnh viện đa khoa tuyến huyện

Cũng tại Bắc Giang, địa phương đã triển khai mô hình điều trị ngoại trú cho người bệnh THA tại tuyến huyện. Chương trình thu hút sự tham gia của 8952 người bệnh tại 10 quận huyện của tỉnh Bắc Giang.

Trước tiên, tất cả người bệnh THA được sàng lọc tại TYT xã hoặc BVĐK huyện đều phải đưa vào nằm điều trị nội trú tại khoa Nội của BVĐK huyện để thực hiện điều trị. Nếu người bệnh không có biến chứng nặng hoặc đang trong

tình trạng không có cơn THA thì hướng dẫn người bệnh biết cách đo, sử dụng thuốc, theo dõi diễn biến của bệnh và tư vấn cho người bệnh tự đánh giá YTNC để điều chỉnh lối sống. Sau khi người bệnh đã được điều trị ổn định, chuyển sang bước quản lý và điều trị ngoại trú và được làm hồ sơ theo dõi tại nhà, hàng tháng đến khám lại và lĩnh thuốc tại BVĐK huyện.

Mô hình này đã giúp người bệnh được quản lý ngay tại địa phương mà không phải đi xa, từ đó tỷ lệ bỏ cuộc giảm xuống là 6,9% so với tỷ lệ bỏ cuộc ở BVĐK tỉnh là 18,6%, chi phí điều trị hạ thấp, yếu tố nguy cơ được kiểm soát tốt hơn.

1.4.2.3. Mô hình quản lý và điều trị tại Trà Vinh⁴⁰

Tác giả Nguyễn Thanh Bình thực hiện một nghiên cứu can thiệp trong 2 năm 2015 và 2016 tại tỉnh Trà Vinh. Đối tượng nghiên cứu là đồng bào dân tộc Khmer có độ tuổi từ 25-64. Giai đoạn đầu của nghiên cứu, tác giả khảo sát đánh giá tình trạng THA trên 30 xã trên địa bàn tỉnh Trà Vinh. Tỷ lệ THA ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh là 33,5% (nam: 37,3%, nữ: 29,7%).

Tiếp đó, giai đoạn 2, tác giả thực hiện can thiệp có đối chứng và so sánh trước sau. Tác giả chọn xã can thiệp là xã An Quảng Hữu huyện Trà Cú và chọn xã chứng là xã Hòa Ân, huyện Cầu Kè. Tại mỗi xã, nghiên cứu chọn 144 người tiền trắng huyết áp và tăng huyết áp để tham gia nghiên cứu can thiệp.

Nội dung can thiệp bao gồm:

- Tổ chức ban hành văn bản thành lập ban chỉ đạo phòng chống bệnh tăng huyết áp tại xã An Quảng Hữu
- Tổ chức xây dựng mạng lưới triển khai thực hiện, quản lý hoạt động phòng ngừa và quản lý bệnh tăng huyết áp
- Tổ chức quản lý, điều trị tại trạm y tế
- Tổ chức tư vấn người bệnh và thăm hộ gia đình
- Truyền thông giáo dục sức khỏe gián tiếp qua đài phát thanh bằng tiếng Khmer, đặt áp phích bằng hai thứ tiếng.

- Tổ chức thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp bằng nói chuyện chuyên đề tại chùa.

Hiệu quả về tình trạng sức khỏe:

Tỷ lệ người bệnh THA có chỉ số HA $\geq 140/90$ mmHg ở nhóm can thiệp ban đầu là 74%, sau khi can thiệp tỷ lệ này còn 65%. Trái lại, nhóm chứng tỷ lệ này tăng từ 72,2% lên 77%.

Trước khi có can thiệp, tỷ lệ người bệnh THA giữ được chỉ số HA $< 120/80$ chỉ là 4,2%, sau khi can thiệp con số này đạt lên 23%.

Hiệu quả về mặt kiến thức:

Sau một năm, hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức đúng về nhận biết bệnh THA đạt 7,1%; kiến thức đúng về hậu quả bệnh đạt 12,9%, kiến thức đúng về một số yếu tố nguy cơ đạt 41,9%; kiến thức đúng về cách phòng bệnh đạt 35,1% và cách điều trị bệnh đạt 3,5%; kiến thức chung 63,5%. Qua kết quả cho thấy các biện pháp can thiệp cộng đồng đã phát huy được hiệu năng cao kiến thức của người dân về phòng chống bệnh THA.

1.4.2.4. Mô hình quản lý người hen và tăng huyết áp dựa vào cộng đồng tại huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum

Tại huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum, sau 1 năm thực hiện mô hình quản lý người bệnh hen và người bệnh THA ở cộng đồng, kết quả cho thấy đã có 9/9 y tế thôn bản biết cách đo HA đúng phương pháp. Hầu hết người bệnh đã uống đúng thuốc và uống đều theo chỉ định của bác sỹ. Những người bệnh trong diện theo dõi đã thay đổi về chế độ sinh hoạt như hướng dẫn của CBYT, nhân viên y tế thôn bản và đã thường xuyên đến kiểm tra lại HA ở nhà y tế thôn và ở trạm. Thông qua các hoạt động truyền thông trực tiếp và tư vấn tại chỗ, phần lớn người dân đã hiểu và thay đổi dần hành vi và ý thức, quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe của mình và đặc biệt là người bệnh đã biết được chỉ số HA như nhớ số tuổi của mình ⁸³.

1.4.2.5. Mô hình quản lý và điều trị THA tại Ba Vì – Hà Nội^{38, 39}

Một mô hình quản lý THA tại cộng đồng được thiết lập tại xã Phú Cường huyện Ba Vì thành phố Hà Nội vào năm 2006. Tháng 12/2006, trong giai đoạn chuẩn bị, một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với cỡ mẫu là 1200 người trưởng thành (≥ 25 tuổi) nhằm xác định tỷ lệ THA và các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch nhằm chọn những người mắc bệnh THA vào chương trình quản lý. Giai đoạn tiếp theo, những người dân địa phương mắc THA được tham gia vào chương trình. Chương trình quản lý bệnh THA tại xã bao gồm 3 hợp phần chính: (1) Các chiến dịch truyền thông và giáo dục sức khỏe toàn diện (IEC) nhằm nâng cao kiến thức về các yếu tố rủi ro của bệnh tim mạch (bao gồm tăng huyết áp) cho toàn bộ người dân trên địa bàn; (2) Xây dựng bộ tiêu chuẩn cho TYT xã để chẩn đoán và điều trị đa thuốc và điều chỉnh lối cho người bệnh tăng huyết áp thường xuyên; (3) Chương trình đào tạo liên tục để nâng cao năng lực của đội ngũ chăm sóc tim mạch địa phương (bao gồm đào tạo thực hành tại chỗ).

Sàng lọc ban đầu của nghiên cứu đã phát hiện 469 người bị tăng huyết áp (39,8%). Trong số những người tăng huyết áp, 37,3% đã biết về tình trạng HA của họ, 68,7% không được điều trị và 0,6% có HA được kiểm soát tốt.

Sau điều tra sàng lọc ban đầu, 67,8% người THA tham gia chương trình quản lý tại địa phương. Những người từ chối tham gia chương trình có đặc điểm chung là nhóm có độ tuổi trẻ hơn, bệnh THA ở mức độ nhẹ hơn. Sau khi tham gia chương trình can thiệp, kết quả nghiên cứu cho thấy HA tâm thu và HA tâm trương của đối tượng nghiên cứu đã giảm đi đáng kể ở cả nhóm kiểm tra theo dõi định kỳ (giảm 55,5mmHg đối với huyết áp tâm thu và 28,7 mmHg đối với huyết áp tâm trương) và nhóm kiểm tra theo dõi không định kỳ (giảm 29,2 mmHg đối với huyết áp tâm thu và 15,9 mmHg đối với huyết áp tâm trương).

1.5. Chương trình phòng chống tăng huyết áp quốc gia tại Yên Bái

Dự án Phòng chống tăng Huyết áp thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia tại tỉnh Yên Bái được thực hiện từ năm 2010. Đến năm 2013, toàn bộ 9/9 TTYT trên địa bàn tỉnh, trong đó có huyện Văn Yên và Lục Yên đã triển khai chương trình này, đầu mối quản lý dự án đặt ở Bệnh viện Nội tiết tỉnh.

Đặc điểm chung của tỉnh là gồm nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống thành cộng đồng làng bản ở vùng thấp, tại các xã vùng sâu vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn, giao thông chưa thuận lợi, các tập tục sinh hoạt của người dân tộc thiểu số vẫn còn đậm nét trong cộng đồng của họ. Khi ốm đau, họ có một số bài thuốc gia truyền lâu đời vẫn thường sử dụng, việc tiếp cận dịch vụ y tế và quản lý sức khỏe, đặc biệt là bệnh không có triệu chứng như tăng huyết áp đối còn nhiều khó khăn.

1.5.1. Huyện Lục Yên

Huyện Lục Yên nằm ở phía Đông Bắc tỉnh Yên Bái, cách trung tâm tỉnh 93 km. Toàn huyện Lục Yên có 24 đơn vị hành chính trực thuộc, bao gồm 1 thị trấn là thị trấn Yên Thế và 23 xã. Lục Yên có 18 dân tộc cùng chung sống, trong đó dân tộc Tày chiếm 53,3%, Kinh 21,2%, Nùng 10,4%, còn lại là các dân tộc khác.

Cũng như huyện Văn Yên, huyện Lục Yên bắt đầu tham gia thực hiện quản lý người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường từ năm 2013. Người bệnh THA được quản lý điều trị tại các Trạm Y tế xã, phòng khám đa khoa khu vực tuy nhiên tỷ lệ người bệnh được lập hồ sơ theo dõi quản lý điều trị THA còn thấp, thiếu trang thiết bị nguồn lực phục vụ.

1.5.2. Huyện Văn Yên

Huyện Văn Yên, là một huyện cách trung tâm tỉnh khoảng 45km. Toàn huyện Văn Yên có 25 đơn vị hành chính trực thuộc, bao gồm 1 thị trấn và 24 xã. Tổng số dân của huyện Văn Yên theo thống kê năm 2018 là 129.679 người. Huyện Văn Yên có 11 dân tộc, trong đó có khoảng gần ½ người là dân tộc Dao, Tày, Mông.

Huyện Văn Yên bắt đầu thực hiện quản lý người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường từ năm 2013. Năm 2017, huyện thành lập đơn vị quản lý bệnh nhân quản lý bệnh nhân tăng huyết áp và hen, COPD. Tỷ lệ người bệnh được lập hồ sơ quản lý điều trị THA thấp, thiếu trang thiết bị nguồn lực phục vụ cho công tác phát hiện bệnh và điều trị bệnh. Hoạt động truyền thông phòng chống bệnh không lây nhiễm trong đó có bệnh THA chưa được thường xuyên.

Mặc dù dự án phòng chống tăng huyết áp đã bao phủ tới các xã trên địa bàn huyện Văn Yên, tuy nhiên do TYT xã đảm nhận nhiều hoạt động chăm sóc sức khỏe khác nhau nên công tác theo dõi, quản lý, điều trị, tư vấn bệnh THA tại cộng đồng còn chưa được tập trung trong khi bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình.

Với mục đích nhằm giảm thiểu tác động và gánh nặng do bệnh THA lên người dân tại khu vực miền núi, người dân tộc thiểu số của tỉnh Yên Bái, nhóm nghiên cứu lựa chọn huyện Văn Yên là địa bàn cần quan tâm để xây dựng mô hình can thiệp nhằm giảm tỷ lệ THA của người dân, trong đó có người dân tộc Dao. Kết quả điều tra, đánh giá của mô hình can thiệp sẽ là bài học kinh nghiệm cho các địa phương khác trên địa bàn tỉnh Yên Bái.

tộc, trong đó dân tộc Tày chiếm 53,3%, Kinh 21,2%, Nùng 10,4%, còn lại là các dân tộc khác.

2 huyện Văn Yên và Lục Yên có điểm chung là nơi sinh sống của nhiều người dân tộc thiểu số, với nhiều phong tục tập quán còn đậm nét trong cộng đồng của họ. Khi ốm đau, người dân thường sử dụng một số bài thuốc gia truyền lâu đời vẫn thường sử dụng, việc tiếp cận dịch vụ y tế và quản lý sức khỏe, đặc biệt là bệnh không có triệu chứng như tăng huyết áp đối với cộng đồng này còn nhiều khó khăn.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2015 đến 12/2021. Trong đó:

* Thời gian thu thập dữ liệu, thực hiện các hoạt động can thiệp được thực hiện từ tháng 10/2015 đến tháng 12/2017.

- Giai đoạn 1 (trước can thiệp): từ 10/2015 đến tháng 2/2016. Tiến hành điều tra thực trạng THA của người dân tại cộng đồng và xây dựng mô hình can thiệp.

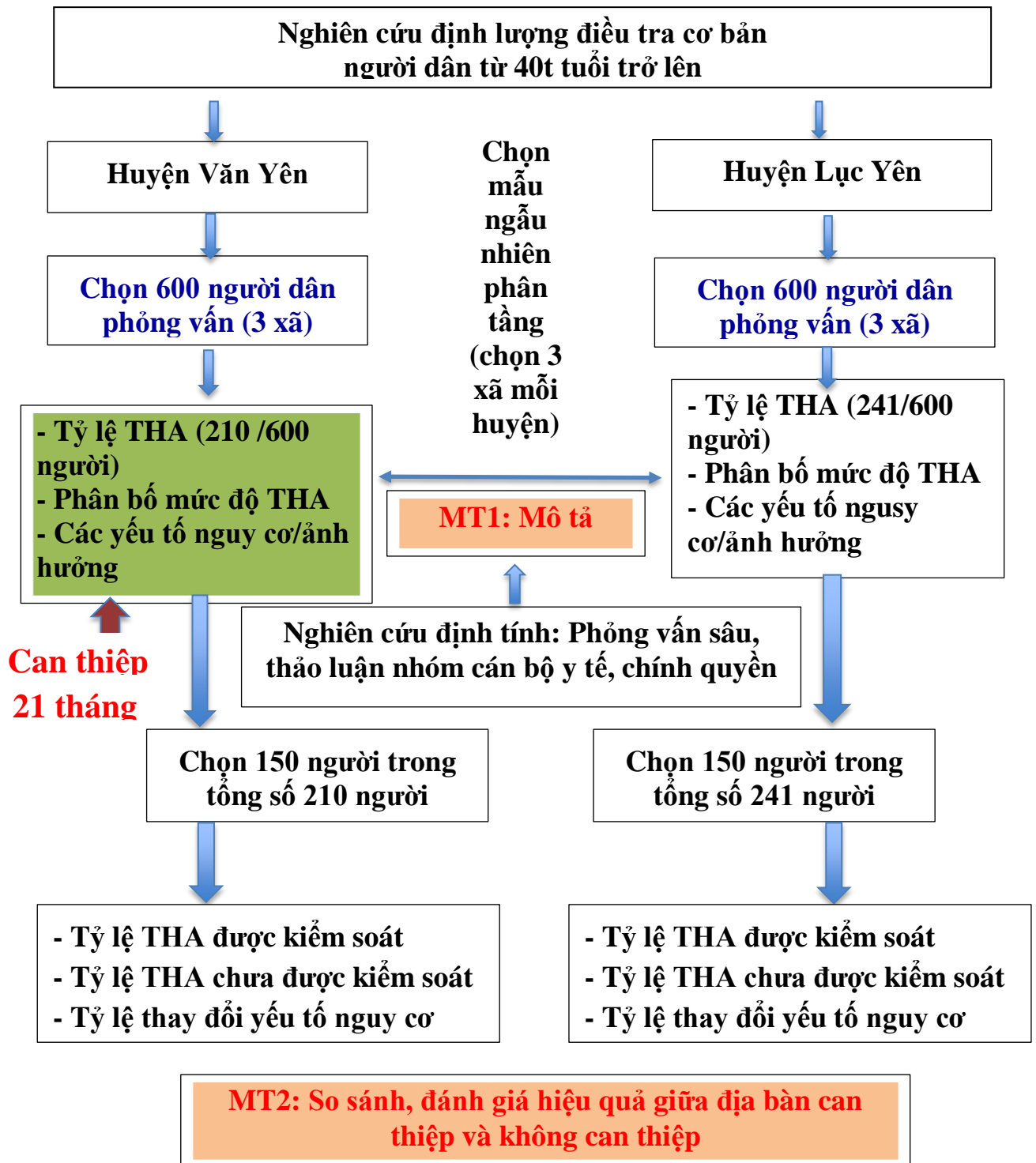
- Giai đoạn 2 (can thiệp): từ 3/2016 đến 12/2017 (21 tháng). Tổ chức thực hiện can thiệp và đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp.

* Thời gian viết luận án và công bố các bài báo, báo cáo được thực hiện từ tháng 1/2018 tới tháng 1/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Đề tài áp dụng hai loại thiết kế nghiên cứu là:

- 1) Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính
- 2) Nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước - sau có nhóm đối chứng, Cách tiến hành được mô tả tóm tắt trong sơ đồ dưới đây.



2.4. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn trước can thiệp (từ 10/2015 đến tháng 2/2016)	Can thiệp tại huyện Văn Yên.	Giai đoạn sau can thiệp (tháng 12/2017)
1. Người dân \geq 40 tuổi trong cộng đồng tại huyện Văn Yên và huyện Lục Yên	- Can thiệp trong 21 tháng tại huyện Văn Yên (từ 3/2016 đến 12/2017). 210 người THA chưa được kiểm soát được tham gia vào mô hình can thiệp.	1. Chọn 150 người đã được tham gia chương trình can thiệp tại huyện Văn Yên tham gia đánh giá sau 21 tháng can thiệp Tại huyện Lục Yên, chúng tôi cũng chọn 150 người tham gia vào nghiên cứu nhằm so sánh, đánh giá
2. Cán bộ Y tế của địa phương	- Huyện Lục Yên là địa bàn chứng.	2. Cán bộ Y tế của địa phương
3. Lãnh đạo chính quyền địa phương cấp huyện, xã		3. Lãnh đạo chính quyền địa phương cấp huyện, xã

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Những đối tượng không thuộc tiêu chuẩn lựa chọn trên
- Đối tượng không đủ năng lực trả lời câu hỏi

- Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.5. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu

- Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm đối chứng.
- Nghiên cứu định tính.

2.5.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang (giai đoạn 1 – Trước can thiệp)

2.5.1.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả

* Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng được áp dụng theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể, với một độ chính xác tuyệt đối được ấn định trước.

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu.
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là hệ số tin cậy 95% với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$
- p: ước tính tỉ lệ người ≥ 40 tuổi tăng huyết áp là 25,1% (theo kết quả điều tra dịch tễ học THA năm 2008 của Viện Tim mạch)⁸⁴.
- $d = 0,035$ là ước lượng sai lệch tuyệt đối mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể.
- Thay vào công thức (1) trên, cỡ mẫu tính toán theo lý thuyết cho nghiên cứu tại Văn Yên $n = 590$ người, chúng tôi làm tròn thành 600 người.
- Tương tự, chọn 600 người ≥ 40 tuổi ở huyện Lục Yên cho nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5.1.2. Phương pháp chọn mẫu định lượng

Kết hợp phương pháp chọn mẫu phân tầng chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và ngẫu nhiên hệ thống

- Phân tầng: Chia tầng theo các xã vùng I, vùng II và vùng III.

- Chọn địa điểm nghiên cứu: Trong mỗi tầng, bốc thăm ngẫu nhiên chọn 1 xã. Tương ứng với các xã vùng I, II, III chúng tôi chọn tại mỗi huyện 3 xã theo phân tầng nói trên.

- Chọn đối tượng nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống, các bước như sau:

+ Bước 1: Lập danh sách người ≥ 40 tuổi tại từng xã.

+ Bước 2: Chọn mẫu đầu tiên bằng bốc thăm trong khoảng từ 1-k, sau đó chọn đến khi đủ mẫu theo từng xã.

2.5.1.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu định tính:

Mục đích của nghiên cứu định tính là để cung cấp thông tin về các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng tăng huyết áp của người dân nói chung cũng như ảnh hưởng tới tình trạng quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng.

Nghiên cứu định tính được thực hiện sau nghiên cứu định lượng.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu định tính bao gồm:

+ Cán bộ phụ trách chương trình THA của Sở Y tế, nhóm nhân viên y tế của đơn vị quản lý THA tại TTYT huyện, trạm y tế và nhân viên y tế thôn bản.

+ Nhóm người bệnh THA: Mỗi xã 15 người

+ Nhóm cán bộ lãnh đạo các đơn vị y tế cấp tỉnh, huyện, xã tại địa điểm nghiên cứu

- Sử dụng hình thức phỏng vấn sâu cho nghiên cứu định tính. Tổng số có 6 cuộc PVS được thực hiện tại mỗi huyện. Đối tượng bao gồm: Chủ nhiệm chương trình phòng chống THA tỉnh; lãnh đạo phòng nghiệp vụ Y; Lãnh đạo TTYT huyện; cán bộ phụ trách đơn vị điều trị THA tại TTYT; Trưởng khoa khám bệnh TTYT huyện; Trưởng trạm y tế xã; Nhân viên y tế thôn bản và phỏng vấn người bệnh THA.

- Tổng số có 02 cuộc thảo luận nhóm (6 người/1 nhóm) được thực hiện tại mỗi huyện. Đối tượng bao gồm: Nhóm nhân viên y tế của đơn vị quản lý THA tại TTYT huyện, trạm y tế; nhân viên y tế thôn bản.

2.5.2. Thiết kế nghiên cứu sau can thiệp (giai đoạn 2 – nghiên cứu can thiệp)

Số lượng người tham gia đánh giá sau can thiệp được tính theo cỡ mẫu

sau:

2.5.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp

* Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp:

Cỡ mẫu nghiên cứu được áp dụng theo công thức cỡ mẫu lý thuyết cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có đối chứng của WHO:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad (2)$$

Trong đó:

n_1 : Cỡ mẫu cần cho nhóm can thiệp

n_2 : Cỡ mẫu cần cho nhóm đối chứng

P_1 : Hiệu quả giả định ở nhóm can thiệp

P_2 : Hiệu quả giả định ở nhóm chứng

α : Mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại I

β : Xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II

$Z_{1-\alpha/2}$ Là giá trị giới hạn tin cậy ứng với hệ số tin cậy $(1-\alpha)$ phụ thuộc vào giá trị α lựa chọn

$Z_{1-\beta}$ Là giá trị tới hạn ứng với độ mạnh của nghiên cứu $(1-\beta)$, phụ thuộc vào giá trị β được chọn

Chúng tôi lấy: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (ứng với $\alpha = 0,05$)

$$Z_{1-\beta} = 1,282 \text{ (ứng với } \beta = 0,1)$$

$P_1 = 0,10$; $P_2 = 0,251$ (theo kết quả điều tra tăng huyết áp năm 2008 của Viện Tim mạch Quốc gia)⁸⁴.

$P_1 - P_2$: Mức cải thiện mong đợi với phương pháp can thiệp đạt ý nghĩa tại cộng đồng tối thiểu là 15%

$$P_{TB} = (P_1 + P_2)/2 = 0,175$$

Áp dụng công thức (2) tính cỡ mẫu trên, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu lý thuyết cho mỗi nhóm là 132 người bệnh, làm tròn thành 150 người tại mỗi huyện.

2.5.2.2. Xây dựng mô hình can thiệp

- Thiết lập Mô hình liên kết y tế (Tổ quản lý điều trị THA) trong quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng

- Tập huấn quản lý điều trị tăng huyết áp 4 bước cho nhóm tham gia

- Tập huấn mô hình liên kết y tế quản lý điều trị THA cho Cán bộ phụ trách đơn vị quản lý Tăng huyết áp tại TTYT, cán bộ trạm y tế, Nhân viên y tế thôn bản, người nhà người bệnh và người bệnh. Tổ chức giám sát tuân thủ điều trị theo phân cấp trong mô hình

- Khám bổ sung cho những đối tượng đã được chẩn đoán xác định là THA: Khám đáy mắt, làm điện tâm đồ, làm xét nghiệm sinh hoá máu....

- Các người bệnh tăng huyết áp tại điểm can thiệp được hướng dẫn điều trị và dự phòng tăng huyết áp, kiểm tra huyết áp theo lịch

* Vật liệu để khám trước, sau can thiệp

- Máy đo Huyết áp điện tử và/hoặc Máy đo huyết áp thủy ngân (được kiểm chuẩn);

- Thước dây, cân khám sức khoẻ có thước đo chiều cao.

- Đèn soi đáy mắt; Máy điện tim; Máy siêu âm; Máy X quang; Máy xét nghiệm sinh hoá máu, sinh hoá nước tiểu.

- Phiếu phỏng vấn, thu thập thông tin, Sổ theo dõi quản lý điều trị (dành cho NVYTTB và Trạm Y tế xã)

- Máy vi tính, máy in

2.5.2.3. Nội dung can thiệp

a) Cơ sở pháp lý và cơ sở thực tiễn:

Căn cứ vào chức năng nhiệm vụ của TTYT huyện, Trạm y tế xã

Căn cứ vào quy định tiêu chuẩn, chức năng nhiệm vụ của NVYTTB tại Thông tư 07/2013/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 08 tháng 3 năm 2013.

Căn cứ vào điều kiện thực tiễn tại Yên Bái, TTYT huyện đảm nhiệm cả chức năng khám chữa bệnh và công tác dự phòng

Căn cứ vào hệ thống y tế xã đã ổn định, phát triển và có sự ủng hộ tích cực của chính quyền địa phương thông qua hoạt động của Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Xây dựng và triển khai mô hình “**Liên kết y tế quản lý, điều trị tăng huyết áp**” tại cộng đồng thuộc huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái.

Mô hình có sự phối hợp y tế các tuyến, sử dụng hợp lý và hiệu quả nguồn lực y tế tại tuyến cơ sở cho chăm sóc sức khỏe, tổ chức hoạt động cộng đồng phù hợp đảm bảo số đối tượng can thiệp được quản lý điều trị đúng, giảm biến chứng và tử vong do tăng huyết áp.

b) Nội dung của mô hình

- 1) Thành lập Ban quản lý chương trình tăng huyết áp tuyến tỉnh và tổ quản lý, điều trị tăng huyết áp tuyến huyện.
- 2) Xây dựng và kiện toàn mô hình, quy trình hoạt động liên kết y tế quản lý điều trị tăng huyết áp tuyến cơ sở;
- 3) Xây dựng quy chế tổ chức và hoạt động của các đơn vị có liên quan.
- 4) Cung cấp máy đo huyết áp kế đồng hồ cho các nhân viên y tế thôn bản tại 3 TYT xã can thiệp thuộc huyện Văn Yên
- 5) Cung cấp sổ theo dõi HA cho nhân viên y tế thôn bản
- 6) Giám sát việc tuân thủ mô hình liên kết trong quản lý và điều trị: 1 tháng/1 lần và có báo cáo giám sát.

c) Nhiệm vụ của thành viên trong mô hình liên kết y tế:

❖ Ban quản lý chương trình tăng huyết áp tuyến tỉnh:

- Thành phần: Ban Lãnh đạo Sở Y tế Yên Bái (trong đó có 1 lãnh đạo Sở Y tế phụ trách hoạt động Bảo hiểm Y tế), đại diện Ban giám đốc BV Đa khoa tỉnh Yên Bái.

- Ban quản lý chương trình tăng huyết áp tuyến tỉnh được thành lập dựa trên văn bản chỉ đạo của Sở Y tế Yên Bái.
- Chỉ đạo Trung tâm Y tế huyện Văn Yên thành lập Tổ quản lý, điều trị tăng huyết áp cấp huyện; Xây dựng và kiện toàn mô hình, quy trình hoạt động liên kết y tế quản lý điều trị tăng huyết áp tuyến cơ sở.
- Chỉ đạo Đơn vị đột quy Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái phối hợp với Tổ quản lý, điều trị tăng huyết áp tuyến huyện hỗ trợ chuyên môn, tiếp nhận xử lý các ca bệnh tai biến do tăng huyết áp tuyến cơ sở chuyển lên; tổng hợp báo cáo Ban quản lý chương trình tăng huyết áp tuyến tỉnh.
- Cung cấp trang thiết bị, văn phòng phẩm phục vụ công tác thu thập, lưu trữ thông tin của cán bộ y tế thôn bản.
- Tiến hành giám sát trực tiếp việc thực hiện tuân thủ mô hình liên kết y tế tại Trung tâm y tế huyện Văn Yên và Trạm Y tế 3 xã tham gia can thiệp.
- Ban quản lý chương trình tăng huyết áp tuyến tỉnh có nhiệm vụ tập huấn chuyên môn cho các thành viên trong Tổ quản lý điều trị tăng huyết áp.

Lớp tập huấn 1: “Mô hình liên kết y tế trong quản lý, điều trị tăng huyết áp”.

Đối tượng được tham dự: Các cán bộ y tế tuyến tỉnh, huyện, xã

Số lần tập huấn: 2 lần trong năm 2016 và 2017. Lớp tập huấn được tổ chức vào tháng 3 hàng năm.

Lớp tập huấn 2: “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp”

Đối tượng tham dự: Bác sĩ điều trị tuyến huyện thuộc các khoa Nội, khoa Khám bệnh, các cán bộ trạm y tế.

Số lần tập huấn: 2 lần trong năm 2016 và 2017. Lớp tập huấn được tổ chức vào tháng 3 hàng năm.

Lớp tập huấn 3: “Cách đo huyết áp và theo dõi ghi chép sổ quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng”

Đối tượng: Các cán bộ y tế xã, các y tế thôn bản

Số lần: 4 lần trong năm 2016 và 2017. Các lớp tập huấn được tổ chức vào tuần đầu của mỗi quý trong năm.

❖ **Trung tâm Y tế huyện Văn Yên: Thành lập Tổ quản lý, điều trị tăng huyết áp.**

- Tham dự các khóa tập huấn về: “Mô hình liên kết y tế trong quản lý, điều trị tăng huyết áp”; “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp”
- Bố trí Phòng khám, quản lý Tăng huyết áp (Đơn vị quản lý tăng huyết áp).
- Chỉ đạo các hoạt động của khoa Khám bệnh, khoa Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh và các khoa phòng khác trong bệnh viện để có thể sử dụng trang thiết bị của đơn vị trong hoạt động của Tổ quản lý, điều trị tăng huyết áp.
- Chỉ đạo Trưởng Trạm Y tế, PKĐKKV các xã tham gia can thiệp (Thành viên tổ quản lý, điều trị tuyến huyện): Có trách nhiệm hướng dẫn lại cán bộ y tế thôn bản trong việc đo huyết áp; ghi chép số liệu sau khi đo, ghi chép các thông tin theo yêu cầu. Lập hồ sơ cấp thuốc điều trị (1tháng/lần) và theo dõi kết quả tái khám của người tăng huyết áp trên địa bàn xã.

❖ **Trạm Y tế xã:**

- Tham gia là thành viên của Tổ quản lý điều trị.
- Tham dự các khóa tập huấn về: “Mô hình liên kết y tế trong quản lý, điều trị tăng huyết áp”; “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp”
- Chịu trách nhiệm chính trong tổ chức hoạt động khám, lập hồ sơ cấp thuốc điều trị (1tháng/lần) và theo dõi kết quả tái khám của người tăng huyết áp trên địa bàn xã. Thực hiện chuyển tuyến người bệnh theo quy định và tổng hợp kết quả điều trị của người bệnh chuyển tuyến.
- Triển khai hệ thống báo cáo và thông tin phản hồi từ nhân viên y tế thôn bản.

❖ **Nhân viên y tế thôn bản:**

- Tham dự các khóa tập huấn nhằm cập nhật kiến thức mới về điều trị bệnh tăng huyết áp; thành thạo sử dụng bộ đo huyết áp, nắm vững kiến thức truyền thông tăng huyết áp.

- Đo huyết áp (hoặc hướng dẫn đo, ghi biểu) 2 tuần/lần cho 100% người tăng huyết áp tham gia can thiệp thuộc địa bàn mình quản lý; giám sát điều trị theo hướng dẫn của Trạm y tế với các trường hợp huyết áp ổn định (trong tháng); hướng dẫn tái khám tại Trạm không định kỳ nếu có dấu hiệu bất thường, hoặc không ổn định. Tư vấn phòng chống các biến chứng cho người THA.
- Tham gia truyền thông phòng, chống tăng huyết áp tại cộng đồng.

2.5.2.4. Quy trình hoạt động nghiên cứu và thu thập số liệu

Bước 1. Huy động sự ủng hộ và tham gia của lãnh đạo ngành y tế, lãnh đạo địa phương các cấp:

- Sở Y tế, UBND huyện Văn Yên có văn bản chỉ đạo các đơn vị y tế và các xã tham gia nghiên cứu can thiệp triển khai các hoạt động của mô hình.

- TTYT huyện Văn Yên quyết định thành lập Tổ quản lý điều trị Tăng huyết áp trực thuộc TTYT do bác sỹ phụ trách đơn vị THA của TTYT là Tổ trưởng, thành viên là bác sỹ khoa khám bệnh, khoa xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, 2 cán bộ Trạm y tế (trong đó có Trạm trưởng) và NVYTTB của xã.

- UBND xã can thiệp lồng ghép hoạt động của mô hình liên kết vào chương trình hoạt động của Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân và chỉ đạo thực hiện.

Bước 2. Tập huấn và chuẩn bị:

- Tập huấn chẩn đoán, quản lý điều trị tăng huyết áp theo Hướng dẫn của Bộ Y tế và Mô hình liên kết y tế quản lý điều trị THA cho cán bộ y tế tham gia mô hình liên kết y tế

- Tổ chức thực hiện mô hình liên kết y tế quản lý điều trị tăng huyết áp

- Kiểm tra và bổ sung Túi y tế thôn bản, hiệu chuẩn huyết áp kế

Bước 3. Tổ chức khám điều tra Tăng huyết áp

Sau khám sàng lọc của nghiên cứu mô tả, chọn mẫu can thiệp theo tiêu chuẩn và tổ chức khám điều tra, khám bổ sung các biến chứng cho đối tượng nghiên cứu

Bước 4. Quản lý điều trị

- Tổ quản lý điều trị quyết định lập hồ sơ điều trị ngoại trú ngay tại Trạm Y tế xã, tư vấn, kê đơn thuốc, hướng dẫn điều trị với các trường hợp THA độ 1 hoặc đang điều trị tăng huyết áp ổn định; Chỉ định điều trị nội trú tại Trạm y tế với các trường hợp tăng huyết áp độ 2 trở lên. Đối với một số trường hợp đặc biệt (như biến chứng nặng, hoặc kèm theo bệnh khác) thì thực hiện chuyển tuyến theo Quyết định 14/QĐ-BYT để điều trị nội trú tại TTYT cho đến khi ổn định, chuyển về quản lý tại Trạm y tế xã. Đồng thời thống kê danh sách theo biểu mẫu báo cáo của Chương trình phòng chống tăng huyết áp quốc gia.

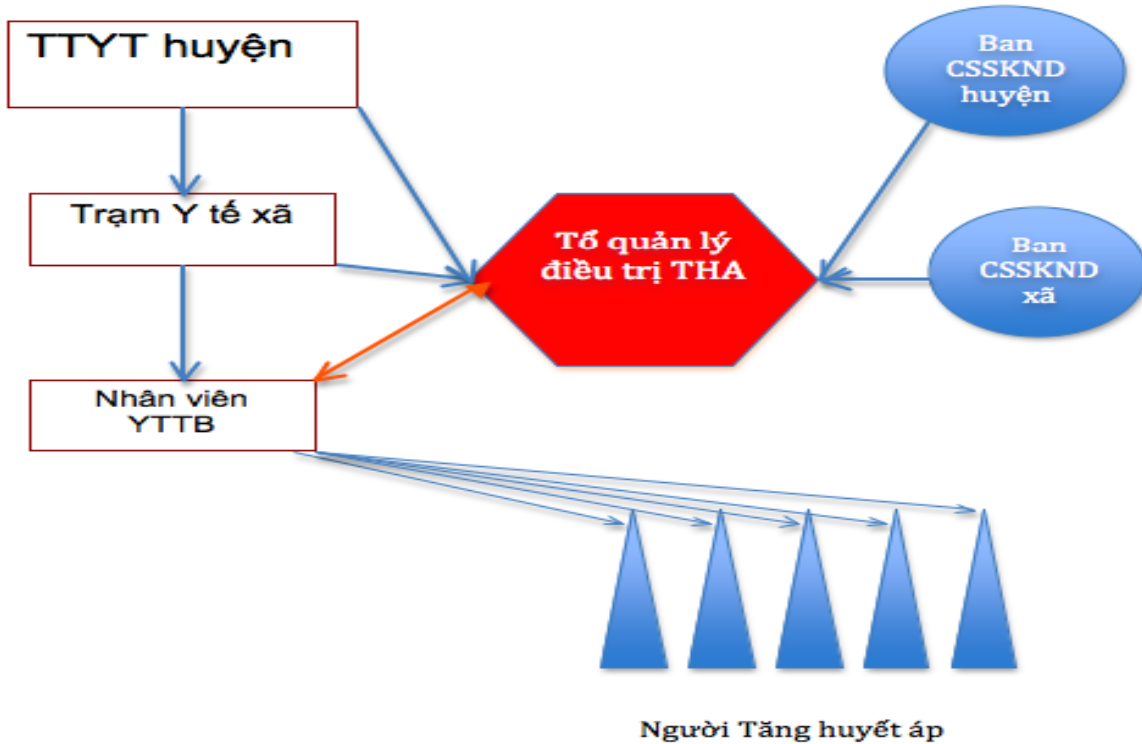
- Chuyển phiếu theo dõi huyết áp của các đối tượng nghiên cứu theo thôn bản cho NVYTTB theo dõi hàng tuần sau khi kê đơn điều trị, hoặc sau khi đã kết thúc đợt điều trị nội trú.

- Tại cộng đồng, NVYTTB sẽ tư vấn thay đổi thói quen lối sống, giám sát uống thuốc và đo kiểm tra huyết áp hàng tuần, thông báo cho người THA tái khám hàng tháng.

- Người tăng huyết áp tái khám/lĩnh thuốc 1 lần/tháng tùy theo tình trạng bệnh tại Trạm y tế

- Trong thời gian quản lý điều trị, bác sỹ TTYT sẽ hướng dẫn trực tiếp cán bộ Trạm y tế các quyết định điều trị, tư vấn qua điện thoại hoặc do Trạm y tế chuyển tuyến nếu cần thiết. Tổ quản lý điều trị THA tổ chức khám lại tại Trạm y tế hàng quý.

2.5.2.6. Sơ đồ tổ chức mô hình liên kết y tế quản lý, điều trị THA



2.5.2.7. Phương pháp theo dõi, chế độ báo cáo

Sử dụng sổ theo dõi huyết áp theo mẫu của chương trình phòng chống tăng huyết áp quốc gia cho từng đối tượng nghiên cứu

Theo dõi huyết áp hàng tuần, tái khám hàng tháng, kiểm tra đánh giá điều trị hàng quý và khám toàn diện đánh giá lại sau 1 năm

NVYTTB báo cáo Trạm y tế xã và Tổ quản lý điều trị tình hình tuân thủ điều trị và tình trạng bệnh của người tăng huyết áp do mình quản lý hàng tháng, Tổ quản lý điều trị báo cáo TTYT hàng quý.

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Các cán bộ của Sở Y tế Yên Bái, trường Đại học Y Hà Nội kết hợp với cán bộ CDC Yên Bái tham gia thu thập số liệu.

2.6.1. Công cụ thu thập số liệu

*** Nghiên cứu định lượng**

- Huyết áp kế đồng hồ ALPK2 của Nhật Bản được hiệu chỉnh theo quy định.

- Cân sức khoẻ có thước đo chiều cao; phiếu phỏng vấn; Phiếu điều tra thu thập thông tin.
- Bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng được thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu. Bộ câu hỏi được nhóm nghiên cứu thiết kế xây dựng có tham khảo bộ câu hỏi nghiên cứu của WHO được thực hiện tại huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên⁴¹. Trước khi tiến hành thu thập, bộ câu hỏi được điều tra thử trên 30 đối tượng nghiên cứu nhằm đảm bảo hiệu chỉnh phù hợp với người dân địa phương.

*** Nghiên cứu định tính**

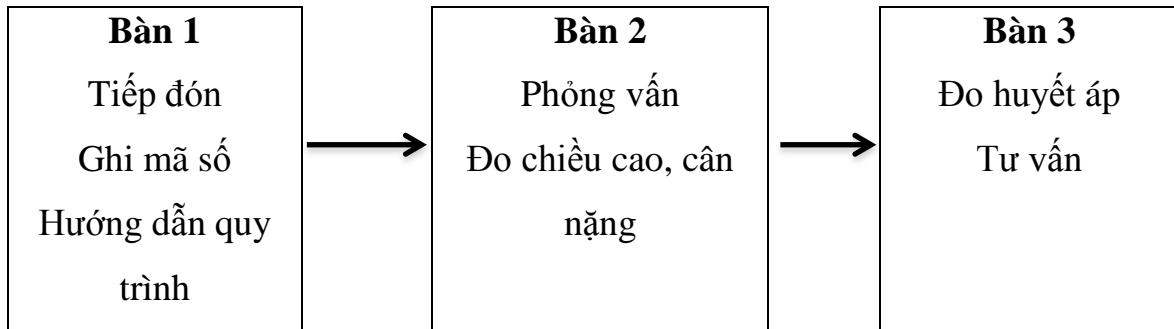
- Bộ câu hỏi hướng dẫn phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm
- Biên bản ghi chép phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm

2.6.2. Phương pháp thu thập số liệu:

- Tập huấn cho tổ quản lý điều trị và nhóm tham gia sàng lọc tăng huyết áp.
- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc (Phụ lục 1).
- Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm bằng phiếu phỏng vấn và khung thảo luận theo mục tiêu nghiên cứu (Phụ lục 2).

2.6.3. Quy trình thu thập số liệu:

Thu thập số liệu tại Trạm Y tế xã bởi nhóm nghiên cứu và nhân viên Trạm Y tế xã theo quy trình sau:



2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.7.1. Nghiên cứu định lượng

- **Tuổi**
- **Giới**
- **Trình độ học vấn**
- **Dân tộc**
- **Nghề nghiệp**
- **Chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương**
 - + Phân loại đánh giá tình trạng THA, chúng tôi áp dụng theo hướng dẫn của WHO/ISH (năm 2003) phân loại THA làm 3 mức độ⁴³:

Bảng 1. 6. Chia độ tăng huyết áp theo WHO/ISH (năm 2003)

Phân độ THA	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
THA độ I	140-159	90-99
THA độ II	160-179	100-109
THA độ III	≥ 180	≥ 110

- **Chỉ số BMI**
 - + BMI = cân nặng (kg)/chiều cao² (m)

+ Thang phân loại BMI chúng tôi áp dụng theo hướng dẫn của Hiệp hội đái đường các nước châu Á (IDI & WPRO). Trong đó người có chỉ số BMI ≥ 23 được coi là thừa cân/béo phì.

- **Tiền sử gia đình có người từng mắc THA**

- **Tỷ lệ hút thuốc lá (thuốc lào)**

Định nghĩa về hút thuốc là việc hít phải khói của thuốc lá/thuốc lào có thể xảy ra thỉnh thoảng hoặc theo thói quen do nghiện một số chất hóa học, chủ yếu là nicotin.

- **Tỷ lệ đối tượng có chế độ ăn mặn**

Được xác định dựa trên cảm nhận của người được trả lời khi so sánh với các thành viên khác trong cùng gia đình.

- **Tỷ lệ đối tượng ít vận động:** Đối tượng được coi là ít vận động nếu: không vận động thể chất nhẹ nhàng đủ 30 phút/5 lần/tuần và vận động thể lực mạnh 20 phút/3 lần/tuần hoặc kết hợp cả hai hình thức vận động trên.

- **Tỷ lệ đối tượng được đo huyết áp**

- **Tỷ lệ đối tượng được khám sàng lọc THA**

- **Tỷ lệ đối tượng có sổ sách theo dõi tại địa phương**

- **Tỷ lệ đối tượng được tư vấn về bệnh THA**

- **Tỷ lệ đối tượng có biến chứng THA**

- **Tỷ lệ đối tượng được cấp thuốc**

- **Chỉ số hiệu quả can thiệp:** Đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua so sánh chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp và nhóm chứng, trước và sau can thiệp tại địa bàn can thiệp, tính theo công thức ⁸⁵:

$$\text{CSHQ \%} = \frac{|P2 - P1|}{P1} \times 100$$

Với p1 là tỷ lệ người mắc THA trước can thiệp

p2 là tỷ lệ người mắc THA sau can thiệp

Hiệu quả can thiệp (HQCT) là hiệu số của 2 CSHQ:

HQCT= CSHQ xã can thiệp – CSHQ xã chứng

2.7.2. Nghiên cứu định tính

- Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng tăng huyết áp và quản lý tăng huyết áp tại địa phương

2.8. Sai số và cách khống chế sai số

- *Một số sai số có thể gặp:*

- + Sai số do đối tượng từ chối hoặc không trả lời câu hỏi.
- + Sai số do điều tra viên: Điều tra viên bỏ sót câu hỏi khi thu thập thông tin, sai số phỏng vấn, sai số khi ghi chép thông tin.
- + Sai số nhớ lại: Do đối tượng có thể không nhớ chính xác thông tin khi được phỏng vấn.

- *Cách khắc phục sai số:*

- + Tập huấn kỹ cho các điều tra viên: huấn luyện kỹ điều tra viên về bộ câu hỏi, cách ghi nhận thông tin.
- + Đối với sai số nhớ lại: hỏi chi tiết kỹ hơn, kiểm tra chéo thông tin bằng cách lặp lại câu hỏi, gắn các thời điểm với các sự kiện hoặc mốc thời gian.
- + Giám sát quá trình thu thập số liệu.
- + Làm sạch số liệu trước khi nhập liệu.
- + Tạo tệp check của phần mềm nhập liệu để hạn chế sai số do quá trình nhập liệu.

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

*Số liệu định lượng

- Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 3.5 và xử lý bằng phần mềm STATA 14.0.
- Các test thống kê mô tả được sử dụng bao gồm:
 - + Test χ^2 được sử dụng để so sánh các tỷ lệ; trong trường hợp số liệu không đáp ứng điều kiện sử dụng test χ^2 thì sử dụng test chính xác của Fisher.
 - + T-test và Man-Whitney test được dùng để so sánh hai giá trị trung bình.

- Các test thống kê phân tích được sử dụng bao gồm:
 - + Xác định tỷ suất chênh OR và 95% khoảng tin cậy (95%CI) đối với các biến định tính.
 - + Phân tích hồi qui logistic đa biến được thực hiện nhằm mô tả yếu tố liên quan tới tình trạng mắc tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu trong đó biến phụ thuộc là tình trạng mắc tăng huyết áp (có/không) và biến độc lập là các yếu tố đặc trưng nhân khẩu học, thói quen, hành vi của đối tượng nghiên cứu.

***Số liệu định tính**

- Số liệu định tính được mã hóa và phân tích theo nội dung câu trả lời (“content analysis”) của đối tượng được phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm.

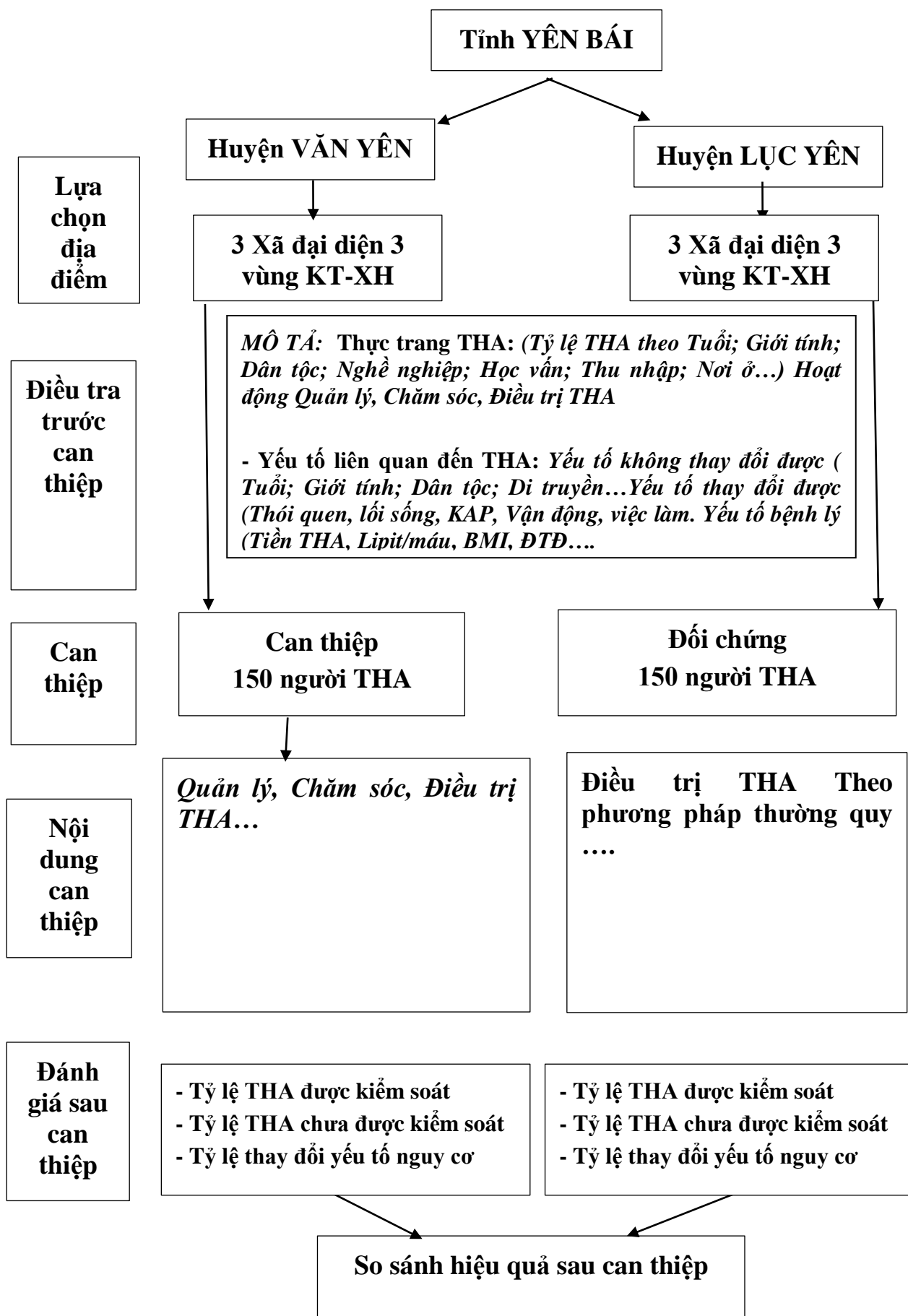
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài 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.

2.11. Khung lý thuyết nghiên cứu

□



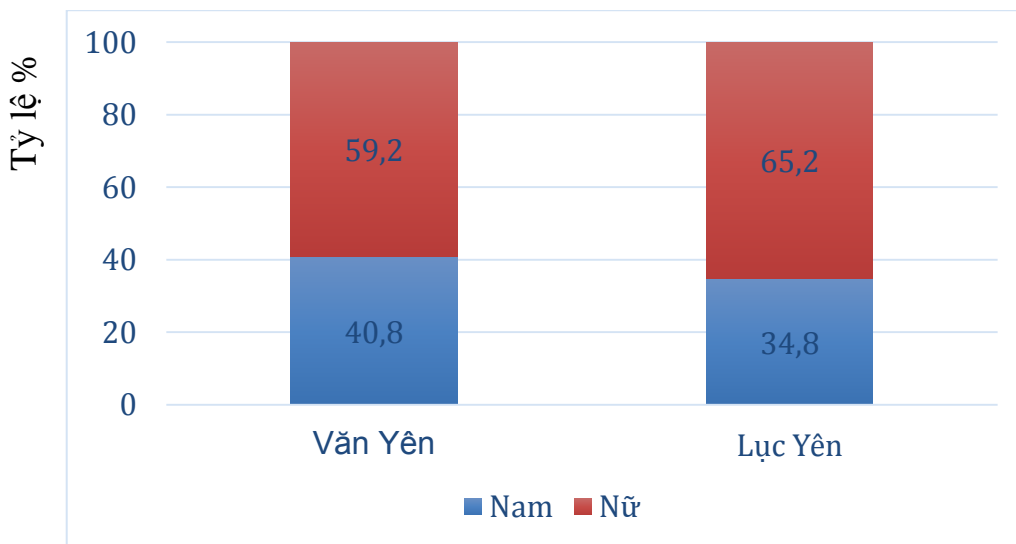
Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan của bệnh tăng huyết áp, hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên, tỉnh Yên Bái năm 2015 (trước can thiệp)

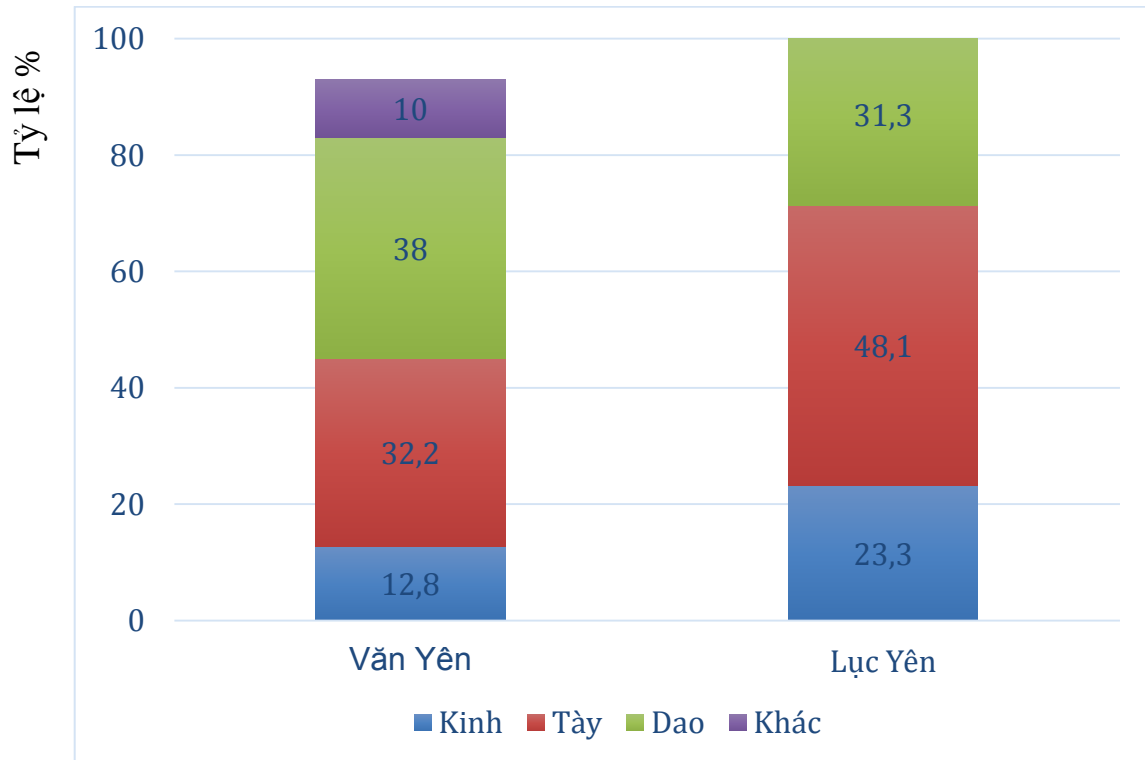
Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trong năm 2015 nhằm xác định tình trạng THA và các yếu tố liên quan đến THA. Qua điều tra lập danh sách đối tượng nghiên cứu từ 40 tuổi trở lên, và áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng, tại mỗi huyện chúng tôi đã điều tra được 600 người dân trong cộng đồng từ 40 tuổi trở lên tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu giai đoạn trước can thiệp được trình bày cụ thể trong mục 3.1 này.

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu trước can thiệp



Biểu đồ 3. 1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

Nhận xét: Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ nam tham gia nghiên cứu chiếm thấp hơn so với nữ giới ở tại cả 2 huyện ($p = 0,03$, test χ^2). Tại huyện Văn Yên, tỷ lệ nam giới chiếm 40,8% so với nữ giới là 59,2%. Tại Lục Yên, con số này là 34,8% nam giới so với 65,2% so với nữ giới.



Biểu đồ 3. 2. Phân bố đặc điểm dân tộc tại hai huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Nhận xét: Về dân tộc sinh sống tại 2 địa phương, biểu đồ trên cho thấy có sự khác biệt: tại huyện Văn Yên tỷ lệ người dân tộc Dao chiếm đa số với 38%, trong khi đó tại huyện Lục Yên người dân tộc Tày chiếm ưu thế hơn với 48,1%.

Bảng 3. 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

Thông tin	Huyện Văn Yên (Can thiệp) n = 600		Huyện Lục Yên (Chứng) n = 600		Chung n=1200		p - Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi							
Từ 40-49	227	37,8	256	42,7	483	40,3	0,33 test χ^2
Từ 50-59	200	33,4	193	32,1	393	32,7	
Từ 60-69	105	17,5	90	15	195	16,3	
Từ 70 tuổi trở lên	68	11,3	61	10,2	129	10,7	
Trình độ học vấn							
Không đi học	111	18,5	173	28,8	284	23,7	0,09 test χ^2
THCS, Tiểu học	430	71,7	408	68,0	838	69,8	
THPT trở lên	59	9,8	19	3,2	78	6,5	
Nghề nghiệp					0		
CB, CNVC	30	5,0	10	1,7	40	3,3	0,07 test χ^2
Nông dân	540	90,0	571	95,2	1111	92,6	
Buôn bán	9	1,5	5	0,8	14	1,2	
Khác	21	3,5	14	2,3	35	2,9	

Nhận xét: Giữa hai địa bàn nghiên cứu không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, học vấn, nghề nghiệp. Đối tượng có trình độ học vấn tiểu học, THCS phổ biến nhất, tiếp đến là nhóm không đi học.

Bảng 3. 2. Phân loại kinh tế hộ gia đình và thẻ bảo hiểm y tế đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

Thông tin	Huyện Văn Yên n=600 (Can thiệp)		Huyện Lục Yên n=600 (Chứng)		Chung n=1200		p - Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Thẻ BHYT							
Có	433	72,2	588	98,0	1021	85,1	0,000 1 test χ^2
Không	167	27,8	12	2,0	179	14,9	
Kinh tế							
Hộ nghèo/Cận nghèo	185	30,8	186	31	371	30,9	0,95 test χ^2
Bình thường	415	69,2	414	69	829	69,1	

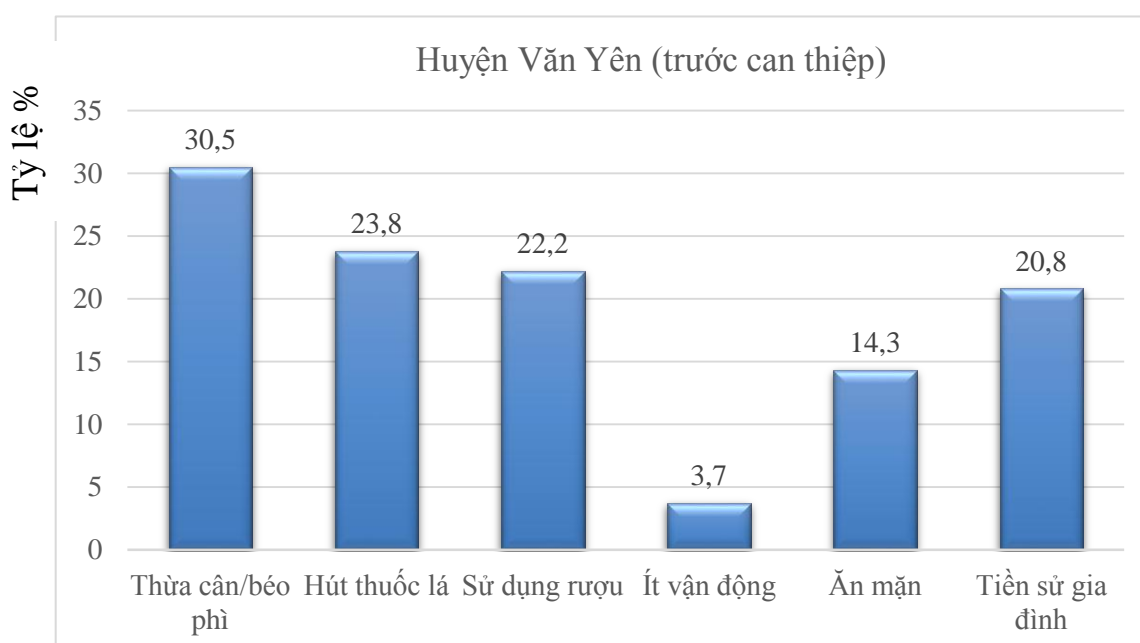
Nhận xét: Qua phỏng vấn cho thấy tỷ lệ có thẻ BHYT của người dân huyện Văn Yên là 72,2% thấp hơn so với người dân huyện Lục Yên với 98% người dân có thẻ BHYT ($p = 0,0001$, test χ^2).

Tuy nhiên giữa 2 huyện không có sự khác biệt về điều kiện kinh tế với số hộ nghèo/cận nghèo của Văn Yên và Lục Yên tương ứng là 30,8% và 30,9%.

Bảng 3. 3. Một số đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu tại Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Thông tin	Huyện Văn Yên (Can thiệp) n = 600	Huyện Lục Yên (Chứng) n = 600	Chung n=1200	p test
Cân nặng trung bình (kg)	53,8 ± 8,9	52,6 ± 8,7	53,2 ± 8,8	0,08 Man-Whitney test
Chiều cao trung bình (cm)	156,9±0,8	155,0±0,7	155,9±0,8	0,08 T- test
BMI trung bình	21,8±2,8	21,8±3,0	21,8±2,9	0,95 Man-Whitney test

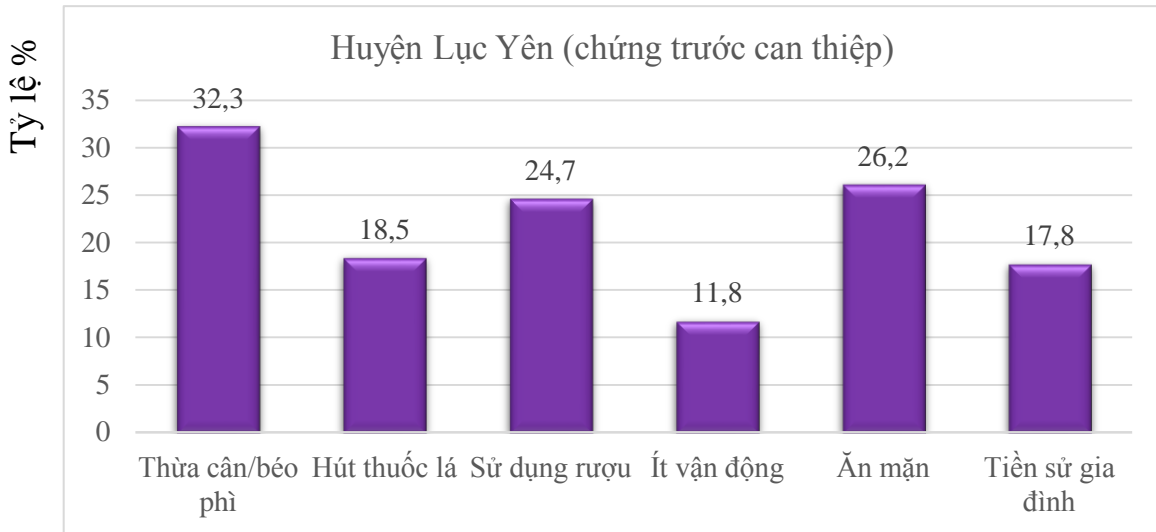
Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng nghiên cứu của hai huyện Văn Yên và Lục Yên không có sự khác biệt về cân nặng, chiều cao và chỉ số BMI.



Biểu đồ 3. 3. Tỷ lệ đối tượng có thói quen liên quan tới bệnh THA tại huyện Văn Yên trước can thiệp

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy ở giai đoạn trước can thiệp, tỷ lệ người dân trong cộng đồng huyện Văn Yên thừa cân/béo phì là 30,5%, hút thuốc

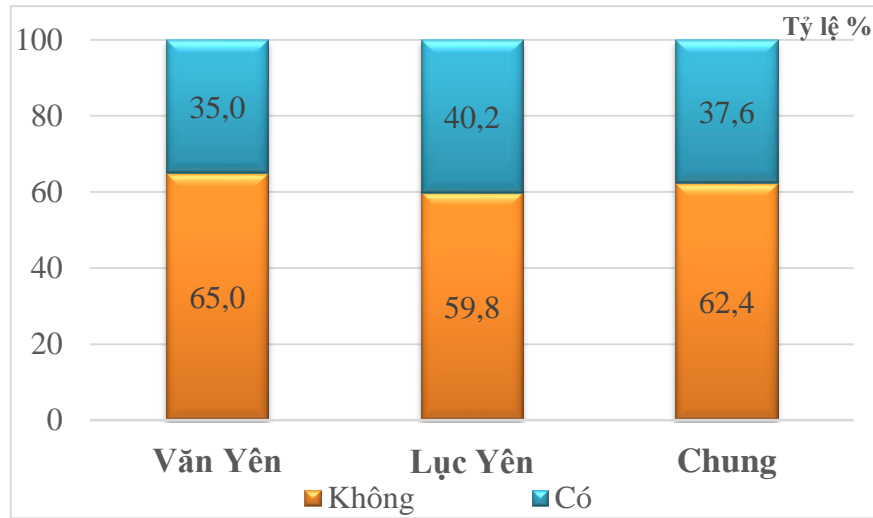
là 23,8%, uống rượu là 22,2%, và tiền sử gia đình có người mắc THA là 20,8% ($p > 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 4. Tỷ lệ đối tượng có thói quen liên quan tới bệnh THA của đối tượng nghiên cứu tại Lục Yên trước can thiệp

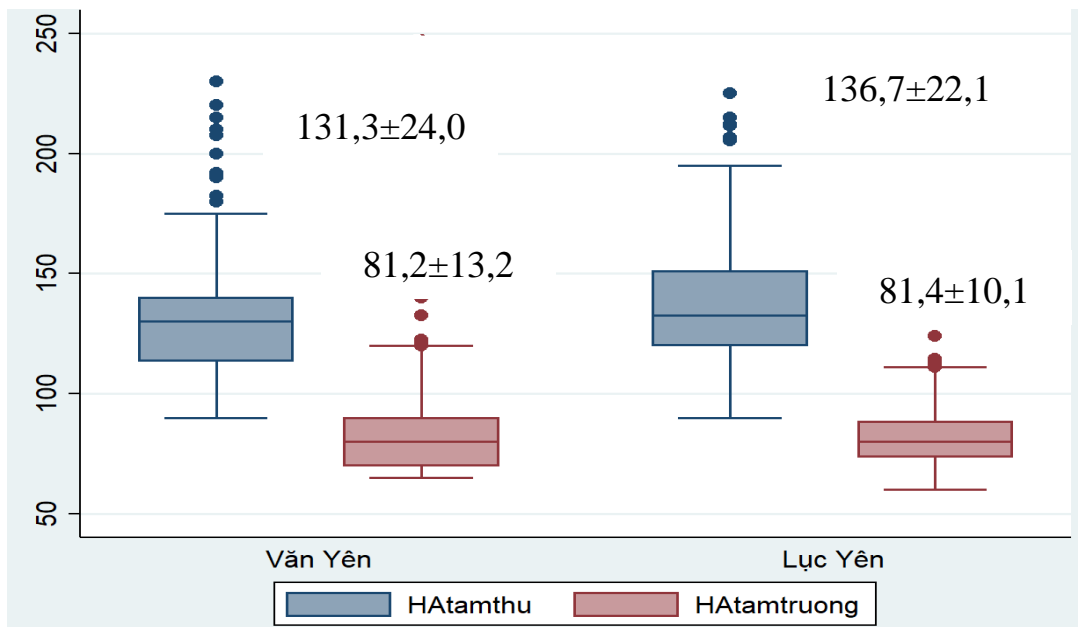
Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy ở giai đoạn trước can thiệp, tỷ lệ người dân trong cộng đồng huyện Lục Yên có 32,3% người dân thừa cân/béo phì, 18,% người dân hút thuốc lá, 24,7% người dân uống rượu, 11,8% người dân ít vận động, 26,2% người dân ăn mặn và 17,8% người có yếu tố tiền sử gia đình.

3.1.2. Mô tả thực trạng huyết áp của người dân tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp



Biểu đồ 3. 5. Tỷ lệ tăng huyết áp của người dân tại hai huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp trước can thiệp của huyện Văn Yên là 35% thấp hơn so với huyện Lục Yên là 40,2%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,06$, χ^2 test).



Biểu đồ 3. 6. Giá trị huyết áp trung bình của người dân tại hai huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Nhận xét: Giá trị trung bình huyết áp tâm thu của người dân huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp lần lượt là 131,3mmHg và 136,7 mmHg. Tương

tự huyết áp tâm trương của 2 huyện tương ứng là 81,2mmHg và 81,4mm Hg. Giữa 2 huyện không có sự khác biệt về huyết áp trung bình tâm thu và tâm trương trước can thiệp ($p > 0,05$, Man-Whitney test).

Bảng 3. 4. Phân bố mức độ tăng huyết áp tại huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp

Tỷ lệ tăng huyết áp	Văn Yên (n=600)		Lục Yên (n=600)		Chung (n=1200)		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Có tăng huyết áp	210	35,0	241	40,2	451	37,6	0,06, test χ^2
THA độ I	102	17,0	126	21,0	228	19,0	
THA độ II	69	11,5	92	15,3	161	13,4	
THA độ III	39	6,5	23	3,8	62	5,2	
Không tăng HA	390	65,0	359	59,8	749	62,4	

Nhận xét: Kết quả cho thấy trong số những người mắc tăng huyết áp, tăng huyết áp độ I phổ biến nhất, tỷ này tại huyện Văn Yên là 17% thấp hơn so với huyện Lục Yên là 21%. Tỷ lệ tăng huyết áp độ II của 2 huyện trên tương ứng là 11,5% và 15,3%. Tỷ lệ tăng huyết áp độ III của 2 huyện lần lượt là 6,5% và 3,8%. Giữa 2 huyện không có sự khác biệt về phân bố mức độ tăng huyết áp (với $p = 0,06$, test χ^2).

Bảng 3. 5. Tình trạng THA theo đặc điểm tuổi, giới, dân tộc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên trước can thiệp

Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n=210)		Không tăng huyết áp (n=390)		p – Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi					
Từ 40-49	41	18,1	186	81,9	0,003 test χ^2
Từ 50-59	90	45,0	110	55,0	
Từ 60-69	41	39,1	64	60,9	
Từ 70 tuổi trở lên	38	55,9	30	44,1	
Giới					
Nam	94	38,4	151	61,6	0,15 test χ^2
Nữ	116	32,7	239	67,3	
Dân tộc					
Kinh	15	19,5	62	80,5	0,015 test χ^2
Tày	76	39,4	117	60,6	
Dao	85	37,3	143	62,7	
Khác (Nùng,...)	34	33,3	68	66,7	

Nhận xét: Tại huyện Văn Yên, tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu tăng lên theo độ tuổi: 18,1% ở nhóm tuổi 40-49; 45% ở nhóm 50-59; 39,1% ở nhóm 60-69 tuổi và 59,5% ở nhóm từ 70 tuổi trở lên (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$, test χ^2).

Theo giới tính: nam giới có tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao hơn so với nữ giới (38,4% so với 32,7%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Theo dân tộc: Những người thuộc dân tộc Tày, Dao, Nùng có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn so với người dân tộc Kinh (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,015$, test χ^2).

Bảng 3. 6. Tình trạng THA theo trình độ học vấn, nghề nghiệp, BHYT, điều kiện kinh tế của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên trước can thiệp

Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n=210)		Không tăng huyết áp (n=390)		p – Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Trình độ học vấn					
Không đi học	42	37,8	69	62,2	0,02 test χ^2
Tiểu học, THCS	157	36,5	273	63,5	
THPT trở lên	11	18,6	48	81,4	
Nghề nghiệp					
CB, CNVC	10	33,3	20	66,7	0,053 test χ^2
Nông dân	189	35,0	351	65,0	
Buôn bán	0	0	9	100,0	
Khác	11	52,4	10	47,6	
Thẻ BHYT					
Có	161	37,2	272	62,8	0,07 test χ^2
Không	49	29,3	118	70,7	
Kinh tế					
Hộ nghèo/Cận nghèo	52	28,1	133	71,9	0,018 test χ^2
Bình thường	158	38,1	257	61,9	

Nhận xét: Những người không đi học có tỷ lệ mắc tăng huyết áp 37,8% cao hơn so với các nhóm còn lại (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, test χ^2). Theo điều kiện kinh tế, nhóm nghèo có tỷ lệ THA thấp hơn so với nhóm còn lại (28,1% so với 38,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,018$, test χ^2). Không có sự khác biệt về tỷ lệ THA theo nghề nghiệp và tình trạng thẻ BHYT.

Bảng 3. 7. Tăng huyết áp theo tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân/béo phì, hút thuốc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên trước can thiệp

Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n=210)		Không tăng huyết áp (n=390)		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tiền sử gia đình					
Có	65	52,0	60	48,0	2,5 (2,21-2,87)
Không	145	30,5	330	69,5	
Thừa cân/béo phì					
Có	82	44,8	101	55,2	1,8 (1,68-2,34)
Không	128	30,7	289	69,3	
Hút thuốc					
Có	48	33,6	95	66,4	0,9 (0,75-1,24)
Không	162	35,4	295	64,6	

Nhận xét: Tại huyện Văn Yên, kết quả cho thấy tình trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân/béo phì (với $p < 0,05$, test χ^2).

Bảng 3. 8. Tăng huyết áp theo tình trạng uống rượu, ít vận động, ăn mặn tại huyện Văn Yên trước can thiệp

Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n=210)		Không tăng huyết áp (n=390)		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Uống rượu					
Có	52	39,1	81	60,9	1,3 (1,16-1,74)
Không	158	33,8	309	66,2	
Ít vận động					
Có	17	77,3	5	22,7	6,8 (5,74-7,44)
Không	193	33,4	385	66,6	
Ăn mặn					
Có	39	45,3	47	54,7	1,7 (1,52-2,05)
Không	171	33,3	343	66,7	

Nhận xét: Tại huyện Văn Yên, kết quả cho thấy tăng huyết áp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng ít vận động và thói quen ăn mặn của người dân (với $p < 0,05$, test χ^2).

Bảng 3. 9. Tình trạng THA theo đặc điểm tuổi, giới, dân tộc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên trước can thiệp

Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n = 241)		Không tăng huyết áp (n=359)		p - Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi					
Từ 40-49	69	26,9	187	73,1	0,0001 test χ^2
Từ 50-59	80	41,5	113	58,5	
Từ 60-69	52	57,8	38	42,2	
Từ 70 tuổi trở lên	40	65,6	21	34,4	
Giới					
Nam	111	53,1	98	46,9	0,03
Nữ	130	33,3	261	66,7	test χ^2
Dân tộc					
Kinh	44	36,1	78	63,9	0,04 test χ^2
Tày	106	36,7	183	63,3	
Dao	91	47,9	98	52,1	

Nhận xét: Tại huyện Lục Yên, tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu tăng lên theo độ tuổi: 26,9% ở nhóm tuổi 40-49; 41,5% ở nhóm 50-59; 57,8% ở nhóm 60-69 tuổi và 65,6% ở nhóm từ 70 tuổi trở lên (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$, test χ^2).

Theo giới tính: nam giới có tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao hơn so với nữ giới (53,1% so với 33,3%) (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,03$, test χ^2).

Theo dân tộc: người dân tộc Dao có tỷ lệ mắc THA cao hơn so với các nhóm khác ($p=0,04$, test χ^2).

Bảng 3. 10. Tình trạng THA theo đặc điểm trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, BHYT của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên trước can thiệp

Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n = 241)		Không tăng huyết áp (n=359)		p - Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Trình độ học vấn					
Không đi học	75	43,4	98	56,6	0,48 test χ^2
Tiểu học, THCS	16	39,2	248	60,8	
THPT trở lên	6	31,6	13	68,4	
Nghề nghiệp					
CB, CNVC	4	40,0	6	60,0	0,25 test χ^2
Nông dân	229	40,1	342	59,9	
Buôn bán	4	80,0	1	20,0	
Khác	4	28,6	10	71,4	
Thẻ BHYT					
Có	236	40,1	352	59,9	0,92 test χ^2
Không	5	41,7	7	58,3	
Kinh tế					
Hộ nghèo/Cận nghèo	75	40,3	111	59,7	0,96 test χ^2
Bình thường	166	40,1	248	59,9	

Nhận xét: Những người không đi học có tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao hơn so với các nhóm còn lại. Nhìn chung không có sự khác biệt về tỷ lệ THA theo nghề nghiệp, điều kiện kinh tế.

Bảng 3. 11. Tăng huyết áp theo tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân/béo phì, hút thuốc của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên trước can thiệp

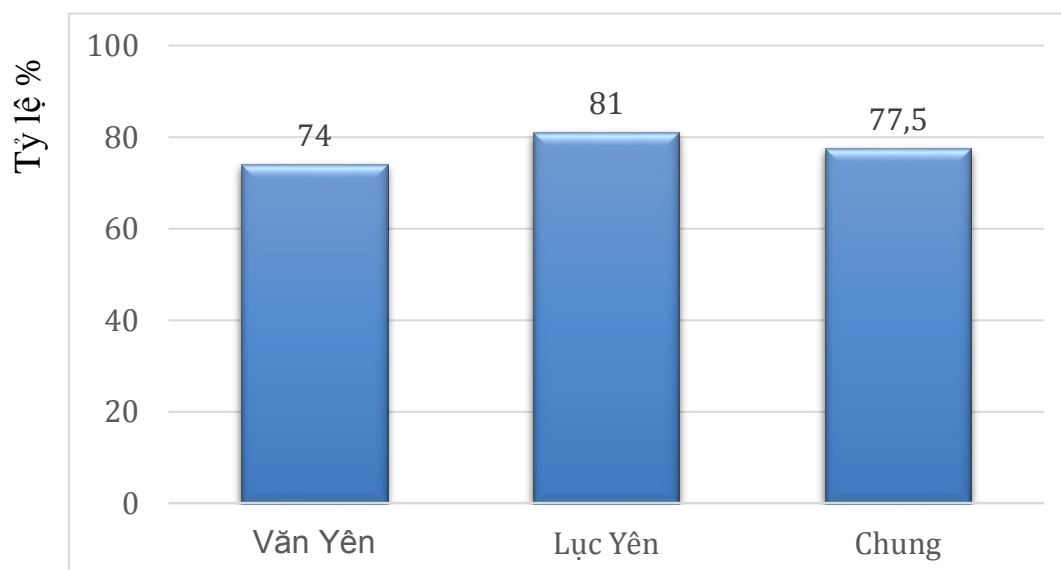
Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n = 241)		Không tăng huyết áp (n=359)		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tiền sử gia đình					
Có	50	46,7	57	53,3	1,4 (1,15-1,77)
Không	191	38,7	302	61,3	
Thừa cân/béo phì					
Có	96	49,5	98	50,5	1,8 (1,35-2,12)
Không	145	35,7	261	64,3	
Hút thuốc					
Có	60	54,1	51	45,9	2,0 (1,88-2,54)
Không	181	37,0	308	63,0	

Nhận xét: Tại huyện Lục Yên, kết quả cho thấy tình trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thừa cân/béo phì, tình trạng hút thuốc (với $p < 0,05$, test χ^2).

Bảng 3. 12. Tăng huyết áp theo tình trạng uống rượu, ít vận động, ăn mặn tại huyện Lục Yên trước can thiệp

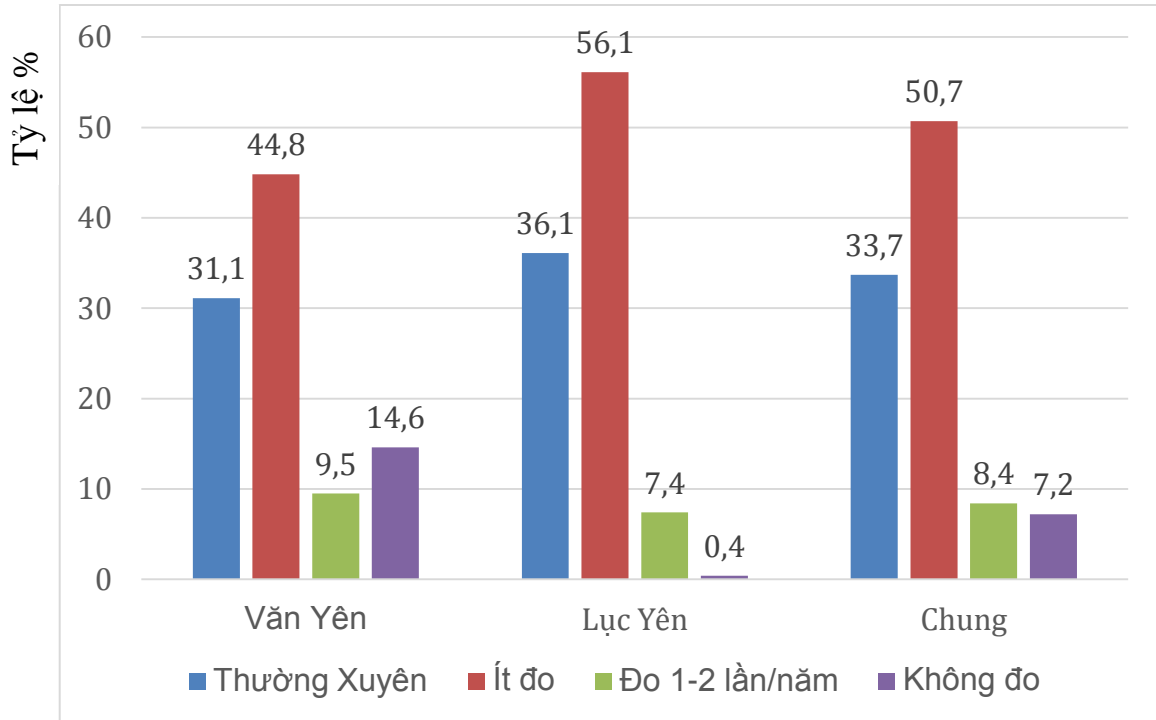
Các đặc trưng	Tăng huyết áp (n = 241)		Không tăng huyết áp (n=359)		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Uống rượu					
Có	74	50,0	74	50,0	1,7 (1,36-1,93)
Không	167	36,9	285	63,1	
Ít vận động					
Có	35	49,3	36	50,7	1,1 (0,74-1,51)
Không	206	47,0	232	53,0	
Ăn mặn					
Có	62	39,5	95	60,5	1,0 (0,84-1,12)
Không	179	40,4	264	59,6	

Nhận xét: Tại huyện Lục Yên, kết quả cho thấy tình trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng uống rượu (với $p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 7. Tỷ lệ người dân từng được đo HA trước can thiệp

Nhận xét: Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ người dân huyện Văn Yên từng được đo HA ở thời điểm năm 2015 là 74% thấp hơn so với huyện Lục Yên với 81% (với $p = 0,004$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 8. Tần suất đo HA của người dân tại 2 huyện trước can thiệp

Nhận xét: Biểu đồ trên cho thấy có khoảng 1/3 người dân đo HA thường xuyên tại cả 2 huyện Văn Yên, Lục Yên. Như vậy còn khoảng 2/3 số người dân còn lại ít đo huyết áp hoặc không được đo huyết áp.

**Bảng 3. 13. Thực trạng phát hiện người bệnh THA tại huyện Văn Yên,
Lục Yên trước can thiệp**

Thông tin	Huyện Văn Yên (Can thiệp)	Huyện Lục Yên (Chứng)	Chung	p – Test			
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng		Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Phát hiện bệnh tăng huyết áp từ khám sàng lọc	Số người trả lời = 138	Số người trả lời = 175	Số người trả lời = 313	0,004 test χ^2			
Có	24	17,4	88		50,3	112	35,8
Không	114	82,6	87		49,7	201	64,2
Phát hiện bệnh tăng huyết áp do khám tăng huyết áp	Số người trả lời = 138	Số người trả lời = 175	Số người trả lời = 313	0,001 test χ^2			
Có	27	19,6	11		6,3	38	12,1
Không	111	80,4	164		93,7	275	87,9
Được tư vấn về tăng huyết áp	Số người trả lời = 138	Số người trả lời = 175	Số người trả lời = 313	0,03 test χ^2			
Có	107	77,6	156		89,1	255	81,5
Không	31	22,4	19		10,9	58	18,5

Nhận xét: Bảng trên cho thấy có dưới 20% người dân huyện Văn Yên phát hiện bệnh THA nhờ khám sàng lọc THA thấp hơn so với huyện Lục Yên là 50,3% (với $p = 0,001$, test χ^2).

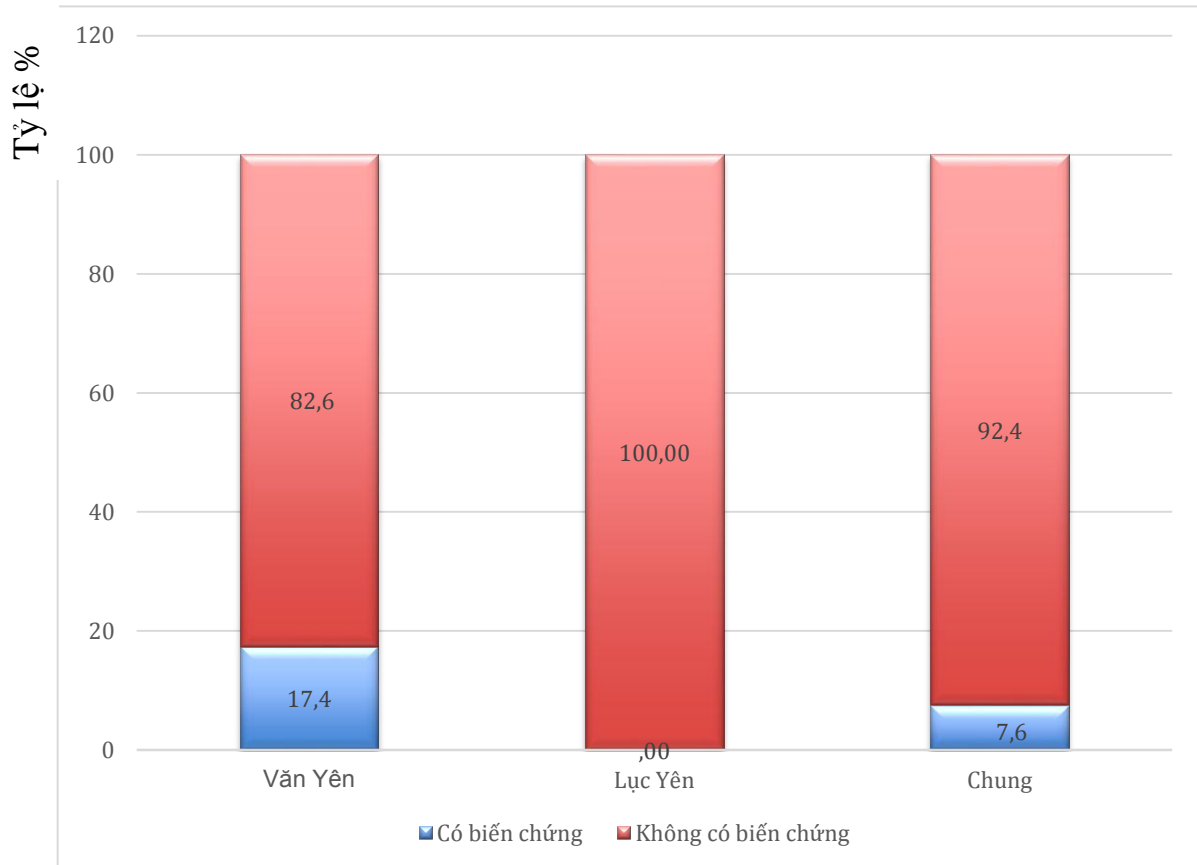
Bảng 3. 14. Thực trạng quản lý người bệnh mắc tăng huyết áp tại huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Thông tin	Huyện Văn Yên (Can thiệp)		Huyện Lục Yên (Chứng)		Chung		p – Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Có hồ sơ quản lý tăng huyết áp	Số người trả lời = 138		Số người trả lời = 175		Số người trả lời = 313		0,005 test χ^2
Có	68	49,5	150	85,7	218	69,6	
Không	70	50,5	7	14,3	77	30,4	
Nơi quản lý	Số người trả lời = 55		Số người trả lời = 150		Số người trả lời = 205		0,006 test χ^2
2. Tuyến huyện	4	7,3	0	0,0	4	2,0	
3. Tuyến xã	41	74,5	142	94,7	156	76,1	
5. Không quản lý	10	18,2	8	2,3	45	21,9	
Phương pháp điều trị	Số người trả lời = 138		Số người trả lời = 175		Số người trả lời = 313		0,16 test χ^2
1. Thay đổi thói quen	7	5,1	3	1,7	10	3,2	
2. Uống thuốc	59	42,7	88	50,3	147	47,0	
3. Kết hợp cả thay đổi thói quen và uống thuốc	72	52,2	84	48,0	156	49,8	
Đảm bảo thuốc điều trị	Số người trả lời = 138		Số người trả lời = 175		Số người trả lời = 313		0,01 test χ^2
1. Đủ	90	78,9	145	93,5	235	87,4	
2. Không đủ	44	17,5	26	3,9	70	9,7	
3. Không có	1	0,9	0	0,0	1	0,4	
4. Không cần	3	2,7	4	2,6	7	2,5	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ người dân không được quản lý THA trước can thiệp tại huyện Văn Yên là 50,5%, con số này cao hơn so với

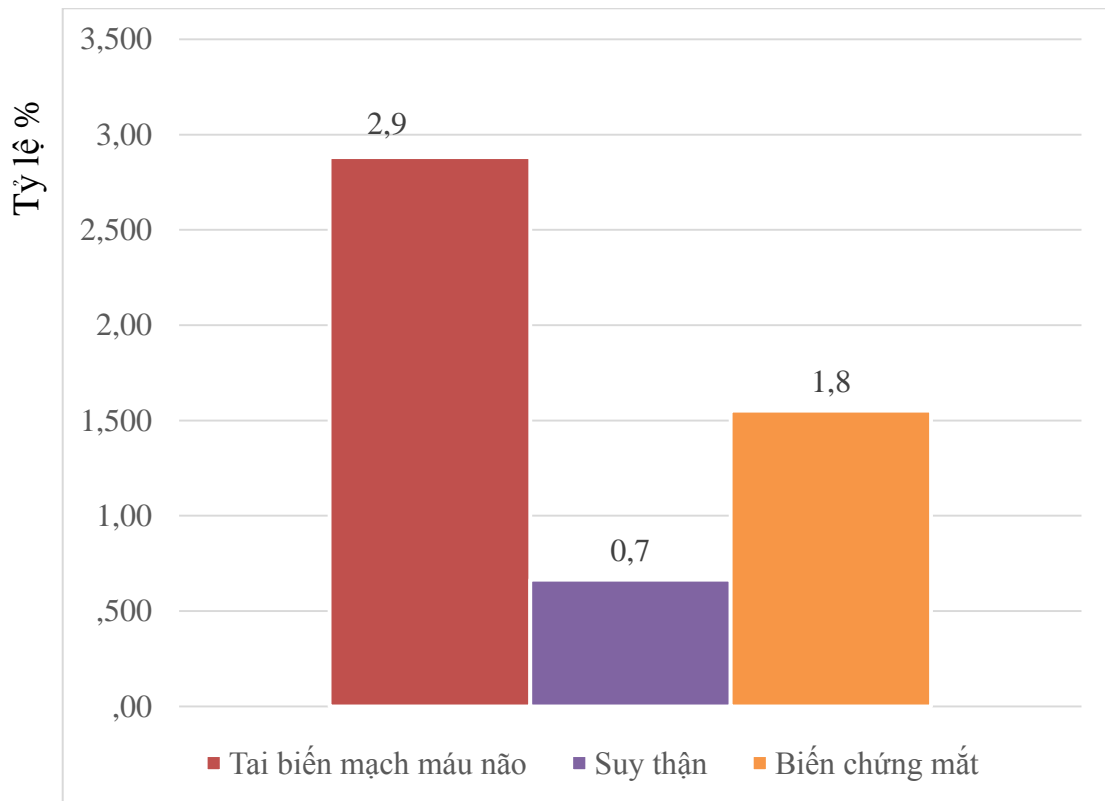
huyện Lục Yên với 14,3% số người được quản lý THA (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$, test χ^2).

Số người cho biết thuốc điều trị THA không đủ tại huyện Văn Yên là 17,5% cao hơn so với huyện Lục Yên là 3,9% (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 9. Tỷ lệ đối tượng có biến chứng THA trước can thiệp tại huyện Văn Yên và Lục Yên

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ người THA bị biến chứng tại huyện Văn Yên là 17,4% cao hơn so với huyện Lục Yên với 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,002$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 10. Các loại tai biến thường gặp trong cộng đồng tại huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Nhận xét: Các loại tai biến phổ biến nhất trong cộng đồng do THA bao gồm: 1) Tai biến mạch máu não với 2,9%, tiếp đến là biến chứng ở mắt với 1,8% và suy thận với 0,7%.

3.1.3. Một số yếu tố liên quan tới bệnh THA, hoạt động quản lý hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên, tỉnh Yên Bái năm 2015

Để xác định ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan tới tình trạng THA, nhóm nghiên cứu áp dụng mô hình hồi quy Logistic đã không chế các yếu tố nhiễu. Biến phụ thuộc trong mô hình là tình trạng tăng huyết áp (có, không). Các biến số độc lập bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, uống rượu, ít vận động, thừa cân/béo phì, tiền sử gia đình có người mắc THA. Bảng 3.14 mô tả các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng tăng huyết áp trước can thiệp của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên.

a. Mô hình hồi quy logistic

Bảng 3. 15. Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp trước can thiệp tại huyện Văn Yên

Các yếu tố liên quan	OR thô	OR hiệu chỉnh	95% CI
Nhóm tuổi			
Từ 40-49	1,00	1,00	
Từ 50-59	3,74	3,62	2,27-5,77*
Từ 60-69	3,25	3,06	1,75-5,32*
Từ 70 tuổi trở lên	5,48	5,19	3,24-11,83*
Giới			
Nam	1,00	1,00	
Nữ	0,82	0,76	0,49-1,17
Dân tộc			
Kinh	1,00	1,00	
Tày	1,42	1,31	1,13-4,83*
Dao	2,84	2,60	1,23-5,51*
Khác (Nùng,...)	1,45	1,24	0,71-2,18
Trình độ học vấn			
Không đi học	1,00	1,00	
Tiểu học, THCS	1,35	1,29	0,71-2,15
THPT trở lên	0,67	0,57	0,23-1,41
Uống rượu			
Không	1,00	1,00	
Có	1,30	1,13	0,75-1,65
Ít vận động			
Không	1,00	1,00	
Có	6,80	5,68	1,89-7,05*
Thừa cân/béo phì			
Không	1,00	1,00	
Có	1,80	2,1	1,40-3,15*
Tiền sử gia đình			
Bình thường	1,00	1,00	
Có người mắc tăng huyết áp	2,50	2,36	1,51-3,69*

* Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1

Nhận xét: Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy nếu các yếu tố trong mô hình không đổi thì xác suất mắc THA của những người từ 50-59 tuổi cao hơn nhóm dưới 50 tuổi 3,62 lần, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê (OR = 3,62, 95%CI: 2,27-5,77). Nhóm 60-69 tuổi có nguy cơ mắc cao hơn nhóm dưới 50 tuổi 3,06 lần, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê (OR = 3,06, 95%CI: 1,75 – 5,32). Nhóm từ 70 tuổi trở lên có nguy cơ mắc cao hơn nhóm dưới 50 tuổi 5,19 lần, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê (OR = 5,19, 95%CI: 3,24 – 11,83). Xem xét theo khía cạnh giới tính, nữ giới có nguy cơ mắc THA thấp hơn 0,76 lần so với nam giới, tuy nhiên mỗi liên quan này không có ý nghĩa thống kê (OR = 0,76, 95%CI: 0,49 – 1,17).

Xét theo dân tộc, kết quả cho thấy người dân tộc Dao, Tày và dân tộc khác có nguy cơ mắc tăng huyết áp cao hơn so với người dân tộc Kinh lần lượt là 2,6 lần, 1,3 lần và 1,2 lần. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê. Về trình độ học vấn, những người có trình độ học vấn từ THPT trở lên có nguy cơ mắc THA thấp hơn 0,57 lần so với những người không đi học, tuy nhiên mỗi liên quan không có ý nghĩa thống kê (OR = 0,57, 95%CI: 0,23 – 1,41). Những người sống trong gia đình có người thân có tiền sử mắc THA có nguy cơ mắc cao hơn 2,36 lần so với những người bình thường, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê (OR = 1,36, 95%CI: 1,51 – 3,69). Kết quả mô hình cho thấy những người ít vận động có nguy cơ mắc THA cao hơn 5,68 lần so với nhóm còn lại, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 5,68, 95%CI: 1,89 – 7,05). Những người thừa cân béo phì có nguy cơ cao hơn những người bình thường 2,1 lần, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 2,1, 95%CI: 1,40 – 3,15).

Bảng 3. 16. Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp trước can thiệp tại huyện Lục Yên

Các yếu tố liên quan	OR thô	OR hiệu chỉnh	95% CI
Nhóm tuổi			
Từ 40-49	1,00	1,00	
Từ 50-59	2,62	2,0	1,33-3,09*
Từ 60-69	4,70	4,4	2,58-7,61*
Từ 70 tuổi trở lên	5,69	5,5	2,89-10,46*
Giới			
Nam	1,00	1,00	
Nữ	0,70	0,42	0,24-0,74*
Dân tộc			
Kinh	1,00	1,00	
Tày	1,37	1,04	0,63-1,71
Dao	1,83	1,3	0,76-2,26
Khác (Nùng,...)	1,34	1,1	0,54-1,47
Trình độ học vấn			
Không đi học	1,00	1,00	
Tiểu học, THCS	0,94	0,79	0,52-1,21
THPT trở lên	0,65	0,50	0,16-1,58
Uống rượu			
Không	1,00	1,00	
Có	1,70	1,51	0,54-1,90
Ít vận động			
Không	1,00	1,00	
Có	1,10	1,12	1,10-3,33*
Thừa cân/béo phì			
Không	1,00	0,00	
Có	1,80	1,73	1,37-3,33*
Tiền sử gia đình			
Bình thường	1,00	1,00	
Có người mắc tăng huyết áp	1,40	1,29	1,06-2,69*

* Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1

Nhận xét: Bảng trên mô tả các yếu tố liên quan có ảnh hưởng đến tình trạng tăng huyết áp trước can thiệp của đối tượng nghiên cứu tại huyện Lục Yên

Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy nếu các yếu tố trong mô hình không đổi thì xác suất mắc THA của những người từ 50-59 tuổi cao hơn nhóm dưới 50 tuổi 2,0 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR = 2,0, 95%CI: 1,33-3,09). Nhóm 60-69 tuổi có nguy cơ mắc cao hơn nhóm dưới 50 tuổi 4,4 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR = 4,4, 95%CI: 2,58-7,61). Nhóm từ 70 tuổi trở lên có nguy cơ mắc cao hơn nhóm dưới 50 tuổi 5,5 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 5,96, 95%CI: 2,89-10,46). Xem xét theo khía cạnh giới tính, nữ giới có nguy cơ mắc THA thấp hơn 0,42 lần so với nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 0,42, 95%CI: 0,24-0,74). Những người sống trong gia đình có người thân có tiền sử mắc THA có nguy cơ mắc cao hơn 1,69 lần so với những người bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 1,69, 95%CI: 1,06 – 2,69).

Kết quả mô hình cho thấy những người ít vận động có nguy cơ mắc THA cao hơn 1,12 lần so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 1,12, 95%CI: 1,10 - 3,33). Những người thừa cân béo phì có nguy cơ cao hơn những người bình thường 1,73 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 1,73, 95%CI: 1,37 – 3,33).

Các yếu tố khác chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan với tình trạng mắc bệnh THA bao gồm: dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng uống rượu.

b. Đánh giá về công tác quản lý, điều trị cho người bệnh THA từ phía cán bộ y tế

Nhằm tìm hiểu sâu hơn về những yếu tố khác có ảnh hưởng tới tình trạng THA của người dân trong cộng đồng, chúng tôi đã thực hiện khảo sát định tính thông qua phỏng vấn các cán bộ y tế tuyến xã, huyện của 2 huyện Văn Yên và Lục Yên. Tổng số có 52 cán bộ y tế tham gia điền phiếu điều tra.

Cán bộ y tế tham gia khảo sát đánh giá bao gồm những cán bộ y tế phụ trách chương trình phòng chống tăng huyết áp tuyến tỉnh, huyện, xã và nhân viên y tế thôn bản của 06 xã thuộc 2 huyện Văn Yên và Lục Yên.

Lãnh đạo trung tâm y tế mỗi huyện; 01 cán bộ phụ trách chương trình phòng chống bệnh tăng huyết áp (2 người x 2 huyện = 4 người); Trưởng trạm, phó trạm và cán bộ trạm phụ trách chương trình phòng chống bệnh tăng huyết áp (3 người x 6 xã = 18 người); 5 nhân viên y tế thôn bản/1 xã (5 người x 6 xã = 30 người).

Nội dung phỏng vấn tập trung vào chủ đề: 1) Những yếu tố ảnh hưởng tới công tác quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng và 2) Đề xuất những giải pháp nhằm quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng tốt hơn.

Bảng 3. 17. Đánh giá của cán bộ y tế về một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng tăng huyết áp của người dân và công tác quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng của huyện Văn Yên và huyện Lục Yên năm 2015

Nội dung	Văn Yên n = 26		Lục Yên n = 26		Chung n= 52		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Kiến thức, thái độ, thực hành người bệnh chưa tốt	25	96,2	26	100	51	98,1	0,08 test χ^2
Người dân được tư vấn ít hoặc chưa được tư vấn	23	88,5	12	46,2	35	67,3	
Người bệnh và gia đình chưa quan tâm	21	80,8	10	38,5	31	59,6	
Chính sách Bảo hiểm y tế	21	80,8	23	88,5	44	84,6	
Nhân lực y tế	15	57,7	23	88,5	38	73,1	
Thời gian điều trị	8	30,8	22	84,6	30	57,7	

Nhận xét: Qua bảng tổng hợp kết quả cho thấy các yếu tố đưa ra đều ảnh hưởng đến việc quản lý điều trị tăng huyết áp, trong đó: Yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh tăng huyết áp là yếu tố có ảnh hưởng đến quản lý điều trị tăng huyết áp được lựa chọn nhiều nhất. Không có sự khác biệt ở 2 huyện điều tra (0,08, test χ^2).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy hoạt động quản lý, điều trị người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng còn một số bất cập được trình bày trong các nội dung dưới đây.

Kết quả phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm các cán bộ y tế địa phương đều có quan điểm thống nhất rằng kiến thức, thái độ và thực hành của người dân tại địa phương có ảnh hưởng nhiều tới tình trạng tăng huyết áp. Người dân chưa quan tâm tới bệnh tăng huyết áp, chưa hiểu về những ảnh hưởng của bệnh tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống.

“Hầu như người dân tiếp cận khá khó là bởi vì hầu như họ đều phải đi làm, họ chưa hiểu hết về bệnh. Vì vậy hoạt động tư vấn cũng gặp nhiều khó khăn vì nhiều khi người ta bận, người ta còn chả tiếp mình.”

(PVS - cán bộ TYT huyện Văn Yên).

“Nhận thức thấp do người dân tộc, họ chưa thực sự quan tâm, nhận thức ít, nhiều khi tuyên truyền mười phần thì họ chỉ nhớ được tới ba phần thôi là tốt rồi. Nhiều nhà đấy, vừa mới nói xong là hôm sau hỏi lại chả nhớ gì đâu”.

(PVS cán bộ TYT huyện Lục Yên)

Về nguồn nhân lực phục vụ hoạt động quản lý, điều trị THA tại tuyến xã còn thiếu về số lượng, thời gian và chuyên môn.

“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. 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 bệnh không lây nhiễm nói chung.”

(PVS lãnh đạo BV tỉnh)

Bên cạnh đó, qua thảo luận nhóm với các cán bộ y tế địa phương, chúng tôi thấy rằng 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 dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm nguồn kinh phí hoạt động còn chưa ổn định qua các năm”.

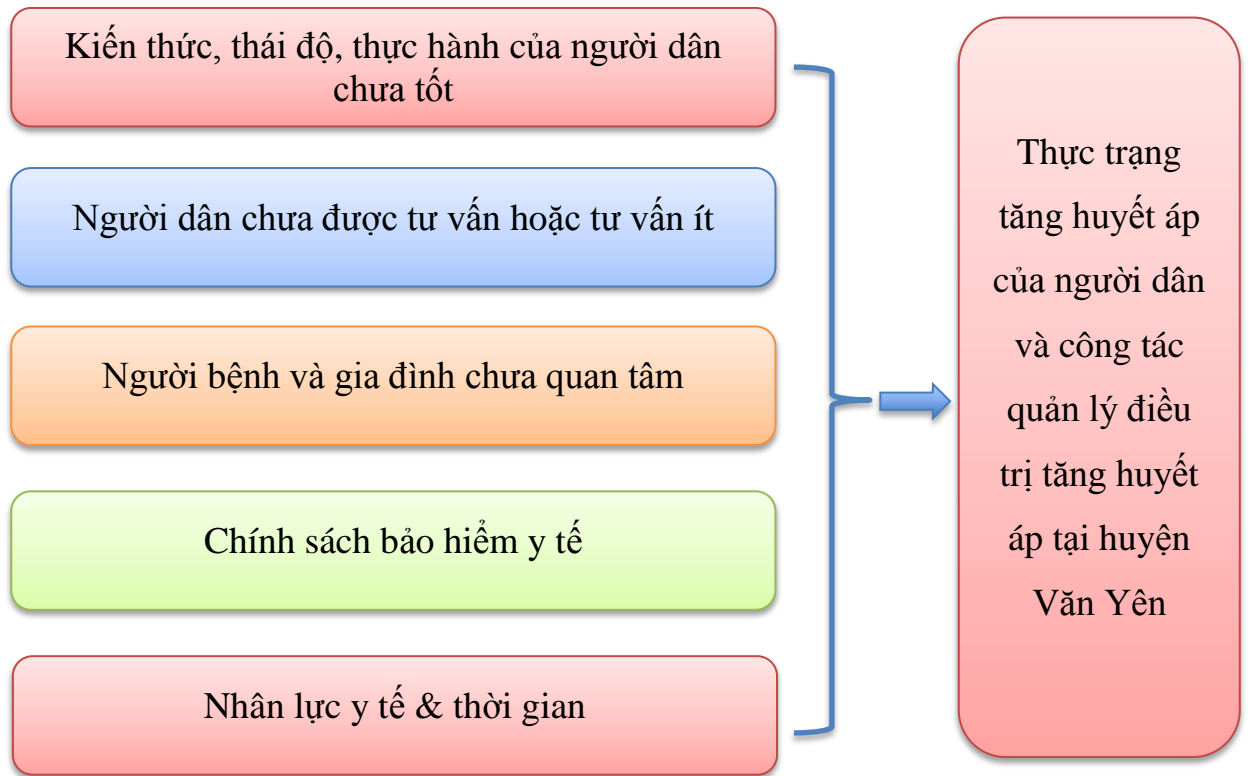
(TLN cán bộ TTYT huyện Văn Yên)

Và đặc biệt, qua thảo luận, trao đổi chúng tôi thấy rằng hiện các địa phương còn chưa có cơ chế, mô hình quản lý đảm bảo tính liên thông, liên tục, kết nối thông suốt giữa cơ sở y tế tuyến xã – huyện – tỉnh đối với người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng.

“Tăng huyết áp là bệnh mạn tính, khi mắc bệnh cần phải được quản lý, điều trị liên tục và lâu dài. Tuy nhiên, hiện tại, các dịch vụ y tế tuyến y tế cơ sở mới phù hợp để giải quyết các bệnh cấp tính, bệnh truyền nhiễm. Việc cung ứng dịch vụ quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp 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 y tế cơ sở chưa cao trong việc đáp ứng với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của các nhóm đối tượng người dân tại cộng đồng. Nguyên nhân chính là do 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 bệnh không lây nhiễm nói chung và tăng huyết áp nói riêng... Chưa có cơ chế phù hợp để thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tại gia đình và cộng đồng”

(PVS - Lãnh đạo Sở Y tế).

Các kết quả trên cho thấy cần phải xây dựng một mô hình quản lý, điều trị tăng huyết áp cho người dân tại cộng đồng để đảm bảo duy trì tính bền vững, kế tiếp của Dự án phòng chống Tăng huyết áp quốc gia trên địa bàn tỉnh Yên Bái.



Hình 3. 1. Tổng hợp ý kiến của cán bộ y tế về các yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng tăng huyết áp của người dân và công tác quản lý điều trị tăng huyết áp tại huyện Văn Yên

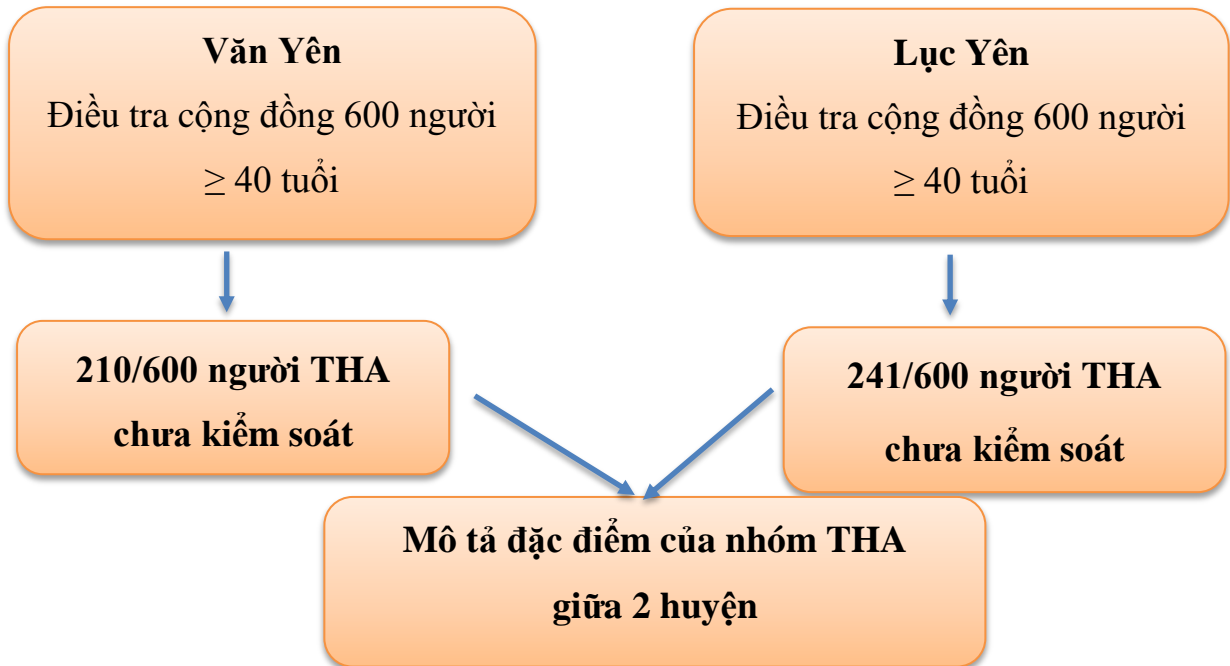
Nhận xét: Kết quả cho thấy tại huyện Văn Yên, theo ý kiến các cán bộ y tế thì những yếu tố chính ảnh hưởng tới thực trạng tăng huyết áp của người dân và công tác quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng bao gồm: i) Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân; ii) Người dân chưa được tư vấn hoặc được tư vấn ít; iii) Người bệnh và gia đình chưa quan tâm; iiiii) Chính sách bảo hiểm y tế.

Từ các kết quả nghiên cứu khảo sát ban đầu, chúng tôi đã xác định được thực trạng và các yếu tố liên quan tới tăng huyết áp của người dân cũng như công tác quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng tại huyện Văn Yên.

Từ đó, chúng tôi đã xây dựng mô hình “**Liên kết y tế quản lý, điều trị tăng huyết áp**”. Các hoạt động can thiệp được thực hiện trong 2 năm 2016 và 2017.

3.1.4. Đặc điểm nhân khẩu học, nhân trắc, thói quen của nhóm chưa kiểm soát huyết áp tại 2 huyện Văn Yên, Lục Yên trước can thiệp

Như đã trình bày tại Bảng 3.5, số người mắc THA trước can thiệp tại 2 huyện Văn Yên và Lục Yên tương ứng là 210 và 241 người. Trong phần này chúng tôi sẽ mô tả đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố liên quan tới THA của nhóm đối tượng này.



Hình 3. 2. Sơ đồ tóm tắt mô tả đặc điểm nhóm THA giữa 2 huyện can thiệp và và không can thiệp

Bảng 3. 18. Đặc điểm nhân trắc, thói quen của nhóm đối tượng THA tham gia nghiên cứu trước can thiệp

Các đặc trưng của nhóm THA	Nhóm THA tại Văn Yên (n=210)		Nhóm THA tại Lục Yên (n=241)		p test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tiền sử gia đình					
Có	65	52,0	50	46,7	0,2
Không	145	30,5	191	38,7	test χ^2
Tình trạng BMI					
Thừa cân/béo phì	82	44,8	96	49,5	0,47
Bình thường	128	30,7	145	35,7	test χ^2
Hút thuốc					
Có	48	33,6	60	54,1	0,34
Không	162	35,4	181	37,0	test χ^2
Uống rượu					
Có	52	39,1	74	50,0	0,09
Không	158	33,8	167	36,9	test χ^2
Ít vận động					
Có	17	77,3	35	49,3	0,02
Không	193	33,4	206	47,0	test χ^2
Ăn mặn					
Có	39	45,3	62	39,5	0,04
Không	171	33,3	179	40,4	test χ^2

Nhận xét: Đối tượng chưa kiểm soát THA của 2 huyện không có sự khác biệt về tiền sử gia đình, tình trạng hút thuốc, tình trạng uống rượu, tình trạng thừa cân béo phì. Tuy nhiên, có sự khác biệt về tình trạng ít vận động và tình trạng ăn mặn ($p < 0,05$, test χ^2).

Bảng 3. 19. Phân bố mức độ THA của nhóm tăng huyết áp trước can thiệp của 2 huyện Văn Yên và Lục Yên

Phân bố mức độ của nhóm chưa kiểm soát THA	Văn Yên (n = 210)		Lục Yên (n=241)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổng số mắc THA	210	100	241	100
Độ I	102	48,6	126	52,3
Độ II	69	32,9	92	38,2
Độ III	39	18,6	23	9,5

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng thường mắc THA độ I chiếm phổ biến, con số này ở huyện Văn Yên là 48,6%, tại huyện Lục Yên là 52,3%. THA độ II và độ III chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3. 20. Huyết áp trung bình của nhóm chưa kiểm soát THA tại huyện Văn Yên trước can thiệp

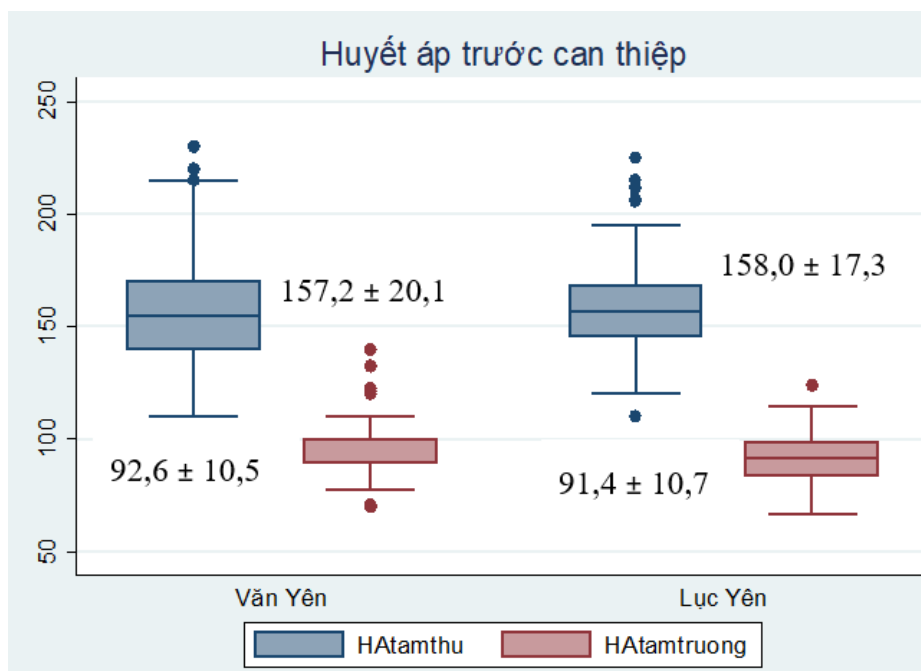
Huyện Văn Yên	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)	
	Số lượng	TB±SD	Số lượng	TB±SD
Có tăng huyết áp	210	157,2±20,1	241	92,6±10,5
THA độ I	102	141,4±8,3	102	87,3±5,4
THA độ II	69	162,9 ± 5,8	69	93,2±7,6
THA độ III	39	188,7± 15,5	39	106,2±12,9

Nhận xét: Chỉ số HA tâm thu và tâm trương của người chưa kiểm soát THA nói chung là là 157,2±10,1 mmHg và 92,6±10,6 mmHg.

Bảng 3. 21. Huyết áp trung bình của nhóm tăng huyết áp huyện Lục Yên trước can thiệp

Huyện Lục Yên	HA tâm thu		HA tâm trương	
	Số lượng	TB±SD	Số lượng	TB±SD
Có tăng huyết áp	241	158,0±17,3	241	91,4±10,7
THA độ I	126	145,6±9,5	126	87,5±9,4
THA độ II	92	166,7±6,0	92	94,5±9,8
THA độ III	23	191,1±15,5	23	100,8±11,6

Nhận xét: Chỉ số HA tâm thu và tâm trương của người chưa kiểm soát THA nói chung tại huyện Lục Yên là 158,0±17,3 mmHg và 91,4±10,7 mmHg.



Biểu đồ 3. 11. Huyết áp trung bình của nhóm chưa kiểm soát tăng huyết áp tại huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy giá trị huyết áp trung bình của những người chưa kiểm soát THA tại 2 huyện Văn Yên và Lục Yên trước can thiệp không có sự khác biệt giữa 2 huyện ($p > 0,05$, Mann-Whitney test).

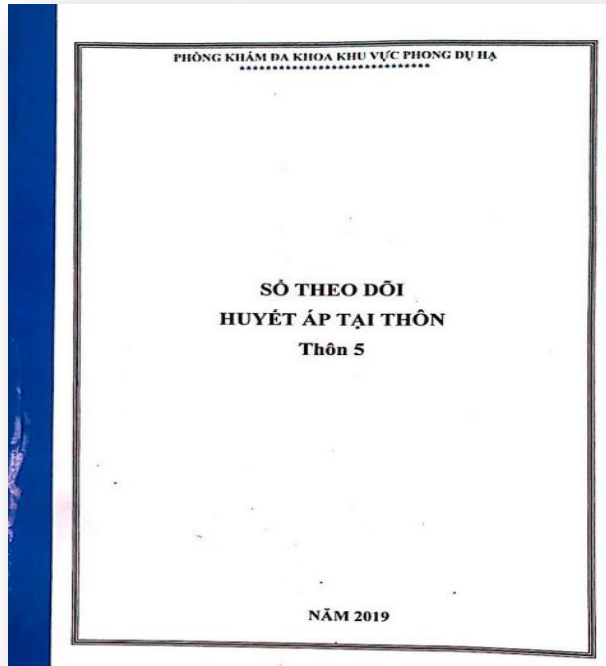
3.2. Hiệu quả mô hình can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái

3.2.1. Kết quả cung cấp máy đo huyết áp, cung cấp sổ theo dõi HA cho nhân viên y tế thôn bản

- Tại mỗi xã can thiệp đã được trang bị 5 máy đo huyết áp kế đồng hồ mã ALPK2 của Nhật Bản



- Nhân viên Y tế thôn bản của các xã can thiệp được cung cấp sổ theo dõi THA cho người dân trên địa bàn quản lý



THEO DÕI HUYẾT ÁP TẠI THÔN						
STT	Họ và tên	Giới tính	Ngày, tháng, năm sinh	Tháng 5/2019		Hướng điều trị
				Chỉ số huyết áp tuần 1	Chỉ số huyết áp tuần 4	
	HÀ THỊ PHONG	Nữ	01/12/1966	134/80	134/80	tiếp tục, duy trì
	HÀ VĂN AU	Nam	07/07/1934	155/70	154/80	tiếp tục, duy trì
	HÀ VĂN NGAN	Nam	19/02/1959	150/80	134/80	tiếp tục, duy trì
	HÀ VĂN OANH	Nam	12/08/1974	120/80	120/80	ăn uống nghỉ ngơi
	HOÀNG THỊ YÊN	Nữ	10/01/1972	120/80	120/80	ăn uống nghỉ ngơi
	LÔ THỊ NHƯỢNG	Nữ	20/05/1965	120/80	120/80	tiếp tục, ăn uống
	LÔ THỊ SƯƠNG	Nữ	20/07/1972	160/90	160/90	tiếp tục duy trì
Thay thế theo dõi tăng huyết áp						
	Hà Thanh Ngọc	Nam	1952	134/90	134/90	tiếp tục duy trì
	Hà Văn Ân	Nam	1940	120/80	120/80	tiếp tục, duy trì
	Lương Thị Tuyền	Nữ	1960	150/90	150/90	tiếp tục, duy trì

3.2.2. Kết quả tổ chức tập huấn

Nhóm thực hiện đề tài đã phối hợp với Bệnh viện đa khoa tỉnh tổ chức được các lớp tập huấn như sau:

Bảng 3. 22. Số lượng cán bộ y tế tại Trung tâm Y tế huyện Văn Yên được BVĐK tỉnh tập huấn về “Mô hình liên kết y tế trong quản lý điều trị tăng huyết áp”.

Đối tượng tập huấn	Số lượng	Số lớp
Lãnh đạo Trung tâm Y tế	17	1 lớp tháng 4 năm 2016
Khoa Hồi sức cấp cứu		
Khoa Khám bệnh		
Khoa Nội		
Cán bộ TYT xã 1	5	
Cán bộ TYT xã 2	5	
Cán bộ TYT xã 3	5	
Tổng cộng	32	

Nhận xét: Tổng số có 17 cán bộ tại huyện Văn Yên được tập huấn về “Mô hình liên kết y tế trong quản lý, điều trị tăng huyết áp”. Các cán bộ được tập huấn bao gồm: Lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện, Bác sĩ khoa hồi sức cấp cứu, Bác sĩ khoa Khám bệnh, Bác sĩ khoa Nội và 15 cán bộ trạm y tế thuộc 3 xã can thiệp.

Bảng 3. 23. Số lượng cán bộ y tế tại Trung tâm Y tế huyện Văn Yên được BVĐK tỉnh tập huấn về “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp”.

Đối tượng tập huấn	Số lượng học viên	Số lớp	Giảng viên	Địa điểm
Bác sĩ khoa Khám Bệnh	10	1 lớp năm 2016 và 1 lớp tháng 5 năm 2017	Cán bộ BVĐK tỉnh	Hội trường TTYT huyện Văn Yên
Bác sĩ khoa Nội				
Cán bộ TYT xã Quang Minh	5			
Cán bộ TYT xã Đại Phác	5			
Cán bộ TYT xã Phong Dụ Hạ	5			
Tổng cộng	25			

Nhận xét: Tổng số có 25 cán bộ được tham dự lớp tập huấn về chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp trong năm 2016 và năm 2017. Đối tượng tham dự

tập huấn bao gồm: 10 bác sĩ tại Trung tâm y tế tuyến huyện đang làm việc tại khoa Khám bệnh và khoa Nội, 15 cán bộ tại TYT 3 xã can thiệp.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy cán bộ y tế các xã được tham dự tập huấn đầy đủ về cách đo huyết áp, cách chẩn đoán bệnh cho người dân tại cộng đồng, cách tư vấn điều trị cho người dân bằng phương pháp không dùng thuốc.

“Chúng tôi được tập huấn về cách đo huyết áp, làm thế nào để phát hiện được người dân mắc bệnh, chẩn đoán và điều trị cho người dân như thế nào. Ngoài ra chúng tôi cũng được tập huấn về tư vấn cho người dân cách điều trị bệnh không dùng thuốc, thay đổi lối sống có lợi cho người bệnh tăng huyết áp.

(PVS cán bộ TYT xã 1 huyện Văn Yên.).

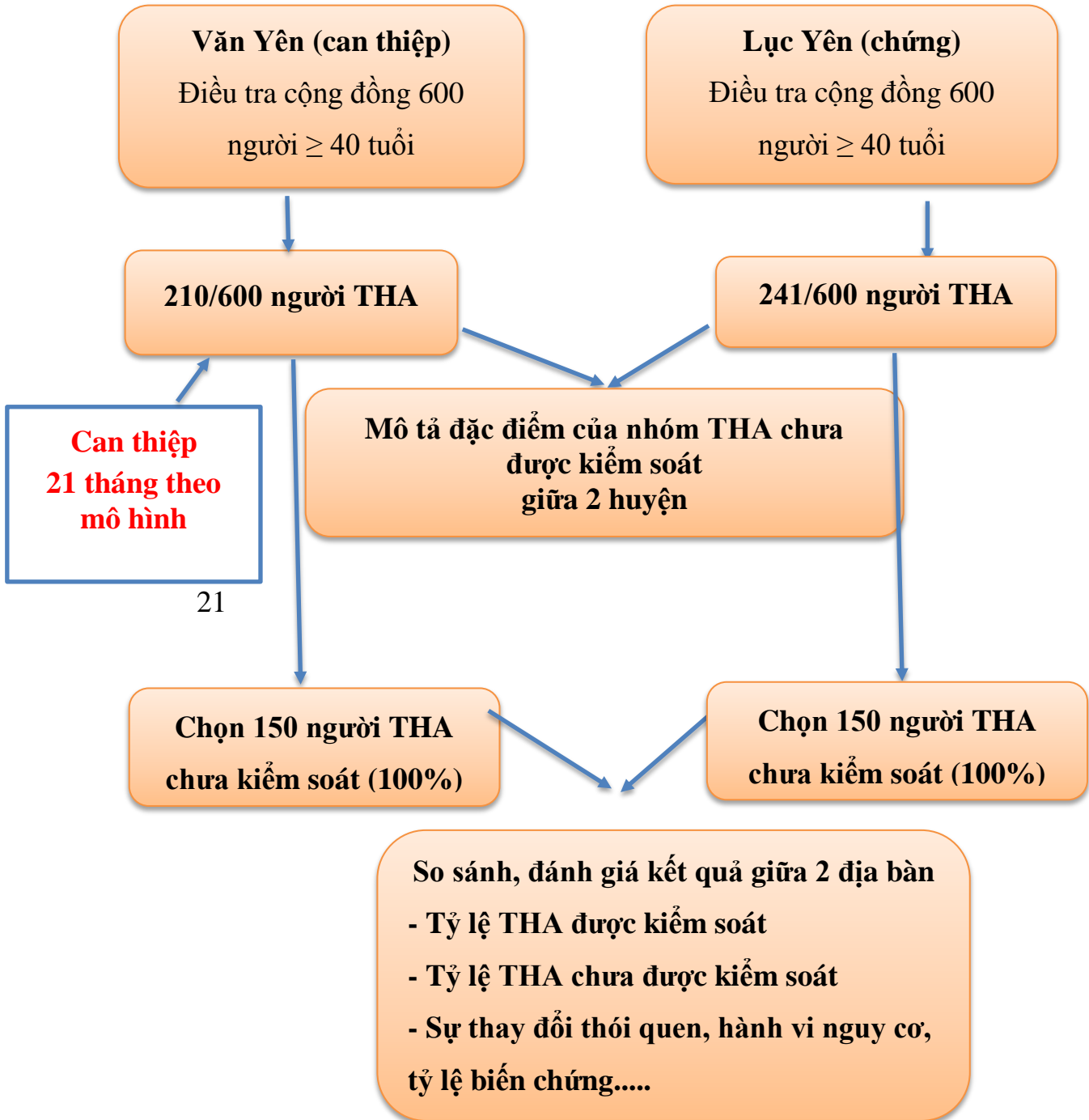
Bảng 3. 24. Số lượng cán bộ y tế thôn bản tại huyện Văn Yên được tập huấn về cách đo huyết áp và theo dõi ghi chép sổ quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng

Xã	Số lượng	Số lớp
Cán bộ TYT xã Quang Minh	25	2 lớp năm 2016 2 lớp năm 2017
Cán bộ TYT xã Đại Phác	32	
Cán bộ TYT xã Phong Dụ Hạ	19	
Tổng cộng	76	

Nhận xét: Tổng số có 76 nhân viên y tế thôn bản được tham gia tập huấn về cách đo huyết áp và theo dõi ghi chép sổ quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng.

3.2.3. Thông tin chung về đối tượng THA chưa kiểm soát tham gia nghiên cứu sau can thiệp

Tại mỗi huyện, có 150 người tăng huyết áp chưa kiểm soát được theo dõi trong 21 tháng. Tương ứng với tỷ lệ đối tượng chưa kiểm soát được huyết áp tại mỗi huyện trước can thiệp là 100%.



Sơ đồ 3.1. Sơ đồ tóm tắt thực hiện nghiên cứu

Bảng 3. 25. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sau can thiệp

Đặc điểm	Huyện Văn Yên (Can thiệp) n=150		Huyện Lục Yên (Chứng) n=150		Chung n = 300		p - Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi							
Từ 40-49	28	18,7	17	11,3	45	15,0	0,34 test χ^2
Từ 50-59	55	36,7	57	38,0	112	37,3	
Từ 60-69	39	26,0	46	30,7	85	28,3	
Từ 70 tuổi trở lên	28	18,6	30	20,0	58	19,4	
Giới							
Nam	68	45,3	69	46,0	137	45,7	0,91 test χ^2
Nữ	82	54,7	81	54,0	163	54,3	
Dân tộc							
Kinh	13	8,7	21	14,0	34	11,3	0,38 test χ^2
Tày	64	42,7	68	45,3	132	44,0	
Dao	59	39,3	49	32,7	108	36,0	
Khác (Nùng,...)	14	9,3	12	8,0	26	8,7	

Nhận xét: Bảng trên cho thấy giữa 2 huyện không có sự khác biệt về độ tuổi, giới tính, dân tộc của đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn sau can thiệp.

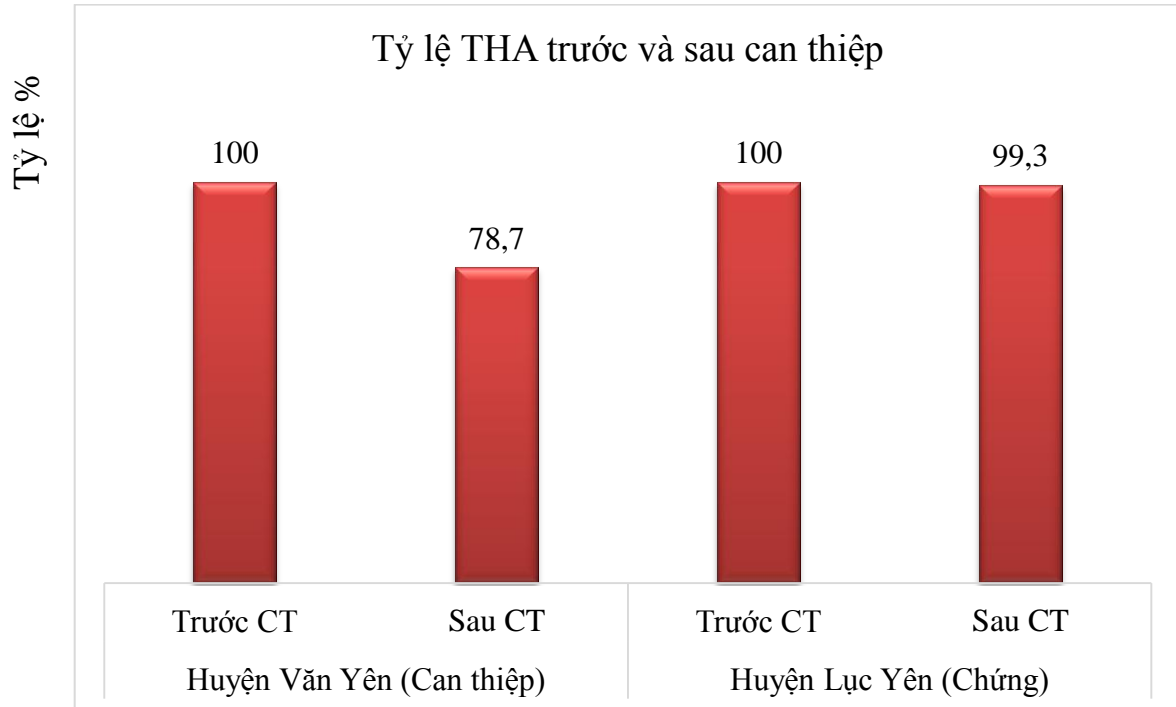
Bảng 3. 26. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sau can thiệp

Đặc điểm	Huyện Văn Yên (Can thiệp) n=150		Huyện Lục Yên (Chứng) n=150		Chung n = 300		p - Test
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Trình độ học vấn							
Không đi học	41	27,3	27	18,0	68	22,7	0,15 test χ^2
THCS, Tiểu học	103	68,7	115	76,7	218	72,7	
THPT trở lên	6	4,0	8	5,3	14	4,7	
Nghề nghiệp							
CB, CNVC	6	4,0	4	2,7	10	3,3	0,58 test χ^2
Nông dân	131	87,4	134	89,3	265	88,4	
Buôn bán	5	3,3	2	1,3	7	2,3	
Khác	8	5,3	10	6,7	18	6,0	
Thẻ BHYT							
Có	148	98,7	137	91,3	285	95,0	0,04 test χ^2
Không	2	1,3	13	8,7	15	5,0	
Kinh tế							
Hộ nghèo/Cận nghèo	46	30,7	37	24,7	83	27,7	0,24 test χ^2
Bình thường	104	69,3	113	75,3	217	72,3	

Nhận xét: Bảng trên cho thấy giữa 2 huyện không có sự khác biệt về trình độ học vấn, nghề nghiệp và điều kiện kinh tế. Tuy nhiên, tỷ lệ đối tượng có BHYT của huyện Văn Yên có cao hơn so với huyện Lục Yên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$, test χ^2).

3.2.4. Hiệu quả can thiệp đến tình trạng tăng huyết áp của đối tượng sau can thiệp

3.2.4.1. Sự thay đổi về tình trạng huyết áp



Biểu đồ 3. 12. So sánh tỷ lệ người bệnh chưa đạt huyết áp mục tiêu tại huyện Văn Yên, Lục Yên trước và sau can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ chưa đạt huyết áp mục tiêu tại huyện Văn Yên sau can thiệp giảm từ 100% xuống còn 78,7% (giảm 21,3%) mức giảm này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Hay nói cách khác, tỷ lệ người đạt huyết áp mục tiêu của huyện Văn Yên tăng từ 0% lên 21,3%.

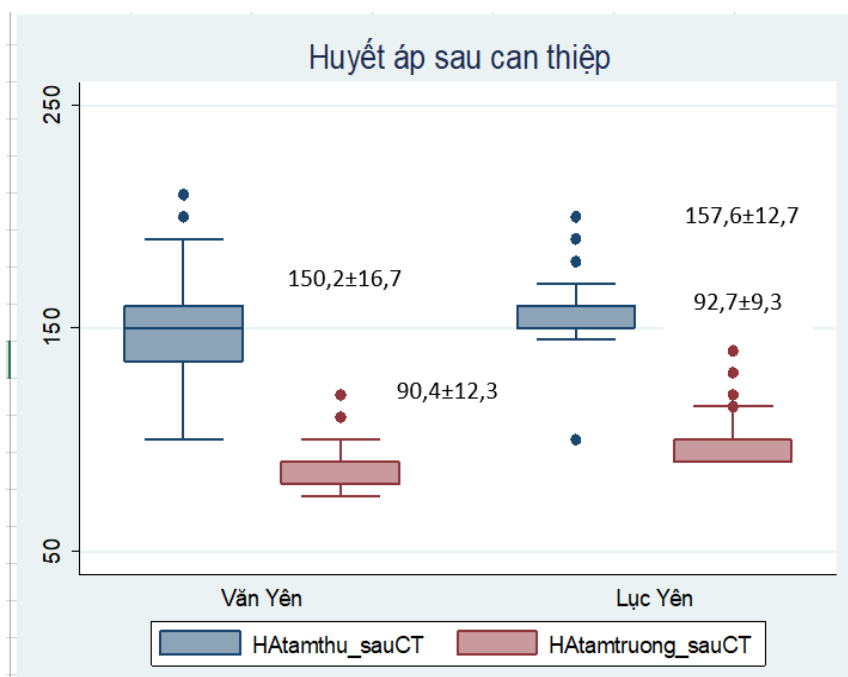
Huyện Lục Yên có số người chưa đạt huyết áp mục tiêu giảm từ 100% xuống còn 99,3% (giảm 0,7% số người chưa đạt huyết áp mục tiêu). Hay nói cách khác tỷ lệ người đạt huyết áp mục tiêu của huyện Lục Yên tăng từ 0% lên 0,7%.

Bảng 3. 27. Phân bố mức độ chưa đạt huyết áp mục tiêu tại huyện Văn Yên và Lục Yên sau can thiệp

Phân bố	Huyện Văn Yên (can thiệp) n = 150		Huyện Lục Yên (chứng) n = 150	
	Tỷ lệ trước can thiệp	Tỷ lệ sau can thiệp	Tỷ lệ trước can thiệp	Tỷ lệ sau can thiệp
Không THA	0%	21,3%	0	0,7%
Độ I	48,6%	43,3%	52,3%	62,7%
Độ II	32,9%	15,3%	38,2%	18%
Độ III	18,6%	20,1%	9,5%	18,6%

Nhận xét: Tỷ lệ người đạt huyết áp mục tiêu tại huyện Văn Yên tăng từ 0% lên 21,3%, tỷ lệ người mắc THA độ II giảm đáng kể từ 32,9% xuống còn 15,3%. Tuy nhiên tỷ lệ THA độ III có xu hướng tăng nhẹ từ 18,6% lên 20%.

Trái lại, tại huyện Lục Yên, tỷ lệ người đạt huyết áp mục tiêu tăng rất ít với 0,7%. Số người THA độ III tăng lên từ 9,5% lên 18,6%.



Biểu đồ 3. 13. Giá trị trung bình huyết áp tâm thu và tâm trương của đối tượng nghiên cứu tại 2 huyện Văn Yên, Lục Yên sau can thiệp

Nhận xét: Sau can thiệp, huyết áp tâm thu trung bình của đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên là $150,2 \pm 16,7$ mmHg thấp hơn so với huyện Lục Yên với giá trị trung bình là $157,6 \pm 12,7$ mmHg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,04$, Mann-Whitney test).

Huyết áp tâm trương của huyện Văn Yên thấp hơn huyện Lục Yên, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,8$, Mann-Whitney test).

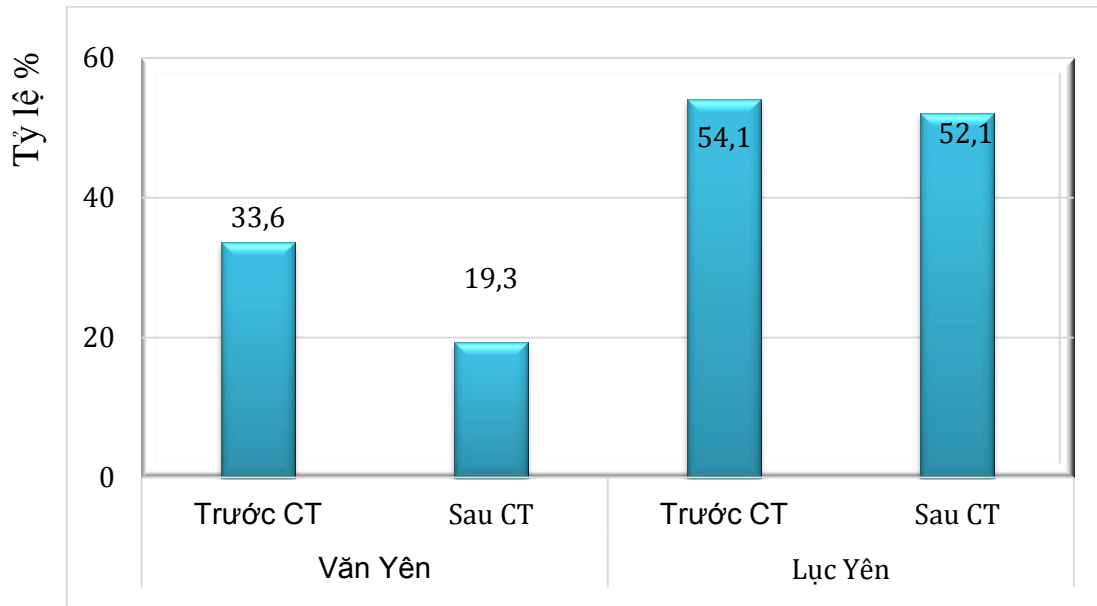
Bảng 3. 28. So sánh giá trị huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương của đối tượng nghiên cứu tại 2 huyện Văn Yên, Lục Yên trước và sau can thiệp

Huyết áp trung bình	Văn Yên (Can thiệp)		Lục Yên (Chứng)	
	Trước can thiệp (n=210)	Sau can thiệp (n=150)	Trước can thiệp (n=241)	Sau can thiệp (n=150)
Huyết áp tâm thu (mmHg)	$157,2 \pm 20,1$	$150,2 \pm 16,7$	$158,0 \pm 17,3$	$157,6 \pm 12,7$
	$\Delta = - 7,0$ mmHg $p < 0,05$, Mann-Whitney test		$\Delta = - 0,4$ mmHg $p > 0,05$, Mann-Whitney test	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	$92,6 \pm 10,5$	$90,4 \pm 12,3$	$91,4 \pm 10,7$	$92,7 \pm 9,3$
	$\Delta = - 1,8$ mmHg $p > 0,05$, Mann-Whitney test		$\Delta = + 1,3$ mmHg $p > 0,05$, Mann-Whitney test	

Nhận xét: Tại huyện Văn Yên, huyết áp tâm thu giảm từ $157,2$ mmHg xuống còn $150,2$ mmHg (giảm 7 mmHg), huyết áp tâm trương giảm từ $92,6$ mmHg xuống còn $91,4$ mmHg (giảm $2,2$ mmHg), sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, Mann-Whitney test).

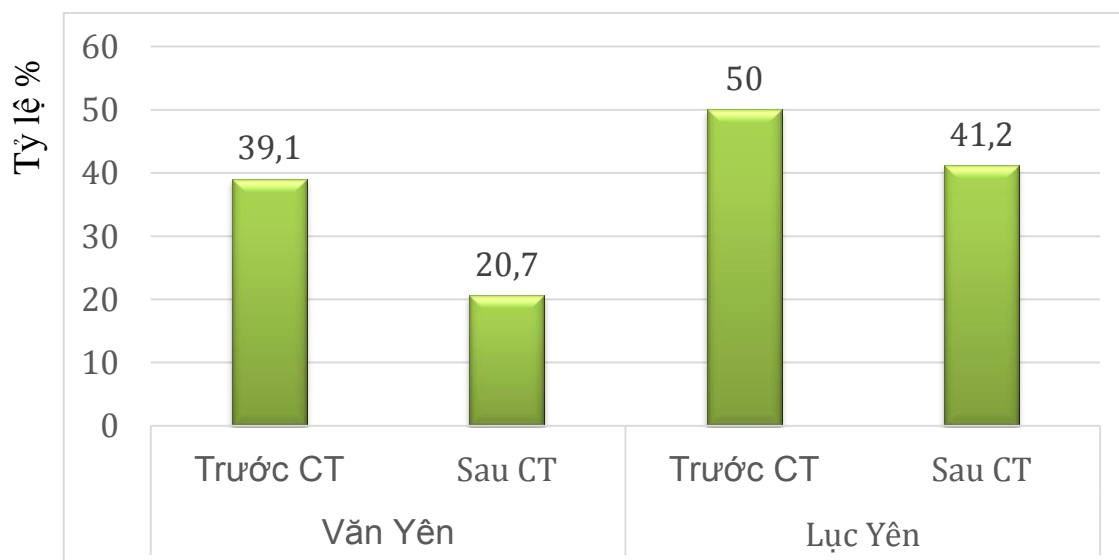
Tại huyện Lục Yên, giá trị trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương thay đổi không đáng kể sau can thiệp (với $p > 0,05$, Mann-Whitney test).

3.2.4.2. Sự thay đổi về thói quen, hành vi nguy cơ



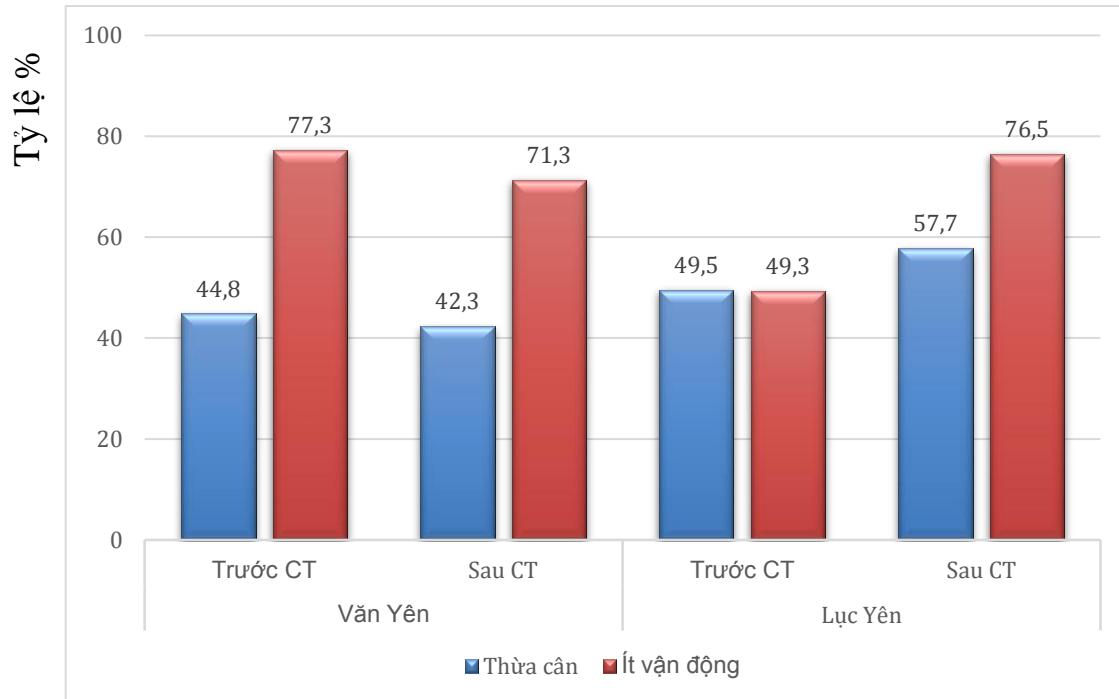
Biểu đồ 3. 14. So sánh tỷ lệ hút thuốc lá của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp

Nhận xét: Đối với huyện Văn Yên, tỷ lệ người THA hút thuốc giảm từ 30,6% xuống 19,3%, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$, test χ^2). Tại huyện Lục Yên, tỷ lệ này gần như không thay đổi (54,1% xuống 52,1%).



Biểu đồ 3. 15. So sánh tỷ lệ uống rượu của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp

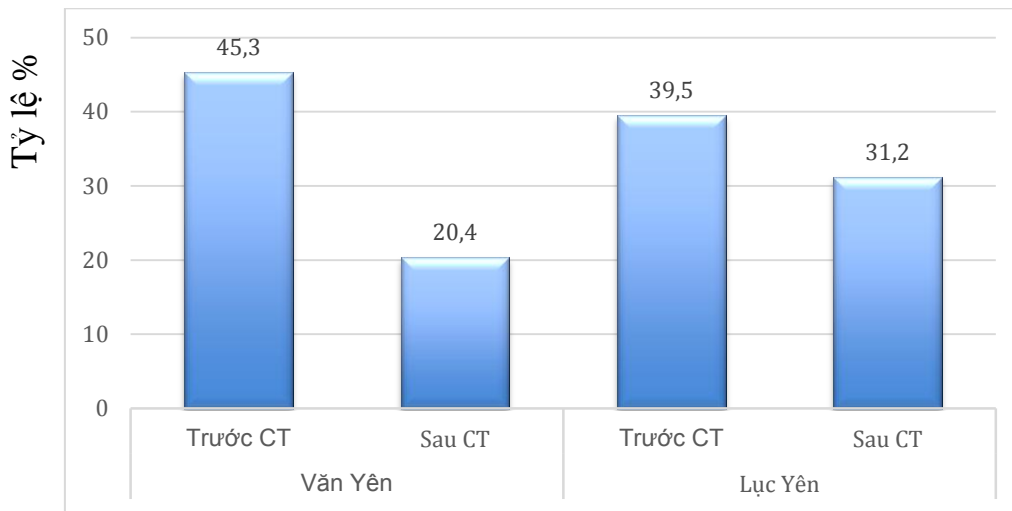
Nhận xét: Huyện Văn Yên, tỷ lệ người THA uống rượu giảm từ 39,1% xuống 20,7%, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Tại huyện Lục Yên, số người uống rượu cũng giảm từ 50% xuống còn 41,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 16. So sánh tỷ lệ thừa cân/béo phì của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp

Nhận xét: Huyện Văn Yên tỷ lệ thừa cân béo phì có giảm từ 44,8% xuống 42,3%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$, test χ^2). Riêng tại huyện Lục Yên tỷ lệ này có xu hướng tăng từ 49,5% lên 57,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2).

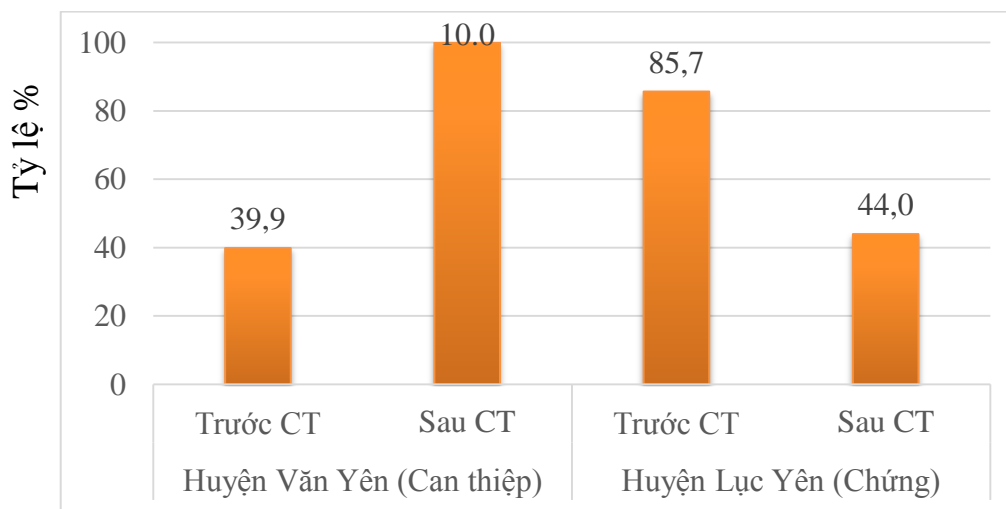
Tương tự với tình trạng thừa cân/béo phì, tình trạng ít vận động có sự thay đổi không nhiều. Tỷ lệ người ít vận động sau can thiệp tại huyện Văn Yên giảm hơn so với trước can thiệp (71,3% sau can thiệp so với 77,3% trước can thiệp). Tại huyện Lục Yên con số này tăng từ 49,3% lên 76,5%.



Biểu đồ 3. 17. So sánh tỷ lệ có chế độ ăn mặn của người tăng huyết áp trước và sau can thiệp

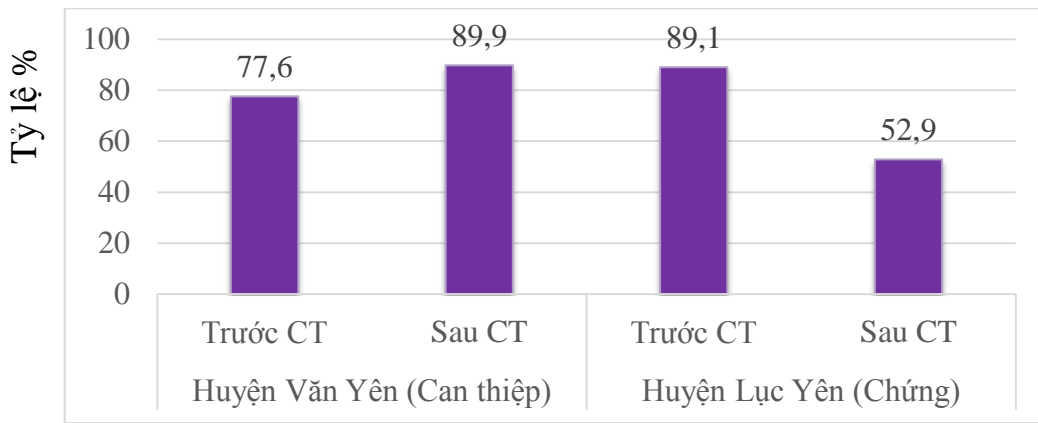
Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có chế độ ăn mặn giảm tại huyện Văn Yên từ 45,3% xuống còn 20,4%, con số này tại huyện Lục Yên cũng giảm từ 39,5% xuống còn 31,2%.

3.2.4.3. Sự thay đổi về tình trạng quản lý điều trị THA



Biểu đồ 3. 18. So sánh tỷ lệ người bệnh THA có hồ sơ theo dõi tại TYT

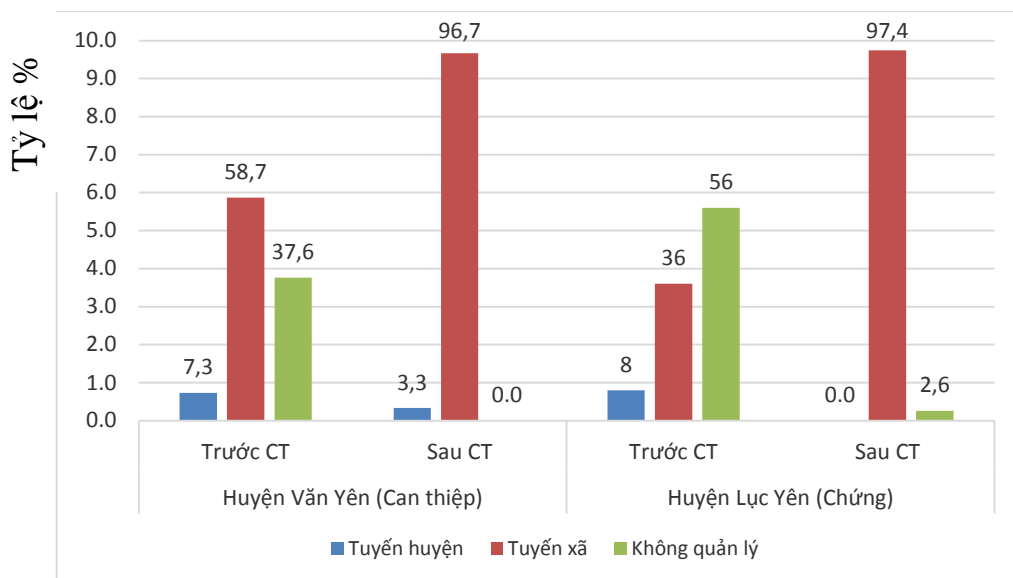
Nhận xét: Kết quả cho thấy tại địa bàn huyện Văn Yên, số người THA được quản lý hồ sơ theo dõi tăng lên đáng kể từ 39,9% lên 100%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Ngược lại, huyện Lục Yên có số lượng người THA được quản lý hồ sơ giảm đi từ 85,7% xuống còn 44% (với $p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3. 19. So sánh tỷ lệ người bệnh được tư vấn điều trị về bệnh THA giữa 2 huyện trước và sau can thiệp

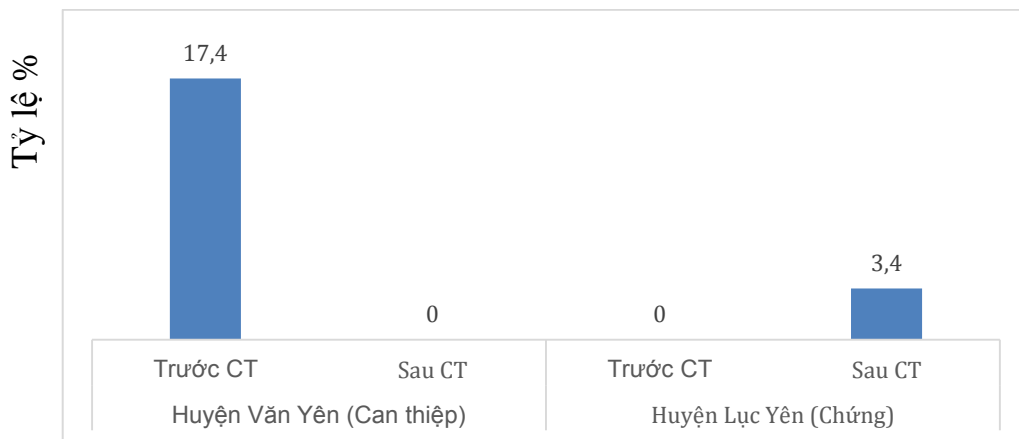
Nhận xét: Số người THA được tư vấn điều trị tại huyện Văn Yên tăng lên đáng kể từ 77,6% lên 89,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Ngược lại, huyện Lục Yên có số lượng người THA được tư vấn điều trị bệnh giảm đi từ 89,1% xuống còn 52,9% (với $p < 0,05$, test χ^2).

Việc triển khai mô hình liên kết y tế cán bộ y tế thôn bản được tập huấn ngoài đo huyết áp 2 lần/tuần cho các đối tượng được can thiệp, truyền thông kiến thức cơ bản về tăng huyết áp; các đối tượng được quản lý cấp thuốc tại trạm sẽ được cán bộ y tế tư vấn về điều trị do nâng cao hiệu quả quản lý.



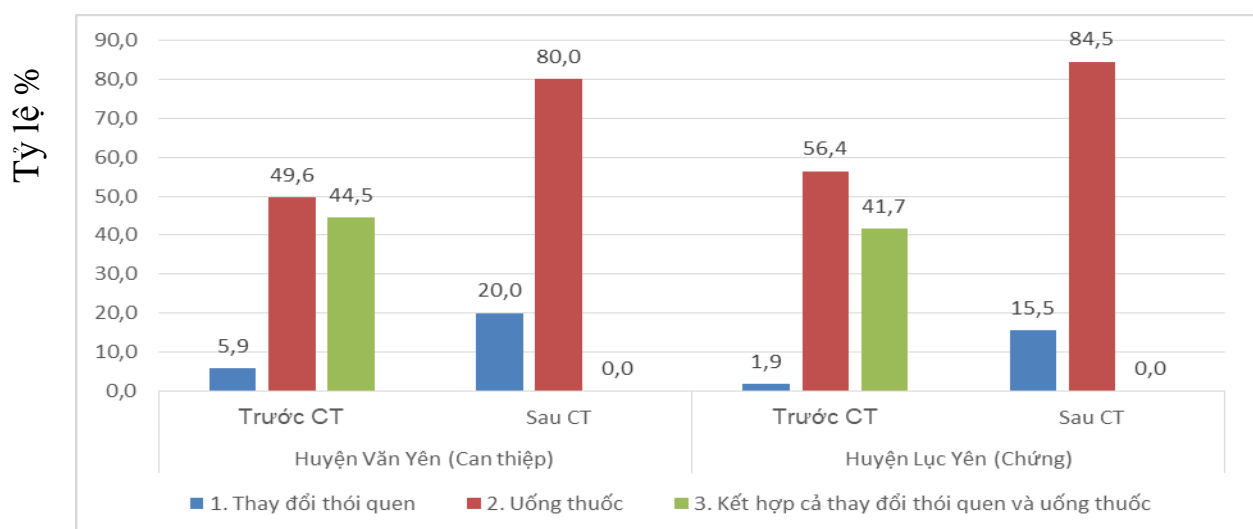
Biểu đồ 3. 20. So sánh địa điểm quản lý người bệnh THA giữa 2 huyện trước và sau can thiệp

Nhận xét: Kết quả cho thấy xu hướng TYT xã là nơi quản lý người bệnh THA chính. Tại huyện Văn Yên, số người được quản lý THA tại TYT xã tăng từ 58,7% lên 96,7%, đồng thời số lượng người không được quản lý giảm từ 37,6% xuống còn 0% (với $p < 0,05$, test χ^2). Tương tự, huyện Lục Yên có số người được quản lý tại TYT xã tăng từ 36% lên 97,4%, số người không được quản lý giảm từ 56% xuống còn 2,6% (với $p < 0,05$, test χ^2).



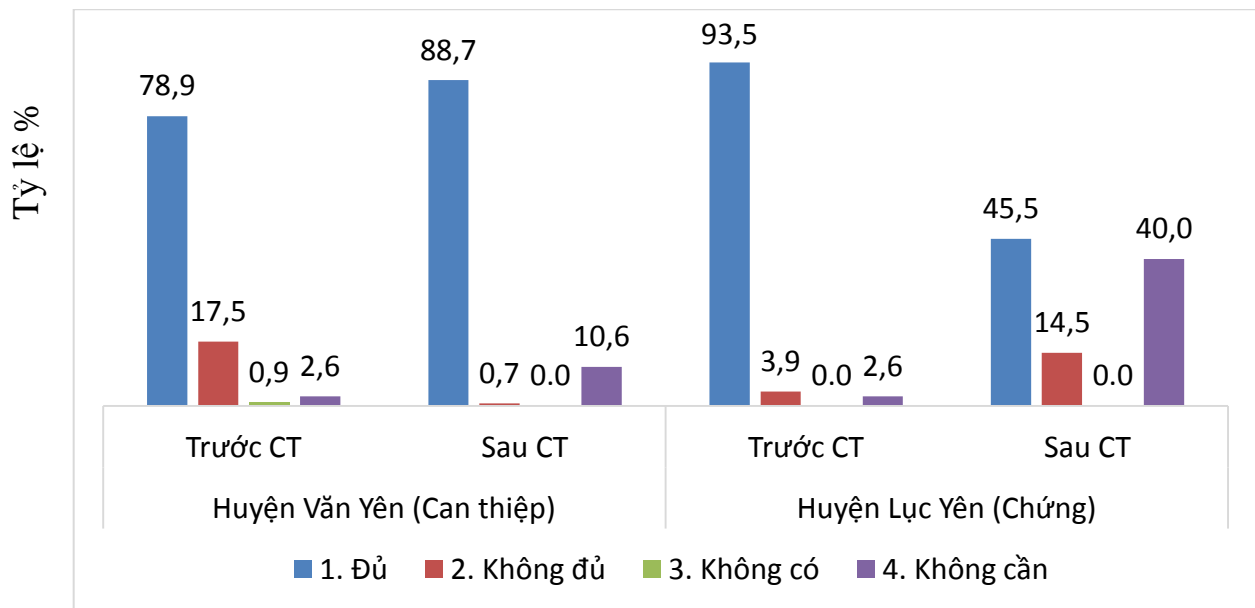
Biểu đồ 3. 21. So sánh tỷ lệ đối tượng có biến chứng tăng huyết áp trước và sau can thiệp

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ người THA có biến chứng tại huyện Văn Yên giảm từ 17,4% xuống 0% (với $p < 0,05$, test χ^2). Ngược lại, huyện Lục Yên có tỷ lệ người mắc biến chứng do THA tăng từ 0% lên 3,4% (với $p < 0,05$, test χ^2).



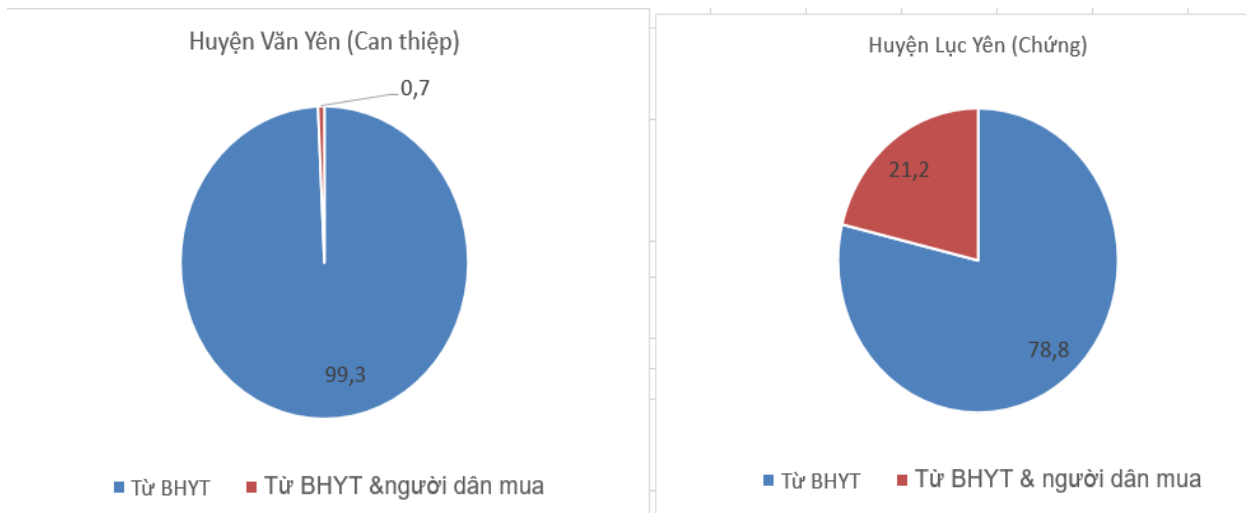
Biểu đồ 3. 22. So sánh phương pháp điều trị tăng huyết áp cho người bệnh tại 2 huyện trước và sau can thiệp

Nhận xét: Tại huyện Văn Yên, số người bệnh được điều trị bằng thuốc tăng từ 49,6% lên 80%, số người được điều trị bằng hình thức thay đổi thói quen tăng từ 5,9% lên 20%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Huyện Lục Yên cũng có sự thay đổi tương tự như huyện Văn Yên, tỷ lệ được điều trị bằng thuốc tăng từ 56,4% lên 84,5%, số người được điều trị bằng hình thức thay đổi thói quen tăng từ 1,9% lên 15,5% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2).



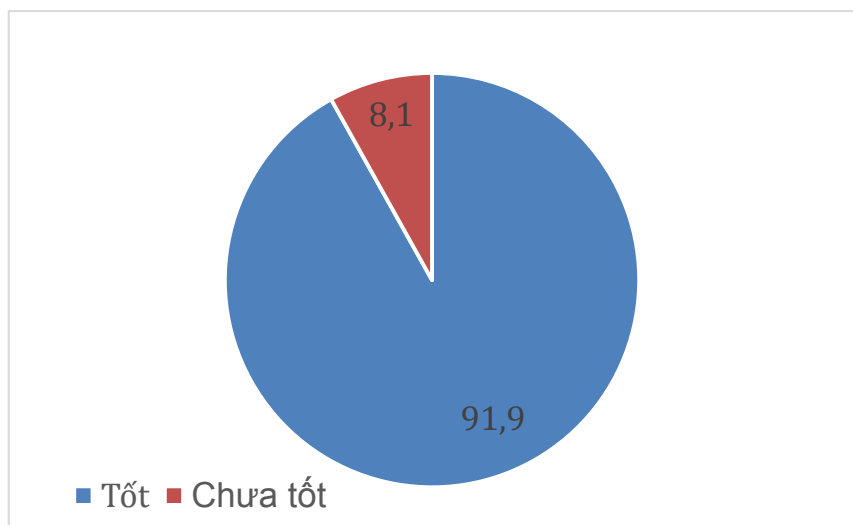
Biểu đồ 3. 23. So sánh tình trạng thuốc cung ứng cho người bệnh trước và sau can thiệp

Nhận xét: Tại huyện Văn Yên, tỷ lệ thuốc cung ứng đủ cho người bệnh tăng từ 79% lên 89% tại huyện Văn Yên, tỷ lệ không đủ thuốc đã giảm từ 18% xuống còn 0%. Ngược lại, huyện Lục Yên tỷ lệ được cung ứng đủ thuốc điều trị giảm từ 94% xuống còn 46%, số người không được cung ứng đủ thuốc tăng từ 4% lên 15%.



Biểu đồ 3. 24. Cơ cấu thuốc cung ứng cho người bệnh sau can thiệp tại 2 huyện

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy người bệnh THA trên địa bàn huyện Văn Yên được cung cấp thuốc THA từ BHYT đạt 99,3%. Trong khi đó, con số này của huyện Lục Yên là 78,8%.



Biểu đồ 3. 25. Đánh giá của cán bộ y tế các cấp về hiệu quả của mô hình

Nhận xét: Kết quả trên cho thấy 91,9% cán bộ y tế tham gia điều tra cho rằng công tác quản lý điều trị tăng huyết áp tại địa điểm điều tra đã tốt. Có 9 ý kiến đánh giá công tác quản lý tăng huyết áp tại địa điểm điều tra chưa tốt chiếm tỷ lệ 8,1%.

Qua điều tra định tính, nhóm điều tra thu thập được nguyên nhân đánh giá chưa tốt là do: Mô hình hiện nay vẫn chưa chủ động tiếp cận các đối tượng tăng

huyết áp cần được quản lý điều trị, các đối tượng muốn theo dõi huyết áp thường xuyên phải đến Trạm Y tế, chưa có nhiều loại thuốc đa dạng phác đồ điều trị tăng huyết áp. Việc quản lý điều trị tăng huyết áp hiệu quả khi người mắc tăng huyết áp phải tự giác trong việc tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống tích cực đảm bảo việc điều trị quản lý đạt hiệu quả cao,...; yếu tố người bệnh và gia đình chưa quan tâm đến tăng huyết áp được lựa chọn tỷ lệ thấp nhất là 27,7%.

3.2.5. Chỉ số hiệu quả của mô hình can thiệp

Bảng 3. 29. Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ THA chưa đạt mục tiêu

Huyện Văn Yên (Can thiệp) H1	Huyện Lục Yên (chứng) H2	Hiệu quả (H1-H2)
$ (78,7\% - 100\%):100\% = 21,3\%$	$ (99,3\% - 100%):100\% = 0,7\%$	$= 20,6\%$

Nhận xét: Hiệu quả làm tỷ lệ người THA chưa đạt mục tiêu đạt 21,3% tại địa bàn can thiệp, cùng thời gian đó nhóm chứng giảm được 0,7% theo thời gian. Như vậy hiệu quả can thiệp là 20,6% hay nói cách khác, can thiệp làm giảm 20,6% số người không đạt huyết áp mục tiêu.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan của bệnh tăng huyết áp, hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên, tỉnh Yên Bái năm 2015

4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tại thời điểm trước can thiệp (năm 2015) nhóm nghiên cứu thực hiện khảo sát điều tra ban đầu trên 1200 người dân nhằm tìm hiểu tình trạng mắc THA trong cộng đồng tại huyện Văn Yên (600 người) và Lục Yên (600 người) của tỉnh Yên Bái. Giữa hai địa bàn nghiên cứu không có sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học: Nhóm tuổi, dân tộc, học vấn, nghề nghiệp. Tuy nhiên, về dân tộc sinh sống tại 2 địa phương có sự khác biệt: tại huyện Văn Yên tỷ lệ người dân tộc Dao chiếm đa số với 38%, trong khi đó tại huyện Lục Yên người dân tộc Tày chiếm ưu thế hơn với 48,2% (Biểu đồ 3.2). Kết quả này phản ánh địa bàn cư trú của dân tộc theo vùng miền. Với mỗi dân tộc sẽ có những đặc điểm riêng biệt khác nhau về văn hóa, xã hội, thói quen, hành vi có thể ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe.

Phân bố theo giới tính, chúng tôi thấy rằng phần lớn các đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ giới chiếm 62,2%, nam giới chỉ chiếm 37,8% (Biểu đồ 3.1). Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu nhiều hơn nam như nghiên cứu của Phạm Gia Khải tại các quận huyện nội và ngoại thành Hà Nội có tỷ lệ nữ giới là 54,6%, nam giới là 45,4%⁸⁶. Nghiên cứu của Hồ Anh Hiến tại Huế năm 2015 (nam chiếm 43,9%, nữ chiếm 56,1%)⁸⁷. Ta có thể thấy các đối tượng tham gia nghiên cứu được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn: ngẫu nhiên phân tầng, ngẫu nhiên đơn và ngẫu nhiên có hệ thống. Trong đó tỷ lệ nữ giới đồng ý tham gia nghiên cứu nhiều hơn nam giới có thể là do nữ giới thường quan tâm vấn đề sức khỏe hơn nam giới, nhất là vào các độ tuổi trung niên.

Về trình độ học vấn của các đối tượng nghiên cứu tương đối thấp: 9,8% người dân tại huyện Văn Yên có trình độ THPT trở lên, còn tại huyện Lục Yên con số này là 6,5%. Phần lớn người dân có trình độ học vấn THCS và tiểu học (69,8%), có tới 23,7% đối tượng nghiên cứu không được đi học (Bảng 3.1). Nghiên cứu Hồ Anh Hiến tại Huế (2015) nghiên cứu các đối tượng từ 40 tuổi trở lên có cùng độ tuổi với nghiên cứu của chúng tôi: có 4,2% đối tượng nghiên cứu mù chữ, hơn một nửa (55,4%) đối tượng có trình độ tiểu học, đối tượng có trình độ THCS, THPT chiếm lần lượt 20,5% và 14,8%⁸⁷. Như vậy, với địa bàn trong nghiên cứu này đại diện cho vùng miền núi tại huyện Văn Yên và Lục Yên, người dân chủ yếu sống ở vùng miền núi, đời sống kinh tế xã hội còn khó khăn, trình độ học vấn vẫn còn thấp. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở đối tượng có độ tuổi trung niên, người cao tuổi. Có thể thấy nhiều người cao tuổi ở nước ta có trình độ học vấn thấp (nguyên nhân là do người cao tuổi ở nước ta thời điểm hiện nay là những người đã trải qua các cuộc chiến tranh và thời kỳ bắt đầu phát triển kinh tế sau chiến tranh nên không có điều kiện học tập).

Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 40 tuổi trở lên và được chia thành 4 nhóm tuổi: 40 - 49; 50 - 59; 60 - 69 và nhóm ≥ 70 tuổi tương tự như cách chia các nhóm tuổi trong nghiên cứu của tác giả khác^{88,87,86} (Bảng 3.1). Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động. Nhóm 40-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40,3%), đứng thứ 2 là nhóm 50-59 tuổi (32,7%), đứng thứ 3 là nhóm từ 60-69 tuổi (16,3%), nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ ít nhất (10,7%). So với khu vực đồng bằng, đối tượng sinh sống tại khu vực miền núi chịu ảnh hưởng của yếu tố văn hóa, phong tục địa phương và dân tộc, một số người từ 40 tuổi trở lên đã trở thành ông bà, họ không còn là người lao động chính trong gia đình. Đây cũng là nét riêng của người dân tộc tại khu vực miền núi phía Bắc. Chính điều này có ảnh hưởng không nhỏ tới thói quen ít vận động của đối tượng nghiên cứu.

Nghề nghiệp chính của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nông dân chiếm 92,6% rất phù hợp và đại diện cho địa bàn nghiên cứu (Bảng 3.1). Theo thống kê năm 2015 toàn huyện có 94,01% diện tích là đất nông nghiệp, với dân số cả

huyện là 123.056 người trong đó nguồn nhân lực cho vùng nông thôn chiếm 91,5%⁸⁹. Một số nghiên cứu ở các địa phương khác thì đối tượng là nông dân tham gia nghiên cứu với các tỷ lệ khác nhau tuy nhiên không cao bằng nghiên cứu này của chúng tôi: Phạm Quang Trung nghiên cứu tại Thanh Hóa (38,5%)⁹⁰, Chu Hồng Thắng nghiên cứu tại Thái Nguyên (72,3%)⁹¹, Hồ Anh Hiến tại Huế (34,2%)⁸⁷, tác giả Phạm Gia Khải nghiên cứu tại Hà Nội (28,1%)⁸⁶. Có thể thấy đây là điểm khác nhau giữa các vùng địa lý khác nhau, cũng nhờ đó chúng ta có thể nhìn nhận thấy có sự tương đồng hay khác nhau về đặc điểm dịch tễ học bệnh THA và các yếu tố liên quan đến THA giữa các vùng miền.

Với địa bàn nghiên cứu ở khu vực miền núi, tập trung chủ yếu người dân tộc sinh sống, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, trình độ học vấn của người dân chưa cao. Bên cạnh đó nghiên cứu cũng cho thấy đối tượng nghiên cứu thuộc hộ nghèo, cận nghèo cũng chiếm tỷ lệ đáng kể gần (30,9%) (Bảng 3.2). Tuy vậy đối tượng có thể BHYT lại rất cao chiếm 85,1%. Nghiên cứu Hồ Anh Hiến tại Huế cũng cho thấy hầu hết đối tượng tham gia nghiên cứu đều có BHYT (82,4%)⁸⁷. Có thể thấy Yên Bái là một trong những tỉnh đi đầu về thực hiện công tác BHYT toàn dân theo Quyết định số 538/QĐ-TTg ngày 29 tháng 3 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ. Đóng vai trò trụ cột, cốt lõi bảo đảm an sinh xã hội, những năm qua, chính sách BHYT luôn được các cấp ủy Đảng, chính quyền trên địa bàn tỉnh quan tâm, chú trọng với nhiều giải pháp đồng bộ, hữu hiệu với mục tiêu mở rộng phạm vi bao phủ, tiến tới BHYT toàn dân, góp phần tạo nguồn tài chính ổn định cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân theo hướng công bằng, hiệu quả, chất lượng và phát triển bền vững. Thực hiện BHYT toàn dân nhằm huy động sự đóng góp của cộng đồng, chia sẻ nguy cơ bệnh tật và giảm bớt gánh nặng tài chính của mỗi người khi ốm đau, bệnh tật, hướng tới mục tiêu bảo đảm cho mọi người dân đều được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Đây cũng là mục tiêu chung của Kế hoạch đẩy mạnh BHYT toàn dân đến năm 2020 được UBND tỉnh Yên Bái ban hành trên cơ sở chỉ đạo, giao chỉ tiêu của Thủ tướng Chính phủ cũng như điều kiện thực tế địa phương. Năm 2013, UBND tỉnh đã thành lập Ban Chỉ đạo thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân giai

đoạn 2012 - 2015 và 2020. Nhờ đó, tỷ lệ người dân có thẻ BHYT ngày càng tăng. Đến nay, tỷ lệ người dân có thẻ BHYT của tỉnh đạt 88,6% dân số và được đánh giá là một trong những tỉnh, thành có tỷ lệ cao hơn mức trung bình cả nước. Những năm qua, hàng nghìn người dân, nhất là đồng bào dân tộc thiểu số, hộ nghèo, cận nghèo khi mắc bệnh hiểm nghèo, ốm đau, tai nạn phải sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn nếu không có tấm thẻ BHYT thì gặp nhiều khó khăn⁹².

4.1.2. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của bệnh tăng huyết áp, hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên tỉnh Yên Bái năm 2015

4.1.2.1. Tình trạng tăng huyết áp và hoạt động quản lý tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên tỉnh Yên Bái năm 2015

Để đánh giá tình trạng huyết áp của người dân, nhóm nghiên cứu đã thực hiện đo huyết áp cho các đối tượng trong nghiên cứu trước can thiệp. Kết quả cho thấy tại huyện Văn Yên, huyết áp tâm thu trung bình của người dân là $131,1 \pm 24,0$ mmHg và trị số huyết áp tâm trương trung bình của người dân là $81,2 \pm 13,2$ mmHg. Tại huyện Lục Yên, giá trị huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không có sự khác biệt so với huyện Văn Yên ($p > 0,05$, Man-Whitney test), chỉ số huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tương ứng là $136,7 \pm 22,1$ mmHg và $80,4 \pm 11,3$ mmHg (Biểu đồ 3.5).

Khi phân loại đánh giá tỷ lệ và mức độ THA năm 2015, kết quả nghiên cứu cho thấy tại huyện Văn Yên có tỷ lệ THA chung là 35%, trong khi đó con số THA của huyện Lục Yên là 40,2%. Tính chung cả 2 địa bàn nghiên cứu tỷ lệ THA là 37,6%. Giữa 2 địa bàn nghiên cứu không có sự khác biệt về tỷ lệ người dân mắc THA trong cộng đồng ($p > 0,05$, test χ^2) (Biểu đồ 3.6).

Tỷ lệ người mắc THA tại huyện Văn Yên là 35%, tỷ lệ này tương đương với kết quả điều tra tại tỉnh Điện Biên năm 2017 của tác giả Phạm Thế Xuyên (35,5%)⁵² và điều tra tại huyện Lâm Hà tỉnh Lâm Đồng (38,3%)⁵¹. Con số này cao hơn so với kết quả điều tra tại tỉnh Trà Vinh là nơi có nhiều người dân tộc

Khmer sinh sống với tỷ lệ mắc THA là 33,5%⁴⁰. Trong khi đó huyện Lục Yên có tỷ lệ mắc THA cao hơn với 40,2% (Biểu đồ 3.6).

Tỷ lệ người dân mắc THA tại huyện Văn Yên thấp hơn so với kết quả điều tra của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2015 với tỷ lệ THA là 47,3%⁹³, thấp hơn kết quả điều tra tại Huế với 44,8%⁸⁷.

Chúng tôi nhận thấy có sự chênh lệch này là do các nghiên cứu ở các vùng địa lý, kinh tế, xã hội khác nhau, độ tuổi nghiên cứu khác nhau và vào thời điểm khác nhau. Môi trường sống, thời tiết, khí hậu, công việc, thu nhập đều ảnh hưởng đến sức khỏe, bệnh tật⁹⁴.

Nghiên cứu về phân độ THA cho thấy tỷ lệ THA độ I cao nhất (19%), độ II (13,4%) và độ III thấp nhất (5,2%) (Bảng 3.4). Có nhiều tác giả đã nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt⁹⁵, Phạm Quang Trung (2016) cũng cho kết quả THA chủ yếu tập trung ở mức độ I và độ III là thấp nhất⁹⁰. Có thể lý giải những năm gần đây với công tác truyền thông từ các chương trình quốc gia về phòng chống THA mà ý thức giữ gìn, quan tâm và bảo vệ sức khỏe của người dân được cải thiện nên những người đã mắc THA thường duy trì ở giai đoạn nhẹ và THA ở mức độ nặng thấp dần.

4.1.2.2. Một số yếu tố liên quan của bệnh tăng huyết áp, hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp tại hai huyện Văn Yên và Lục Yên tỉnh Yên Bái năm 2015

a. Tuổi

Bảng 3.5 trình bày về những yếu tố không thay đổi được có liên quan đến THA tại huyện Văn Yên năm 2015. Kết quả cho thấy tỷ lệ THA tăng dần qua các nhóm tuổi từ 40-49 tuổi (18,1%); 50- 59 tuổi (45%); 60-69 tuổi (39,1%), và ở nhóm tuổi ≥ 70 là 55,9%, kết quả điều tra cho thấy có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$ test χ^2). Tương tự, tại huyện Lục Yên chúng tôi cũng thấy rằng tỷ lệ THA tăng dần theo độ tuổi, từ 40-49 tuổi (26,9%); 50- 59 tuổi (41,5%); 60-69 tuổi (57,8%), và ở nhóm tuổi ≥ 70 là 65,6% (Bảng 3.9).

Kết quả trên tại 2 địa bàn nghiên cứu được lý giải do THA là một bệnh mạn tính và đối tượng nghiên cứu có thể đã mắc bệnh từ trước nên khi tuổi thọ

tăng lên thì số đối tượng này được tích lũy dần, vì vậy tỷ lệ THA càng cao khi tuổi càng cao. THA gia tăng theo sự tăng lên của tuổi cho đến khoảng 65 đến 70 tuổi. Ở thời điểm đó huyết áp tâm trương đạt tới đỉnh cao và không tăng nữa, đôi khi giảm xuống trong khi huyết áp tâm thu tiếp tục tăng, là yếu tố tiên đoán nguy cơ mạnh vành đáng tin cậy⁹⁴. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ THA tăng theo tuổi⁷. Các nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả tương tự như báo cáo của Nguyễn Lâm Việt tại Hội nghị THA Việt Nam⁹⁵, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình⁴⁰, Nguyễn Thị Thi Thơ¹², Phạm Thế Xuyên⁵², Nguyễn Ngọc Quang³⁹.

b. Giới tính

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở nam cao hơn nữ và có mối liên quan giữa giới với THA. Cụ thể tại huyện Văn Yên, nữ giới có nguy cơ THA chỉ bằng 0,76 lần so với nam giới (Bảng 3.15), tại huyện Lục Yên con số này là 0,42 lần (Bảng 3.16). Các tác giả Nguyễn Lâm Việt⁹⁵, Phạm Thị Biền⁹⁶ cũng đều cho kết quả nam giới có tỷ lệ THA cao hơn nữ giới. Điều này cũng phù hợp bởi vì liên quan đến lối sống của nam giới thường thích uống rượu, hút thuốc hơn nữ giới, mức độ làm việc thường cao hơn nữ - dễ stress hơn. Mặt khác, sự khác nhau này có thể liên quan về gen, về sinh lý học của giới tính.

c. Dân tộc

Chúng tôi phát hiện ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ THA giữa các dân tộc được nghiên cứu. Tại huyện Văn Yên chúng tôi thấy người Kinh có tỷ lệ THA (19,5%) thấp hơn so với người dân tộc Dao (37,3%), Tày (39,4%) (Bảng 3.5). Tương tự tại huyện Lục Yên, tỷ lệ THA của người Kinh (36,1%) cũng thấp hơn so với người dân tộc Dao (36,7%) và Tày (47,9%) (Bảng 3.9). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Loan dân tộc Dao cũng có tỷ lệ THA cao hơn các dân tộc khác: dân tộc Dao 26,29%, dân tộc Tày 16,21%, dân tộc Nùng 12,29%⁹⁷, nghiên cứu của Nguyễn Thu Hiền thì nhóm dân tộc thiểu số (35,3%) cao hơn dân tộc Kinh (31,8%)⁹⁸. Có thể thấy Yên Bái là một tỉnh miền núi phía Bắc, nơi đây chủ yếu là người dân tộc thiểu số sinh sống, điều này là hoàn toàn

để hiểu khi dân tộc Kinh trong nghiên cứu không phổ biến như nhiều nghiên cứu ở các địa phương, vùng đồng bằng khác. Hơn nữa, tỷ lệ THA có sự khác biệt giữa các dân tộc, trong đó tỷ lệ THA ở dân tộc Dao cao hơn có thể do ảnh hưởng của phong tục tập quán, lối sống của người dân tộc Dao có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến THA mà trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện nghiên cứu sâu hơn.

d. Tiền sử gia đình

Về tiền sử gia đình những người có người nhà có tiền sử THA có khả năng bị THA cao hơn gấp 2,36 lần tại huyện Văn Yên (Bảng 3.15) và 1,69 lần tại huyện Lục Yên (Bảng 3.16) so với những đối tượng mà người nhà không có tiền sử THA. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Phát⁹⁹ và tác giả Phạm Gia Khải⁹⁴ cho thấy rằng THA có liên quan tới yếu tố tiền sử gia đình. Tiền sử gia đình, nhất là trực hệ (bố, mẹ, anh chị em ruột), có người lớn bị THA là một trong các nguy cơ mạnh nhất làm cho một đối tượng có thể bị THA trong tương lai.

e. Trình độ học vấn

Nghiên cứu cũng chỉ ra trình độ văn hóa càng thấp thì tỷ lệ THA càng cao, hiện trạng này thấy ở cả huyện Văn Yên và Lục Yên (Bảng 3.6, Bảng 3.10, Bảng 3.15, Bảng 3.16). Những người không đi học, hoặc chỉ có trình độ học vấn dưới THPT đều có tỷ lệ mắc THA cao hơn so với những người có trình độ văn hóa từ THPT trở lên. Tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Biền (Tiểu học 35,7%; THCS 31%; THPT 22,2%)⁹⁶, Nguyễn Văn Phát (dưới tiểu học 44,6%; trên tiểu học 17,6%)⁹⁹. Bên cạnh đó đối tượng nghiên cứu là nông dân (43,6%) cũng nhiều hơn các ngành nghề khác, phù hợp với kết quả của Phạm Quang Trung (nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 29,9%; sau đó là CB, CNVC và buôn bán với tỷ lệ THA cũng tương đương nhau 19,5% và 19,1%)⁹⁰. Tuy vậy thì chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và nghề nghiệp liên quan với THA ở nghiên cứu này.

f. Thừa cân/béo phì

Mặc dù đối tượng nghiên cứu hiện đang sinh sống tại khu vực miền núi, tuy nhiên do ảnh hưởng yếu tố văn hóa người dân tộc từ 40 tuổi trở lên trở thành ông bà trông nom cháu và nghỉ ngơi ở nhà, do đó tỷ lệ người ít vận động và thừa cân/béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi không thấp. Có tới 30,5% người dân tại Văn Yên và 32,3% người dân tại Lục Yên tham gia nghiên cứu có tình trạng thừa cân/béo phì. Đây chính là một trong những yếu tố nguy cơ liên quan tới tình trạng mắc THA của người dân.

Về nguy cơ mắc THA ở người thừa cân béo phì, kết quả cho thấy tỷ lệ THA ở nhóm thừa cân/béo phì cao gấp khoảng 2 lần (2,1 lần tại huyện Văn Yên; 2,03 lần tại huyện Lục Yên) so với nhóm còn lại (Bảng 3.15 và Bảng 3.16). Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Trương Thị Thùy Dương ở Hà Nam cho thấy người thừa cân béo phì có tỷ lệ THA cao gấp 2,4 lần so với người bình thường¹⁰⁰. Kết quả nghiên cứu của Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt ở vùng đồng bằng Thái Bình cho thấy nguy cơ THA ở người béo phì gấp 2,87 lần so với người có BMI bình thường¹⁰¹. Nghiên cứu về dịch tễ học THA của quần thể người trưởng thành ở thành phố Maracaibo (Venezuela) cho thấy người có BMI ≥ 25 bị THA chiếm tỉ lệ cao so với người có BMI < 25 (47,6% so với 24,2%, theo thứ tự)¹⁰². Qua đây chúng ta có thể thấy nghiên cứu trên những địa bàn khác nhau tuy cho các tỷ lệ THA và béo phì khác nhau nhưng nhìn chung tỷ lệ THA ở nhóm béo phì cao hơn hẳn nhóm không béo phì và mức độ béo phì tăng đi kèm với tỷ lệ THA cũng tăng theo. Béo phì rất có hại cho tim mạch vì hay dẫn đến THA và xơ vữa động mạch, cuối cùng dẫn đến rút ngắn tuổi thọ rõ rệt. Lối sống ít hoạt động thể lực, ít ăn rau quả, chủ yếu thức ăn nhiều protein và lipid dẫn đến tỷ lệ béo phì tăng cao. Do vậy việc đẩy mạnh công tác dự phòng đặc biệt là vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe là rất quan trọng nhằm khuyến khích người dân tích cực luyện tập thể dục đều đặn, thay đổi lối sống lành mạnh góp phần giảm tỷ lệ béo phì đồng thời giảm nguy cơ mắc THA trong cộng đồng.

g. Thói quen ít vận động

Mặc dù đối tượng nghiên cứu hiện đang sinh sống tại khu vực miền núi, tuy nhiên do ảnh hưởng yếu tố văn hóa người dân tộc từ 40 tuổi trở lên trở thành ông bà trông nom cháu và nghỉ ngơi ở nhà, do đó tỷ lệ người ít vận động chiếm tỷ lệ đáng kể, với 11,8% tại huyện Lục Yên và 3,7% (Biểu đồ 3.4) tại huyện Văn Yên (Biểu đồ 3.3).

Nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ mắc THA áp ở những người có thói quen ít vận động cao hơn 5,68 lần tại huyện Văn Yên (Bảng 3.15) và 1,92 lần tại huyện Lục Yên (Bảng 3.16) so với những đối tượng không có thói quen này. Nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Trung⁹⁰. Thói quen sống tĩnh tại rất nguy hại đối với hệ tim mạch⁶⁶. Ngược lại, tăng cường vận động thể lực vừa sức và đều đặn lại có tầm quan trọng đặc biệt đối với người cao tuổi. Thể dục thể thao đối với người cao tuổi có tác dụng đối với chuyển hóa và đối với hệ thần kinh trung ương. Vận động thể lực đúng mức đều đặn được coi như một liệu pháp hiện đại để dự phòng THA.

h. Uống rượu & ăn mặn

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra nguy cơ mắc THA cao hơn ở những người có thói quen uống rượu bia tăng 1,13 lần (Bảng 3.15, Bảng 3.16). Tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhiều công trình nghiên cứu cũng đưa ra bằng chứng về sự lạm dụng thuốc lá, rượu bia, thói quen ăn mặn sẽ làm tăng nguy cơ mắc THA hơn so với những người không (ít) lạm dụng các chất kích thích này, như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt¹⁰³. Lý do có sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu với các nghiên cứu khác là bởi sự hạn chế của nguồn lực và của chính phương pháp nghiên cứu sử dụng (nghiên cứu cắt ngang). Đánh giá một số thói quen và hành vi của đối tượng đều buộc phải hồi cứu qua sự nhớ lại của đối tượng trong khoảng thời gian ngắn gần thời điểm nghiên cứu. Tuy nhiên mặt hạn chế của đánh giá này là không đảm bảo được độ chính xác và đặc hiệu cao với những đối tượng đã có sự điều chỉnh lại các thói quen, hành vi mà ngay trước khoảng thời gian dùng để đánh giá họ vẫn duy trì.

i. Hút thuốc lá

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ người hút thuốc lá chiếm tới 23,8% đối tượng nghiên cứu tại huyện Văn Yên (Biểu đồ 3.3) và 18,5% đối tượng tại huyện Lục Yên (Biểu đồ 3.4), tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy có ý nghĩa thống kê về mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc và THA của người dân. Mặc dù vậy, các nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh sự ảnh hưởng của thuốc lá đến tình trạng THA nói riêng và tình trạng bệnh tim mạch nói chung^{67, 104}. Khi hút thuốc lá, ngay lập tức làm tăng nồng độ chất Cathecholamine trong máu (đây là chất nội tiết có vai trò kích thích hệ thống thần kinh giao cảm của cơ thể) và tăng chất carbon monoxid¹⁰⁵. Mặt khác, nồng độ Nicotine tăng trong máu cũng gây co mạch, tăng huyết áp, tăng nhịp tim, làm tim phải làm việc nhiều hơn hoặc cũng có thể gây ra những rối loạn nhịp tim. Các nghiên cứu cũng cho thấy: mức độ ảnh hưởng đến tim mạch cũng tăng theo mức độ hút thuốc lá, tức là càng hút nhiều, hút lâu thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch càng cao^{106, 12, 52, 58, 65, 63}.

k. Nhìn nhận từ phía cán bộ y tế về những yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng THA của người dân tại cộng đồng tại huyện Văn Yên và Lục Yên

Các yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động quản lý THA tại cộng đồng theo CBYT bao gồm:

- Nhân lực y tế còn thiếu
- Chính sách bảo hiểm y tế
- Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân chưa được tốt
- Người dân chưa được tư vấn tốt
- Người bệnh và gia đình chưa thật sự quan tâm

Bảng 3.17 cho thấy các yếu tố đưa ra đều ảnh hưởng đến việc quản lý điều trị tăng huyết áp, trong đó: Yếu tố kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh tăng huyết áp là yếu tố có ảnh hưởng đến quản lý điều trị tăng huyết áp được lựa chọn nhiều nhất chiếm tỷ lệ 54,5%; việc quản lý điều trị tăng huyết áp hiệu quả khi người mắc tăng huyết áp phải tự giác trong việc tuân thủ điều trị,

thay đổi lối sống tích cực đảm bảo việc điều trị quản lý đạt hiệu quả cao,...; yếu tố người bệnh và gia đình chưa quan tâm đến tăng huyết áp được lựa chọn tỷ lệ thấp nhất là 27,7%. Không có sự khác biệt ở 2 huyện điều tra ($p > 0,05$).

4.2. Hiệu quả mô hình can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái, 2016-2017

Chương trình phòng chống THA Quốc gia đã được thực hiện từ năm 2011 theo Quyết định số 1208/2011/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ bao gồm các hoạt động chính: (i) Nâng cao nhận thức của người dân về phòng chống BKN; (ii) đào tạo và phát triển nhân lực; (iii) sàng lọc, phát hiện sớm BKN; (iv) quản lý, hướng dẫn điều trị; (v) xây dựng mô hình chăm sóc tại y tế cơ sở; (vi) lồng ghép với y tế xã, phường; và (vii) phục hồi chức năng, giảm tỷ lệ tàn phế. Dự án đã được triển khai khám sàng lọc tại 1116 xã (khoảng 10% tổng số xã trên toàn quốc) với 2,5 triệu người được khám và 724 695 người được quản lý điều trị¹⁰⁷. Tuy nhiên, vẫn còn những địa phương chưa được chương bao phủ chương trình phòng chống THA quốc gia do nguồn lực thực hiện còn hạn chế.

Do đó, một số mô hình can thiệp phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng đã được triển khai tại các địa phương như Lâm Đồng, Bắc Giang, Trà Vinh, Kon Tum, Sóc Sơn, Thái Bình, Hà Nam. Đặc điểm chung các mô hình này thường chú trọng tới công tác truyền thông thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người dân^{108,51,37,109,83,110}.

Tại huyện Văn Yên nói riêng và các địa phương khác nói chung, 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 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. Trong khi THA là bệnh mạn tính, khi mắc bệnh cần phải được quản lý điều trị liên tục và lâu dài. Công tác tổ chức, quản lý cần có sự kết nối, phối hợp và hỗ trợ giữa tuyến xã – huyện – tỉnh nhằm đảm bảo tính hệ thống của cả mạng lưới cung ứng dịch vụ quản lý,

giám sát. Để quản lý, kiểm soát tốt THA tại cộng đồng cần có nguồn lực con người, trang thiết bị cơ bản, cung ứng thuốc đảm bảo từ BHYT cho người bệnh tại cộng đồng.

Xuất phát từ thực tiễn trên, nhóm nghiên cứu đã thí điểm xây dựng Mô hình “**Liên kết y tế quản lý điều trị tăng huyết áp**” tại huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái. Mô hình của chúng tôi được xây dựng dựa trên sự tham vấn ý kiến của cán bộ y tế từ cấp cơ sở cho đến cán bộ tuyến tỉnh. Mô hình chú trọng tới sự phối hợp giữa các đơn vị y tế tuyến xã – huyện – tỉnh – Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân – BHYT và y tế thôn bản.

TYT xã có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã^{111, 112}. TYT xã là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế nhà nước có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ CSSK ban đầu, phát hiện sớm các dịch bệnh và phòng chống dịch bệnh, đỡ đẻ thông thường, cung cấp thuốc thiết yếu, vận động nhân dân thực hiện kế hoạch hóa gia đình và tăng cường sức khỏe¹¹³. Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ban hành ngày 8/12/2014 của Chính phủ, quy định chức năng của TYT xã về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã, trong đó có quản lý BKLN nói chung và xử trí THA nói riêng¹¹². Nghị quyết 20/NQ-TW của Ban chấp hành Trung ương khóa XII, đặt mục tiêu đến năm 2025 đạt 95% trạm y tế xã sẽ thực hiện dự phòng, quản lý và điều trị một số BKLN phổ biến như THA, ĐTĐ, con số này sẽ tăng lên 100% vào năm 2030. Gần đây nhất, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2559 /QĐ-BYT ngày 20/04/2018 về Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020, trong đó chỉ rõ nội dung dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA như sau: Phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA không có biến chứng; Điều trị, quản lý THA đối với các trường hợp được tuyến trên chuyển về; Xử trí và chuyển người bệnh lên tuyến trên khi vượt quá khả năng chuyên môn. Do vậy, việc đầu tư nâng cao năng lực chuyên môn và cung cấp máy do THA, văn phòng phẩm thực hiện theo dõi kiểm tra

huyết áp cho người dân cho cộng đồng là việc làm cần thiết để đảm bảo người bệnh THA được phát hiện và theo dõi điều trị ngay từ tuyến y tế cơ sở.

Nhân lực y tế đóng vai trò quan trọng trong thực hiện các can thiệp y tế nói chung, THA nói riêng, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của việc đào tạo nhân viên y tế, nhất là đội ngũ y tế ở cơ sở, đào tạo cho họ về khám, điều trị, tư vấn, giám sát THA; cung cấp cho họ các phương tiện (bao gồm máy đo HA). Chúng tôi đánh giá công tác đào tạo cho các cán bộ y tế xã có vai trò rất quan trọng đảm bảo mô hình thực hiện khả thi, mang lại hiệu quả cho cộng đồng.

Do vậy, ngay sau khi thực hiện khảo sát ban đầu, chúng tôi đã tổ chức các lớp tập huấn cho cán bộ y tế xã về quản lý, theo dõi, điều trị cho người bệnh THA tại cộng đồng. 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. Công tác đào tạo cho cán bộ y tế xã về chẩn đoán, điều trị THA đã củng cố thêm kiến thức, kỹ năng cho cán bộ y tế xã tại địa phương can thiệp, giúp cho cán bộ y tế cập nhật thông tin, những tiến bộ mới về thuốc và phương pháp điều trị, những quy định và hướng dẫn mới về phác đồ điều trị cũng như các biện pháp dự phòng THA.

Song song với việc tập huấn, hướng dẫn cho cán bộ y tế thôn bản, trạm y tế xã, mô hình can thiệp còn cung cấp cho mỗi xã 5 máy đo huyết áp kế đồng hồ và sổ ghi chép để cán bộ y tế thôn bản thực hiện đo huyết áp, theo dõi định kỳ cho người dân địa phương. Thông qua đó, TYT xã có thể chẩn đoán, điều trị và kiểm soát được huyết áp chủ yếu trong cộng đồng có ý nghĩa quyết định và mang lại lợi ích đáng kể trong việc phát hiện sớm và điều trị hiệu quả bệnh cao huyết áp, đồng thời hạn chế những tai biến do căn bệnh này gây ra.

Thông qua việc theo dõi huyết áp định kì, người dân cũng sẽ được tư vấn, giáo dục sức khỏe về các biện pháp điều trị bằng thuốc hoặc kiểm soát các yếu tố nguy cơ như uống rượu, hút thuốc, chế độ ăn mặn...

Sau gần 2 năm thực hiện chương trình can thiệp, chúng tôi ghi nhận sự thay đổi về thói quen, hành vi và tình trạng huyết áp của người dân trong cộng đồng.

4.2.1. Sự thay đổi về thói quen, hành vi có nguy cơ

a. Hút thuốc

Trong thuốc lá có nhiều chất kích thích đặc biệt có chứa nicotin gây kích thích thần kinh giao cảm, làm co mạch và THA. Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày liên tục trong 3 năm là nguy cơ gây THA. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xếp sử dụng thuốc lá là yếu tố nguy cơ thứ 2 trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu đe dọa sức khỏe người dân ở các nước đang phát triển trong đó có bệnh THA. Do vậy, trong quá trình giám sát, theo dõi tư vấn cho người dân tại cộng đồng, đối tượng can thiệp đã được cán bộ y tế tư vấn về ảnh hưởng của thuốc lá đến tình trạng bệnh. Kết quả sau gần 2 năm thực hiện can thiệp cho thấy tỷ lệ đối tượng can thiệp còn hút thuốc giảm từ 33,6% xuống 19,3%, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Tại huyện Lục Yên, tỷ lệ này có sự giảm không đáng kể từ 54,1% xuống 52,1% (Biểu đồ 3.14).

Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh được rằng việc bỏ thuốc lá sẽ làm giảm nguy cơ mắc THA, nguy cơ mắc THA giảm chỉ còn 1,3 so với 2,0 lần ở người hút thuốc lá nhiều đã bỏ so với những người không bỏ hút thuốc lá⁶³. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp tại Ba Vì của tác giả Nguyễn Ngọc Quang và cộng sự cũng cho thấy hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe, giám sát huyết áp đã giúp giảm tỷ lệ đối tượng hút thuốc lá sau 3 năm can thiệp¹¹⁴.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu theo dõi 15 năm tại Indonesia do tác giả Helen Andriani và cộng sự công bố năm 2020¹⁰⁵.

b. Uống rượu

Rượu có tác dụng làm mất cân bằng giữa các yếu tố hệ thần kinh trung ương ảnh hưởng đến cung lượng tim và tác động mạch máu ngoại biên của rượu. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy rượu khởi đầu các phản ứng thần kinh trung ương cũng như ngoại biên, theo cách đồng vận có tác dụng THA. Mỗi người có thể uống 300ml bia hoặc 30ml rượu mạnh hay 50ml rượu vang, tuy nhiên nếu uống trên 100ml/ngày liên tục trong 3 năm sẽ là nguy cơ THA. Nhận thức được tác hại của rượu lên tình trạng huyết áp, đối tượng được can thiệp tại địa bàn can thiệp huyện Văn Yên đã thay đổi thói quen. Kết quả can thiệp của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đối tượng uống rượu giảm từ 39,1% xuống 20,7% tại huyện Văn Yên, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Chúng tôi cũng thấy tỷ lệ người uống rượu tại huyện Lục Yên giảm đi, với số người uống rượu giảm từ 50% xuống 41,2% (Biểu đồ 3.15). So với nghiên cứu can thiệp tại Ba Vì, tỷ lệ giảm uống rượu của tác giả Nguyễn Ngọc Quang tại Ba Vì là 20%¹¹⁴, mức giảm của cộng đồng can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (18,4% so với 20%). Sự khác biệt này do ảnh hưởng của văn hóa người dân tộc miền núi thường uống rượu nhiều hơn so với người sống tại khu vực đồng bằng. Mặc dù mức giảm tỷ lệ uống rượu trong nghiên cứu của chúng tôi còn chưa nhiều, nhưng đây cũng là một kết quả đáng ghi nhận và có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2).

c. Tình trạng ăn mặn

Muối là gia vị không thể thiếu trong chế biến các món ăn hàng ngày, nhưng nếu ăn quá nhiều sẽ rất nguy hiểm. Theo khuyến cáo của WHO, mỗi người trưởng thành mỗi ngày nên sử dụng ít hơn 6 gam muối (một thìa cà phê), nếu ăn nhiều hơn gọi là ăn mặn. Với chế độ ăn nhiều muối, nước sẽ được giữ lại trong lòng mạch làm tăng thể tích máu lưu thông, làm tăng áp lực máu trong lòng mạch dẫn tới THA. Chế độ ăn mặn (thừa muối) dẫn đến nguy cơ bị THA và các biến chứng nặng nề của THA như: đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy thận... Nhiều người bệnh THA chỉ cần cải thiện chế độ ăn giảm muối là có thể cải thiện

tình trạng bệnh mà không cần sử dụng thuốc. Chế độ ăn giảm muối là biện pháp quan trọng để điều trị cũng như dự phòng THA.

Sau can thiệp, tỷ lệ người ăn mặn đã giảm đi đáng kể tại huyện Văn Yên từ 45,3% xuống còn 20,4%, mức giảm này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Tương tự tại huyện Lục Yên chúng tôi cũng thấy số người ăn mặn giảm từ 39,5% xuống còn 31,2% (Biểu đồ 3.17). Chế độ ăn giảm muối được khuyến cáo cho hầu hết người có tăng huyết áp hoặc có nguy cơ cao bị tăng huyết áp. Khi chuyển chế độ ăn từ nhiều muối sang ít muối hơn, tùy mức độ bệnh tăng huyết áp, huyết áp có thể trở về mức bình thường. Nếu mỗi ngày thực hiện giảm lượng muối khoảng một nửa, huyết áp có thể giảm từ 2-8 mmHg^{7, 43, 46}.

d. Tình trạng thừa cân béo phì và ít vận động

Thừa cân làm tăng huyết áp và làm cho huyết áp khó kiểm soát huyết áp ở những người bệnh tăng huyết áp. Các nghiên cứu cho thấy khi giảm đi 1kg cân nặng giúp huyết áp giảm 1mmHg^{43, 46}.

So với các hành vi, thói quen khác thì việc thay đổi tình trạng BMI của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không đáng kể. Tỷ lệ người thừa cân/béo phì giảm từ 44,8% tại huyện Văn Yên xuống còn 42,3% (Biểu đồ 3.16). Thiếu hoạt động thể lực là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong, gây tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, đái tháo đường và một số loại ung thư. Tỷ lệ ít vận động trong nhóm đối tượng được can thiệp của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo STEP 2015 cho thấy tại Việt Nam gần 1/3 dân số (28,1%) thiếu hoạt động thể lực, tức là không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO⁶². Tại huyện Lục Yên con số này còn có xu hướng tăng lên từ 49,5% lên 57,7%.

Hoạt động thể lực đúng mức đều đặn được coi là một liệu pháp để dự phòng THA, ít vận động được coi là nguyên nhân của 5-13% các trường hợp THA hiện nay⁶⁶. Theo khuyến cáo của WHO nên hoạt động đều đặn 30 phút/ngày với cường độ trung bình, ít nhất 5 ngày/tuần, tương đương 150 phút/tuần hoặc với cường độ cao ít nhất 75 phút/tuần⁶⁷. Tuy nhiên, do đối tượng nghiên cứu là người từ 40 tuổi trở lên không còn là người lao động chính trong gia đình, thay vào đó là người ông bà trong gia đình, nên ít vận động. Do đó hiệu quả can thiệp đến tình trạng vận động của người dân trong nghiên cứu của chúng tôi còn rất thấp.

Sự thay đổi không đáng kể về tình trạng BMI theo chúng tôi là do ảnh hưởng bởi yếu tố tuổi tác. Thực vậy, với những người từ 40 tuổi trở lên, hoạt động chuyển hóa năng lượng trong cơ thể thay đổi, tăng mức độ đồng hóa và giảm mức độ dị hóa. Dẫn đến việc giảm cân nặng sẽ có tốc độ chậm hơn.

Tình trạng ít vận động có ảnh hưởng trực tiếp đến thừa cân/béo phì và có ảnh hưởng gián tiếp đến huyết áp của người bệnh. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng khi người dân tăng vận động sẽ giúp giảm các chỉ số huyết áp tâm thu và tâm

trương¹¹⁵. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng sau 2 năm can thiệp, tình trạng ít vận động của đối tượng nghiên cứu tại Văn Yên không có sự thay đổi nhiều (Biểu đồ 3.16), đặc biệt huyện Lục Yên tỷ lệ này có sự gia tăng. Như vậy, để giúp giảm thừa cân béo phì thì các hoạt động can thiệp cần chú trọng hơn nữa tư vấn truyền thông về những lợi ích của vận động thường xuyên đến huyết áp của người bệnh.

4.2.2. Sự thay đổi về quản lý điều trị THA tại cộng đồng

Năm 2015, số người phát hiện THA chủ yếu là nhờ khám sàng lọc với 17,4% người phỏng vấn tại huyện Văn Yên thấp hơn so với huyện Lục Yên với 50,3% (Bảng 3.13). Kết quả nghiên cứu của Đinh Văn Thành cho thấy có sự khác biệt: Khám sàng lọc (35,8%), khám THA (32%) và khám bệnh khác (14,4%)¹¹⁶. Tác giả Hoàng Văn Linh nghiên cứu tại một số phường của thành phố Bắc Kạn (phát hiện THA nhờ khám sức khỏe 38,7%, khám bệnh khác 21,5%, khám THA 40%)¹¹⁷. Có thể giải thích rằng Văn Yên là một huyện miền núi của Yên Bái, nơi có nhiều dân tộc thiểu số, điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội còn khó khăn trong đó có công tác y tế. Người dân chủ yếu được khám sàng lọc từ các dự án, nghiên cứu, chương trình được tài trợ. Trong khi nguồn lực đầu tư cho y tế còn hạn hẹp và thiếu như hiện nay. Thêm vào đó mạng lưới tuyến y tế cơ sở chưa thực sự chú trọng trong công tác sàng lọc THA hàng loạt nên tỷ lệ THA tại cộng đồng còn bị bỏ sót nhiều. Mặt khác do đặc điểm THA với triệu chứng âm thầm lặng lẽ nên người dân không thể tự biết được mình bị THA mà chủ yếu được phát hiện khi có biến chứng của THA hoặc do đi khám chữa bệnh khác mà vô tình kiểm tra phát hiện THA.

Giai đoạn năm 2015, hướng xử lý các trường hợp THA sau khi được phát hiện là tất cả các trường hợp được phát hiện THA đều được tư vấn điều trị. Tuy nhiên, chỉ có 49,5% số người tại Văn Yên được lập hồ sơ quản lý HA, thấp hơn so với huyện Lục Yên với 85,7% (Bảng 3.14).

Kể từ khi có mô hình can thiệp, số người THA có hồ sơ quản lý tăng lên 100% tại huyện Văn Yên (Biểu đồ 3.18), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p

$< 0,05$, test χ^2). Ngược lại, huyện Lục Yên có số lượng người THA được quản lý hồ sơ giảm đi từ 85,7% xuống còn 44% (với $p < 0,05$, test χ^2) (Biểu đồ 3.18). Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả thực hiện tại Thái Nguyên (với 34%)¹¹⁰. Từ đó góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ người bệnh mắc biến chứng do bệnh THA từ 17,4% xuống còn 0% (Biểu đồ 3.21).

Từ khi có hồ sơ theo dõi tình trạng huyết áp, số người THA được tư vấn điều trị tại huyện Văn Yên tăng lên đáng kể từ 77,6% lên 89,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Ngược lại, huyện Lục Yên có số lượng người THA được tư vấn điều trị bệnh giảm đi từ 89,1% xuống còn 52,9% (với $p < 0,05$, test χ^2) (Biểu đồ 3.19). Kết quả của chúng tôi vẫn còn thấp hơn so với kết quả điều tra tại Thái Bình của tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (94,7%)³⁰ do công tác truyền thông tư vấn tại địa bàn miền núi chịu ảnh hưởng rất nhiều từ điều kiện địa lý và giao thông đi lại của người dân. Công tác tư vấn được đánh giá tốt đạt 90,2%, nên tư vấn thường xuyên đạt 98,2%. Về đề xuất nơi khám cấp thuốc hàng tháng có 84,8% chọn tại Trạm Y tế xã và 15,2% chọn tại Trung tâm Y tế; việc triển khai các hoạt động tư vấn đấng huyết áp đã triển khai trong thời gian quan cơ bản đạt hiệu quả tuy nhiên trong thời gian tới tiếp tục triển khai, đồng thời tư vấn thường xuyên hơn nữa thông qua các hoạt động khám chữa bệnh về tăng huyết áp. Để đảm bảo việc quản lý điều trị tăng huyết áp hiệu quả tuyến Trạm y tế cần cần phải tiếp tục nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, mở rộng danh mục khám chữa bệnh theo phân cấp, đảm bảo thuốc điều trị,.. để thu hút người dân khám quản lý tăng huyết áp tại trạm.

Việc triển khai mô hình liên kết y tế cán bộ y tế thôn bản được tập huấn ngoài đo huyết áp 2 lần/tuần cho các đối tượng được can thiệp, truyền thông kiến thức cơ bản về tăng huyết áp; các đối tượng được quản lý cấp thuốc tại trạm sẽ được cán bộ y tế tư vấn về điều trị do nâng cao hiệu quả quản lý.

Địa điểm quản lý người bệnh THA có sự thay đổi rõ rệt, TYT xã là nơi quản lý người bệnh THA chính tại các địa bàn. Tại huyện Văn Yên, số người được quản lý THA tại TYT xã tăng từ 58,7% lên 96,7%, đồng thời số lượng người không được quản lý giảm từ 37,6% xuống còn 0% (với $p < 0,05$, test χ^2).

Tương tự, huyện Lục Yên có số người được quản lý tại TYT xã tăng từ 36% lên 97,4%, số người không được quản lý giảm từ 56% xuống còn 2,6% (với $p < 0,05$, test χ^2) (Biểu đồ 3.20). Một số nghiên cứu khác: nghiên cứu của Hồ Anh Hiến (trạm y tế là chủ yếu 61,6%, phòng khám tư nhân chiếm 15,1% và bệnh viện huyện chiếm 11,3%)⁸⁷. Nghiên cứu của Đinh Văn Thành (chủ yếu là tuyến huyện 30,4%, bệnh viện tỉnh và y tế tư nhân 5,4%, TYT xã là thấp nhất 1,7%)⁸⁸. Sự khác biệt trên có thể được giải thích rằng do cơ chế quản lý y tế ở các địa phương là khác nhau. Ở Bắc Giang quản lý điều trị THA được thực hiện chủ yếu ở tuyến huyện. Còn ở Yên Bái mạng lưới y tế xã lại có tầm quan trọng đặc biệt đối với sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân các dân tộc thiểu số ở các vùng nông thôn, miền núi, vùng khó khăn. Đây là mạng lưới y tế gần dân nhất, tại huyện Văn Yên chủ yếu bảo hiểm y tế được đăng ký tại trạm y tế xã (98,1% trong nghiên cứu này) đảm bảo cho người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí y tế hợp lý, các khoản chi gián tiếp thấp (như chi phí đi lại, ăn ở, người nhà đi theo chăm sóc...) có thể phát hiện, quản lý được bệnh tật sớm. Do vậy phần lớn người dân được quản lý điều trị THA ở trạm y tế là điều dễ nhận thấy.

Bên cạnh đó, việc cung cấp thuốc cho người bệnh cũng có sự cải thiện đáng kể với số người bệnh được điều trị bằng thuốc tăng từ 49,6% lên 80%, số người được điều trị bằng hình thức thay đổi thói quen tăng từ 5,9% lên 20%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, test χ^2). Tỷ lệ thuốc cung ứng đủ cho người bệnh tăng từ 79% lên 89% tại huyện Văn Yên, tỷ lệ không đủ thuốc đã giảm từ 18% xuống còn 0%. Ngược lại, huyện Lục Yên tỷ lệ được cung ứng đủ thuốc điều trị giảm từ 94% xuống còn 46%, số người không được cung ứng đủ thuốc tăng từ 4% lên 15% (Biểu đồ 3.22).

Một trong những yếu tố giúp đảm bảo cung cấp thuốc đầy đủ cho người mắc THA tại địa bàn can thiệp đó là tăng cường sử dụng thuốc từ nguồn BHYT. Trong các cuộc họp Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân tuyến xã, huyện luôn có đại diện của Bảo hiểm y tế tham dự. Kết quả là người bệnh THA trên địa bàn huyện Văn Yên được cung cấp thuốc THA từ BHYT đạt 99,3%. Trong khi đó, con số này của huyện Lục Yên là 78,8% (Biểu đồ 3.16, Biểu đồ 3.24). Như vậy,

vai trò của BHYT trong hoạt động can thiệp kiểm soát, điều trị THA tại cộng đồng vô cùng quan trọng. Mô hình liên kết của chúng tôi ngay từ ban đầu xây dựng đã có sự tham gia tích cực của Lãnh đạo SYT Yên Bái phụ trách trực tiếp các hoạt động BHYT trên địa bàn tỉnh. Chính vì vậy, sự kết nối và phối hợp của BHYT trong việc cung ứng đảm bảo thuốc điều trị cho người bệnh tại TYT xã của mô hình can thiệp đã mang lại hiệu quả rất tốt.

4.2.3. Sự thay đổi về tình trạng huyết áp

Sự thay đổi về thói quen, hành vi của người THA cũng như hoạt động quản lý người bệnh tại cộng đồng ở trên đã có tác động nhất định góp phần làm giảm mức huyết áp tâm thu, tâm trương từ đó làm giảm số người THA chưa đạt mục tiêu tại địa bàn can thiệp.

Sau 2 năm can thiệp, huyện can thiệp huyện Văn Yên có sự cải thiện về tình trạng huyết áp của đối tượng nghiên cứu cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Cụ thể là huyết áp tâm thu giảm từ $157,2 \pm 20,1$ mmHg xuống còn $150,2 \pm 16,7$ mmHg tức là giảm 7 mmHg, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, Mann-Whitney test). Huyết áp tâm trương giảm 1,8 mmHg từ $92,6 \pm 10,5$ mmHg xuống còn $90,4 \pm 12,3$ mmHg, tuy nhiên mức giảm này chưa có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, Mann-Whitney test) (Biểu đồ 3.12, Bảng 3.27).

Trong khi đó, giá trị huyết áp trung bình tâm thu và tâm trương của huyện Lục Yên không có sự thay đổi đáng kể nào với mức huyết áp tâm thu và tâm trương vẫn duy trì ở mức $157,6 \pm 12,7$ mmHg ở thời điểm sau can thiệp ($158,0 \pm 17,3$ mmHg ở thời điểm trước can thiệp) (Biểu đồ 3.12, Bảng 3.27).

So với kết quả nghiên cứu tại huyện Ba Vì năm 2006 của tác giả Nguyễn Ngọc Quang, các hoạt động can thiệp tại Ba Vì giúp giảm được 8,5 mmHg huyết áp tâm thu và giảm được 0,8 mmHg đối với huyết áp tâm trương. Như vậy mức giảm huyết áp tâm thu tại địa bàn can thiệp Văn Yên của chúng tôi thấp hơn so với huyện Ba Vì (giảm 7 mmHg so với giảm 8,5 mmHg)¹¹⁴. Sự cải thiện của chúng tôi thấp hơn so với kết quả can thiệp tại Ba Vì do thời gian can thiệp

trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn (2 năm so với 3 năm), mặt khác các hoạt động can thiệp của chúng tôi được thực hiện tại địa bàn khu vực miền núi cũng gặp khó khăn hơn so với huyện Ba Vì-Hà Nội. Số lượng địa bàn được can thiệp của chúng tôi là 3 xã, ngược lại tại Ba Vì chỉ thực hiện can thiệp trên địa bàn 1 xã có nhiều cơ hội được tập trung nguồn lực thực hiện can thiệp tốt hơn.

So sánh với mô hình can thiệp lồng ghép theo dõi huyết áp tại nhà cho người dân thành thị của Thái Lan dưới sự hướng dẫn của y tế thôn bản, can thiệp tại huyện Văn Yên của chúng tôi có mức giảm HA tốt hơn. Cụ thể tại Thái Lan, can thiệp trong 3 tháng giảm 4,6mmHg đối với HA tâm thu và giảm 3,5mmHg đối với HA tâm trương³⁵. Sự khác biệt này theo chúng tôi là do thời gian can thiệp nghiên cứu tại Thái Lan ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (3 tháng tại Thái Lan so với 2 năm tại huyện Văn Yên) mặc dù cả 2 nghiên cứu đều can thiệp với sự tham gia theo dõi của nhân viên y tế thôn bản.

Mức giảm huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu tổng quan về vai trò của nhân viên y tế cộng đồng trong phòng ngừa kiểm soát bệnh không lây nhiễm của tác giả Jeet G và cộng sự thực hiện năm 2017. Tác giả cho biết thời gian thực hiện can thiệp trung bình từ 4-19 tháng, đạt mức giảm HA tâm thu trung bình của các can thiệp trên toàn cầu là 4,8 mmHg, mức giảm HA tâm trương tương ứng là 2,88 mmHg²⁵. Và như vậy thời gian thực hiện can thiệp trong 2 năm của chúng tôi có ý nghĩa nhất định trong việc cải thiện tình trạng huyết áp của người THA tại cộng đồng.

Tuy nhiên, khi so sánh với kết quả can thiệp tại Brazil và Argentina, mức giảm huyết áp của chúng tôi còn thấp hơn do các nghiên cứu can thiệp tại Brazil và Argentina xây dựng mô hình can thiệp nhiều hợp phần, và chỉ tập trung tại các trung tâm chăm sóc sức khỏe cộng đồng với thời gian thực hiện tương đối dài (4 năm tại Argentina)^{36, 28}.

Khi đánh giá về tỷ lệ người chưa đạt huyết áp mục tiêu sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận huyện can thiệp Văn Yên số người THA chưa đạt mục tiêu giảm 22,3% số người mắc, từ 100% xuống còn 78,7% (Biểu đồ 3.13). Trong khi

đó Lục Yên có mức giảm không đáng kể 100% xuống còn 99,3% (Biểu đồ 3.13). So với can thiệp tại Trà Vinh (giảm 11%), mức giảm số người THA chưa đạt mục tiêu của chúng tôi tốt hơn (22,3% so với 11%)⁴⁰. Chúng tôi cho rằng, chính sự khác biệt của mô hình cũng như yếu tố dân tộc, văn hóa, phong tục và thói quen ảnh hưởng nhất định đến kết quả can thiệp của nghiên cứu.

Mô hình của chúng tôi đã giúp giảm tỷ lệ người bệnh THA chưa đạt mục tiêu, kết quả này tương tự như can thiệp mô hình “Lồng ghép dự phòng kiểm soát bệnh không lây nhiễm” được thực hiện tại xã miền núi Linh Sơn của tỉnh Thái Nguyên thực hiện trong năm 2009-2011⁴¹.

4.2.4. Sự thay đổi về tỷ lệ biến chứng

Sau can thiệp, tỷ lệ người THA chưa đạt mục tiêu có biến chứng tại huyện Văn Yên giảm từ 17,4% xuống 0% (với $p < 0,05$, test χ^2). Ngược lại, huyện Lục Yên có tỷ lệ người mắc biến chứng do THA tăng từ 0% lên 3,4% (với $p < 0,05$, test χ^2) (Biểu đồ 3.21). Như vậy có thể thấy hiệu quả của mô hình trong việc phòng ngừa các biến chứng do THA tại cộng đồng.

Các kết quả trên phản ánh sự quyết tâm cũng như vai trò của các TYT xã trong việc theo dõi điều trị cho người bệnh tại địa phương. Tại một số địa phương khác cũng chứng minh cho thấy vai trò của y tế cơ sở trong việc kiểm soát, theo dõi và điều trị cho người bệnh THA tại cộng đồng như nghiên cứu của chúng tôi.

Các kết quả đã phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là minh chứng giúp cho các nhà hoạch định chính sách đưa ra các biện pháp can thiệp phù hợp để dự phòng bệnh THA cho cộng đồng người dân đang sinh sống tại huyện Văn Yên cũng như các huyện miền núi khác tại Yên Bái nói riêng và cả nước nói chung.

Từ những nội dung trình bày trên, chúng tôi thấy rằng mô hình can thiệp tại huyện Văn Yên có hiệu quả trong việc tăng tỷ lệ người được kiểm soát HA. Kết quả tại huyện Lục Yên gần như không có sự cải thiện đáng kể nào. Lí do chính là cán bộ y tế trên địa bàn không được tăng cường tập huấn liên tục về

chẩn đoán, điều trị, quản lý và dự phòng THA. Mặt khác, địa bàn huyện Lục Yên đang quản lý theo chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm tai cộng đồng, mà có những thực trạng: 1) Nguồn thuốc BHYT không đảm bảo đủ, 2) Người dân chỉ được nhận thuốc 7 ngày, sau đó cần phải quay lại lĩnh thuốc ảnh hưởng tới việc đi lại của người dân.

4.2.5. Hiệu quả và tính bền vững của mô hình

Mô hình “Liên kết y tế quản lý điều trị tăng huyết áp” tại tỉnh Yên Bái đã xây dựng các hoạt động can thiệp, quản lý phù hợp với điều kiện nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, điều kiện kinh tế, yếu tố văn hóa xã hội tại địa phương. Định hướng xây dựng mô hình hoàn toàn phù hợp với các kết quả nghiên cứu can thiệp cải thiện tình trạng HA của người dân mắc THA trong cộng đồng^{74,74}. Thời gian can thiệp trong vòng 18 tháng của chúng tôi cũng phù hợp với xu thế chung trên thế giới với mức trung bình là dưới 2 năm. Nội dung can thiệp của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với xu thế chung của các mô hình khác trên thế giới: 1) Tư vấn, nâng cao kiến thức về THA^{27,76}; 2) Tập huấn cho cán bộ y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu về cách chẩn đoán THA, theo dõi THA, điều trị THA theo đơn thuốc, ghi chép theo dõi người bệnh THA tại cộng đồng⁷⁷;

4.2.5.1. Nâng cao trình độ, kỹ năng cho cán bộ y tế huyện, xã và thôn bản

Mạng lưới y tế cơ sở có vai trò quan trọng trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Do vậy, mô hình can thiệp của chúng tôi chú trọng tới việc nâng cao trình độ, kỹ năng cho các cán bộ y tế tuyến huyện, xã và thôn bản.

Các cán bộ tại huyện Văn Yên được tập huấn về “Mô hình liên kết y tế trong quản lý điều trị tăng huyết áp”. Các cán bộ được tập huấn bao gồm: Lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện, Bác sĩ khoa hồi sức cấp cứu, Bác sĩ khoa Khám bệnh, Bác sĩ khoa Nội và 15 cán bộ trạm y tế thuộc 3 xã can thiệp (Bảng 3.22).

“Chúng tôi được tập huấn về cách đo huyết áp, làm thế nào để phát hiện được người dân mắc bệnh, chẩn đoán và điều trị cho người dân như thế nào. Ngoài

ra chúng tôi cũng được tập huấn về tư vấn cho người dân cách điều trị bệnh không dùng thuốc, thay đổi lối sống có lợi cho người bệnh tăng huyết áp.

(PVS cán bộ TYT xã 1 huyện Văn Yên.).

Toàn bộ nhân viên y tế thôn bản được tham gia tập huấn về cách đo huyết áp và theo dõi ghi chép sổ quản lý người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng (Bảng 3.33).

4.2.5.2. Hiệu quả trong việc cải thiện các chỉ số huyết áp của người dân tại địa phương

Mô hình đã mang lại hiệu quả trong việc giảm chỉ số huyết áp tâm thu, tâm trương của người dân được theo dõi tư vấn, điều trị tại tuyến cơ sở. Sau can thiệp, tại huyện Văn Yên, huyết áp tâm thu giảm từ 157,2 mmHg xuống còn 150,2 mmHg (giảm 7 mmHg), huyết áp tâm trương giảm từ 92,6 mmHg xuống còn 91,4 mmHg (giảm 2,2 mmHg), sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$, Mann-Whitney test). Khi so sánh với các xã đối chứng tại huyện Lục Yên, chúng tôi ghi nhận giá trị trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương thay đổi không đáng kể sau can thiệp (với $p > 0,05$, Mann-Whitney test) (Bảng 3.27).

Mức giảm chỉ số huyết áp tâm thu trong nghiên cứu của chúng tôi là 7 mmHg cao hơn so với kết quả nghiên cứu can thiệp trong 3 tháng tại Bangladesh và Srilanka với mức giảm huyết áp tâm thu trung bình 4,5mm Hg⁷⁸.

Tuy nhiên mức độ giảm chỉ số huyết áp tâm thu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với can thiệp tại Argentina: HA tâm thu trung bình giảm 19,3 mmHg ở nhóm can thiệp (95% CI, 17,9-20,8 mm Hg) và giảm 12,7 mm Hg ở nhóm chứng (95% CI, 11,3-14,2 mm Hg). Sự khác biệt này là do tại Argentina người dân địa phương có điều kiện kinh tế phát triển hơn, đồng thời các bác sĩ tại Argentina cập nhật thông tin và tư vấn sức khỏe cho người dân thường xuyên hơn thông qua việc gửi tin nhắn điện thoại²⁸.

4.2.5.3. Tính bền vững của mô hình

Đưa cán bộ y tế tuyến xã vào hoạt động dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm trong đó có bệnh THA được đánh giá là có tiềm năng mang lại những hiệu quả nhất định tại các nước có thu nhập trung bình và thấp.

Thực vậy, 91,9% cán bộ y tế được hỏi đều đánh giá mô hình có hiệu quả (Biểu đồ 3.25) mặc dù chỉ số hiệu quả đạt 20,6%. Sở dĩ như vậy vì đây là mô hình dễ thực hiện, có tính hữu ích cho người dân mắc THA tại khu vực miền núi nơi có địa bàn đi lại khó khăn, trình độ dân trí còn thấp song song với nhiều tập quán phong tục lạc hậu. Tăng tỷ lệ người THA trong cộng đồng được cấp thuốc điều trị đầy đủ (99,3% người bệnh).

4.3. Những ưu điểm và hạn chế của đề tài nghiên cứu

4.3.1. Ưu điểm của đề tài

Đây là nghiên cứu đánh giá toàn diện đầu tiên về thực hiện chương trình can thiệp phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng trên địa bàn tỉnh Yên Bái, nghiên cứu đã đưa ra được mô hình can thiệp có hiệu quả bước đầu, kết nối liên tục, thường xuyên cán bộ y tế và cơ sở y tế từ tuyến thôn bản đến tuyến tỉnh để đảm bảo quản lý điều trị người bệnh THA tại cộng đồng được toàn diện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sẽ có ý nghĩa trong dự phòng bệnh THA cho người dân sinh sống tại khu vực miền núi, đặc biệt là người dân tộc Dao.

Đặc biệt, cho đến nay mô hình vẫn được tiếp tục duy trì triển khai tại các xã can thiệp trên địa bàn huyện Văn Yên. Sở Y tế đã có kế hoạch triển khai nhân rộng mô hình tới các xã khác trên địa bàn huyện Văn Yên. Mô hình phòng chống THA tại Văn Yên phù hợp với Nghị quyết 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 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 bệnh không lây nhiễm 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 bệnh không lây nhiễm, gồm cả THA¹¹⁸. Bên cạnh đó, sự kết nối phối hợp của cơ sở y tế tuyến xã – huyện – tỉnh trong mô hình hoàn toàn phù hợp với chủ trương của chính phủ

trong Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở tại Quyết định 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016, trong đó vai trò của TYT xã tiếp tục được chú trọng đẩy mạnh, sự kết nối giữa các tuyến được quan tâm.

4.3.2. Hạn chế của đề tài

Đề tài nghiên cứu được triển khai tại khu vực có nhiều người dân tộc sinh sống tại khu vực miền núi nên có những hạn chế nhất định:

- Bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng nghiên cứu tập trung khai thác vào tình trạng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng: tuổi, giới, trình độ học vấn, chế độ ăn, thói quen hút thuốc, thói quen sử dụng rượu bia, thói quen hoạt động thể lực và yếu tố gia đình.

- Bộ câu hỏi chưa khai thác kiến thức, thái độ và thực hành về THA để làm rõ hơn ảnh hưởng của kiến thức, thái độ, thực hành của người dân tại địa điểm nghiên cứu. Trong tương lai, nghiên cứu cần bổ sung thêm nội dung này trong bộ câu hỏi điều tra.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ THA tại huyện Văn Yên và Lục Yên năm 2015 là 35% và 40,2%. Tăng huyết áp tăng theo độ tuổi của đối tượng nghiên cứu. Người dân tộc Dao tại huyện Văn Yên và người dân tộc Tày tại huyện Lục Yên có tỷ lệ mắc THA cao hơn các nhóm dân tộc khác.

Các yếu tố có liên quan tới tình trạng THA của người dân tại 2 huyện bao gồm: Tuổi, dân tộc, tình trạng ít vận động, tình trạng thừa cân béo phì và yếu tố di truyền trong gia đình. Các yếu tố có ảnh hưởng tới tình trạng quản lý điều trị người THA tại cộng đồng bao gồm: Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân; Sự quan tâm của người dân và thành viên trong gia đình; Sự tư vấn của cán bộ y tế; Chính sách bảo hiểm y tế dành cho người THA tại cộng đồng và nguồn lực y tế dành cho hoạt động quản lý điều trị THA tại địa phương.

Từ thực tế trên, nhóm nghiên cứu đã xây dựng mô hình “Liên kết y tế quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng” với sự tham vấn của cán bộ y tế và chính quyền các cấp tỉnh Yên Bái. Sau 2 năm thực hiện mô hình tại huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái, mô hình được đánh giá có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ người bệnh THA chưa đạt mục tiêu và giảm một số hành vi nguy cơ có ảnh hưởng đến THA. Mô hình đạt hiệu quả 20,6%; số người THA được quản lý điều trị tại trạm y tế xã tăng lên và giảm tỷ lệ người mắc biến chứng do THA, cụ thể:

- Tỷ lệ người kiểm soát THA tăng từ 0% lên 21,3% tại huyện Văn Yên so với huyện Lục Yên là 0,7%.
- Tại huyện can thiệp Văn Yên, mức giảm huyết áp tâm thu và tâm trương tương ứng là 7 mmHg và 1,8 mmHg. So với huyện Lục Yên, giá trị huyết áp tâm thu và tâm trương không có sự thay đổi đáng kể nào.
- Huyện can thiệp có tỷ lệ người hút thuốc lá, uống rượu và ăn mặn giảm so với trước can thiệp.

- TYT xã có vai trò quan trọng và chủ động hơn trong quản lý điều trị THA tại cộng đồng; Tỷ lệ người THA được quản lý hồ sơ tại trạm y tế xã tăng từ 49,5% lên 100% tại huyện Văn Yên.
- Tỷ lệ đối tượng THA được tư vấn về bệnh tăng từ 77,6% lên 89,9%.
- Đối tượng THA được điều trị bằng thuốc do TYT xã cấp tăng từ 79% lên 89%
- Số người THA có biến chứng do bệnh giảm từ 17,4% xuống 0%.
- Chỉ số hiệu quả chung của mô hình đạt 20,6%.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số khuyến nghị sau nhằm nâng cao hiệu quả công tác quản lý THA tại cộng đồng

1. Tiếp tục nhân rộng mô hình liên kết trong quản lý và điều trị tăng huyết áp trên địa bàn huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái.

2. Để đảm bảo tính bền vững và duy trì mô hình can thiệp, cần tiếp tục đào tạo cho nhân viên y tế thôn bản, cán bộ TYT xã hàng năm về cập nhật kiến thức về dự phòng, điều trị, quản lý bệnh THA tại cộng đồng.

3. Đảm bảo cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác quản lý và điều trị người bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở. Đặc biệt cần tăng cường vai trò của BHYT trong hoạt động quản lý điều trị người dân tăng huyết áp tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lemogoum D. Challenge for Hypertension Prevention and Control Worldwide: The Time for Action. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2014;16(8)doi:10.1111/jch.12373
2. Mark D. Huffman, Donald M. Lloyd-Jones. Global Burden of Raised Blood Pressure Coming Into Focus. *JAMA*. 2017;317(2)
3. Ha NT, Duy HT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health*. 2014;14(833):1471-2458.
4. Harlan M. Krumholz, Forouzanfar MH et al. The Worldwide Burden of Hypertension. *JAMA* 2017;
5. Nguyễn Lâm Việt. *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng*. 2007.
6. Do HT, Geleijnse JM, Le MB, Kok FJ, Feskens EJ. National prevalence and associated risk factors of hypertension and prehypertension among Vietnamese adults. *Am J Hypertens*. 2015;28(1)
7. WHO. *A global brief on Hypertension - World Health day 2013*. 2013.
8. V J, SK C, AB T, et al. Economics of Team-based Care in Controlling Blood Pressure: A Community Guide. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):772-783.
9. Son PT, Quang NN, Viet NL, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *J Hum Hypertens*. 2012;26(4):268-80.
10. Cai Le, Shu Zhankun, Jun D, Zhao Keying. The economic burden of hypertension in rural south-west China. *Tropical Medicine and International Health*. 2012;17(12):1544.
11. Nguyen TP, Nguyen TB, Nguyen TT, et al. Direct costs of hypertensive patients admitted to hospital in Vietnam– a bottom-up micro-costing analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(514):014-0514.
12. Nguyễn Thị Thi Thơ, Nguyễn Thị Kiều Anh, Nguyễn Nhật Cảm. Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội, năm 2016. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2017;27(6, Phụ bản)
13. Nguyễn Thanh Lương. *Thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ liên quan ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015*. Đại học Y Hà Nội; 2017.
14. Nguyễn Lâm Việt. Phòng chống bệnh tăng huyết áp - Giảm gánh nặng bệnh tật.
15. WHO. *A global brief on Hypertension - World Health day 2013*. 2013.
16. Dominique Stephan, Sébastien Gaertner, Elena-Mihaela Cordeanu. A critical appraisal of the guidelines from France, the UK, Europe and the USA for the management of hypertension in adults. *Arch Cardiovasc Dis*. 2015;108(8-9):453-9. doi:10.1016/j.acvd.2015.05.006
17. Ângela Taís Mattei da Silva , Maria de Fátima Mantovani, Ricardo Castanho Moreira, Juliana Perez Arthur, Roberto Molina de Souza. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020;43(1):68-78. doi:10.1002/nur.21994
18. Hồng Mừng Hai. Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên và kết quả can thiệp tại huyện Phú Tân tỉnh Cà Mau năm 2014. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2015;Tập XXV, số 8(168)
19. T H, Z F, ZD S, Z P, F R. Lifestyle interventions for hypertension treatment among Iranian women in primary health-care settings: Results of a randomized controlled trial. *J Res Med Sci*. 2015;20(1):54-61.
20. James PA, Oparil S, 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). *JAMA*. 2014;311(5):507-20. doi:10.1001/jama.2013.284427.PMID: 24352797

21. Still CH, Ferdinand KC, Ogedegbe G, Wright JT Jr. Recognition and Management of Hypertension in Older Persons: Focus on African Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(10):2130-8. doi:10.1111/jgs.13672
22. Carolyn H Still, Keith C Ferdinand, Gbenga Ogedegbe, Jackson T Wright Jr Recognition and Management of Hypertension in Older Persons: Focus on African Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(10):2130-8. doi:10.1111/jgs.13672
23. Debosree Roy, Margaret Meador, Nana Sasu, Kate Whelihan, Joy H Lewis. Are Community Health Center Patients Interested in Self-Measured Blood Pressure Monitoring (SMBP) - And Can They Do It? *Integr Blood Press Control.* 2021;14:19-29. doi: 10.2147/IBPC.S285007
24. P S, L Y, C G. Changes in blood pressure among users of lay health worker or volunteer operated community-based blood pressure programs over time: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2015;13(10):30-40.
25. Jeet G, Thakur JS, Prinja S, Singh M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PLoS One.* 2017;12(7)doi:10.1371/journal.pone.0180640
26. Claudio Ferri, Livia Ferri, Giovambattista Desideri. Management of Hypertension in the Elderly and Frail Elderly. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2017;24(1):1-11. doi:10.1007/s40292-017-0185-4
27. Nurhan Ozpancar, Sezgi Cinar Pakyuz, Birol Topcu. Hypertension management: what is the role of case management? *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51(e03291)doi:10.1590/s1980-220x2017016903291
28. He J, Irazola V, Mills KT, et al. Effect of a Community Health Worker-Led Multicomponent Intervention on Blood Pressure Control in Low-Income Patients in Argentina: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017;318(11):1016-1025.
29. Phạm Ngân Giang, Trương Việt Dũng, Trần Chí Liêm, et al. Can thiệp kiểm soát tăng huyết áp ở cộng đồng nông thôn. 2014;
30. Trần Thị Mỹ Hạnh. *Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.* 2017. dtsdh.huph.edu.vn/sites/.../Tom%20tat%20LA-%20Tran%20Thi%20My%20Hanh.pdf
31. Li H, Sun Y, Qian D. Can integrated health services delivery have an impact on hypertension management? A cross-sectional study in two cities of China. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):193.
32. Finlay A.M. The Canadian hypertension education program-A unique Canadian initiative. *Can J Cardiol.* 2006;22(7):559-564.
33. Chu-Hong Lu, Song-Tao Tang, Yi-Xiong Lei, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health.* 2015;15(33)
34. Zhu X, Wong FKY, CLH. W. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2018;77:171-178. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.006
35. Visanuyothin S, Plianbangchang S, Somrongthong R. An integrated program with home blood-pressure monitoring and village health volunteers for treating poorly controlled hypertension at the primary care level in an urban community of Thailand. *Integr Blood Press Control.* 2018;11:25-35. doi:10.2147/IBPC.S160548
36. Kuhmmer R, Lazzaretti RK, Guterres CM, et al. Effectiveness of multidisciplinary intervention on blood pressure control in primary health care: a randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(456)doi:10.1186/s12913-016-1703-0
37. Nguyễn Thanh Bình. *Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp.* Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương; 2017.

38. Nguyen QN, Pham ST, Nguyen VL, et al. Implementing a hypertension management programme in a rural area: local approaches and experiences from Ba-Vi district, Vietnam. *BMC Public Health*. 2011;11(325):1471-2458.
39. Nguyen QN, Pham ST, Nguyen VL, et al. Effectiveness of community-based comprehensive healthy lifestyle promotion on cardiovascular disease risk factors in a rural Vietnamese population: a quasi-experimental study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2012;12(56):1471-2261.
40. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Văn Cường, Trần Văn Hương. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2015. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2016;Tập XXVI, số 13(186)
41. WHO, Trường Đại học Y Hà Nội. *Báo cáo: Đánh giá mô hình lồng ghép trong dự phòng và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm tại huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên*. 2011.
42. Quyết định số 3192/QĐ-BYT ban hành về việc "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp". (2010).
43. WHO, ISH. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị dự phòng THA. 2003;
44. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp năm 2015. 2015;
45. Kazuomi Kario, Satoshi Hoshida, Yook-Chin Chia, Peera Buranakitjaroen, Siddique S. Guidance on ambulatory blood pressure monitoring: A statement from the HOPE Asia Network. *Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021;23(3):411-421.
46. Hội Tim mạch học Việt Nam. Dự phòng bệnh tăng huyết áp. Accessed 23/6/2018, 2018. <http://www.vnha.org.vn/detail.asp?id=275>
47. Ibrahim MM, Damasceno A. Hypertension in developing countries. *Lancet*. 2012;380(9841):611-9.
48. P T Son 1 NNQ, N L Viet, P G Khai, , Pham Thai Son, Nguyen Ngoc Quang, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *J Hum Hypertens*. 2012;26(4):268-80. doi:10.1038/jhh.2011.18
49. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thanh Long, Trương Việt Dũng, Phan Trọng Lân. Tình trạng hiện mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2015;Tập XXV, số 8 (168)(168)
50. Ha DA, Goldberg RJ, Allison JJ, Chu TH, Nguyen HL. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of High Blood Pressure: A Population-Based Survey in Thai Nguyen, Vietnam. *PLoS ONE*. 2013;8(6):e66792. doi:10.1371/journal.pone.0066792
51. Đoàn Minh Cương. *Thực trạng và công tác quản lý tăng huyết áp ở người từ 40 đến 75 tuổi tại huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng năm 2013 và một số yếu tố liên quan*. Đại học Y Hà Nội; 2014.
52. Phạm Thế Xuyên, Nguyễn Thị Bạch Yến, Dương Thị Hồng, Trần Thị Lành. Thực trạng tăng huyết áp ở người 45-64 tuổi tại huyện Điện Biên năm 2014. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2017;
53. Nguyễn Hóa, Đỗ Ích Thành, Tôn Thất Thạnh. Xu hướng tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch chính ở người dân trên 25 tuổi tại thành phố Đà Nẵng giai đoạn 2011-2015. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2017;27(8)
54. Hien HA, Tam NM, Tam V, Derese A, Devroey D. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension and Its Risk Factors in (Central) Vietnam. *Int J Hypertens*. 2018;6326984doi:10.1155/2018/6326984
55. Kaur P, Rao SR, Radhakrishnan E, Rajasekar D, Gupte MD. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors for hypertension in a rural population in South India. *Int J Public Health*. 2012;57(1):87-94.
56. Cai L, Liu A, Zhang L, Li S, Wang P. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among adults in Beijing, China. *Clin Exp Hypertens*. 2012;34(1):45-52.

57. Pereira M, Azevedo A, Barros H. - Determinants of awareness, treatment and control of hypertension in a Portuguese. *Rev Port Cardiol.* 2010;29(12):1779-92.
58. Guessous I, Bochud M, Theler JM, Gaspoz JM, Pechère-Bertschi A. 1999-2009 Trends in prevalence, unawareness, treatment and control of hypertension in Geneva, Switzerland. *PLoS One.* 2012;7(6)
59. Meng XJ1, Dong GH, Wang D, et al. Prevalence, awareness, treatment, control, and risk factors associated with hypertension in urban adults from 33 communities of China: the CHPSNE study. *J Hypertens.* 2011;29(7):1303-10.
60. Jo I, Ahn Y, Lee J, Shin KR, Lee HK, C S. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea: the Ansan study. *J Hypertens.* 2001;19(9)
61. Jafar Sadegh Tabrizi, Homayoun Sadeghi-Bazargani, Mostafa Farahbakhsh, Leila Nikniaz, Zeinab Nikniaz. Prevalence and Associated Factors of Prehypertension and Hypertension in Iranian Population: The Lifestyle Promotion Project (LPP). *PLoS One.* 2016;10(11):e0165264. doi:10.1371/journal.pone.0165264
62. WHO. Vietnam national STEPS survey 2015. 2021. <https://www.who.int/ncds/un-task-force/steps-survey-vietnam2015.pdf>
63. Echouffo-Tcheugui JB, Batty GD, Kivimäki M, Kengne AP. Risk models to predict hypertension: a systematic review. *PLoS One.* 2013;8(7)doi:10.1371/journal.pone.0067370
64. Sathya Prakash Manimunda. Association of hypertension with risk factors & hypertension related behaviour among the aboriginal Nicobarese tribe living in Car Nicobar Island, India. *Indian J Med Res.* 2011;133(3):287–293.
65. Abhinav Vaidya, Umesh Raj Aryal, Alexandra Krettek. Cardiovascular health knowledge, attitude and practice/behaviour in an urbanising community of Nepal: a population-based cross-sectional study from Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site. *BMJ Open.* 2013;doi:10.1136/bmjopen-2013-002976
66. Yi-Yuan Lin, Shin-Da Lee. Cardiovascular Benefits of Exercise Training in Postmenopausal Hypertension. *Int J Mol Sci.* 2018;19(9):2523. doi:10.3390/ijms19092523
67. WHO. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
68. Mats Börjesson, Aron Onerup, Stefan Lundqvist, Björn Dahlöf. Physical activity and exercise lower blood pressure in individuals with hypertension: narrative review of 27 RCTs. *BMJ journal.* 2016;
69. Sheila M. Hegde , Scott D. Solomon. Influence of Physical Activity on Hypertension and Cardiac Structure and Function. *Curr Hypertens Rep.* 2016;17(10):77. doi:10.1007/s11906-015-0588-3
70. Steyn NP, Senekal M, Brits S, Alberts M, Mashego T, JH N. Weight and health status of black female students. *S Afr Med J.* 2000;90(2):146-52.
71. Nicola Mucci, Nicola Mucci, Stefano De Pasquale Ceratti, Javier Fiz-Pérez, Federico Mucci, Giulio Arcangeli. Anxiety, Stress-Related Factors, and Blood Pressure in Young Adults. *Front Psychol.* 2016;
72. F Sparrenberger, F T Cichelero, A M Ascoli, et al. Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension.* 2008;23
73. Peggy PC Chiang, Ecosse L Lamoureux, Anoop Shankar, E Shyong Tai. Cardio-metabolic risk factors and prehypertension in persons without diabetes, hypertension, and cardiovascular disease. *BMC Public Health.* 2013;730
74. Rosendaal NT, Hendriks ME, Verhagen MD, Bolarinwa OA, Sanya EO KP, Adenusi P, Agbede K, van Eck D, Tan SS, Akande TM, Redekop W, Schultsz C, Gomez GB,. Costs and Cost-Effectiveness of Hypertension Screening and Treatment in Adults with Hypertension in Rural Nigeria in the Context of a Health Insurance Program. *PLoS One.* 2016;11(6):e0157925. doi:10.1371/journal.pone.0157925

75. Minh Huynh Van, Viet Nguyen Lan, Tran Van Huy, et al. Asian management of hypertension: Current status, home blood pressure, and specific concerns in Vietnam. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020;22(3):519-521. doi:10.1111/jch.13780
76. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, web communication, and Pharmacist care on hypertension control: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299(24):2857-2867.
77. Bonds DE, Hogan PE, Bertoni AG, et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. *Am Heart J*. 2009;157(2):278-84.
78. Jafar TH, Silva Ad, Naheed A, et al. Control of blood pressure and risk attenuation: a public health intervention in rural Bangladesh, Pakistan, and Sri Lanka: feasibility trial results. *J Hypertens*. 2016;34(9):1872-81.
79. Darrat M, Houlihan A, Gibson I, Rabbitt M, Flaherty G, Sharif F. Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. *Ir J Med Sci*. 2017;6(10):017-1706.
80. Bộ Y tế. Chiến lược phòng chống tăng huyết áp quốc gia giai đoạn 2015-2025. 2015;
81. Trần Thị Hương. *Kiến thức, thực hành về xử trí tăng huyết áp của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017 và một số yếu tố liên quan*. Đại học Y Hà Nội; 2017.
82. Nguyễn Thị Thi Thơ, Lưu Phương Dung, Tạ Ngọc Hà, et al. Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2015;Tập XXV, số 12(172)
83. Sở Y tế Kon Tum. Hiệu quả từ mô hình quản lý người bệnh hen và tăng huyết áp dựa vào cộng đồng tại huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum.
84. Viện Tim mạch Quốc gia. Điều tra dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại Việt Nam năm 2008. 2008;
85. Hoàng Văn Minh. *Phương pháp nghiên cứu can thiệp: thiết kế và phân tích thống kê*. Nhà xuất bản Y học; 2019:388.
86. Phạm Gia Khải, Đỗ Quốc Hùng và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại Hà Nội. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2000;21(2):258-282.
87. Hồ Anh Hiến. *Nghiên cứu tình hình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp và ước tính nguy cơ tim mạch của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015*. Đại học Y Hà Nội; 2015.
88. Đinh Văn Thành. *Thực trạng và hiệu quả mô hình quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bắc Giang*. Trường đại học y dược Thái Nguyên; 2015.
89. Trang thông tin điện tử huyện Văn Yên. Giới thiệu chung. Accessed xem 29/04/2017, <http://vanyen.yenbai.gov.vn/gioi-thieu/gioi-thieu-chung>
90. Phạm Quang Trung. *Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người trưởng thành từ 25 tuổi tại xã Đông Tân, thành phố Thanh Hóa*. Trường Đại học y Hà Nội; 2016.
91. Chu Hồng Thắng. *Nghiên cứu thực trạng bệnh tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa ở xã Hóa Thượng, huyện Đông Hỷ - tỉnh Thái Nguyên*. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; 2008.
92. Hồng Duyên. Yên Bái: Bảo hiểm y tế toàn dân góp phần bảo đảm an sinh xã hội. [http://www.baoyenbai.com.vn/13/143044/Yen Bai Bao hiem y te toan dan gop phan bao da m an sinh xa hoi.htm](http://www.baoyenbai.com.vn/13/143044/Yen-Bai-Bao-hiem-y-te-toan-dan-gop-phan-bao-da-m-an-sinh-xa-hoi.htm)
93. Hội Tim mạch học Việt Nam. Báo động: hơn 5000 người Việt Nam mắc bệnh tăng Huyết áp. Accessed xem 21/03/2017, <http://www.vnha.org.vn/detail.asp?id=219>
94. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Phạm Thái Sơn. Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001 - 2002. *Tạp chí Tim mạch học*. 2003;55:9-34.
95. Nguyễn Lân Việt. *Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 – 2016*. Báo cáo Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 2.; 2016.

96. Phạm Thị Biển. *Hiện trạng tăng huyết áp và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng tăng huyết áp của người trưởng thành tại huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2013*. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
97. Nguyễn Thị Loan. *Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở đồng bào dân tộc thiểu số*. Trường Đại học Y Hà Nội; 1999.
98. Nguyễn Thu Hiền, Dương Hồng Thái, Phạm Kim Liên. Bước đầu tìm hiểu thực trạng bệnh tăng huyết áp tại xã Linh Sơn, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2007;(47), 629-633.
99. Nguyễn Văn Phát, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Văn Sơn. Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi ở xã Du Tiến huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Khoa học & Công nghệ*. 2011;89(01/1):65-69.
100. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến. Thực trạng mắc tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại 2 xã của huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 2013;
101. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Quốc Hùng và cộng sự. Dịch tễ tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở vùng đồng bằng Thái Bình *tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2002;số 22:11-18.
102. Sulbarán T, Silva E, Calmón G et al. Epidemiologic aspects of arterial hypertension in Maracaibo, Venezuela. *Journal of Human Hypertension*. 2000;14(1):66-69.
103. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Vũ Thị Phụng, Phạm Thái Sơn. Nghiên cứu xác định tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp của nhân dân xã Xuân Canh - Đông Anh - Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 2006;1:83-89.
104. Lana Meiqari, Dirk Essink, Pamela Wright, Fedde Scheele. Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health*. 2019;31(2):101-112.
105. Andriani H, Kosasih RI, Septiara Putri, Hsien-Wen Kuo. Effects of changes in smoking status on blood pressure among adult males and females in Indonesia: a 15-year population-based cohort study. *BMJ*. 2020;21(1)
106. Lý Ngọc Kính, Hoàng Mai Anh, Lê Thị Thu, Nguyễn Hoài An và cộng sự. *Các bệnh liên quan tới thuốc lá và cách phòng ngừa*. Nhà xuất bản Y học; 2004.
107. Bộ Y tế. *Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2014*. 2015.
108. Đinh Văn Thành. *Thử nghiệm mô hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang*. Đại học Y Dược Thái Nguyên; 2010.
109. Trì TtYtV. Tăng cường công tác truyền thông phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng. Accessed 15/6/2018, <http://soyte.phutho.gov.vn>
110. Nguyễn Kim Quế, Hoàng Khải Lập, Đỗ Doãn Lợi. Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên. *Tạp chí Y học thực hành*. 2013;1(857)
111. Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn (2015).
112. Nghị định 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 quy định về y tế xã, phường, thị trấn (2014).
113. Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025 (2015).
114. Nguyen Ngoc Quang, Pham Thai Son, Nguyen Lan Viet, Lars Weinehall, Stig Wall, Peter Byass. Effectiveness of community - based comprehensive healthy lifestyle promotion on cardiovascular disease risk factors in a rural Vietnamese population: a quasi-experimental study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2012;12(56)
115. Park YH, Song M, Cho BL, Lim JY, Song W, Kim SH. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2011;82(1):133-7.
116. Đinh Văn Thành, Lương Ngọc Khuê. Thực trạng quản lý, điều trị tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang *Tạp chí Y học thực hành*. 2011;(768):88-90.

117. Hoàng Văn Linh. *Thực trạng quản lý, điều trị tăng huyết áp ở tuyến Y tế cơ sở tại thị xã Bắc Kạn và đề xuất một số giải pháp*. Trường đại học Y Dược Thái Nguyên; 2012.
118. Nghị Quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về việc tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới (2017).

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

1.	Tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân từ 40 tuổi trở lên và một số yếu tố liên quan tại huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái năm 2016. <i>Tạp chí Y học thực hành</i> (1069) – số 4/2018, trang 3-7
2.	Tăng huyết áp ở người dân tộc Dao và một số yếu tố liên quan tại huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái năm 2016. <i>Tạp chí Y học thực hành</i> (1140) – số 7/2020, trang 200-203.
3.	Kết quả mô hình liên kết y tế quản lý, điều trị tăng huyết áp tại huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái. <i>Tạp chí Y học thực hành</i> (1140) – số 7/2020, trang 251-254.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Danh sách đối tượng tham gia nghiên cứu (sau can thiệp)

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG CAN THIỆP TẠI XÃ PHONG DỤ HẠ				
TT	HỌ VÀ TÊN	GIỚI TÍNH	TUỔI	ĐỊA CHỈ
Thôn 1				
1	BUI THỊ SONG	Nữ	16/11/1951	Thôn 1 Lắc Mường
2	BUI THỊ VẢI	Nữ	15/12/1977	Thôn 1 Lắc Mường
3	BUI VĂN THẮNG	Nam	20/04/1976	Thôn 1 Lắc Mường
4	ĐỖ THẾ CÓN	Nam	10/11/1952	Thôn 1 Lắc Mường
5	ĐỒNG VĂN CHUNG	Nam	20/04/1968	Thôn 1 Lắc Mường
6	HÀ THỊ LỘC	Nữ	16/12/1966	Thôn 1 Lắc Mường
7	HOÀNG THỊ HOA	Nữ	05/03/1970	Thôn 1 Lắc Mường
8	HOÀNG THỊ LÀI	Nữ	20/11/1951	Thôn 1 Lắc Mường
9	LÊ VĂN PHƯƠNG	Nam	15/11/1960	Thôn 1 Lắc Mường
10	LƯƠNG THỊ PHƯƠNG	Nữ	04/10/1976	Thôn 1 Lắc Mường
11	MAI THỊ YÊN	Nữ	20/08/1960	Thôn 1 Lắc Mường
12	NGUYỄN ĐÌNH CHIẾN	Nam	10/06/1966	Thôn 1 Lắc Mường
13	PHẠM THỊ LUYẾN	Nữ	02/11/1973	Thôn 1 Lắc Mường
14	PHẠM THỊ TUYẾN	Nữ	02/03/1959	Thôn 1 Lắc Mường
15	TRẦN THỊ LEN	Nữ	10/02/1943	Thôn 1 Lắc Mường
Thôn 2				
1	DƯƠNG THỊ PHÁI	Nữ	20/02/1974	Thôn 2 Láng Lôm
2	HÀ VĂN LOAN	Nam	05/03/1973	Thôn 2 Láng Lôm
3	HOÀNG THỊ BUN	Nữ	20/08/1959	Thôn 2 Láng Lôm
4	HOÀNG THỊ LỢI	Nữ	02/11/1956	Thôn 2 Láng Lôm
5	HOÀNG VĂN HUỒN	Nam	12/06/1959	Thôn 2 Láng Lôm
6	LÔ THỊ THÀNH	Nữ	03/06/1961	Thôn 2 Láng Lôm
7	MAI THỊ KIỀU	Nữ	16/07/1948	Thôn 2 Láng Lôm
8	NGÔ THỊ HUẤN	Nữ	18/07/1964	Thôn 2 Láng Lôm
9	NGÔ VĂN CHANH	Nam	11/10/1958	Thôn 2 Láng Lôm
10	NÔNG THỊ PÍN	Nữ	16/05/1954	Thôn 2 Láng Lôm
Thôn 3				
1	ĐẶNG LONG HIN	Nam	22/02/1966	Thôn 3 Khe Giang
2	HÀ THỊ CƯỜNG	Nữ	10/01/1964	Thôn 3 Khe Giang
3	HÀ VĂN TOÀN	Nam	20/10/1966	Thôn 3 Khe Giang
4	HOÀNG THỊ CHANH	Nữ	20/05/1942	Thôn 3 Khe Giang
5	HOÀNG THỊ LÝ	Nữ	06/10/1978	Thôn 3 Khe Giang
6	HOÀNG THỊ SAY	Nữ	01/01/1936	Thôn 3 Khe Giang
7	HOÀNG THỊ SINH	Nữ	03/10/1956	Thôn 3 Khe Giang
8	LƯƠNG VĂN CHIỂU	Nam	28/04/1952	Thôn 3 Khe Giang
9	NÔNG THỊ TÂM	Nữ	18/02/1972	Thôn 3 Khe Giang
Thôn 5				
1	HÀ VĂN MÓN	Nam	05/09/1958	Thôn 5 Khe Kia
2	HOÀNG THỊ HẠNH	Nữ	06/01/1968	Thôn 5 Khe Kia
3	HOÀNG THỊ SÁNG	Nữ	05/06/1963	Thôn 5 Khe Kia
4	HOÀNG VĂN LẠI	Nam	01/08/1974	Thôn 5 Khe Kia
5	HOÀNG VĂN QUYỀN	Nam	01/09/1977	Thôn 5 Khe Kia
6	LÔ THỊ LIM	Nữ	07/10/1969	Thôn 5 Khe Kia
7	LƯƠNG VĂN BÈNG	Nam	01/05/1930	Thôn 5 Khe Kia
8	LƯƠNG VĂN LẠN	Nam	01/02/1957	Thôn 5 Khe Kia
9	PHẠM THỊ LOAN	Nữ	06/06/1966	Thôn 5 Khe Kia

Thôn 8				
1	HÀ THỊ PHONG	Nữ	01/12/1966	Thôn 8 Nà Liêng
2	HÀ VĂN AU	Nam	07/07/1934	Thôn 8 Nà Liêng
3	HÀ VĂN NGAN	Nam	19/02/1959	Thôn 8 Nà Liêng
4	HÀ VĂN OANH	Nam	12/08/1974	Thôn 8 Nà Liêng
5	HOÀNG THỊ YÊN	Nữ	10/01/1972	Thôn 8 Nà Liêng
6	LÒ THỊ NHƯỢNG	Nữ	20/05/1965	Thôn 8 Nà Liêng
7	LÒ THỊ SƯƠNG	Nữ	20/07/1972	Thôn 8 Nà Liêng

Người lập biểu


Cao Baets


 Hà Nội, ngày 13 tháng 9 năm 2018
 Xác nhận Sở Y tế

 PHÓ GIÁM ĐỐC
 Vũ Trọng Thường

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG CAN THIỆP TẠI XÃ ĐẠI PHÁC

TT	HỌ VÀ TÊN	GIỚI TÍNH	TUỔI	ĐỊA CHỈ
Thôn 1				
1	HOÀNG THỊ HOA	Nữ	12/04/1967	Thôn 1 Đại Thành
2	HOÀNH ĐÌNH HỮU	Nam	15/10/1967	Thôn 1 Đại Thành
3	HOÀNG ĐÌNH DUNG	Nam	20/04/1964	Thôn 1 Đại Thành
4	HOÀNG ĐÌNH HỌC	Nam	10/11/1928	Thôn 1 Đại Thành
5	HOÀNG THỊ NIỆM	Nữ	17/04/1963	Thôn 1 Đại Thành
6	HOÀNG THỊ SANG	Nữ	27/12/1959	Thôn 1 Đại Thành
7	HOÀNG THỊ VỌNG	Nữ	10/01/1930	Thôn 1 Đại Thành
8	HOÀNG XUÂN LỘC	Nam	03/06/1963	Thôn 1 Đại Thành
9	HÀ ĐÌNH VỆ	Nam	18/05/1964	Thôn 1 Đại Thành
10	HOÀNG ĐÌNH HỆ	Nam	01/12/1932	Thôn 1 Đại Thành
11	HOÀNG THỊ HỆNG	Nữ	01/02/1941	Thôn 1 Đại Thành
12	HOÀNG THỊ LỘ	Nữ	08/05/1946	Thôn 1 Đại Thành
13	NGUYỄN THỊ THÁI	Nữ	10/07/1963	Thôn 1 Đại Thành
Thôn 2				
1	HOÀNG ĐÌNH BÀN	Nam	20/08/1945	Thôn 2 Đại Thắng
2	HOÀNG THỊ EN	Nữ	08/11/1964	Thôn 2 Đại Thắng
3	HOÀNG THỊ KIẾN	Nữ	28/08/1968	Thôn 2 Đại Thắng
4	HOÀNG THỊ VÊN	Nữ	10/09/1974	Thôn 2 Đại Thắng
5	HOÀNG VĂN THANH	Nam	25/04/1968	Thôn 2 Đại Thắng
6	HOÀNG NGỌC ĐỎ	Nam	02/02/1962	Thôn 2 Đại Thắng
7	HOÀNG THỊ LẬP	Nữ	28/12/1951	Thôn 2 Đại Thắng
8	HOÀNG THỊ THẢO	Nữ	03/04/1941	Thôn 2 Đại Thắng
9	NÔNG THỊ ƯƠNG	Nữ	28/02/1937	Thôn 2 Đại Thắng
10	HOÀNG VĂN ĐỊNH	Nam	28/08/1948	Thôn 2 Đại Thắng
Thôn 3				
1	HOÀNG THỊ XÔ	Nữ	18/10/1958	Thôn 3 Đại Phác
2	HÀ THỊ DINH	Nữ	01/01/1936	Thôn 3 Đại Phác
3	HOÀNG ĐÌNH CÚC	Nam	08/08/1961	Thôn 3 Đại Phác
4	HOÀNG ĐÌNH HIỆU	Nam	01/09/1964	Thôn 3 Đại Phác
5	HOÀNG ĐÌNH LẠC	Nam	15/10/1954	Thôn 3 Đại Phác
6	HOÀNG THỊ LAN	Nữ	13/12/1960	Thôn 3 Đại Phác
7	HOÀNG THỊ VUI	Nữ	02/10/1958	Thôn 3 Đại Phác
8	HOÀNG VĂN PHƯƠNG	Nam	10/12/1966	Thôn 3 Đại Phác
9	HOÀNG VĂN TIU	Nam	15/08/1969	Thôn 3 Đại Phác
10	NGUYỄN THỊ HỌC	Nữ	22/10/1956	Thôn 3 Đại Phác
Thôn 4				
1	LÂM KIỀU OANH	Nữ	10/11/1967	Thôn 4 Ba Luồng
2	NGUYỄN THỊ MẾN	Nữ	10/08/1972	Thôn 4 Ba Luồng
3	NGUYỄN VĂN TỚI	Nam	28/01/1966	Thôn 4 Ba Luồng
4	ĐOÀN VĂN THẠCH	Nam	01/12/1932	Thôn 4 Ba Luồng
5	HOÀNG THỊ GỌN	Nữ	29/12/1968	Thôn 4 Ba Luồng

6	TRẦN THỊ SÂM	Nữ	20/12/1960	Thôn 4 Ba Luồng
7	HÀ THỊ HOA	Nữ	18/12/1965	Thôn 4 Ba Luồng
8	NGÔ VĂN THANH	Nam	05/10/1954	Thôn 4 Ba Luồng
9	NGUYỄN THỊ QUA	Nữ	10/11/1962	Thôn 4 Ba Luồng
10	PHẠM VĂN DẬU	Nam	01/01/1960	Thôn 4 Ba Luồng
Thôn 5				
1	ĐỒNG THỊ THƯ	Nữ	02/03/1962	Thôn 5 An Thành
2	PHẠM THỊ LOAN	Nữ	20/05/1955	Thôn 5 An Thành
3	VŨ VĂN NGŨ	Nam	30/03/1948	Thôn 5 An Thành
4	NGÔ THỊ HỒNG	Nữ	10/09/1952	Thôn 5 An Thành
5	PHẠM THỊ PHƯƠNG	Nữ	09/02/1950	Thôn 5 An Thành
6	TRẦN VĂN THẮNG	Nam	22/04/1950	Thôn 5 An Thành
7	TRẦN XUÂN HOẠT	Nam	12/12/1943	Thôn 5 An Thành

Người lập biểu


Cao Bach

Yên Bái, ngày 13 tháng 9 năm 2018



PHÓ GIÁM ĐỐC
Vũ Trọng Thương

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG CAN THIỆP TẠI XÃ QUANG MINH

TT	HỌ VÀ TÊN	GIỚI TÍNH	TUỔI	ĐỊA CHỈ
Thôn 1				
1	BÀN THỊ CHÀI	Nữ	29/09/1952	Thôn 1 Khe Ván
2	BÀN THỊ CHE	Nữ	21/12/1951	Thôn 1 Khe Ván
3	BÀN THỊ NHẬY	Nữ	15/10/1969	Thôn 1 Khe Ván
4	BÀN THỊ SINH	Nữ	10/04/1933	Thôn 1 Khe Ván
5	BÀN VĂN THANG	Nam	18/08/1975	Thôn 1 Khe Ván
6	ĐẶNG THỊ NHẬT	Nữ	04/09/1947	Thôn 1 Khe Ván
7	LA TÀI PHÚC	Nam	15/05/1976	Thôn 1 Khe Ván
8	LƯƠNG VĂN ĐẠO	Nam	01/05/1958	Thôn 1 Khe Ván
9	QUẢN THỊ KHÉ	Nữ	05/01/1945	Thôn 1 Khe Ván
10	TRIỆU QUÝ LÂM	Nam	14/11/1965	Thôn 1 Khe Ván
11	TRIỆU THỊ MẠN	Nữ	05/09/1973	Thôn 1 Khe Ván
12	TRIỆU TRUNG ĐỨC	Nam	17/05/1949	Thôn 1 Khe Ván
13	ĐẶNG PHÚC VẠN	Nam	16/10/1954	Thôn 1 Khe Ván
14	ĐẶNG THỊ VIỆN	Nữ	01/05/1965	Thôn 1 Khe Ván
15	LA THỊ VIỆN	Nữ	01/09/1959	Thôn 1 Khe Ván
16	LÝ THỊ NHẬT	Nữ	01/01/1954	Thôn 1 Khe Ván
17	TRIỆU ĐỨC TIẾN	Nam	14/01/1966	Thôn 1 Khe Ván
Thôn 2				
1	BÀN THỊ NỊCH	Nữ	07/05/1969	Thôn 2 Khe Giếng
2	CHU VĂN QUẢN	Nam	16/02/1973	Thôn 2 Khe Giếng
3	ĐẶNG THỊ THÉO	Nữ	07/07/1963	Thôn 2 Khe Giếng
4	ĐẶNG VĂN NHẬP	Nam	26/09/1955	Thôn 2 Khe Giếng
5	LÝ THỊ Y	Nữ	06/01/1968	Thôn 2 Khe Giếng
6	LÝ XUÂN HIỆN	Nam	30/09/1963	Thôn 2 Khe Giếng
7	NGUYỄN VĂN TRỊNH	Nam	19/05/1952	Thôn 2 Khe Giếng
8	TRIỆU QUANG HIỆN	Nam	06/08/1965	Thôn 2 Khe Giếng
9	TRIỆU THỊ TOÔNG	Nữ	11/10/1945	Thôn 2 Khe Giếng
10	VI THỊ VẮNG	Nữ	15/05/1973	Thôn 2 Khe Giếng
Thôn 3				
1	CẨM VĂN HOÀN	Nam	16/06/1961	Thôn 3 Khe Tăng
2	HÀ VĂN LỮU	Nam	04/08/1956	Thôn 3 Khe Tăng
3	HỒ THỊ NAM	Nữ	03/06/1963	Thôn 3 Khe Tăng
4	HOÀNG THỊ ƯỚC	Nữ	01/12/1961	Thôn 3 Khe Tăng
5	LÝ THỊ NGHỆ	Nữ	16/06/1937	Thôn 3 Khe Tăng
6	NGUYỄN THỊ HỒNG	Nữ	15/10/1971	Thôn 3 Khe Tăng
7	NGUYỄN TRƯỜNG MINH	Nam	26/02/1978	Thôn 3 Khe Tăng
8	NGUYỄN VĂN SIA	Nam	01/01/1963	Thôn 3 Khe Tăng
9	NGUYỄN VĂN UÝ	Nam	01/09/1973	Thôn 3 Khe Tăng
10	TRỊNH XUÂN MINH	Nam	28/12/1958	Thôn 3 Khe Tăng
Thôn 5				
1	BÀN VĂN ANH	Nam	02/06/1955	Thôn 5 Khe Vàng
2	BÀN VĂN TÀI	Nam	03/12/1969	Thôn 5 Khe Vàng
3	BÀN VĂN THỐNG	Nam	19/09/1975	Thôn 5 Khe Vàng
4	ĐẶNG VĂN THAM	Nam	18/01/1949	Thôn 5 Khe Vàng
5	LÝ THỊ THỊNH	Nữ	18/05/1959	Thôn 5 Khe Vàng
6	LÝ VĂN TRỊNH	Nam	05/09/1952	Thôn 5 Khe Vàng

7	THIỆU TIÊN LÝ	Nam	08/09/1957	Thôn 5 Khe Vàng
8	TRIỆU ĐÌNH TINH	Nam	27/02/1959	Thôn 5 Khe Vàng
Thôn 6				
1	BÀN TIÊN KIM	Nam	05/03/1949	Thôn 6 Ngòi Khai
2	BÀN VĂN PHÚ	Nam	14/12/1967	Thôn 6 Ngòi Khai
3	TRIỆU THỊ CHÀI	Nữ	01/04/1974	Thôn 6 Ngòi Khai
4	TRIỆU THỊ VIỆN	Nữ	20/06/1948	Thôn 6 Ngòi Khai
5	TRIỆU VĂN MINH	Nam	28/10/1940	Thôn 6 Ngòi Khai

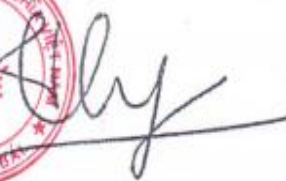
Người lập biểu


Cao Bảo

Yên Bái, ngày 13 tháng 9 năm 2018

Xác nhận Sở Y tế




PHO GIÁM ĐỐC
Vũ Trọng Thường

Phụ lục 2: Bộ câu hỏi điều tra định lượng**Mẫu phiếu điều tra khảo sát đánh giá thực trạng bệnh tăng huyết áp dành cho người dân**

Xã.....HuyệnTỉnh Yên Bái

A. THÔNG TIN CHUNG (<i>Khoanh tròn vào số tương ứng</i>)	
A01	Họ và tên:.....
A02	Năm sinh: Tuổi
A03	Giới tính của Ông/bà? 1. Nam 2. Nữ
A04	Ông/bà là người dân tộc gì? 1. Kinh 2. Tày 3. Dao 4. Khác
A05	Nghề nghiệp chính của Ông/bà? 1. CBCNV 2. Nông dân 3. Buôn bán 4. Khác
A06	Điều kiện kinh tế gia đình của Anh/chị? 1. Hộ nghèo/cận nghèo 2. Không
A07	Trình độ học vấn cao nhất của Ông/bà? 1. Không đi học

	2. TH, THCS 3. \geq THPT
A08	Ông/bà có Bảo hiểm y tế không? 1. Có 2. Không
B. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TĂNG HUYẾT ÁP	
B01	Ông/bà có thói quen hút thuốc lá, thuốc lào không? 1. Có 2. Không
B02	Ông/bà có thói quen uống rượu không? 1. Có 2. Không
B03	Ông/bà có thói quen ăn mặn (ăn nhiều hơn 1 thìa cà phê muối mỗi ngày) không? 1. Có 2. Không
B04	Ông/bà có thường xuyên tập thể dục không (tập trên 30p/ngày) không? 1. Có 2. Không
B05	Tiểu sử gia đình Ông/bà có bố mẹ bị tăng huyết áp không? 1. Có 2. Không
C. HIỆN TRẠNG KHÁM, ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP	
C01	Ông/bà đã từng được đo huyết áp chưa? 1. Có

	2. Không
C02	<p>Ông/bà có thường xuyên đo huyết áp không?</p> <p>1. Thường xuyên (từ 1 lần/tuần)</p> <p>2. Ít đo (1 lần/tháng)</p> <p>3. 1-2 lần/năm</p> <p>4. Không</p>
C03	<p>Ông/bà đã từng được chẩn đoán bị bệnh tăng huyết áp bao giờ chưa?</p> <p>1. Đã được chẩn đoán tăng huyết áp</p> <p>2. Chưa bao giờ</p>
C04	<p>Ông/bà đã được truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh tăng huyết áp bao giờ chưa?</p> <p>1. Đã từng</p> <p>2. Chưa</p>
C05	<p>Lý do Ông/bà phát hiện mình mắc bệnh tăng huyết áp?</p> <p>1. Khám sàng lọc</p> <p>2. Khám THA</p> <p>3. Khám khác</p>
C06	<p>Ông/bà có được tư vấn điều trị tăng huyết áp không?</p> <p>1. Có được tư vấn</p> <p>2. Chưa được tư vấn</p>
C07	<p>Ông/bà có điều trị tăng huyết áp bằng thuốc không?</p> <p>1. Có</p> <p>2. Không</p>
C08	<p>Ông/bà đã được lập hồ sơ quản lý chưa?</p> <p>1. Đã được lập hồ sơ quản lý</p>

	2. Chưa lập hồ sơ quản lý
C09	Nơi Ông/bà được quản lý điều trị tăng huyết áp? 1. Tuyên tỉnh 2. TTYT huyện 3. Trạm Y tế 4. Y tế tư nhân và khác 5. Không
C10	Phương pháp điều trị tăng huyết áp hiện nay của Ông/bà? 1. Thay đổi thói quen 2. Uống thuốc 3. Kết hợp cả 2 phương pháp
C11	Khả năng đảm bảo thuốc điều trị tăng huyết áp của Ông/bà thế nào? 1. Đủ 2. Không đủ 3. Không có 4. Không cần
C12	Nguồn cung cấp thuốc điều trị tăng huyết áp của Ông/bà? 1. Thuốc BHYT 2. BHYT + mua 3. Tự mua 4. Khác (ghi cụ thể.....)
C13	Ông/bà đã có biến chứng tăng huyết áp nào chưa? 1. Có 2. Không 3. Không biết

C14	Loại biến chứng tăng huyết áp Ông/bà là gì? (Chẩn đoán của CSYT) 1. Tai biến mạch máu não 2. Nhồi máu cơ tim 3. Suy tim 4. Suy thận 5. Bệnh về mắt
D. KẾT QUẢ KHÁM (<i>Điền kết quả và khoanh tròn vào số tương ứng</i>)	
D01	Cân nặng:.....kg; Chiều cao.....m; BMI:.....
D02	BMI 1. BMI < 23 2. BMI ≥ 23
D03	Kết quả đo huyết áp: (Đo hai lần, 2 tay) Kết quả lần đo 1:/.....mmHg Kết quả lần đo 2:...../.....mmHg Huyết áp TB:...../.....mmHg
D04	Phân độ tăng huyết áp 1. Huyết áp mục tiêu 2. Độ I 3. Độ II 4. Độ III

....., Ngày.....tháng.....năm 2018

Người được điều tra

(Ký, ghi rõ họ tên)

CBYT điều tra

(Ký, ghi rõ họ tên)

Xác nhận của địa phương

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Phụ lục 3: Hướng dẫn Phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm dành cho cán bộ y tế về công tác quản lý, điều trị bệnh THA tại huyện Văn Yên và Lục Yên

A. THÔNG TIN CHUNG

A01 Họ và tên:.....

A02 Năm sinh: Tuổi

A03 Thuộc huyện:.....

Chức vụ:.....

B. CÔNG TÁC QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ (Khoanh trong các ý cho là đúng)

B01 Theo anh/chị tình hình quản lý, điều trị Tăng huyết áp hiện nay tốt chưa?

B02 Theo anh/chị những vấn đề ảnh hưởng đến quản lý điều trị THA tại cộng đồng là gì? **Gợi ý**

1. Nhân lực
2. Thời gian điều trị
3. Chính sách Bảo hiểm y tế
4. Kiến thức, thái độ, thực hành người bệnh
6. Ít hoặc chưa được tư vấn
7. Người bệnh và gia đình chưa quan tâm
8. Ý kiến khác (ghi rõ):.....

B03 Giải pháp nào có thể quản lý điều trị tăng huyết áp tại địa phương tốt hơn

B04 Anh/chị nghĩ quản lý điều trị huyết áp nên được thực hiện ở đâu? Lí do lựa chọn nơi quản lý điều trị?

Phụ lục 4: Mẫu phiếu thu thập thông tin đánh giá kết quả sau khi xây dựng mô hình quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại huyện Văn Yên và huyện Lục Yên

A. THÔNG TIN CHUNG

A01 Họ và tên:.....

A02 Năm sinh: Tuổi

A03 Thuộc huyện:

1. Huyện Văn Yên

2. Huyện Lục Yên

A04 Vị trí, chức vụ:.....

B. CÔNG TÁC QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ (Khoanh trong các ý cho là đúng)

B01 Theo Anh/chị tình hình quản lý, điều trị Tăng huyết áp hiện nay tốt chưa?

B02 Hiện tại Anh/chị thấy việc tư vấn bệnh tăng huyết áp đã tốt chưa?

B03 Theo Anh/chị việc khám kê đơn thuốc hàng tháng thực hiện đã tốt chưa?

B04 Nơi Anh/chị làm việc đang áp dụng mô hình quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp nào?

B05 Theo Anh/chị mô hình đang áp dụng tại nơi làm việc có hiệu quả không?

- B06 Anh/chị thấy có cần thiết sử dụng mô hình quản lý bệnh tăng huyết áp khác không?
- B07 Anh/chị được tập huấn kiến thức liên quan đến bệnh tăng huyết áp (dự phòng, chẩn đoán, điều trị)?
- B08 Đây là lợi ích mà mô hình quản lý bệnh tăng huyết áp tại nơi công tác Anh/chị mang lại cho người bệnh ? **Gợi ý**
1. Người bệnh đỡ mất thời gian lên các cơ sở y tế tuyến trên
 2. Người bệnh được tư vấn, đo huyết áp tại nhà (hoặc trạm y tế)
 3. Sử dụng được nguồn nhân lực y tế tại TYT xã, nhân viên y tế thôn bản
 4. Sự quan tâm, vào cuộc của ban ngành đoàn thể xã
- B09 Mô hình quản lý bệnh tăng huyết áp hiện đang áp dụng tại nơi làm việc có giúp Anh/chị nâng cao kiến thức quản lý bệnh tăng huyết áp?
- B10 Mô hình quản lý bệnh tăng huyết áp hiện đang áp dụng tại nơi làm việc có giúp Anh/chị nâng cao kiến thức truyền thông, tuyên truyền phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp?

Phụ lục 5: MẪU SỔ THEO DÕI, QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

TT	Ngày Đo	Huyết áp	Tên và liều thuốc đang sử dụng		Diễn biến
			Sáng	Chiều	

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG QUÁ TRÌNH
THỰC HIỆN NGHIÊN CỨU**

