

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đảng và Nhà nước ta luôn coi trọng việc kế thừa, phát huy và phát triển nền Y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam; vì mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Trong thư gửi Hội nghị cán bộ Y tế, ngày 27/2/1955, Chủ tịch Hồ Chí Minh đã chỉ ra: “Ông cha ta ngày trước có nhiều kinh nghiệm quý báu về cách chữa bệnh bằng thuốc ta, thuốc bắc. Để mở rộng phạm vi y học, các cô, các chú cũng nên chú trọng nghiên cứu và phối hợp thuốc “Đông” và thuốc “Tây”[1]. Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X của Đảng nêu rõ: Hoàn thiện và củng cố mạng lưới YHCT. Vận động, khuyến khích và hướng dẫn nhân dân nuôi, trồng và sử dụng các loại cây, con làm thuốc chữa bệnh [2]. Nghị quyết số: 46 - NQ/TW, ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, tiếp tục khẳng định: phát triển đồng thời y tế phổ cập và y tế chuyên sâu; kết hợp Đông y và Tây y [3]. Ngày 04/7/2008, Ban Bí thư Trung ương Đảng ban hành Chỉ thị số: 24 - CT/TW về “phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội đông y Việt Nam trong tình hình mới” (Chỉ thị 24 - CT/TW) [4]. Nhằm thể chế hóa Chỉ thị 24 - CT/TW, ngày 30/11/2010, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số: 2166/QĐ - TTg về việc “Ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020”[5]. Mục tiêu cụ thể trong Kế hoạch hành động của Chính phủ là đến năm 2020: 100% viện có giường bệnh, bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, có Khoa y dược cổ truyền (YDCT); 100% Phòng khám đa khoa và trạm y tế xã, phường, thị trấn có Tổ YDCT do thầy thuốc Y dược cổ truyền của trạm y tế phụ trách; khám, chữa bệnh bằng YHCT: tuyến trung ương đạt 15%, tuyến tỉnh đạt 20%, tuyến huyện đạt 25% và tuyến xã đạt 40% [5].

Đồng thời, nhiều tổ chức và hội nghị quốc tế về YHCT đã lên tiếng kêu gọi coi trọng, phát huy và phát triển YHCT vì tính sẵn có, hiệu quả và giá cả hợp lý với thu nhập của số đông người dân (*Chiến lược YHCT của WHO 2014 – 2023; Hội nghị YHCT các nước ASEAN lần thứ 2, năm 2010 tại Hà Nội...*) [6], [7].

Một số đề tài nghiên cứu can thiệp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tuyến tỉnh và tuyến xã đã và đang được triển khai ở một số địa phương, riêng tuyến huyện chưa có một nghiên cứu nào về vấn đề này.

Vĩnh Phúc là một tỉnh có địa hình đặc trưng của cả 3 vùng: đồng bằng, trung du, miền núi. Ngành Y tế của tỉnh Vĩnh Phúc đã có những chuyển biến tích cực cả về lượng và chất, trong đó YHCT đã góp phần quan trọng vào sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn [8].

Song, tình hình sử dụng YHCT tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc ra sao? Các yếu tố nào có ảnh hưởng đến việc sử dụng YHCT tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện? Làm thế nào để cải thiện việc sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe nhân dân ở tuyến huyện? Để trả lời cho các câu hỏi này chúng tôi tiến hành đề tài:

***“Nghiên cứu thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc và giải pháp can thiệp”***  
nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng khám chữa bệnh bằng Y học cổ truyền và một số yếu tố ảnh hưởng tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc 2011-2012.

2. Đánh giá hiệu quả thử nghiệm giải pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động khám chữa bệnh bằng Y học cổ truyền của bệnh viện đa khoa tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc 2013 – 2014.

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN**

#### **1.1. Y học cổ truyền của một số quốc gia và Việt Nam**

##### **1.1.1. Y học cổ truyền của một số quốc gia**

Y học cổ truyền (YHCT) theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Đó là tổng hợp các tri thức và kỹ năng thực hành trên cơ sở những lý thuyết, đức tin và kinh nghiệm bản địa của những nền văn hóa khác nhau, có thể giải thích được hoặc không, được sử dụng để duy trì sức khỏe, cũng như trong dự phòng, chẩn đoán, cải thiện hoặc điều trị bệnh tật về thể chất và tinh thần [6], [9].

Theo đánh giá của WHO năm 2008 có 80% dân số Châu Phi được chăm sóc sức khỏe bằng YHCT và trên 50% người dân Châu Âu và Nam Mỹ đã sử dụng y học bổ sung/thay thế (CAM) trong một năm qua khi được hỏi... YHCT đang ngày càng đóng vai trò quan trọng trong kinh tế và y tế [10], [11].

##### **Trung Quốc:**

Trung Quốc là một trong các quốc gia có nền YHCT phát triển mạnh nhất thế giới, năm 2011, Chính phủ Trung Quốc đưa ra kế hoạch 5 năm lần thứ 12 (2011-2015) về phát triển YHCT đảm bảo YHCT được bảo vệ, hỗ trợ và phát triển tích cực. Theo báo cáo của bộ Y tế Trung Quốc tại Hội nghị YHCT các nước ASEAN (Association of South – East Asian) lần thứ hai, ngày 31-10-2010 tại Hà Nội (Hội nghị YHCT các nước ASEAN lần thứ hai); Hiến pháp của Trung Quốc năm 1982 ghi rõ: phát triển nền y học của Trung Quốc theo hướng kết hợp y học hiện đại (YHHĐ) và YHCT trong hệ thống chăm sóc sức khỏe (CSSK) quốc gia. Thống kê của Bộ Y tế Trung Quốc năm 2009, cả nước có 3115 bệnh viện YHCT với 400.000 bác sĩ YHCT và 409.000 giường bệnh, điều trị cho 302 triệu bệnh nhân ngoại trú và trên 9 triệu bệnh nhân nội trú. Ngoài ra còn có 245 bệnh viện với mô hình kết hợp giữa YHCT và YHHĐ và 95% số bệnh viện đa khoa có khoa YHCT. Trung

Quốc có 27 trường Đại học YHCT (thời gian đào tạo 5 năm), 52 trường trung học YHCT và 81 trường Đại học Y khoa có khoa YHCT. Năm 2009, đã có 300.000 sinh viên theo học tại các trường Đại học YHCT, trong đó có 3.000 sinh viên nước ngoài. Trong những năm qua đã có khoảng 9.000 dược phẩm mới từ YHCT của Trung Quốc ra đời và đem lại doanh thu cho đất nước khoảng 180 tỷ nhân dân tệ mỗi năm. Y học cổ truyền Trung Quốc được nhiều nước trên thế giới (khoảng trên 120 quốc gia) đưa vào chương trình chăm sóc sức khỏe của quốc gia [11], [12], [13].

### **Nhật Bản:**

Nhật Bản là nước có truyền thống YHCT lâu đời, từ thế kỷ thứ V Y học cổ truyền Trung Quốc đã vào Nhật Bản qua con đường bán đảo Triều Tiên. Song, sau năm 1868, YHCT Nhật Bản bị lụi dần do thể chế cầm quyền, nhất là từ năm 1912-1926, thời Minh Trị, YHCT bị cấm hoạt động (chỉ cho Tây y hoạt động). Mặc dù vậy, YHCT Nhật Bản vẫn tiếp tục tồn tại và được người dân sử dụng trong cộng đồng, YHCT Nhật Bản bao gồm YHCT Trung Quốc và y học dân gian của Nhật Bản, được người Nhật Bản gọi là Kampo. Sau năm 1950, YHCT Nhật Bản dần được phục hồi. Y học cổ truyền được đưa vào giảng trong trường đại học Y khoa hoặc trường đại học có khoa Y từ năm 1986. Để trở thành một Kampo, người thầy thuốc phải tốt nghiệp trường đại học y trở thành bác sỹ y học hiện đại (YHHĐ) và có thời gian thực tế lâm sàng 03 năm, sau đó học thêm 03 năm về YHCT. Trên 90% bác sỹ Nhật Bản thường xuyên kết hợp YHHĐ với thuốc YHCT trong khám và điều trị bệnh cho người dân tại cộng đồng và việc kê đơn thuốc YHCT của các bác sỹ trên cơ sở các bài thuốc YHCT ghi trong dược điển (kể cả sự gia giảm của bài thuốc). Trên lâm sàng, YHCT Nhật Bản được đưa vào khám và điều trị kết hợp với YHHĐ trong 25 chuyên ngành (lão khoa, nhi khoa, tiêu hóa, xương khớp, sản khoa, phụ khoa, da liễu, tiết niệu, tim mạch, thận, phổi....). Một

trong những nguyên nhân giúp cho YHCT được người dân sử dụng nhiều là: từ năm 1976 Nhật Bản đã đưa 148 bài thuốc Kampo và 6 phương pháp châm cứu vào mục chi trả của bảo hiểm y tế quốc gia và Kampo còn đáp ứng được các yếu tố tâm linh và tinh thần của người Nhật [11], [14], [15].

### **Singapore:**

Theo báo cáo của bộ Y tế Singapore tại Hội nghị YHCT các nước ASEAN lần thứ 02: từ năm 1995, Vụ YHCT của Bộ Y tế Singapore đã được thành lập. Đến năm 2000, đạo luật về đội ngũ hành nghề YHCT đã được Quốc hội Singapore thông qua. Tính đến ngày 31-12-2009, Singapore có 2.421 cán bộ đăng ký hành nghề YHCT. Việc khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT được người Singapore tin dùng.

Singapore có ba chủng tộc chính, chủ yếu là người Trung Quốc (74,7%), người Malaysia chiếm 13,6%, người Ấn Độ chiếm 8,9%. Y học cổ truyền tại nước này gồm các phương pháp chữa bệnh chính là: YHCT Trung Quốc (sử dụng châm cứu và nguyên liệu thuốc Trung Quốc); Y học cổ truyền Malaysia (sử dụng dược liệu thuốc của Malaysia hoặc Jamu chủ yếu từ Indonesia và Malaysia); Y học cổ truyền Ấn Độ (sử dụng dược liệu thuốc hoặc Ayurveda chủ yếu từ Ấn Độ) [7], [16], [17].

### **Thái Lan:**

Bộ Y tế Công cộng Thái Lan đã lồng ghép các loại thuốc thảo dược vào chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu từ khi có Kế hoạch phát triển Y tế Quốc gia lần thứ 4 (1977-1981) bằng cách lựa chọn 60 cây thuốc sử dụng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cẩm nang về các cây thuốc được lựa chọn đã in thành sách xuất bản và cấp cho các tỉnh nguyện viên về thôn bản trong cả nước để thúc đẩy việc trồng cây thuốc tại cộng đồng và giáo dục người dân hiểu về lợi ích của các cây thuốc, góp phần điều trị các bệnh và các triệu chứng thông thường để tăng cường việc tự chăm sóc sức khỏe.

Năm 1993 Viện nghiên cứu thuốc YHCT được thành lập. Đến năm 2002 Vụ YHCT của Bộ Y tế Công cộng Thái Lan được thành lập nhằm tăng cường công tác quản lý nhà nước về YHCT. Mô hình lồng ghép YHCT vào chăm sóc sức khỏe ban đầu và tăng cường sử dụng các cây thuốc trong chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được Thái Lan liên tục sử dụng trong khoảng 30 năm (tính đến 2010) tương tự như phương pháp tiếp cận của WHO/SEAR để thúc đẩy việc sử dụng các cây thuốc, thuốc thảo dược và các chế phẩm thuốc YHCT được lựa chọn tại các cấp cơ sở.

Theo báo cáo của Bộ Y tế Công cộng Thái Lan tại Hội nghị YHCT các nước ASEAN lần thứ 02; ngày 03- 03-2007, Quốc hội Thái Lan đã thông qua Luật Y tế Quốc gia, Điều 47 của Luật ghi rõ: “việc tăng cường, hỗ trợ, sử dụng và phát triển những kiến thức công nghệ và thực hành địa phương liên quan đến sức khỏe, thuốc YHCT của Thái Lan, thuốc bản địa và các thuốc thay thế khác phải là một trong các yếu tố thiết yếu của Điều lệ Hệ thống Y tế Quốc gia”. Tính đến tháng 9/2009, số bác sĩ hành nghề YHCT được cấp phép ở Thái Lan thuộc các lĩnh vực: hành nghề YHCT 17.001; hành nghề dược học cổ truyền 23.409; hành nghề nữ hộ sinh cổ truyền 5.735; hành nghề massage Thái Lan 332; hành nghề ứng dụng YHCT Thái Lan 660. Đến năm 2010, Thái Lan có 13 trường Đại học giảng dạy YHCT, trong đó có 5 trường đào tạo cử nhân YHCT và 8 trường đào tạo bác sĩ YHCT ứng dụng, thời gian đào tạo là 4 năm. Tính đến tháng 4/2010, tại nước này đã có 15 cơ sở sản xuất thuốc YHCT được cấp chứng nhận đạt tiêu chuẩn GMP ASEAN (Good Manufacturing Practice ASEAN – thực hành sản xuất thuốc tốt của Hiệp hội các nước Đông Nam Á) và 27 cơ sở được nhận chứng chỉ GMP (Good Manufacturing Practice - thực hành sản xuất thuốc tốt) [7], [16], [18].

**Philippines:**

Năm 1992 nhiều người dân Philippine không có khả năng chi trả tiền thuốc chữa bệnh bằng YHHĐ, ngành Y tế đã vực dậy chương trình YHCT và đến năm 1997 Luật Thuốc YHCT và thuốc thay thế đã được phê duyệt. Viện Chăm sóc sức khỏe bằng thuốc YHCT và thuốc thay thế (Philippine Institute of Traditional and Alternative Health Care - PITAHC) được thành lập có nhiệm vụ cung cấp và phân phối sản phẩm chăm sóc sức khỏe truyền thống và thay thế. Đồng thời, phối hợp với bảo hiểm y tế địa phương cho phép thanh toán chi trả của người bệnh bằng các hình thức chữa bệnh bằng châm cứu hay các hình thức thay thế khác [17], [19], [20].

**Indonesia:**

Indonesia YHCT có từ thế kỷ XV dựa trên kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm độc đáo riêng của mỗi bộ tộc, các vị thuốc thảo dược được sử dụng rộng rãi trong cộng đồng và có tới 2,7% dân số Indonesia sử dụng YHCT trong CSSK. Chính phủ Indonesia đã xây dựng chiến lược phát triển thuốc YHCT gồm 3 bước: bước (1) tìm hiểu cây thuốc bản địa; bước (2) chuẩn hóa cây thuốc và vị thuốc; bước (3) thử nghiệm lâm sàng và sản xuất [17], [20].

**Brunei:**

Việc thực hành và sử dụng YHCT của các cộng đồng địa phương tại Brunei đã có từ đầu thế kỷ XIV và trở thành một phần của di sản quốc gia và văn hóa của đất nước Brunei. Các thầy thuốc hành nghề YHCT bao gồm các lương dược Malaysia, “sin she” của Trung Quốc và “healers Ayurvedic guru/yoga trị liệu” của Ấn Độ, các thầy lang tôn giáo, tâm linh và những người khác, tất cả đều cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu ở dạng này hay dạng khác cho cộng đồng.

Các thầy lang truyền thống được phép hành nghề dài hạn về thuốc YHCT/thuốc bổ sung/ thuốc thay thế (TM/CAM) miễn là không trái pháp luật

và quy định hiện hành về quản lý và thực hành của y học allopathic và một số hướng dẫn do Bộ y tế Brunei quy định.

Bộ Y tế Brunei đã thành lập và phát triển một hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện đại giúp cho người dân Brunei đều được hưởng lợi từ các dịch vụ y tế của hệ thống này trong những năm gần đây [7], [17].

### **Malaysia:**

Đạo luật Y tế năm 1971 của Malaysia thừa nhận công tác thực hành về YHCT. Y học cổ truyền của Malaysia được điều chỉnh theo văn hóa của mỗi chủng tộc Mã Lai, Trung Quốc, Ấn Độ và các dân tộc bản địa. Malaysia công nhận các hoạt động khác của YHCT như phép chữa vi lượng đồng căn hay thuốc bổ sung. Sự lồng ghép các hoạt động YHCT vào hệ thống chăm sóc sức khỏe quốc gia đã trở nên rõ ràng khi Bộ Y tế Malaysia thành lập Bộ phận quản lý Y học cổ truyền và Y học bổ sung năm 2004.

Bộ Y tế Malaysia đã ban hành chính sách quốc gia về YHCT và y học bổ sung, trong đó nhấn mạnh việc đảm bảo chất lượng và sử dụng an toàn trong thực hành YHCT và y học bổ sung (T&CM) và các sản phẩm nhằm đạt được lợi ích tối đa mà dịch vụ y tế mang đến trong chăm sóc sức khỏe con người. Bốn nội dung được nhấn mạnh trong chính sách quốc gia về YHCT của Malaysia: giáo dục, đào tạo; dược liệu tươi sống; các sản phẩm thuốc và công tác nghiên cứu trong YHCT. Thông qua sự áp dụng YHCT và T&CM (được Tổ chức Y tế thế giới thừa nhận), Bộ Y tế Malaysia xem xét bổ sung vào chính sách quốc gia về YHCT và T&CM năm 2007. Mục tiêu cụ thể nhấn mạnh về công tác giáo dục và đào tạo: Đảm bảo đội ngũ hành nghề YHCT đều trải qua hệ thống giáo dục và đào tạo chính thức và được công nhận; đảm bảo đội ngũ cán bộ YHCT có hiểu biết về T&CM để thừa nhận cùng tồn tại và hiểu biết lành mạnh giữa T&CM và YHCT; đồng thời, đảm bảo giúp cộng



đồng có hiểu biết chính xác và phù hợp về YHCT và T&CM để đưa ra những quyết định và sự lựa chọn các phương pháp CSSK phù hợp [7], [17].

### **Australia:**

Tại Australia, YHCT hay y học bổ sung/thay thế (Complementary-Alternative Medicine - CAM) bao gồm cả y học bản địa của Australia, tồn tại song hành cùng nền y học phương Tây (YHHĐ) và góp phần vào sự nghiệp bảo vệ sức khỏe của người dân Australia. Y học cổ truyền/y học thay thế được toàn bộ các cộng đồng người Australia tin dùng. Một nghiên cứu tại Australia cho biết 68,9% số người trưởng thành ít nhất đã một lần sử dụng YHCT/ y học thay thế và có 44,1% đã đến khám, điều trị tại các cơ sở của các thầy thuốc YHCT trong 12 tháng qua. Tại Australia có 17 phương thức về y học thay thế/YHCT khác nhau đang được người dân sử dụng gồm:

1. Chương trình y học thay thế: (1) Châm cứu, (2) vi lượng đồng căn, (3) luyện tập thân thể.
2. Can thiệp tinh thần thể chất: (4) Thiền định, (5) Yoga.
3. Liệu pháp sinh học: (6) Xoa bóp dầu thơm, (7) Thảo dược Trung Quốc, (8) Y học thực dưỡng Trung y, (9) Dinh dưỡng lâm sàng giàu vitamin và khoáng chất, (10) Thảo dược Tây phương.
4. Tác động cơ thể: (11) Massage trị liệu Trung y, (12) Tác động lên cột sống, (13) Thuật nắn xương khớp, (14) Tác động phản xạ, (15) Massage trị liệu Tây phương.
5. Chữa bệnh tâm năng: (16) Tâm năng trị liệu, (17) Khí công, thượng võ Tai Chi [21].

### **Campuchia:**

Y học cổ truyền đã được sử dụng lâu đời ở Campuchia hay còn gọi là y học truyền thống Khmer và những thầy thuốc hành nghề YHCT có ở mọi nơi trên đất nước Campuchia. Trong những năm thập kỷ 70 dưới thời Khmer đỏ,

Tây y (hay y học hiện đại) bị cấm đào tạo và hoạt động, chỉ còn lại YHCT làm nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân Campuchia. Chế độ mới lên cầm quyền (năm 1979) y học hiện đại dần trở lại. Y học cổ truyền vẫn được Chính phủ công nhận và khuyến khích người dân sử dụng bình thường, đặc biệt là ở các vùng nông thôn. Theo đánh giá của Bộ Sức khỏe Campuchia, có khoảng 40% – 50% dân số nước này sử dụng YHCT và chủ yếu tập trung ở vùng nông thôn, vùng dân cư nghèo. Năm 1998, Chính phủ Campuchia đã ban hành Chính sách quốc gia về thuốc, trong đó đưa YHCT vào trong hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu và quy định về đào tạo, nghiên cứu khoa học và công nghệ trong hoạt động YHCT. Năm 2004, Chính phủ Hoàng gia nước này tiếp tục khuyến khích việc sử dụng YHCT với thông tin phù hợp và có sự quản lý việc kết hợp với YHHD. Năm 2010, Chính phủ tiếp tục ban hành Chính sách YHCT của Vương quốc Campuchia. Năm 2011, YHCT của Campuchia được củng cố lại theo Chính sách YHCT của Vương quốc Campuchia năm 2010. Mặc dù vậy, YHCT của Campuchia vẫn còn hạn chế. Đến nay, YHCT vẫn chưa được chính thức đưa vào trong chiến lược phát triển y tế quốc gia và chưa được Bảo hiểm Y tế chi trả [17], [22].

### **Lào:**

Y học cổ truyền của Lào đã có từ thế kỷ thứ XII và bị ảnh hưởng bởi Đạo phật và lý luận YHCT của Ấn Độ, có vị trí quan trọng trong phòng bệnh, chữa bệnh và có vai trò chủ yếu trong việc thực hành của các thầy thuốc YHCT và nền YHCT của dân tộc Lào. Mặt khác, các loại hình y học bổ sung/thay thế bao gồm: châm cứu, Ayurvedu, thảo dược, Trung y cũng đã được đưa vào và được người dân Lào tiếp nhận. Các phương pháp điều trị bằng YHCT bao gồm: đánh gió bằng đồng tiền xu, giác hơi, xông hơi, châm cứu, massage, bùa ngải đều được người dân Lào sử dụng. Y học cổ truyền của Lào được phân bố ở ba tuyến: trung ương, tỉnh, huyện (quận). Tính đến năm

2009, Lào có khoảng 18.226 thầy thuốc YHCT. Các thầy thuốc YHCT đang hành nghề đóng một vai trò hết sức quan trọng trong việc bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân Lào. Viện Y học cổ truyền trong đó có Trung tâm nghiên cứu YHCT được thành lập năm 1976 có 5 phòng, ban và 43 cán bộ từ năm 2004 – 2009 đã thực hiện khám, điều trị và phục hồi chức năng bằng thuốc YHCT, châm cứu và massage cho 4.200 người. Năm 2000 Quốc hội Lào đã ban hành Luật Sản xuất thuốc trong đó có thuốc YHCT [6], [23].

### **Myanmar:**

Myanmar là đất nước có nền YHCT từ lâu đời, khoảng trên 1000 năm trước. Y học cổ truyền Myanmar hiện có 4 nội dung cơ bản: Desana, Bethizza, Astrological và Vezzadara. Điều 14 trong Chính sách quốc gia về sức khỏe của Myanmar chỉ rõ: cần củng cố sự phục vụ và nghiên cứu khoa học về y học bản địa nâng tầm quốc tế và tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Các bệnh viện YHCT nhà nước, tư nhân và khu vực của Myanmar đều hướng đến mục tiêu mở rộng phạm vi cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng YHCT cho người dân cả nông thôn và thành thị. Tính đến năm 2010 Myanmar có 02 bệnh viện YHCT (công suất 100 giường bệnh) và 12 bệnh viện YHCT (công suất 32 giường bệnh) và 237 quận, huyện và thành phố trực thuộc tỉnh có bệnh viện YHCT tư nhân [6], [24].

### **Tại một số khu vực khác:**

Các nước Châu Phi, tính đến năm 2010 đã có 39 nước có chính sách quốc gia về y học cổ truyền và y học bổ sung; 18 nước có kế hoạch chiến lược về YHCT và y học bổ sung; 13 nước có chương trình đào tạo cho sinh viên y khoa về YHCT và y học bổ sung. Đặc biệt tại Châu Phi có tới 80 – 85% dân số sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe [6], [20], [25].

Tỷ lệ phần trăm người dân trên thế giới sử dụng YHCT trong CSSK ngày càng tăng, cụ thể một số quốc gia trong bảng sau.

**Bảng 1.1.** Tỷ lệ người dân sử dụng YHCT của một số nước thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương năm 2001 và 2008 [11].

<b>Quốc gia</b> <b>Năm</b>	<b>Australia</b>	<b>Trung Quốc</b>	<b>Hàn Quốc</b>	<b>Singapore</b>	<b>Việt Nam</b>
<b>2001</b>	48,5%	90%	69%	45%	50%
<b>2008</b>	68,9%	> 90%	86%	53%	54%

Hội nghị Y học cổ truyền các nước ASEAN lần thứ 02 đã đi đến ký kết một bản Thông báo với nội dung, từng bước thống nhất về phương pháp đánh giá, thiết lập thống nhất các tiêu chuẩn về thuốc và công nhận chứng chỉ hành nghề của các thầy thuốc YHCT đối với các nước trong Khối.

Tại Hội nghị này, chủ trương lồng ghép YHCT vào hệ thống y tế quốc gia được các nước ASEAN thống nhất, trên cơ sở tăng cường tìm kiếm và xây dựng các mô hình sử dụng YHCT hiệu quả và phù hợp với điều kiện của từng quốc gia. Trong đó các mô hình cung cấp dịch vụ YHCT tại tuyến cộng đồng từ huyện đến tuyến xã được các nước trong khu vực đặc biệt quan tâm, bởi tiềm năng đóng góp to lớn của nó đến chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cộng đồng. Xây dựng và thử nghiệm các mô hình YHCT tại tuyến cộng đồng đã được vào danh mục các hoạt động ưu tiên trong kế hoạch hành động phát triển YHCT của các nước ASEAN trong giai đoạn 2010 – 2015 [7].

Chiến lược Y học cổ truyền khu vực Tây Thái Bình Dương (2011 - 2020) đã kêu gọi các nước tăng cường đưa YHCT vào trong hệ thống y tế quốc gia: Hàng triệu người không đủ tiền sử dụng dịch vụ y tế hoặc gặp khó khăn về tài chính hoặc trở nên nghèo khó sau khi phải trả chi phí chữa bệnh. Tất cả các quốc gia có thể tăng cường hiệu quả và hiệu lực của hệ thống y tế nước mình nhằm cung cấp nhiều dịch vụ y tế hơn cho nhiều người và giảm các khoản

người bệnh phải chi trả trực tiếp cho khám chữa bệnh. Y học cổ truyền có khả năng có nhiều đóng góp, nhất là cho công cuộc chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuyên bố Alma - Ata được thông qua tại Hội nghị quốc tế về chăm sóc sức khỏe ban đầu hơn 30 năm qua đã kêu gọi đưa YHCT vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, công nhận những thầy thuốc YHCT là cán bộ y tế, đặc biệt là ở cộng đồng.

Việc sử dụng YHCT an toàn, hiệu quả, chất lượng cao có thể góp phần quan trọng vào công tác chăm sóc sức khỏe cho mỗi cá nhân và quốc gia, thúc đẩy công bằng y tế [11].

### **1.1.2. Y học cổ truyền Việt Nam**

Y học cổ truyền của nước ta đã có lịch sử hình thành từ lâu đời. Bắt nguồn từ phong tục ăn trầu, cau giúp phòng các bệnh nhiễm phong hàn và các bệnh răng miệng đã được thực hành từ rất sớm và tiếp tục được duy trì. Việc sử dụng các loại củ, lá, quả có hương vị cay, thơm làm gia vị nấu ăn giúp tiêu hóa và phòng các bệnh đường ruột và một số bệnh cảm mạo khác đã được truyền tụng trong dân gian từ lâu đời. Vào thời nhà Trần, nho học và y học phát triển, Ty Thái y được nâng lên thành Viện Thái y ngoài nhiệm vụ chăm lo sức khỏe cho các quan lại, Viện Thái y còn cấp phát thuốc cho người dân ở vùng có dịch. Thời kỳ này nhiều danh y nổi tiếng xuất hiện và từ năm 1261 nhà Trần đã mở các khóa thi để tuyển chọn lương y vào Viện Thái y. Viện Thái y còn tổ chức thu hái và trồng cây thuốc góp phần bảo vệ quân và dân ta trong cuộc chiến chống quân Nguyên xâm lược năm 1288.

Dưới các triều đại phong kiến Việt Nam, nước ta có nhiều lương y chữa bệnh nổi tiếng bằng y học cổ truyền. Đồng thời, trong giai đoạn này, các danh y Việt Nam đã biên soạn khá nhiều tài liệu có giá trị về lý luận và thực hành y học cổ truyền để lại cho đời sau [26], [27], [28], [29], [30].

Y học cổ truyền Việt Nam với hệ thống lý luận chặt chẽ và các phương pháp phòng bệnh, chữa bệnh có hiệu quả, đã phục vụ đắc lực cho việc giữ gìn và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân ta trong suốt chiều dài lịch sử dựng nước và giữ nước [29], [31], [32].

Giai đoạn từ 1967 - 2001 Đảng, Quốc hội và Chính phủ đã ban hành nhiều văn bản quan trọng (*Chỉ thị số 21 – CT/CP, ngày 09/02/1967; Hiến Pháp Nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, ngày 15/4/1992; Văn kiện đại hội đại biểu toàn quốc Đảng Cộng sản Việt Nam lần thứ IX năm 2001*), nhằm đẩy mạnh việc nghiên cứu kế thừa, bảo tồn phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam, kết hợp YHCT với y học hiện đại và xây dựng nền Y Dược học cổ truyền Việt Nam theo hướng hiện đại, khoa học, dân tộc và đại chúng [33], [34], [35].

Thời kỳ này, Viện Đông y, Viện Châm cứu được thành lập. Đồng thời, việc nghiên cứu và sử dụng thuốc Nam được đẩy mạnh. Tác phẩm khoa học “Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam” của Giáo sư – tiến sỹ Đỗ Tất Lợi, hướng dẫn nguồn gốc, cách thu hái, bào chế và thành phần hóa học cơ bản của 665 vị thuốc, chủ yếu là thuốc Nam là một minh chứng [36].

Ngày 03/11/2003, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 222/2003/QĐ - TTg về việc “Phê duyệt chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền đến năm 2010” [37]. Sau 8 năm triển khai thực hiện chiến lược quốc gia về y dược học cổ truyền, y dược học cổ truyền tiếp tục được củng cố và phát triển ở tất cả các tuyến từ Trung ương đến xã, phường.

Ngày 14/6/2005, Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam đã thông qua Luật Dược. Tại Điều 3, Chính sách của Nhà nước về lĩnh vực dược, khoản 3 ghi rõ: “Khuyến khích nghiên cứu, kế thừa các bài thuốc và kinh nghiệm của đông y, kết hợp hài hòa đông y với y học hiện đại; tìm kiếm, khai thác, sử dụng dược liệu mới, xuất khẩu dược liệu; thực hiện chính sách ưu

đãi, hỗ trợ nuôi trồng dược liệu, khai thác dược liệu thiên nhiên hợp lý, đảm bảo lưu giữ và phát triển nguồn gen dược liệu; hiện đại hóa sản xuất thuốc từ dược liệu” [38].

Nhằm tiếp tục nâng cao năng lực khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền và phát triển nền y học cổ truyền Việt Nam, ngày 30 tháng 11 năm 2010, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 2166/QĐ -TTg về việc ban hành kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020. Trong kế hoạch hành động của Chính phủ, mục tiêu đề ra: đến năm 2020, 100% viện có giường bệnh, bệnh viện đa khoa, chuyên khoa có Khoa Y dược cổ truyền (trong đó có hệ thống bệnh viện đa khoa tuyến huyện); tỷ lệ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền trên tỷ lệ chung tuyến huyện phải đạt 25% [5].

Nền YHCT Việt Nam nói chung và YHCT tuyến huyện của Việt Nam nói riêng ngày càng được Đảng, Chính phủ và các cấp ủy, chính quyền địa phương quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo. Báo cáo sơ kết 5 năm thực hiện Chỉ thị 24 - CT/TW của Ban Bí thư “về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới” và 03 năm triển khai thực hiện Quyết định số 2166/QĐ - TTg về việc ban hành kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 của Ban Tuyên giáo Trung ương và Bộ Y tế năm 2013 đã đánh giá:

- Hệ thống quản lý ngành về YDCT: tuyến Trung ương, Vụ Y dược cổ truyền Bộ Y tế đã được nâng lên thành Cục quản lý Y dược cổ truyền; tuyến tỉnh: Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh đã thành lập Phòng YDCT (01/63 tỉnh, thành phố) chiếm tỷ lệ 1,59%; 66,7% Sở Y tế tỉnh, thành phố có chuyên viên theo dõi YDCT; 31,7% Sở Y tế tỉnh, thành phố có chuyên viên bán chuyên trách theo dõi YDCT. Tuyến huyện, 16,4% Phòng Y tế có chuyên viên chuyên trách công tác YDCT; 77% Phòng Y tế có chuyên viên bán chuyên

trách theo dõi YDCT; 6,3% Phòng Y tế không có chuyên viên theo dõi YDCT. Bộ Quốc phòng thành lập Phòng Y học cổ truyền thuộc Cục Quân y. Bộ Công an thành lập Phòng Y học dân tộc trong Cục Y tế thuộc Tổng cục Hậu cần.

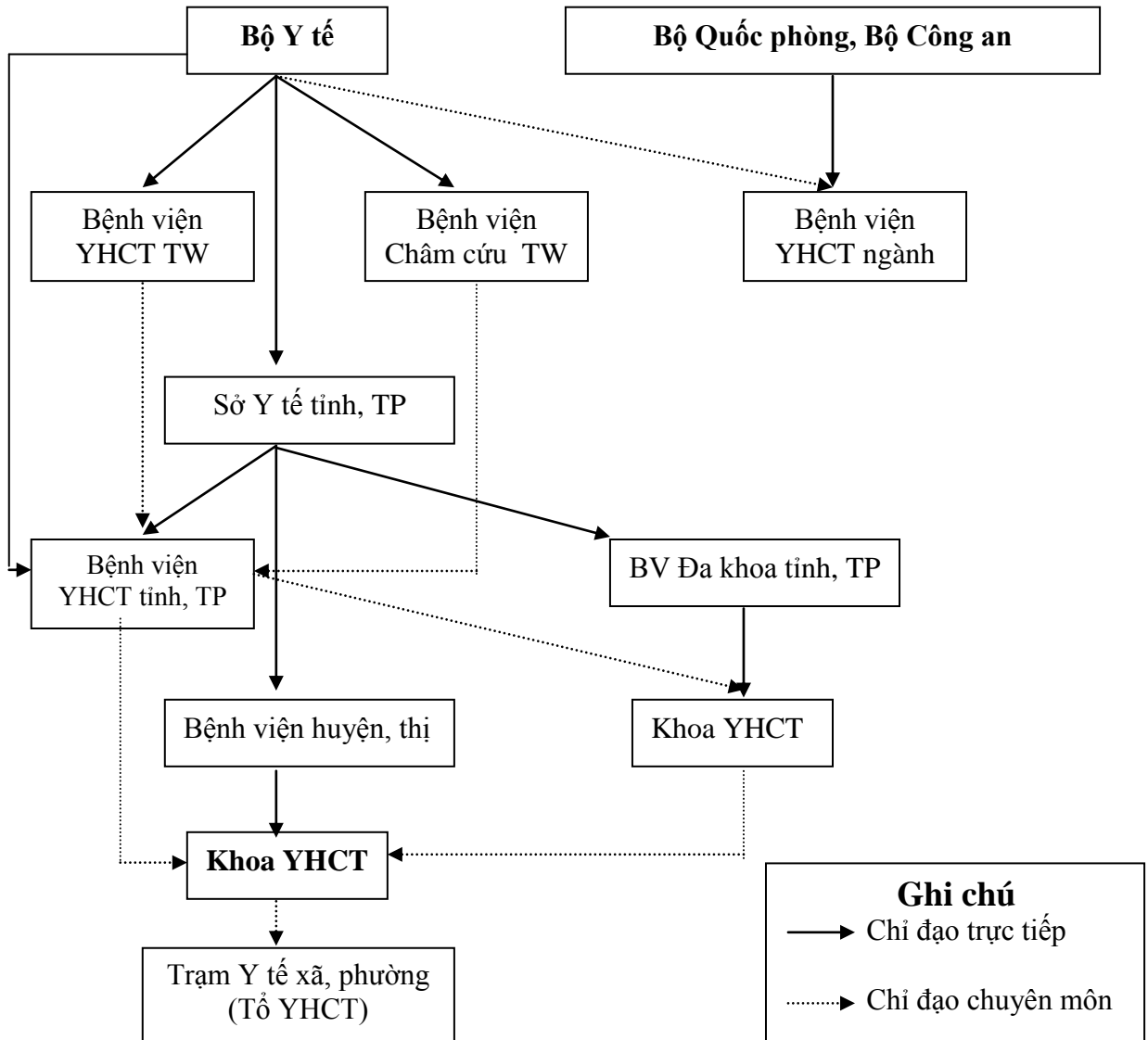
- Các bệnh viện y học cổ truyền tuyến Trung ương thuộc Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an không ngừng được nâng cấp về trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất và nhất là về chất lượng nguồn nhân lực phục vụ cho công tác khám chữa bệnh. Tính đến tháng 10/2013: 53/63 tỉnh/thành phố có bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh, thành phố. Trong đó có 3 tỉnh, thành phố có 2 bệnh viện y học cổ truyền (Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hà Nội và Tỉnh Lâm Đồng). Đồng thời, có 03 bệnh viện y học cổ truyền trực thuộc các Bộ (Bộ Công an, Bộ Quốc phòng và Bộ Y tế); ngoài ra còn có Bệnh viện Châm cứu Trung ương trực thuộc Bộ Y tế và Bệnh viện Tuệ Tĩnh trực thuộc Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam. Nâng tổng số bệnh viện y học cổ truyền trong cả nước lên 58 bệnh viện (*tăng 4 bệnh viện so với năm 2008*). Quy mô trung bình 127 giường bệnh/01 bệnh viện.

- Nguồn nhân lực YHCT đã được tăng cường: công tác bồi dưỡng, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, tay nghề cho đội ngũ thầy thuốc YHCT nói chung và các lương y, lương dược nói riêng đã được đẩy mạnh. Cả nước có 08 trường đại học, 01 Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam, 30 trường cao đẳng và 35 trường trung cấp y, dược của Trung ương và các tỉnh, thành phố tham gia đào tạo về y học cổ truyền [39].

Trình độ nguồn nhân lực làm công tác quản lý nhà nước về YDCT: 50% cán bộ theo dõi YDCT là bác sỹ y, dược cổ truyền, 16% có trình độ sau đại học và 16,7% có trình độ dược sỹ đại học. Tỷ lệ cán bộ YDCT trên 10.000 dân phân theo vùng địa lý – kinh tế hiện đạt: Đồng bằng sông Hồng 2,5; Đông



Bắc 3,0; Tây Bắc 1,8; Bắc Trung bộ 2,2; Nam Trung bộ 4,5; Tây Nguyên 1,8; Đông Nam bộ 1,0; Đồng bằng sông Cửu Long 1,8 [40].



**Sơ đồ 1.1.** Hệ thống khám chữa bệnh y học cổ truyền công lập.

Trên cơ sở các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về việc kế thừa, phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam, hệ thống khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT đã dần được củng cố. Tuyến huyện, hệ thống khám chữa bệnh bằng YHCT công lập được tổ chức dưới hình thức Khoa/Tổ (Bộ phận) YHCT nằm trong các bệnh viện đa khoa tuyến huyện. Chức năng, nhiệm vụ của Khoa YHCT trong bệnh viện đa khoa tuyến huyện là triển khai các hoạt

động khám, chữa bệnh, nghiên cứu khoa học về YHCT trên địa bàn, giúp đỡ về mặt chuyên môn YHCT cho các trạm y tế tuyến xã [41].

Ngày 30/10/2013, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Quyết định 1976/QĐ - TTg về quy hoạch tổng thể vùng nuôi trồng dược liệu đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030. Quyết định đã nêu rõ các quan điểm chỉ đạo, mục tiêu, nội dung quy hoạch, 5 nhóm giải pháp và lộ trình thực hiện quy hoạch này [42].

Nhiều địa phương và các đơn vị kinh doanh, nghiên cứu đã xây dựng được vùng trồng một số loài cây thuốc để tạo nguồn nguyên liệu cho sản xuất. Cả nước hiện có trên 130 loài cây thuốc đang được trồng và mỗi năm cung cấp cho thị trường khoảng 15.600 tấn. Trong khi nhu cầu dược liệu trong nước là 59.548 tấn/năm (phục vụ công nghiệp dược: 20.110 tấn; cung ứng cho hoạt động chữa bệnh bằng y học cổ truyền: 18.452 tấn; phục vụ xuất khẩu: 20.986 tấn).

Tỷ lệ số thành phẩm thuốc y học cổ truyền lưu hành trên thị trường trên tổng số thành phẩm thuốc theo báo cáo là: 18,5% (2008), năm 2012 khoảng trên 10%. Số lượng chế phẩm thuốc đăng ký lưu hành trên thị trường giảm nhiều do yêu cầu các nhà máy sản xuất thuốc y học cổ truyền phải đạt tiêu chuẩn Thực hành sản xuất tốt của Tổ chức Y tế thế giới (GMP – WHO) [39].

Nền Y học cổ truyền Việt Nam đã có từ lâu đời gắn liền với lịch sử dựng nước và giữ nước của dân tộc và đã trải qua nhiều giai đoạn thăng trầm của lịch sử; song, YHCT Việt Nam không ngừng vươn lên đã có đóng góp đáng kể cho chăm sóc sức khỏe nhân dân. Sau cách mạng tháng 8/1945, dưới sự lãnh đạo của Đảng và Chủ tịch Hồ Chí Minh, với phương châm kết hợp YHHD với YHCT, nền y học của Việt Nam nói chung và YHCT Việt Nam nói riêng không ngừng phát triển về mọi mặt.

### 1.1.3. Hoạt động quản lý và khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tuyến huyện của Việt Nam giai đoạn 2003 - 2010

#### 1.1.3.1. Hệ thống quản lý nhà nước về Y dược cổ truyền

Hệ thống quản lý nhà nước về YDCT bước đầu đã được củng cố: 66,7% Sở Y tế tỉnh, thành phố có chuyên viên chuyên trách theo dõi công tác YDCT và 31,7% Sở Y tế tỉnh, thành phố có chuyên viên bán chuyên trách theo dõi hoạt động YDCT. Tỷ lệ cán bộ theo dõi công tác YDCT có trình độ: trên đại học 16,7%; BS. YHCT 50%; DSĐH 16,7%; trình độ khác 16,6%. Phòng Y tế (Trung tâm Y tế) 16,4% có chuyên viên chuyên trách theo dõi công tác YDCT; Phòng Y tế 77% có chuyên viên bán chuyên trách theo dõi hoạt động YDCT [43].

#### 1.1.3.2. Hoạt động khám, chữa bệnh bằng Y học cổ truyền tuyến huyện

Bệnh viện đa khoa trong đó có các BVĐK tuyến huyện có Khoa YHCT tăng từ 26,30% năm 2003 lên 42,30% năm 2010 [43].

**Bảng 1.2.** Tỷ lệ các BVĐK toàn quốc có Khoa hoặc Tổ YHCT từ năm 2003 - 2010

Năm	Khoa YHCT	Tổ YHCT	Tỷ lệ chung	Không có
2003	26,3	51,7	78,0	22,0
2004	25,9	55,7	81,6	18,4
2005	30,0	55,3	85,3	14,7
2006	34,7	51,6	86,3	13,7
2007	38,0	49,7	87,7	12,3
2008	39,0	51,5	90,5	9,5
2009	40,4	47,9	88,3	11,7
2010	42,3	47,0	89,3	10,7

Bảng 1.2. Cho thấy, tỷ lệ % các BVĐK trong toàn quốc không có Khoa hoặc Tổ YHCT từ năm 2003 - 2010 giảm rất chậm chỉ đạt 11,3% (bình quân mỗi năm giảm được gần 1,42%), còn 10,7% các bệnh viện đa khoa (chủ yếu là bệnh viện đa khoa tuyến huyện) chưa có Khoa hoặc Tổ YHCT.

**Bảng 1.3.** Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT theo tuyến từ năm 2003 - 2010 [43].

Năm	Tỷ lệ % khám chữa bệnh bằng YHCT trên tổng chung							
	KB tuyến tỉnh	KB tuyến huyện	KB tuyến xã	Điều trị nội trú		Điều trị ngoại trú		
				Tuyến tỉnh	Tuyến huyện	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện	Tuyến xã
2003	9,8	<b>6,4</b>	17,9	5,4	<b>8,1</b>	6,1	<b>5,1</b>	15,1
2004	14,4	<b>6,6</b>	14,9	5,8	<b>7,2</b>	7,1	<b>4,3</b>	17,8
2005	12,5	<b>7,2</b>	22,7	6,1	<b>7,1</b>	9,1	<b>5,8</b>	23,6
2006	6,5	<b>7,3</b>	20,5	8,4	<b>12,4</b>	12,3	<b>6,8</b>	24,9
2007	5,2	<b>4,2</b>	19,9	10,7	<b>11,8</b>	13,3	<b>8,3</b>	22,3
2008	6,0	<b>4,6</b>	22,0	6,6	<b>11,5</b>	7,5	<b>8,6</b>	22,1
2009	7,6	<b>8,4</b>	26,5	8,3	<b>14,8</b>	7,7	<b>8,6</b>	37,3
2010	8,8	<b>9,1</b>	24,6	8,6	<b>17,1</b>	12,6	<b>8,1</b>	25,9

Bảng 1.3. Cho thấy, từ 2003 - 2010 tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bằng YHCT tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện trong toàn quốc tăng nhanh (tăng 9% so với năm 2003) và tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú tăng chậm hơn (tăng 3% so với năm 2003).

**Bảng 1.4.** Tỷ lệ sử dụng dược liệu YDCT theo tuyến từ 2003 - 2010 [43].

TT \ Năm	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	<b>Tỉnh</b>	46,2	37,3	43,3	37,7	33,8	31,4	40,5
<b>Huyện</b>	10,9	7,8	11,2	6,7	6,7	7,9	7,2	16,8
<b>Xã</b>	42,9	54,9	45,5	55,6	59,5	60,7	52,3	20,6

Bảng 1.4. Cho thấy, tỷ lệ phần trăm sử dụng dược liệu y dược cổ truyền tuyến tỉnh và tuyến huyện năm 2010 so với năm 2003 đều tăng, tuyến huyện tăng gần 6%.

Công tác đào tạo nguồn nhân lực YHCT nói chung và cho tuyến huyện nói riêng được đẩy mạnh năm 2010 số cán bộ YHCT được cử đi đào tạo là 1810 người, tăng hơn năm 2003 là 995 người (năm 2003 số được cử đi đào

tạo là 815 người). Đồng thời, năm 2005 Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam được thành lập [44].

#### **1.1.4. Một số hạn chế trong khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng**

Tại một số quốc gia không ít người hành nghề YHCT không được đào tạo và quản lý. Người bệnh sử dụng thuốc YHCT kém chất lượng hoặc thuốc giả; thầy thuốc hành nghề YHCT không đủ trình độ; chẩn đoán nhầm, trì hoãn chẩn đoán hoặc bỏ không điều trị theo phác đồ của YHHĐ có hiệu quả; thông tin sai lệch hoặc thông tin không đáng tin cậy về chất lượng dịch vụ về thuốc và các phương pháp khám bệnh, chữa bệnh, các phương pháp chẩn đoán và tác dụng của thuốc; phản ứng có hại trực tiếp, tác dụng phụ hay những tương tác điều trị không mong muốn [6].

Tại Việt Nam: nhiều cấp ủy đảng, chính quyền, cán bộ, đảng viên chưa nhận thức đầy đủ về vai trò của YHCT trong hoạt động chăm sóc sức khỏe; vì vậy, chưa quan tâm đúng mức đến việc lãnh đạo, chỉ đạo xây dựng và phát triển nền YHCT trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân [39], [43].

Hệ thống khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT còn mỏng và việc đầu tư cũng như tổ chức chưa cân xứng với YHHĐ, chưa xứng với tiềm năng của YHCT và chưa đáp ứng được tốt nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT của người dân, thực tế ở nhiều bệnh viện huyện, tổ YHCT hoạt động với hiệu quả chưa cao do thiếu nhân lực, thiếu trang thiết bị, chất lượng dược liệu không đảm bảo và trình độ tay nghề thầy thuốc hạn chế (đa số bệnh viện đa khoa quận, huyện, thị xã chỉ có tổ YHCT, nhiều nơi do cán bộ có trình độ trung cấp phụ trách) [43], [45], [46], [47].

Đội ngũ cán bộ YHCT tại các trạm y tế còn thiếu về số lượng và trình độ chuyên môn chưa đáp ứng được đòi hỏi của nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh

của nhân dân. Cơ sở vật chất của trạm y tế nhiều nơi xuống cấp, chậm được tu sửa, hầu hết các trạm y tế không có phòng riêng cho YHCT, trang thiết bị khám chữa bệnh thiếu và lạc hậu [48], [49], [50].

Theo báo cáo của Cục Quản lý dược, Bộ Y tế tháng 7 năm 2010, tỷ lệ thuốc sản xuất từ dược liệu so với thuốc tân dược còn thấp chỉ chiếm 10,20%, nguồn dược liệu thu hái từ tự nhiên trong nước suy giảm, dược liệu nuôi trồng chủ yếu mang tính tự phát, không có quy hoạch, dược liệu nhập khẩu từ Trung Quốc chiếm tỷ lệ lớn 85 - 90%. Tình trạng nhập lậu dược liệu theo đường tiểu ngạch qua biên giới còn diễn ra phổ biến. Tỷ lệ thuốc YHCT bị rút số đăng kí hoặc cấm lưu hành trong các năm qua luôn chiếm một tỷ lệ lớn (1996 là 35,4%, 1997 là 38,6%) các loại cao, đơn, hoàn, tán không đạt tiêu chuẩn chiếm tỷ lệ 30,5% . Công tác đào tạo cán bộ và đầu tư trang thiết bị cho hoạt động kiểm nghiệm dược liệu thuốc YHCT chưa được coi trọng đã và đang là lực cản đối với sự kế thừa, phát huy và phát triển nguồn dược liệu và thuốc YHCT Việt Nam [48], [51].

Không ít những người hành nghề YDCT tư nhân, nhất là ở những vùng nông thôn chưa được đào tạo và quản lý. Năm 2007, cả nước có 41.646 cơ sở hành nghề YDCT tư nhân, có 6.157 cơ sở vi phạm pháp luật bị xử phạt hành chính, 9 cơ sở bị xử lý hình sự. Trong số những cơ sở hành nghề vi phạm bị xử lý thì hành nghề YDCT tư nhân chiếm 20,02%, dược tư nhân chiếm tỷ lệ 16,38%. Một số cơ sở hành nghề khám bệnh, chữa bệnh bằng YDCT tuyên truyền quảng cáo vượt quá phạm vi cho phép, gây ảnh hưởng không tốt trong cộng đồng [50], [51].

Trong khoảng mười năm gần đây, trong khi nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT ngày càng tăng cao thì chất lượng dược liệu lại có chiều hướng đi xuống (dược liệu bị nhầm lẫn, dược liệu bị làm giả, dược liệu nhập

lậu chất lượng không đảm bảo...), làm cho thầy thuốc không yên tâm và người bệnh không tin tưởng [52].

## **1.2. Nghiên cứu về thực trạng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến cơ sở - tuyến huyện của một số quốc gia và Việt Nam**

### **1.2.1. Nghiên cứu thực trạng hoạt động YHCT**

#### **\* *Tại một số nước trên thế giới:***

Nghiên cứu đánh giá tại Úc cho thấy: hoạt động khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền phát triển nhanh chóng với mức tăng trên 30% trong giai đoạn 1995 - 2005, có thời điểm trong hai tuần đã có 750 000 lượt người khám và điều trị bằng YHCT. Theo một cuộc điều tra quốc gia ở Trung Quốc, số lượt người đến khám chữa bệnh bằng YHCT năm 2009 đạt 907 triệu lượt, chiếm 18% tổng số lượt người khám và điều trị bệnh trong năm, trong đó số bệnh nhân điều trị YHCT nội trú là 13,6 triệu, chiếm 16%. Đánh giá của Bộ Y tế Lào năm 2009, tổng cộng có 18 226 nhân viên y tế YHCT hoạt động tại các bản làng, cung ứng phần lớn dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho 80% dân số sống ở vùng nông thôn của Lào [53].

Một nghiên cứu tại Ethiopia đã chỉ ra: Y học cổ truyền có vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho 80% dân số và 90% dân số của Ethiopia sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe; tương tự như nhiều quốc gia đang phát triển, đặc biệt là ở các nước châu Phi vùng hạ sa mạc Sahara. Sự thừa nhận và ý nghĩa thực tế tiềm tàng của YHCT ở Ethiopia không chỉ giới hạn trong việc phát triển chính sách phù hợp. Các biện pháp tổ chức liên quan đến sự phát triển của YHCT trên cơ sở khoa học, các khía cạnh pháp lý, bảo vệ quyền sở hữu trí tuệ, bảo tồn và sử dụng bền vững các cây thuốc cũng đã được thực hiện, thông qua các tổ chức khác nhau. Các nỗ lực tổng hợp trong nghiên cứu và phát triển YHCT đang được tiến hành để xác nhận tính an toàn, hiệu quả và chất lượng cho việc sản xuất

thuốc YHCT. Các sản phẩm dược phẩm được chứng nhận có nguồn gốc từ những kiến thức bản địa và các nguồn tài nguyên YHCT chưa được khai thác sẽ có những lợi ích to lớn trong việc đóng góp vào hoạt động chăm sóc sức khoẻ cho người dân. Đồng thời, góp phần vào sự phát triển bền vững môi trường sinh thái quốc gia. Chính vì vậy, tỷ lệ người dân sử dụng YHCT tại nước này là rất cao [54].

**\* Tại Việt Nam:**

Việt Nam đã có khá nhiều nghiên cứu được thực hiện, nhằm tìm hiểu thực trạng nguồn lực cũng như hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT:

**Tuyên tỉnh:**

Nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng, Đỗ thị Phương được thực hiện vào năm 2011 tại Hưng Yên cho thấy: tỷ lệ thầy thuốc YHCT chưa đạt yêu cầu đối với kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương, phác đồ huyết là 47,9% và 46,7%, tỷ lệ này ở nhóm kiến thức về các vị thuốc trong bài cổ phương, bài nghiệm phương và chế phẩm thuốc 97,8%; 77,7% và 62,8%. Ngoài ra, 53,2% và 58,5% chưa đạt yêu cầu về kỹ năng kê đơn và tư vấn; về châm cứu và xoa bóp bấm huyết là 15,8% và 24,5%. Do đó, nhu cầu cần được tập huấn bổ sung của thầy thuốc YHCT cao là 88,3% với các chủ đề gồm bệnh học (67,5%); cách sử dụng thuốc YHCT (66,3%); châm cứu (51,8%), lý luận cơ bản (49,4%) và dưỡng sinh (25,3%). Tóm lại, kiến thức và kỹ năng thực hành về y học cổ truyền của thầy thuốc tại các cơ sở YHCT công lập tuyên tỉnh và huyện của tỉnh Hưng Yên chưa đồng đều và còn nhiều bất cập, cần thiết được cải thiện kịp thời để góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại địa phương [55].

Tôn Thị Tịnh (2007), tiến hành nghiên cứu “Đánh giá thực trạng kiến thức hành nghề YHCT của y sỹ và bác sỹ YHCT tỉnh Thái Nguyên” kết quả nghiên cứu, cho thấy đội ngũ thầy thuốc YHCT tuyên tỉnh và tuyên huyện của



tỉnh Thái Nguyên trình độ trung cấp chiếm 55,80%, trình độ đại học trở lên chiếm 24,70% và chỉ 50% đạt yêu cầu về kỹ năng thực hành YHCT [56].

Phạm Phú Vinh (2012), nghiên cứu “Thực trạng YHCT Lạng Sơn và đề xuất một số giải pháp để phát triển YHCT Lạng Sơn”, kết quả nguồn nhân lực YHCT trong các cơ sở y tế công lập (kể cả tuyến huyện) chỉ chiếm 9,50% tổng số nguồn nhân lực y tế của tỉnh và đội ngũ thầy thuốc YHCT có trình độ đại học và sau đại học thấp chỉ có 3,30% [57].

Hoàng Thị Hoa Lý (2006), nghiên cứu khảo sát thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng YHCT ở một số địa phương tỉnh Bắc Ninh, kết quả nguồn nhân lực YHCT trong các cơ sở y tế công lập thấp (trong đó có tuyến huyện), chỉ chiếm 11,90% nguồn nhân lực y tế công lập toàn Tỉnh và tỷ lệ sử dụng YHCT trong cộng đồng chiếm 70,90% [58].

Tại tỉnh Quảng Ninh, nghiên cứu trên 36 người hành nghề tại cơ sở tư nhân về y học cổ truyền của Phạm Vũ Khánh, Tống Thị Tam Giang cho thấy, trình độ của những người hành nghề y tế tư nhân YHCT của tỉnh Quảng Ninh còn thấp. Các phương pháp điều trị bằng YHCT chủ yếu là dùng thuốc, các phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT ít được sử dụng. Về thuốc YHCT: các cửa hàng chủ yếu bán thuốc sống và tỷ lệ các vị thuốc có được do tự kiếm (44,4%), mua ở chợ (27,8%), tự trồng (25%). Tuy nhiên, nghiên cứu này có hạn chế là cỡ mẫu khá nhỏ (chỉ là 36 người), nên tính đại diện chưa cao [59].

Một nghiên cứu khác của Trần Thúy và cộng sự (2002) cho thấy, tỷ lệ sử dụng châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt chỉ chiếm 12,55% [60]. Nghiên cứu của Đặng Thị Phúc (2002) [61] về thực trạng sử dụng thuốc YHCT tại tỉnh Hưng Yên, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2003) [62], Nguyễn Viết Thân [63], Nguyễn Vũ Úy (2008) [64], Nguyễn Thị Lan [65]. Tuy những kết quả này đã phản ánh phần nào thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT,

nhưng thời gian tiến hành đã khá lâu. Do vậy, số liệu đã không còn mang tính cập nhật và phù hợp với giai đoạn phát triển hiện nay.

Nghiên cứu của Đỗ Thị Phương và cộng sự về khía cạnh: đánh giá sự chấp nhận của khách hàng sử dụng dịch vụ Y học cổ truyền tư nhân trên địa bàn Hà Nội cho thấy, 89,2% khách hàng sử dụng phương pháp điều trị bằng thuốc YHCT; đa số khách hàng thấy an toàn khi sử dụng dịch vụ; gần 70% khách hàng cho rằng giá dịch vụ là phù hợp, có thể chấp nhận được. Tuy nhiên, khách hàng cũng có đề xuất là cần có sự giám sát, quản lý thường xuyên của các cấp có thẩm quyền đối với việc kết hợp YHCT với YHHĐ, quan tâm bồi dưỡng nâng cao trình độ cho các thầy thuốc YHCT và đa dạng hoá các loại hình dịch vụ [66]. Tuy nghiên cứu này đã được thực hiện trên cỡ mẫu khá lớn (437 người), nhưng đối tượng lại chỉ tập trung đến người đến khám chữa bệnh tại các cơ sở YHCT tư nhân, còn người đến khám tại các cơ sở YHCT công lập lại chưa thể tiếp cận được.

#### **Tuyển huyện:**

Đỗ Thị Phương (2005), nghiên cứu về “Kiến thức, thực hành sử dụng y học cổ truyền của cán bộ y tế huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên”. Kết quả có đến 80% thầy thuốc YHCT có nhu cầu được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức và thực hành về YHCT và đội ngũ thầy thuốc YHCT rất thấp, chỉ chiếm gần 1/14 so với đội ngũ thầy thuốc YHHĐ (6,70%/93,3%) [67]. Trong khi đó, nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý, Nguyễn Hoàng Sơn thực hiện tại quận Long Biên, Hà Nội đã cho thấy nhu cầu khám chữa bệnh YHCT của người dân là khá cao [68], còn tác giả Trần Ngọc Phương chỉ ra, hiện tỷ lệ người dân huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh sử dụng thuốc YHCT cho chăm sóc sức khỏe tương đối cao [69]. Chính bởi vậy, yêu cầu người hành nghề YHCT nói chung và ở tuyển huyện nói riêng cần luôn trau dồi kiến thức và kỹ năng để khám chữa bệnh cho người dân được tốt hơn.

### **Tuyến xã và tại cộng đồng:**

Tại tuyến xã, Đỗ Thị Phương thực hiện nghiên cứu hiện trạng sử dụng thuốc YHCT và tác dụng điều trị của tám chế phẩm thuốc Nam ở một số cộng đồng nông thôn vào năm 1996, chủ yếu tập trung vào việc sử dụng thuốc YHCT ở các trạm y tế xã, phường và người dân trong cộng đồng [70]. Đến năm 2003, Phan Thị Hoa nghiên cứu về kiến thức, thái độ, hành vi sử dụng YHCT ở một số cộng đồng dân cư tỉnh Ninh Bình đã cho thấy, kết quả tỷ lệ sử dụng YHCT chiếm 71,60%, riêng tại các bệnh viện chiếm 16,70% (trong đó có BVĐK tuyến huyện) [71]. Còn Phạm Văn Thao, Phan Thị Thu Hiền (2010), cho biết, người dân 7 xã vùng đệm vườn quốc gia Ba Vì hiện đang sử dụng khá nhiều vị thuốc Nam trong phòng bệnh và chữa bệnh [72]. Gần đây, tác giả Vũ Việt Phong (2012) đã chỉ ra, nguồn nhân lực cho YHCT tại một số xã của Hà Nội còn thiếu và kỹ năng thực hành chưa tốt [73]. Tuy nhiên, những nghiên cứu này đã được thực hiện cách đây khá lâu, đồng thời tập trung vào một nhóm đối tượng, vậy nên rất cần thực hiện thêm những nghiên cứu khác để có thể đánh giá được thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT được cập nhật hơn.

### **1.2.2. Nghiên cứu can thiệp về y học cổ truyền**

Nghiên cứu xây dựng và đánh giá hiệu quả các giải pháp, mô hình can thiệp nhằm tăng cường sử dụng YHCT còn khá khiêm tốn.

#### **Tuyến tỉnh:**

Phạm Việt Hoàng (2013), tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh”. Kết quả nghiên cứu đánh giá bước đầu cho thấy, kiến thức về YHCT (chỉ định bài thuốc, vị thuốc trong bài cổ phương, thuốc Nam và phác đồ huyết) của các thầy thuốc Bệnh viện YHCT tỉnh được cải thiện rõ rệt, hiệu quả sau can thiệp: kiến thức chỉ định bài thuốc

cỏ phương đạt 19,95%; kiến thức vị thuốc trong bài thuốc cỏ phương đạt 316,17%; kiến thức về thuốc Nam đạt 226,87%; kiến thức về bài nghiệm phương đạt 5,50%; kiến thức về huyết vị đạt 62,40%. Tỷ lệ bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại Bệnh viện YHCT tỉnh cả nội trú và ngoại trú đều tăng với hiệu quả can thiệp: điều trị nội trú đạt 46%; điều trị ngoại trú đạt 96,5% [74].

Trịnh Yên Bình (2013) nghiên cứu tại các bệnh viện YHCT tuyến tỉnh “Thực trạng nhân lực, nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp”, kết quả sau can thiệp, trình độ chuyên môn về nhận biết đúng và kiểm soát chất lượng các vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn tăng lên 61,70%, trước can thiệp tỷ lệ này chỉ có 8,30%; kỹ năng chế biến đúng các vị thuốc theo quy định của dược điển Việt Nam về thuốc YHCT tăng lên 53,30%, tỷ lệ này trước can thiệp chỉ chiếm 5,06% [40].

#### **Tuyến huyện:**

Qua tham khảo các tài liệu, chúng tôi chưa tìm thấy các nghiên cứu can thiệp liên quan đến YHCT tại tuyến huyện.

#### **Tuyến xã và tại cộng đồng:**

Phạm Thông Minh (2004), nghiên cứu xây dựng và đánh giá bước đầu mô hình y học cổ truyền theo hướng xã hội hóa tại xã Ninh Mỹ, huyện Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình, kết quả đã giúp người dân có thêm kiến thức và kỹ năng sử dụng YHCT trong đời sống [75].

Đỗ Thị Phương và cộng sự (2009), nghiên cứu hiệu quả mô hình: Tăng cường sử dụng YHCT trong chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng, thông qua hoạt động của Tuệ Tĩnh Đường, mô hình nghiên cứu đã triển khai các hoạt động hỗ trợ chăm sóc giảm nhẹ bệnh cho người nhiễm HIV/AIDS bằng YHCT tại các nhà chùa [76].

Hoàng Thị Hoa Lý (2014), nghiên cứu “Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 03 tỉnh miền Trung”, kết quả sau can

thiệp, tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã tăng từ 20% lên 33,70%. Kiến thức về cây thuốc, các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc và kiến thức về chế phẩm thuốc của nhóm thầy thuốc trạm y tế xã được can thiệp được cải thiện với hiệu quả can thiệp là: 441,50%; 850% và 700% [77].

Bước vào thời kỳ hội nhập, việc nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh nói chung và khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT nói riêng đang là đòi hỏi cấp bách của xã hội. Vì vậy, năm 2008, Bộ Y tế đã ban hành 94 Quy trình kỹ thuật YHCT thực hiện tại các cơ sở dịch vụ YHCT [78]. Song, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về việc đánh giá thực trạng và đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện theo quy trình của Bộ Y tế. Nghiên cứu của Đề tài này đạt được sẽ góp phần vào việc triển khai hiệu quả hơn các quy trình kỹ thuật YHCT tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện nói chung và của tỉnh Vĩnh Phúc nói riêng.

### **1.3. Tình hình kinh tế, xã hội và y tế tỉnh Vĩnh Phúc**

#### **1.3.1. Tình hình kinh tế, xã hội tỉnh Vĩnh Phúc**

Vĩnh Phúc là tỉnh có đầy đủ đặc điểm địa hình của ba vùng sinh thái: đồng bằng, trung du và miền núi. Vĩnh Phúc có diện tích 1.231,76 km<sup>2</sup>, dân số 1.003.047 người trong đó dân tộc kinh chiếm 97%, dân tộc Sán Diu chiếm 2,50%, các dân tộc khác chiếm 0,50% với 07 huyện, 01 thị xã và 01 thành phố. Vĩnh Phúc có 02 dãy núi Tam Đảo và Sáng Sơn với 9.800 ha đất rừng tự nhiên, 24.900 ha đất đồi gò (trung du) và 32.900 ha đất đồng bằng được bồi đắp bởi 02 dòng sông lớn là sông Hồng và sông Lô. Vĩnh Phúc đang trong quá trình đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và đã đạt được những kết quả khả quan, đời sống nhân dân và các vấn đề an sinh xã hội không ngừng được cải thiện. Tốc độ tăng trưởng kinh tế vào năm 2016 ước tính tăng 8,56% so với năm 2015, vượt mục tiêu đề ra. Trong đó, nông – lâm nghiệp, thủy sản

tăng 3,15%; công nghiệp – xây dựng tăng 9,94%; dịch vụ tăng 6,26% và thuế sản phẩm tăng 9,23% [79].

### BẢN ĐỒ HÀNH CHÍNH TỈNH VĨNH PHÚC



### 1.3.2. Tổ chức và nguồn nhân lực y tế tỉnh Vĩnh Phúc

Năm 2009, Vĩnh Phúc có 11 bệnh viện công lập (01 Bệnh viện Đa khoa tỉnh, 01 Bệnh viện YHCT tỉnh, 08 bệnh viện đa khoa huyện, thị xã, 01 Bệnh viện Đa khoa Thành phố), có 33 phòng khám đa khoa khu vực (11 công lập, 22 ngoài nhà nước), có 137 trạm y tế xã, phường. Bộ máy quản lý nhà nước

về y tế của Vĩnh Phúc gồm có: 01 Sở Y tế, 09 Phòng Y tế và 09 Trung tâm Y tế huyện, thị xã. Ngành Y tế Vĩnh Phúc có tổng số 3.391 cán bộ, trong đó có: 581 bác sỹ (BSCKII: 13, BSCKI:143, Thạc sỹ: 32), đạt tỷ lệ 5,8 bác sỹ /10.000 dân (nếu tính tất cả các bác sỹ đã nghỉ hưu và các bác sỹ thuộc quản lý của các bộ ngành khác đóng trên địa bàn thì tỷ lệ bác sỹ đạt 6,5/10.000 dân); có 140 dược sỹ (ĐH: 40, Trung học: 100) đạt tỷ lệ 0,4 dược sỹ /10.000 dân. Tính đến 31/12/2009, 100% số trạm y tế xã, phường có y sỹ sản nhi hoặc nữ hộ sinh và 100% thôn, bản có nhân viên y tế; 83% trạm y tế có bác sỹ và 96,35% xã, phường đạt chuẩn quốc gia về y tế [8].

Bệnh viện YHCT Tỉnh quy mô 150 giường bệnh, với nhân lực YHCT: 12 bác sỹ chuyên khoa sơ bộ, 04 bác sỹ CK I, 01 bác sỹ CKII, 04 Thạc sỹ, 04 y sỹ và 01 dược sỹ đại học. Trang thiết bị y tế của Bệnh viện gồm có: máy siêu âm 02, máy X quang 01, máy nội soi 01, máy điện châm 55, máy sắc thuốc 02, máy sấy dược liệu 02, máy sản xuất thuốc viên 01.

Khoa YHCT của Bệnh viện Đa khoa tỉnh có 15 giường bệnh và đội ngũ cán bộ gồm có: 03 bác sỹ chuyên khoa sơ bộ YHCT và 06 điều dưỡng trung cấp với trang thiết bị y tế 06 máy điện châm và 01 máy sắc thuốc.

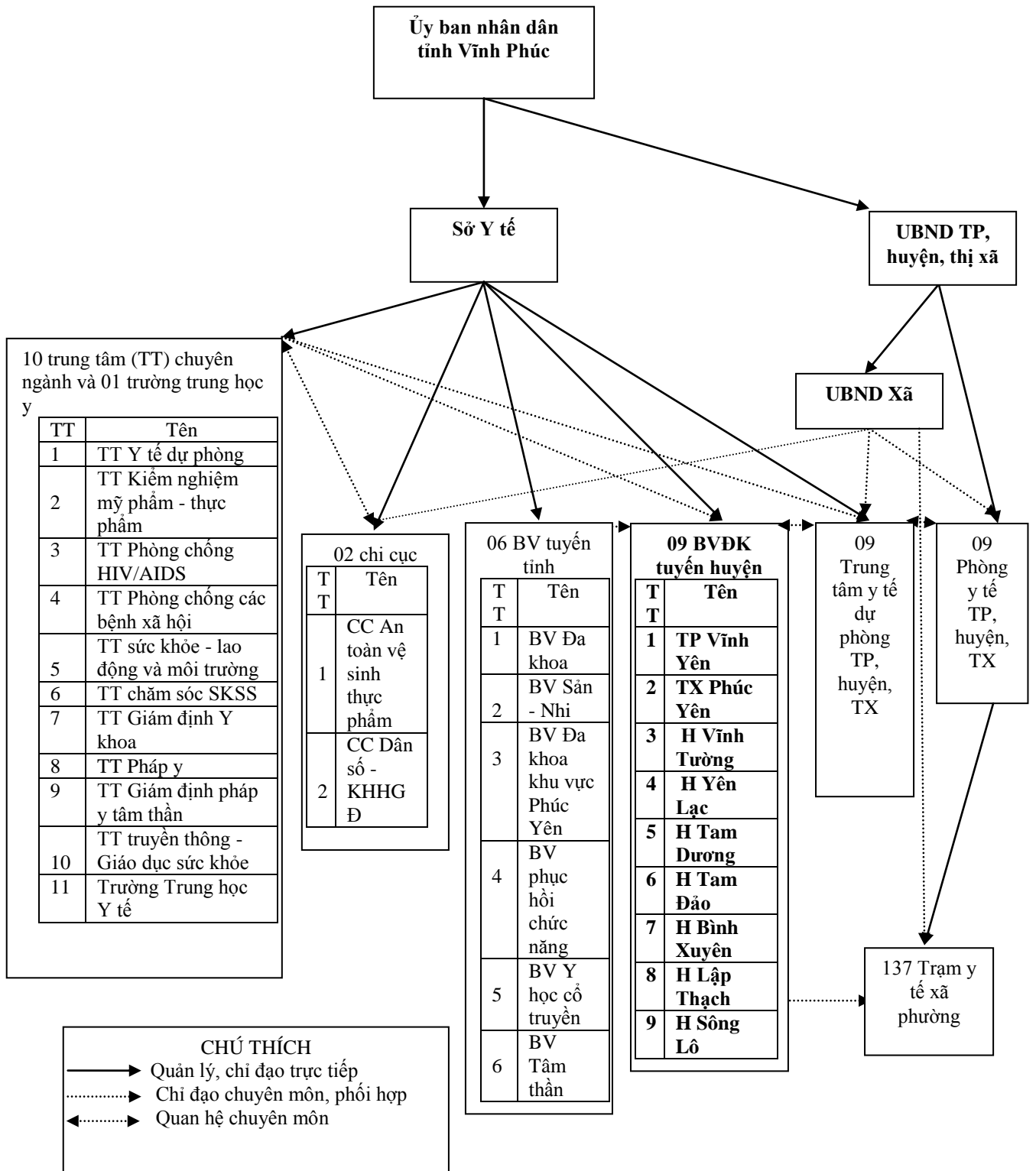
Năm 2009, trong 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện của Tỉnh có 04 BVĐK có Khoa YHCT và bình quân 10 giường bệnh YHCT/1 BVĐK. Đội ngũ thầy thuốc YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện có: 02 bác sỹ chuyên khoa sơ bộ YHCT, 12 y sỹ chuyên khoa YHCT, 5 cán bộ điều dưỡng, 01 hộ lý và thiết bị y tế có: 14 máy điện châm và 03 máy sắc thuốc.

133/137 trạm y tế có 01 y sỹ YHCT và bình quân mỗi trạm có 02 máy điện châm.

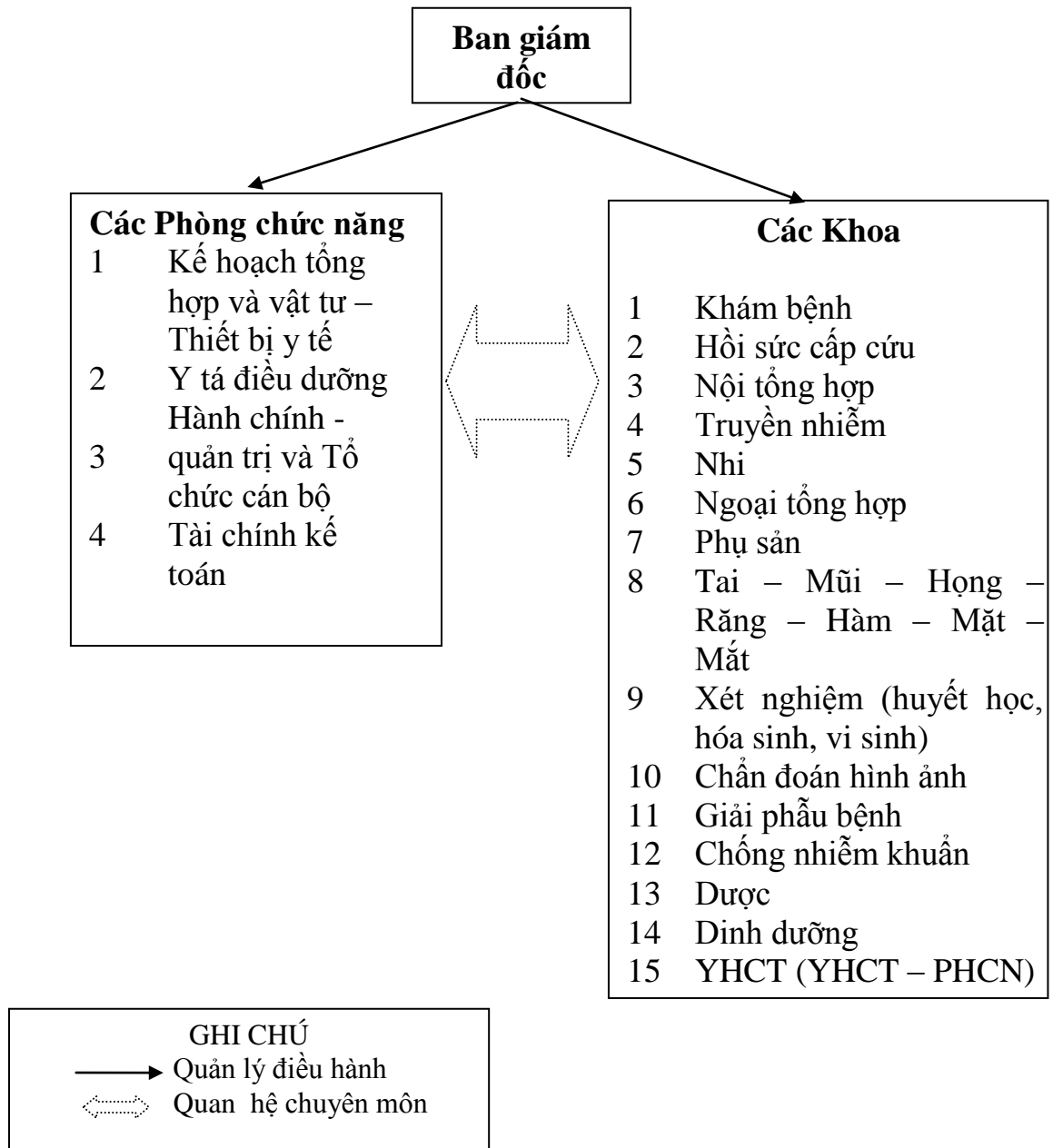
Năm 2010, Vĩnh Phúc vẫn còn 5/9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện chưa có Khoa YHCT và Phòng quản lý Y dược cổ truyền của Sở Y tế Vĩnh Phúc cũng chưa được thành lập [8].

Có thể thấy, hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT trong hệ thống y tế công lập của tỉnh Vĩnh Phúc không tránh khỏi những hạn chế như trong tổng kết đánh giá của Bộ Y tế về việc thực hiện “Chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền 2003-2010” đó là: “Chất lượng khám chữa bệnh chưa cao; việc kết hợp YHCT với YHHĐ trong điều trị chưa tốt, nhất là ở tuyến quận, huyện và xã” [43].





**Sơ đồ 1.2.** Tổ chức ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011  
(Theo Thông tư liên tịch Bộ Y tế - Bộ Nội vụ số 11/2005-TTLT-BYT-BNV, ngày 12/4/2005)



**Sơ đồ 1.3.** Tổ chức bệnh viện đa khoa tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (Bệnh viện đa khoa hạng III trước năm 2014)

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

##### **2.1.1. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

- Nhân viên y tế: Thầy thuốc Khoa YHCT hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc; riêng kiến thức về bài thuốc cổ phương và bài nghiệm phương thì đối tượng nghiên cứu chỉ là bác sỹ và y sỹ YHCT tại thời điểm điều tra (từ năm 2011 – 2012).

- Người dân: Bệnh nhân hoặc người nhà của bệnh nhân đến khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc tại thời điểm điều tra (từ năm 2011 – 2012).

- Cán bộ quản lý, lãnh đạo ngành Y tế: Sở Y tế, Bệnh viện YHCT tỉnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh, 9 BVĐK tuyến huyện, Hội Đông y tỉnh, các Trạm Y tế xã, phường tại thời điểm điều tra (từ năm 2011 – 2012).

- Các loại sổ sách ghi chép theo dõi bệnh nhân, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc tại thời điểm điều tra (từ năm 2011 – 2012).

- Các loại thuốc và trang thiết bị y tế sử dụng tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc tại thời điểm điều tra (từ năm 2011 – 2012).

- Các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc tại thời điểm điều tra (từ năm 2011 – 2012).

### **2.1.2. Nghiên cứu can thiệp**

- Nhân viên y tế: Toàn bộ thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc (cơ sở can thiệp) và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương (cơ sở làm chứng) tại thời điểm điều tra, trước can thiệp (2012) và sau một năm can thiệp (2014).

- Người dân: Bệnh nhân và người nhà của bệnh nhân đến khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương tại thời điểm điều tra, trước can thiệp (2012) và sau một năm can thiệp (2014).

- Cán bộ lãnh đạo BVĐK huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương, trưởng trạm hoặc cán bộ YHCT các trạm Y tế xã, phường của huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương tại thời điểm điều tra (2012).

- Các loại sổ sách ghi chép theo dõi bệnh nhân, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị bằng YHCT và các loại thuốc, trang thiết bị y tế sử dụng tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương tại thời điểm điều tra, trước can thiệp (2012) và sau một năm can thiệp (2014).

- Các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương tại thời điểm điều tra, trước can thiệp (2012) và sau một năm can thiệp (2014).

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Sử dụng điều tra cắt ngang theo phương pháp dịch tễ học mô tả và phương pháp nghiên cứu can thiệp so sánh trước, sau và kết hợp sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính để thu thập thông tin.

**Giai đoạn 1:** Nghiên cứu mô tả thực trạng tổ chức, nguồn lực hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT và các yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động

khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện. Giai đoạn này sử dụng kết hợp hai phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng để thu thập thông tin.

*Nghiên cứu định lượng:* Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn và bảng kiểm để tìm hiểu thực trạng cơ sở vật chất, số lượng và đặc điểm nguồn nhân lực, hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT, một số yếu tố ảnh hưởng đối với hoạt động YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện (Phụ lục: 01,03, 05, 06, 07, 08, 09,10).

*Nghiên cứu định tính:* Sử dụng hướng dẫn phỏng vấn sâu tìm hiểu nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc và người dân về vai trò của YHCT trong hoạt động chăm sóc sức khỏe; nhu cầu và sự hài lòng của người dân đối với hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc (phụ lục: 02, 04).

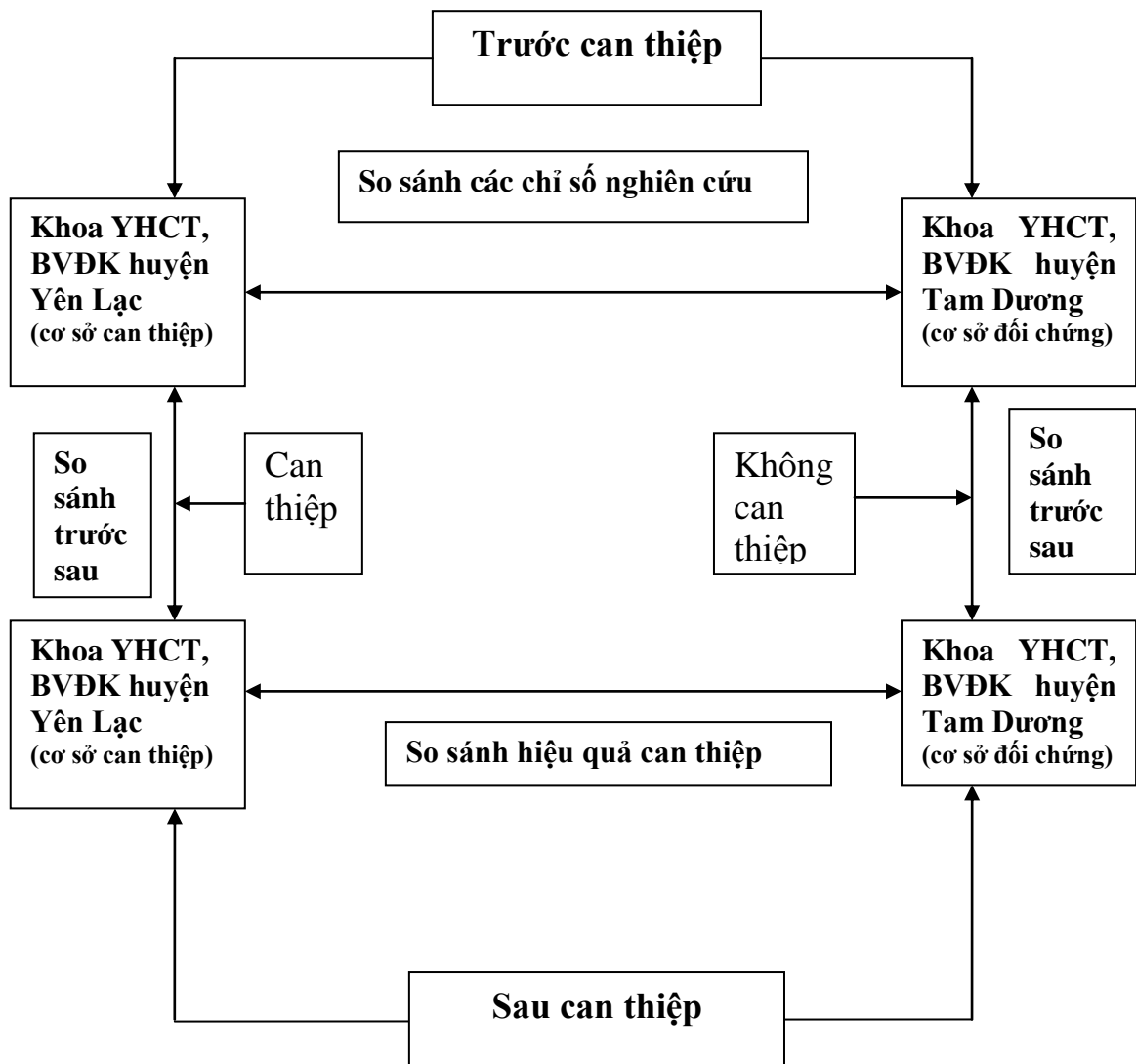
### ***Giai đoạn 2:*** Xây dựng mô hình và tiến hành can thiệp

Mô hình được xây dựng dựa trên kết quả nghiên cứu thực trạng phát hiện những hạn chế về mặt chuyên môn, những khó khăn về nguồn nhân lực, cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ hoạt động khám, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và sự đóng góp ý kiến của các chuyên gia, các nhà quản lý, lãnh đạo địa phương và nguyện vọng của cán bộ Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc.

Tiến hành can thiệp trong một năm: gồm các nội dung tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng thực hành cho các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc. Tập huấn nâng cao nhận thức cho đội ngũ lãnh đạo quản lý ngành Y tế trên địa bàn huyện Yên Lạc. Phát tờ rơi tuyên truyền một số kiến thức cơ bản cho người dân trên địa bàn về YHCT. Làm việc trực tiếp với lãnh đạo BVĐK huyện Yên Lạc về việc tăng cường cơ sở vật chất trang thiết bị và thuốc YHCT cho Khoa YHCT.

**Giai đoạn 3: Đánh giá giải pháp can thiệp.**

Đánh giá can thiệp được thực hiện bằng cách so sánh trước - sau can thiệp và so sánh giữa cơ sở YHCT can thiệp với cơ sở YHCT đối chứng dựa trên các chỉ số đánh giá đã được xác định theo sơ đồ sau:



**Sơ đồ 2.1.** Sơ đồ so sánh trước - sau giữa cơ sở can thiệp và cơ sở đối chứng

**2.3. Thời gian nghiên cứu**

- 2011 – 6/2012 điều tra khảo sát thực trạng và xử lý thông tin.
- 6/2012 – 12/2013 xây dựng và triển khai mô hình can thiệp
- 12/2013 – 8/2014 đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp.

## 2.4. Địa bàn nghiên cứu

### 2.4.1. Địa bàn nghiên cứu mô tả thực trạng

Tỉnh Vĩnh Phúc gồm: Sở Y tế, Bệnh viện YHCT tỉnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Hội Đông y tỉnh và 9 BVĐK tuyến huyện và các trạm Y tế xã, phường của tỉnh Vĩnh Phúc.

### 2.4.2. Địa bàn nghiên cứu can thiệp

- Địa bàn nghiên cứu can thiệp: Bệnh viện đa khoa và các trạm Y tế của huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc.

- Địa bàn đối chứng: Bệnh viện đa khoa và các trạm Y tế huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc.

## 2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu

### 2.5.1. Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả thực trạng

- Nhân viên y tế:

Toàn bộ thầy thuốc của Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc.

- Người dân:

Là bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đến khám và điều trị bằng YHCT tại BVĐK tuyến huyện tại thời điểm tiến hành điều tra, cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu: Số người được chọn nghiên cứu

z : Hệ số tin cậy = 1,96 ( $\alpha = 0,05$  độ tin cậy 95%)

p: Tỷ lệ người tham gia khảo sát (ước tính) đánh giá đúng về thực trạng hoạt động YDCT lấy  $p = 0,5$

d: là sai số cho phép 0,05 (độ chính xác mong muốn)

DE: Hệ số thiết kế nghiên cứu = 1

Thay các giá trị vào công thức ta có  $n = 384$  người, số này được phân bổ về 9 BVĐK tuyến huyện ( $384 : 9 = 42,67$  làm tròn số 50 người/01 bệnh viện). Tổng số người dân được điều tra sẽ là 450 người.

- Các loại sổ sách ghi chép theo dõi bệnh nhân, 450 bệnh án của bệnh nhân (tương đương số người được điều tra theo công thức tính cỡ mẫu người dân) điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện tại thời điểm điều tra (2012) và chia đều 50 bệnh án/01 bệnh viện.

- Các loại thuốc và trang thiết bị y tế sử dụng tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện tại thời điểm điều tra (2012).

- Cán bộ quản lý, lãnh đạo

*Tuyến tỉnh (11 người)*

- Sở Y tế 01 đại diện lãnh đạo Sở, 01 cán bộ phụ trách công tác YHCT (02 người).

- Bệnh viện đa khoa tỉnh 01 lãnh đạo và 01 lãnh đạo của Khoa YHCT (2 người); Bệnh viện YHCT tỉnh 01 lãnh đạo và 01 đại diện lãnh đạo/01 khoa (6 người),

- 01 đại diện lãnh đạo Hội Đông y Tỉnh (1 người).

*Tuyến huyện (126 người)*

- Bệnh viện đa khoa tuyến huyện 01 lãnh đạo; 01 lãnh đạo/01 khoa trừ Khoa hoặc Bộ phận YHCT (vì thuộc nhóm 1).

*Tuyến xã, phường (137 người)*

- 01 trạm trưởng hoặc cán bộ trực tiếp tham gia khám, chữa bệnh bằng YHCT của trạm Y tế.



### **2.5.2. Cơ mẫu nghiên cứu đánh giá giải pháp can thiệp**

*Cơ sở y tế tiến hành can thiệp là BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc; cơ sở y tế đối chứng là BVĐK huyện tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc cơ mẫu gồm:*

- Nhân viên y tế: Toàn bộ thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương tại thời điểm điều tra trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).

- Người dân: 50 người là bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân khám bệnh, chữa bệnh tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc, tại thời điểm điều tra trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).

- Cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế hai huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương gồm có: Đại diện ban lãnh đạo của 2 BVĐK 02 người, đại diện lãnh đạo các khoa (trừ Khoa YHCT) 28 người, 01 trạm trưởng hoặc 01 thầy thuốc làm về YHCT tổng số 30 người tại thời điểm điều tra trước can thiệp (2012).

- Toàn bộ sổ sách ghi chép, 50 bệnh án điều trị tại Khoa YHCT, các trang thiết bị và thuốc của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK Tam Dương huyện Tam dương, tỉnh Vĩnh Phúc, tại thời điểm điều tra trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).

- Các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc, tại thời điểm điều tra trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).

## **2.6. Nội dung nghiên cứu**

### **2.6.1. Nghiên cứu thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK khoa tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng**

- Nguồn nhân lực tham gia khám chữa bệnh bằng YHCT trong các bệnh viện đa khoa tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (Tuổi, giới, trình độ chuyên môn,

thâm niên nghề nghiệp, nơi đào tạo...); trình độ, kiến thức và khả năng thực hành của các thầy thuốc

- Các phương pháp điều trị bằng YHCT: tỷ lệ sử dụng thuốc YHCT đơn thuần, kết hợp YHCT với YHHĐ, số vị thuốc được sử dụng, tỷ lệ sử dụng các phương pháp: châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, xông thuốc, giác hơi...

- Kết quả thực hiện các chỉ tiêu khám chữa bệnh bằng YHCT: tỷ lệ bệnh nhân được khám chữa bệnh bằng YHCT/Tổng số lượt bệnh nhân được khám chữa bệnh tại bệnh viện.

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT sử dụng trong khám chữa bệnh bằng YHCT.

- Nhận thức và sự hài lòng của người dân với dịch vụ YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện.

- Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế về YHCT về các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh phúc ảnh hưởng đến hoạt động khám, chữa bệnh bằng YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc.

## **2.6.2. Xây dựng, triển khai và đánh giá giải pháp can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc**

### **2.6.2.1. Cơ sở xây dựng giải pháp can thiệp**

- Thông tư số: 02/1997/TT - BYT, ngày 28/02/1997 của Bộ Y tế về việc: Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ và tổ chức Khoa Y học cổ truyền trong viện, bệnh viện nhà nước [41].

- Thông tư số: 01/2014/TT - BYT, ngày 10/01/2014 của Bộ Y tế về việc Quy định chức năng, nhiệm vụ, tổ chức và hoạt động của Khoa Y, dược cổ truyền trong bệnh viện nhà nước [80].

- Thông tư số: 40/2013/TT - BYT, ngày 18/11/2013 của Bộ Y tế về danh mục thuốc thiết yếu thuốc đông y và thuốc từ dược liệu [81].

- Thông tư số: 05/2014/TT - BYT, ngày 14/02/2014 của Bộ Y tế quy định sử dụng dược liệu, vị thuốc YHCT trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [82].
- Thông tư số: 50/2010/TT - BYT, ngày 31/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn việc kết hợp YHCT với YHHĐ trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh [83].
- Quyết định 3759/QĐ - BYT, ngày 08/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành phương pháp chế biến đảm bảo chất lượng 85 vị thuốc đông y [84].
- 94 Quy trình kỹ thuật YHCT do Bộ Y tế ban hành năm 2008 [78].
- Tiêu chuẩn xã tiên tiến về YHCT do Bộ Y tế ban hành năm 2001[85].
- Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010 do Bộ Y tế ban hành năm 2002 [86].
- Dược điển Việt Nam IV do Bộ Y tế xuất bản [87].
- Xoa bóp, bấm huyệt và khí công dưỡng sinh Khoa YHCT, Trường Đại học Y Hà Nội, NXB Y học [88].
- Bệnh học nội khoa YHCT Khoa YHCT, Trường Đại học Y Hà Nội, NXB Y học [89].
- Châm cứu học của Viện Đông y, NXB Y học [90].
- Kết quả điều tra và phân tích thực trạng chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc.
- Ý kiến góp ý của các chuyên gia và các nhà quản lý.

#### ***2.6.2.2. Các nội dung tiến hành can thiệp***

- Nâng cao nhận thức cho cán bộ lãnh đạo, quản lý nói chung và ngành Y tế của huyện Yên Lạc nói riêng trong đó có cán bộ của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc về vai trò của YHCT trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

- Tập huấn bồi dưỡng, nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành YHCT cho thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc.
- Tăng cường cơ sở vật chất trang thiết bị phục vụ khám chữa bệnh cho Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc.

### ***2.6.2.3. Lý do chọn địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng***

Cơ sở của việc lựa chọn Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc làm cơ sở can thiệp và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương làm cơ sở đối chứng; lý do: tính đến năm 2010, huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương có diện tích tự nhiên tương đương nhau (Yên Lạc: 10.673,2 Km<sup>2</sup>; Tam Dương: 10.718,55 Km<sup>2</sup>), tỷ lệ bác sỹ trên một vạn dân gần bằng nhau (Yên Lạc: 03 bác sỹ/10.000; Tam Dương: 2,9 bác sỹ/10.000), cả hai huyện Yên Lạc và Tam Dương có 100% số xã đạt chuẩn quốc gia về y tế, BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương đều là những bệnh viện hạng III và đều có Khoa YHCT, một huyện thuộc phía Tây bắc, một huyện thuộc phía Đông nam của Tỉnh, gần như không có biên giới chung (giảm các yếu tố gây nhiễu trong nghiên cứu), cơ quan chính quyền của huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương sẵn sàng giúp đỡ, cho phép tiến hành các nghiên cứu can thiệp và đối chứng.

## **2.7. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin**

### **2.7.1. Công cụ thu thập thông tin**

- Phiếu điều tra cá nhân thầy thuốc khoa hoặc bộ phận YHCT: bộ câu hỏi tìm hiểu về đặc điểm cá nhân, trình độ chuyên môn, kiến thức và kỹ năng về YHCT, những khó khăn, thuận lợi và ý kiến đề xuất nhằm phát triển YHCT tuyến huyện.
- Bảng kiểm đánh giá kỹ năng thực hành của thầy thuốc YHCT: kỹ năng châm cứu, kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt, kỹ năng tư vấn.
- Các mẫu biểu thông kê cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT

- Phiếu nghiên cứu thu thập các thông tin liên quan đến hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT thông qua bệnh án.
- Phiếu phỏng vấn thu thập thông tin từ người dân về việc khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến huyện.
- Phiếu phỏng vấn cán bộ lãnh đạo quản lý ngành Y tế từ Sở Y tế đến các trạm Y tế về: tình hình nắm bắt các văn bản lãnh đạo, chỉ đạo của Trung ương đối với việc phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng, những khó khăn, thuận lợi và đề xuất, nhằm phát triển YHCT tuyến huyện.
- Nghiên cứu các nội dung ảnh hưởng tốt và ảnh hưởng không tốt đến việc phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng, trong một số văn bản của Trung ương và địa phương được triển khai trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc trước và sau can thiệp.

### **2.7.2. Phương pháp thu thập thông tin**

- Đối tượng tham gia điều tra là cán bộ Vụ Các vấn đề xã hội, Ban Tuyên giáo Trung ương, cán bộ Khoa giáo của tỉnh ủy Vĩnh Phúc và 01 cán bộ phụ trách Khoa giáo của Ban Tuyên giáo huyện, thành, thị ủy (09 người) phối hợp cùng cán bộ y tế của đơn vị được tiến hành điều tra và bản thân nghiên cứu sinh trực tiếp tham gia điều tra tại địa bàn can thiệp và đối chứng (các điều tra viên đều được tập huấn về phương pháp điều tra đánh giá).
  - Phỏng vấn cán bộ lãnh đạo, quản lý bằng bộ câu hỏi do điều tra viên trực tiếp phỏng vấn.
  - Phỏng vấn thầy thuốc YHCT bằng câu hỏi, do điều tra viên hỏi hoặc do thầy thuốc YHCT tự điền.
  - Quan sát kỹ năng thực hành bằng các bảng kiểm, được thực hiện trực tiếp tại cơ sở y tế do các điều tra viên tiến hành sau khi được tập huấn.
  - Thống kê và tổng hợp các thông tin thứ cấp khác bằng biểu bảng do điều tra viên trực tiếp thực hiện tại đơn vị được điều tra.

## 2.8. Phương pháp đánh giá

### 2.8.1. Đánh giá kiến thức, kỹ năng thực hành về YHCT của thầy thuốc Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

*\* Phương pháp đánh giá kiến thức về YHCT của thầy thuốc tại khoa YHCT*

Chỉ số nghiên cứu	Cách đo lường
1. Kiến thức chỉ định bài cổ phương	Đánh giá theo số câu trả lời đúng, chấm điểm.
2. Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương	Đánh giá theo số câu trả lời đúng, chấm điểm.
3. Kiến thức bài nghiệm phương	Đánh giá theo số câu trả lời đúng, chấm điểm.
4. Kiến thức về chế phẩm thuốc	Đánh giá theo số câu trả lời đúng, chấm điểm.
5. Kiến thức về huyết vị	Đánh giá theo số câu trả lời đúng, chấm điểm.
6. Kỹ năng châm cứu	Đánh giá theo số điểm thực hành đúng, chấm điểm.
7. Kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt	Đánh giá theo số điểm thực hành đúng, chấm điểm.
8. Kỹ năng tư vấn	Đánh giá theo số điểm thực hành đúng, chấm điểm.
9. Biết các văn bản của TW về YHCT - Chỉ thị 24 - CT/TW (24/7/2008). - Quyết định 2166/QĐ – TTg (30/11/2010).	- Đánh giá theo có biết, không biết - Chỉ biết 1 văn bản và 2 văn bản

**\* Tiêu chuẩn sử dụng để đánh giá chỉ số kiến thức, kỹ năng về YHCT**

Cách lượng giá kiến thức: Nghiên cứu này sử dụng các chỉ số để đánh giá kiến thức về YHCT tại khoa YHCT đó là:

1. Kiến thức về chỉ định bài cổ phương: Nêu tên bài cổ phương hoặc chọn bài cổ phương phù hợp nhất để điều trị một số chứng bệnh thường gặp [89].

2. Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương: Nêu tên các vị thuốc trong bài cổ phương điều trị một số chứng bệnh thường gặp [89].

3. Kiến thức bài thuốc nghiệm phương: Nêu tên bài nghiệm phương hoặc chọn bài nghiệm phương phù hợp nhất để điều trị một số chứng bệnh thường gặp [89].

4. Kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT: Kể tên 10 chế phẩm YHCT theo danh mục thuốc thiết yếu Bộ Y tế dùng điều trị một số chứng bệnh thường gặp [81].

5. Kiến thức về huyết vị: Kể tên các huyết theo vùng và công thức huyết điều trị một số bệnh thường gặp [88].

6. Kỹ năng về các phương pháp không dùng thuốc thuốc: Các bước thực hiện phương pháp châm cứu, xoa bóp, bấm huyết, tư vấn [88], [90].

7. Biết các văn bản của TW về YHCT: Biết 2 văn bản Chỉ thị 24 - CT/TW (24/7/2008) và Quyết định 2166/QĐ - TTg (30/11/2010) [4], [5].

Cho điểm và phân loại: Cơ sở cho điểm và phân loại mức độ kiến thức và thực hành của thầy thuốc YHCT dựa trên tham khảo một số tài liệu: Bài thuốc cổ phương, bài giảng YHCT, Phương pháp xoa bóp, bấm huyết, Danh mục thuốc thiết yếu của Bộ Y tế.

Kiến thức, kỹ năng được đánh giá và cho điểm theo số chỉ định bài thuốc, số bài thuốc, số vị thuốc, số bước thực hiện đúng. Sau đó được phân loại theo 3 mức độ như sau:

- Loại A: 8 – 10 điểm: Loại Tốt.
- Loại B: 5 – 7 điểm: Loại Khá.
- Loại C: Dưới 5 điểm: Loại Kém.

Hoặc tính điểm trung bình của mỗi loại kiến thức, kỹ năng thực hành.

### 2.8.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp

- So sánh sự thay đổi các chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp.

- Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng cách so sánh các chỉ số nghiên cứu của cơ sở can thiệp và cơ sở đối chứng trước và sau can thiệp.

Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào công thức:

$$CSHQ = \frac{|A - B|}{A} \times 100 \text{ (A là kết quả trước can thiệp, B là kết quả sau can thiệp)}$$

$$(HQCT)\% = CSHQ_{CT} - CSHQ_{\text{chứng}}$$

Trong đó:  $CSHQ_{CT}$  Là chỉ số hiệu quả của cơ sở y tế can thiệp

$CSHQ_{\text{chứng}}$  Là chỉ số hiệu quả của cơ sở y tế làm chứng

HQCT Là hiệu quả can thiệp

### 2.9. Xử lý số liệu và khống chế sai số

#### \* *Xử lý số liệu*

- Bộ câu hỏi phỏng vấn được làm sạch và nhập vào máy bằng phần mềm Epidata. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 10.0 để tính tần suất, tỷ lệ %, số trung bình.

- Sử dụng các test thống kê thích hợp để so sánh các tỷ lệ, số trung bình được áp dụng.

#### \* *Khống chế sai số*

Một trong các sai số có thể gặp là sai số do chọn mẫu. Để đảm bảo khống chế các sai số lựa chọn cũng như cho việc so sánh giữa huyện can thiệp và đối chứng, huyện này sẽ được lựa chọn dựa trên một số tiêu chí nhất định như: Đặc điểm địa lý, điều kiện sống, sự ủng hộ của chính quyền địa phương,



sự tương đồng về hoạt động của bệnh viện về YHCT, ... Huyện được chọn phải có các đặc điểm tương đối giống nhau về các tiêu chí này.

Để không chế các sai số trong thu thập số liệu tại thực địa, một số giải pháp đã được thực hiện như sau:

- Bộ công cụ điều tra được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu và được thử nghiệm tại BVĐK trước khi tiến hành điều tra chính thức.
- Tập huấn kỹ cho các điều tra viên về kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng điền thông tin để tránh sai sót thông tin. Giải thích kỹ cho đối tượng phỏng vấn, ý nghĩa cũng như nội dung phỏng vấn.
- Tập huấn cho các điều tra viên về kỹ năng quan sát và đánh giá theo bảng kiểm.
- Điều tra thử, chỉnh sửa trước khi điều tra chính thức.
- Tổ chức giám sát quá trình điều tra.

#### **2.10. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của cấp ủy đảng, chính quyền và ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc.
- Các kết quả sau nghiên cứu hiệu quả tốt sẽ tiếp tục triển khai tại địa bàn nghiên cứu và trên địa bàn toàn tỉnh Vĩnh Phúc, trên cơ sở được sự đồng ý của cấp ủy, chính quyền và ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc.
- Trong quá trình tiến hành nghiên cứu luôn tôn trọng các đối tượng được nghiên cứu, chỉ tiến hành nghiên cứu khi đối tượng được nghiên cứu đồng ý và không gây phiền hà cho cơ sở được nghiên cứu, trung thực với các thông tin thu thập được.
- Tất cả các thông tin thu thập được hoàn toàn được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

Đề xuất một số ý kiến nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ YHCT, trên cơ sở đó phục vụ tốt hơn công tác CSSK cho nhân dân.

### Chương 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### **3.1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng**

##### **3.1.1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT thuộc 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

##### **3.1.1.1. Tổ chức Ngành Y tế và BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Tính đến tháng 12 năm 2011, Ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc được tổ chức theo thông tư liên tịch số 11/2005 - TTLT - BYT - BNV, ngày 12/4/2005 của Bộ Y tế và Bộ Nội Vụ, gồm có: Sở Y tế, 37 đơn vị trực thuộc Sở Y tế (10 trung tâm chuyên ngành, 1 trường trung học y tế, 2 chi cục, 6 bệnh viện tuyến tỉnh, 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện, 9 trung tâm y tế huyện) và 9 phòng Y tế tuyến huyện trực thuộc UBND huyện. Tuyến xã có 137 trạm y tế xã trực thuộc Phòng Y tế tuyến huyện (Sơ đồ 1.2).

Các bệnh viện Đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc được tổ chức theo mô hình bệnh viện đa khoa hạng III theo quy định của Bộ Y tế gồm có: Ban giám đốc, 04 phòng chức năng (Kế hoạch tổng hợp - Vật tư thiết bị y tế, Y tá - Điều dưỡng, Hành chính - Quản trị và Tổ chức cán bộ, Tài chính kế toán) và 15 khoa chuyên môn (Khám bệnh, Hồi sức cấp cứu, Nội tổng hợp, Truyền nhiễm, Nhi, Ngoại tổng hợp, Phụ sản, Tai mũi họng - Răng hàm mặt – Mắt, Xét nghiệm, Chẩn đoán hình ảnh, Giải phẫu bệnh, Chống nhiễm khuẩn, Dược, Dinh dưỡng, Y học cổ truyền hoặc Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng) (Sơ đồ 1.3).

##### **3.1.1.2. Đặc điểm nguồn nhân lực YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Tổng số thầy thuốc YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc có 37 người, trung bình mỗi Khoa hoặc Bộ phận YHCT có 4,1 người.

**Bảng 3.1.** Phân bố tuổi và giới tính của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

<b>Chỉ số</b>	<b>n = 37</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Tuổi</b>		
<30	25	67,57
30-39	09	24,32
≥ 40	03	8,11
<b>Giới</b>		
Nam	15	40,54
Nữ	22	59,46

Bảng 3.1. Cho thấy, nhóm thầy thuốc YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc có độ tuổi dưới 30 chiếm tỷ lệ 67,57%, tiếp đến là nhóm từ 30 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ 24,32%, nhóm trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp 8,11% . Tỷ lệ thầy thuốc YHCT là nữ giới (59,46%) nhiều hơn nam giới (40,54%).

**Bảng 3.2.** Trình độ chuyên môn của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

<b>Trình độ chuyên môn</b>	<b>n = 37</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
BSCCKII YHCT	0	0
Thạc sỹ YHCT	0	0
BSCCKI YHCT	02	5,40
BSCCK YHCT	03	8,11
Y sỹ YHCT	25	67,57
Điều dưỡng	07	18,92

Bảng 3.2. Cho thấy, tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc chưa có thầy thuốc YHCT có trình độ BSCCK II và Thạc sỹ YHCT. Có 2/37

(5,40%) thầy thuốc YHCT có trình độ BSCK I, 03/37 (8,11%) thầy thuốc có trình độ BSCK, thầy thuốc có trình độ y sỹ YHCT chiếm tỷ lệ là 67,57%.

**Bảng 3.3.** Thâm niên nghề và hành nghề tư nhân của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Chỉ số	n = 37	Tỷ lệ %
<b>Thâm niên nghề</b>		
≤ 5 năm	07	18,92
6- 10 năm	24	64,86
> 10 năm	06	16,22
<b>Tham gia hành nghề tư nhân</b>	31	83,78

Bảng 3.3. Cho thấy, tỷ lệ thầy thuốc YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc thâm niên nghề từ 6 - 10 năm chiếm tỷ lệ 64,86%, thâm niên nghề >10 năm thấp nhất chiếm tỷ lệ là 16,22%. Có tới 83,78% số thầy thuốc YHCT có tham gia hành nghề tư nhân.

**Bảng 3.4.** Phân loại kiến thức bài cổ phương, bài nghiệm phương của bác sỹ và y sỹ YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Chỉ số	Kết quả	
	n = 30	%
<b>Kiến thức chỉ định bài cổ phương</b>		
Loại A	3	10,00
Loại B	9	30,00
Loại C	18	60,00
<b>Điểm trung bình (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	<b>5,83 ± 1,30</b>	
<b>Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương</b>		
Loại A	0	0
Loại B	2	6,67
Loại C	28	93,33
<b>Điểm trung bình (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	<b>4,81 ± 1,43</b>	

Chỉ số	Kết quả	
<b>Kiến thức bài nghiệm phương</b>		
Loại A	0	0
Loại B	8	26,67
Loại C	22	73,33
Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )	5,15 $\pm$ 1,05	

Bảng 3.4. Cho thấy, điểm trung bình kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương của bác sỹ, y sỹ YHCT thuộc Khoa hoặc bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc là  $5,83 \pm 1,30$ . Tỷ lệ bác sỹ, y sỹ YHCT thuộc 9 BVĐK này có kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương đạt loại A chiếm tỷ lệ thấp 10%, tiếp đến đạt loại B chiếm tỷ lệ 30% và đạt loại C chiếm tỷ lệ 60%.

Điểm trung bình kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương của bác sỹ, y sỹ YHCT thuộc Khoa hoặc bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc là  $4,81 \pm 1,43$ . Không có bác sỹ, y sỹ YHCT nào của 9 đơn vị này có kiến thức về vị thuốc trong bài cổ phương đạt phân loại kiến thức loại A, chỉ có 6,67% bác sỹ YHCT, y sỹ YHCT đạt phân loại kiến thức loại B và hầu hết bác sỹ, y sỹ YHCT đạt phân loại kiến thức loại C (93,33%).

Kiến thức bài nghiệm phương của bác sỹ, y sỹ YHCT thuộc Khoa hoặc bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc có điểm trung bình là  $5,15 \pm 1,05$ . Không có bác sỹ, y sỹ YHCT có kiến thức về bài nghiệm phương đạt phân loại A, có 26,67% bác sỹ, y sỹ YHCT đạt phân loại B và chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,33% bác sỹ, y sỹ có kiến thức về bài thuốc nghiệm phương đạt phân loại kiến thức loại C.

**Bảng 3.5.** Phân loại kiến thức về chế phẩm thuốc và huyết vị của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Chỉ số	Kết quả	
	n = 37	%
<b>Kiến thức về chế phẩm thuốc</b>		
Loại A	6	16,22
Loại B	9	24,32
Loại C	22	59,46
Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )	5,78 ± 1,02	
<b>Kiến thức về huyết vị</b>		
Loại A	4	10,81
Loại B	21	56,76
Loại C	12	32,43
Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )	5,86 ± 2,01	

Bảng 3.5. Phân loại kiến thức về chế phẩm thuốc và huyết vị của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc cho thấy, điểm trung bình kiến thức về chế phẩm thuốc của thầy thuốc YHCT tại 9 đơn vị này đạt  $5,78 \pm 1,02$ . Tỷ lệ thầy thuốc YHCT có kiến thức về chế phẩm thuốc loại A thấp chỉ đạt 16,22% và loại C cao gần 60% (59,46%).

Điểm trung bình kiến thức về huyết vị của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc đạt  $5,86 \pm 2,01$ . Tỷ lệ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc có kiến thức về huyết vị loại A chiếm tỷ lệ thấp 10,81% và tỷ lệ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc đạt loại B chiếm tỷ lệ cao gần 57% (56,76%).

**Bảng 3.6.** Phân loại kỹ năng thực hành YHCT của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Chỉ số	Kết quả	
	n = 37	Tỷ lệ %
<b>Kỹ năng châm cứu</b>		
Loại A	9	24,32
Loại B	16	43,25
Loại C	12	32,43
Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )	5,50 ± 2,69	
<b>Kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt</b>		
Loại A	0	0
Loại B	10	27,03
Loại C	27	72,97
Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )	3,50 ± 1,30	
<b>Kỹ năng tư vấn</b>		
Loại A	0	0
Loại B	8	21,62
Loại C	29	78,38
Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )	3,05 ± 1,70	

Bảng 3.6. Cho thấy, điểm trung bình về kỹ năng châm cứu của các thầy thuốc Khoa hoặc bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc là  $5,50 \pm 2,69$ . Tỷ lệ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc có kỹ năng châm cứu đạt loại B chiếm là 43,25%, loại A thấp, chỉ đạt 24,32%.

Điểm trung bình về kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt của thầy thuốc YHCT thuộc Khoa hoặc bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc đạt  $3,50 \pm 1,30$ . Trong toàn bộ 37 thầy thuốc YHCT không có thầy thuốc nào có

kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt đạt điểm loại A, có 10/37 (27,03%) thầy thuốc đạt điểm loại B và có đến 27/37 (72,97%) thầy thuốc đạt điểm loại C.

Đối với kỹ năng tư vấn của thầy thuốc YHCT thuộc khoa hoặc bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc có điểm trung bình là  $3,05 \pm 1,70$ ; không có thầy thuốc YHCT nào đạt điểm loại A, tỷ lệ thầy thuốc YHCT đạt điểm loại C chiếm tỷ lệ cao 78,38%.

**Bảng 3.7.** Tỷ lệ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc được bồi dưỡng, tập huấn trong năm 2011 và chủ đề tập huấn.

Chỉ số	Kết quả	
	n = 37	Tỷ lệ %
<b>Tham gia các lớp tập huấn trong năm</b>		
Được tập huấn	15	40,54
Chưa được tập huấn	22	59,46
<b>Chủ đề</b>		
Chủ đề châm cứu	16	43,25
Chủ đề xoa bóp, bấm huyệt	16	43,25
Khí công dưỡng sinh	5	13,51
Chống nhiễm khuẩn	37	100
Quản lý bệnh viện	1	2,70
<b>Nhu cầu tập huấn</b>		
Có nhu cầu	30	81,08
Chưa có nhu cầu	7	18,92

Bảng 3.7. Cho thấy, tỷ lệ thầy thuốc YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc được tập huấn trong 2011 chiếm 40,54% trong khi nhu cầu cần được tập huấn chiếm 81,08%. Các nội dung về lý luận, dược YHCT và việc kết hợp YHCT với YHHD trong khám bệnh, chữa bệnh chưa được tập huấn.



### 3.1.1.3. Hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Thực hiện khám và điều trị bằng YHCT kết hợp YHCT với YHHĐ của các thầy thuốc Khoa hoặc bộ phận YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc, qua nghiên cứu 450 bệnh án tại thời điểm tiến hành điều tra.

**Bảng 3.8.** Tỷ lệ các loại chẩn đoán trong bệnh án YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

TT	Chẩn đoán (n = 450)	n	Tỷ lệ %
1	Chẩn đoán bất cương đầy đủ	252	56,00
2	Chẩn đoán bất cương không đầy đủ	198	44,00
3	Có chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT	57	12,67
4	Có chẩn đoán xác định theo YHCT	320	71,11

Bảng 3.8. Cho thấy, tỷ lệ thực hiện chẩn đoán bất cương đầy đủ chỉ đạt 56%, tỷ lệ chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT mới đạt 12,67%.

**Bảng 3.9.** Tỷ lệ kết hợp YHCT với YHHĐ trong khám chữa bệnh tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

TT	Nội dung (n = 450)	Khám bệnh		Chữa bệnh	
		n	%	n	%
1	Kết hợp YHCT với YHHĐ	410	91,11	423	94,00
2	Chỉ sử dụng YHCT đơn thuần	40	8,89	27	6,00

Bảng 3.9. Cho thấy, tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc, tỷ lệ khám bệnh và chữa bệnh kết hợp giữa YHCT với YHHĐ chiếm tỷ lệ 91,11% và 94,00%, tỷ lệ khám bệnh và chữa bệnh chỉ sử dụng YHCT chỉ chiếm 8,89% và 6,00%.

**Bảng 3.10.** Tỷ lệ các bệnh tật điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

TT	Tên bệnh	n = 450		TT	Tên bệnh	n = 450	
		n	Tỷ lệ %			n	Tỷ lệ %
1	Đau dây thần kinh tọa	144	32,00	10	Liệt thần kinh VII ngoại biên	76	16,89
2	Tâm căn suy nhược	9	2,00	11	Thóa hóa khớp gối	18	4,00
3	Tăng huyết áp	9	2,00	12	Liệt nửa người do tai biến mạch máu não	9	2,00
4	Viêm gan virus	4	0,89	13	Hội chứng cổ vai gáy	58	12,89
5	Bệnh đại tràng mạn tính	15	3,33	14	Viêm khớp dạng thấp	32	7,11
6	Viêm-loét dạ dày và hành tá tràng	15	3,33	15	Viêm quanh khớp vai	9	2,00
7	Viêm khớp cổ tay	4	0,89	16	Đau dây thần kinh liên sườn	22	4,89
8	Trĩ nội	9	2,00	17	Sỏi thận	4	0,89
9	Đái tháo đường	4	0,89	18	Dị ứng	9	2,00

Bảng 3.10. Cho thấy, các loại bệnh tật được điều trị tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 có 18 loại bệnh. Tỷ lệ bệnh đau dây thần kinh tọa được điều trị tại khoa chiếm tỷ lệ cao nhất (32%), tiếp theo là bệnh liệt thần kinh VII chiếm tỷ lệ 16,69%, bệnh hội chứng cổ vai gáy chiếm tỷ lệ 12,89%, thấp nhất là tỷ lệ bệnh viêm gan virus, đái tháo đường và sỏi thận chiếm 0,89%.

**Bảng 3.11.** Tỷ lệ các phương pháp chữa bệnh bằng YHCT được sử dụng tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (n = 450 bệnh án)

TT	Tên phương pháp điều trị Bằng YHCT	Tỷ lệ	
		n	%
01	Thuốc uống (thuốc sắc và chế phẩm YHCT)	450	100
02	Châm cứu (châm kim không và điện châm)	323	71,78
03	Thủy Châm	251	55,78
04	Xoa bóp - bấm huyệt	232	51,56
05	Xông, tắm thuốc	15	3,33
06	Giác hơi	50	11,11

Bảng 3.11. Cho thấy, 100% bệnh nhân được điều trị bằng thuốc YHCT (thuốc sắc và chế phẩm) theo đường uống và 71,78% bằng châm cứu. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng xông, tắm thuốc chiếm 3,33% và tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng giác hơi chiếm 11,11%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng thủy châm chiếm 55,78% và tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng xoa bóp - bấm huyệt chiếm 51,56%.

**3.1.1.4. Số vị thuốc, chế phẩm thuốc YHCT và thiết bị y tế phục vụ chữa bệnh tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

**Bảng 3.12.** Thuốc YHCT và các thiết bị y tế phục vụ chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

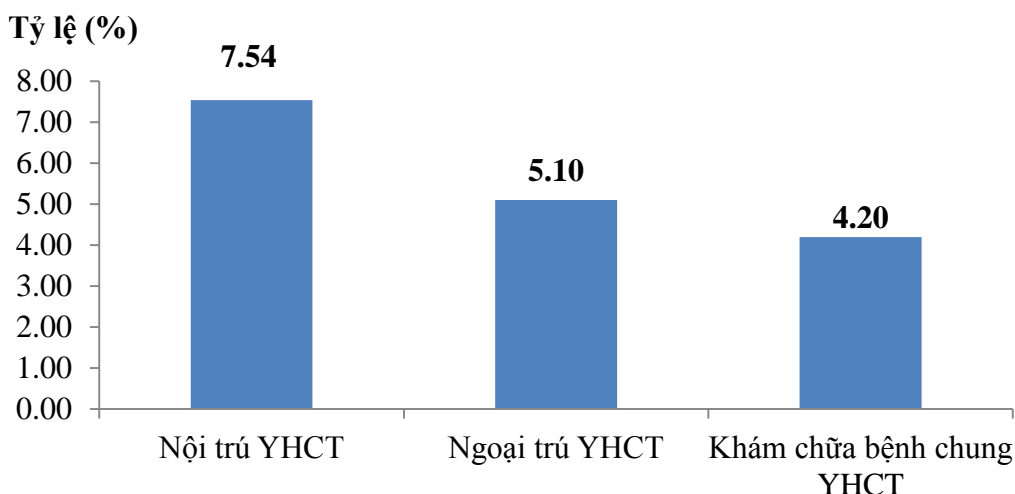
Thuốc	Bệnh viện đa khoa tuyến huyện									Trung bình
	Yên Lạc	Tam Dương	Vĩnh Yên	Tam Đảo	Phúc Yên	Bình Xuyên	Lập Thạch	Vĩnh Tường	Sông Lô	
<b>Số vị thuốc</b>	208	98	115	217	104	185	112	290	165	166
<b>Số chế phẩm thuốc</b>	23	21	19	22	18	20	20	21	22	20,66
<b>Thiết bị phục vụ chữa bệnh bằng YHCT</b>										<b>Tổng</b>
<b>Máy điện châm</b>	6	14	3	1	4	12	10	22	5	77
<b>Máy sắc thuốc</b>	1	1	1	0	1	0	0	3	0	7
<b>Ấm sắc thuốc</b>	0	0	0	0	0	30	0	0	0	30
<b>Máy sấy thuốc</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<b>Máy thái thuốc</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>Bộ giác hơi</b>	0	0	0	1	0	2	0	2	0	5
<b>Đèn hồng ngoại</b>	3	4	0	2	0	0	0	3	0	12

Bảng 3.12. Cho thấy, trung bình số vị thuốc YHCT được sử dụng tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc là 166 vị và trung bình số chế phẩm thuốc YHCT là 20,66 chế phẩm.

Thiết bị y tế phục vụ chữa bệnh bằng YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc chủ yếu là máy điện châm, bệnh viện có số máy điện châm ít nhất là BVĐK Tam Đảo (01 máy), bệnh viện có số máy điện châm nhiều nhất là BVĐK Vĩnh Tường (22 máy). Có tới 3 BVĐK tuyến huyện (Tam Đảo, Lập Thạch và Sông Lô) không có âm hoặc máy sắc thuốc, 6 BVĐK tuyến huyện còn lại hoặc có âm sắc thuốc hoặc có máy sắc thuốc. Máy sấy thuốc và máy thái thuốc chỉ có 1 bệnh viện có. Bộ giác hơi có tổng số 5 bộ và chỉ 3/9 bệnh viện có. Đèn hồng ngoại có tổng số 12 đèn và cũng chỉ có 4/9 bệnh viện có thiết bị này.

### 3.1.1.5. Kết quả hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc.

Chỉ tiêu đạt được trong khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011



**Biểu đồ 3.1.** Tỷ lệ bệnh nhân khám và điều trị bằng YHCT tại 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011

Biểu đồ 3.1. Cho thấy, tỷ lệ số lượt bệnh nhân khám chữa bệnh bằng YHCT trên tổng số lượt khám chữa bệnh chung tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 đạt 4,20%; tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bằng YHCT trên tổng số bệnh nhân điều trị nội trú tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 đạt 7,54%; tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú bằng YHCT trên tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 đạt 5,10%.

### 3.1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

#### 3.1.2.1 Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế

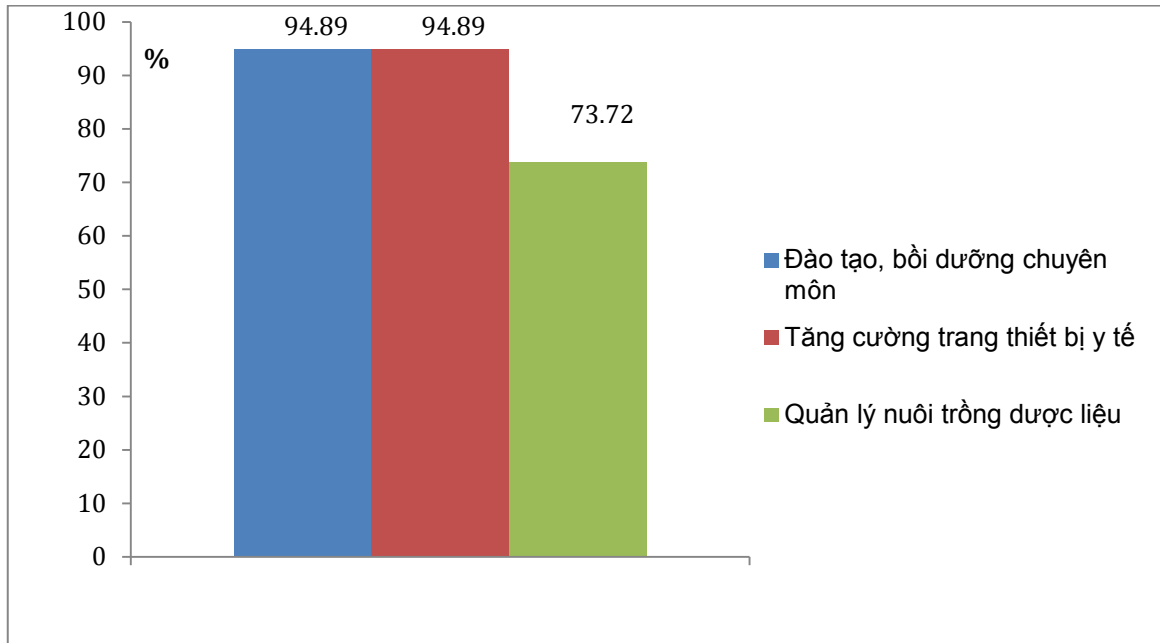
**Bảng 3.13.** Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc về YHCT (n = 274)

<b>Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế về YHCT</b>			
<b>TT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ%</b>
<b>Biết các văn bản của TW về YHCT</b>			
1	Biết Chỉ thị 24 - CT/TW (24/7/2008)	64	23,36
2	Biết Quyết định 2166/QĐ - TTg (30/11/2010)	23	8,39
3	Biết 02 văn bản trên	96	35,04
4	Không biết 02 văn bản trên	91	33,21
<b>Vai trò của YHCT trong bảo vệ CSSK</b>			
5	Tăng thêm khả năng điều trị và hạn chế kinh phí	251	91,61
6	Không gây độc hại cơ thể	160	58,39
7	Không nên khám chữa bệnh bằng YHCT	0	0

Bảng 3.13. Cho thấy, tại thời điểm điều tra tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc từ tỉnh đến xã, phường biết về Chỉ thị 24 - CT/TW của Ban Bí thư chiếm 23,36% và biết Quyết định 2166/QĐ - TTg của Thủ tướng Chính phủ chiếm 8,39%; tỷ lệ biết cả hai văn bản trên chiếm 35,04%; vẫn còn 33,21% cán bộ lãnh đạo, quản lý không biết 2 văn bản trên.

Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế của tỉnh Vĩnh Phúc về vai trò của YHCT trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, có tới 91,61% cán bộ cho rằng tăng thêm khả năng điều trị và hạn chế kinh phí chi cho khám bệnh, chữa bệnh. Đồng thời, không có ý kiến nào về việc không nên khám chữa bệnh bằng YHCT.

Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế cho rằng điều trị bằng YHCT không gây độc hại cho cơ thể chiếm 58,39%.



**Biểu đồ 3.2.** Tỷ lệ phần trăm kiến nghị của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc, nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tuyến huyện trên địa bàn.

Biểu đồ 3.2. Cho thấy, kiến nghị của đội ngũ cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh phúc, nhằm tăng cường chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tập trung vào 03 giải pháp: tăng cường đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn cho đội ngũ thầy thuốc YHCT; đầu tư trang thiết bị y tế và công tác quản lý nuôi trồng dược liệu. Trong đó 2 giải pháp đầu, tỷ lệ cán bộ kiến nghị chiếm 94,89%, giải pháp thứ 3, tỷ lệ cán bộ kiến nghị chiếm 73,72%.



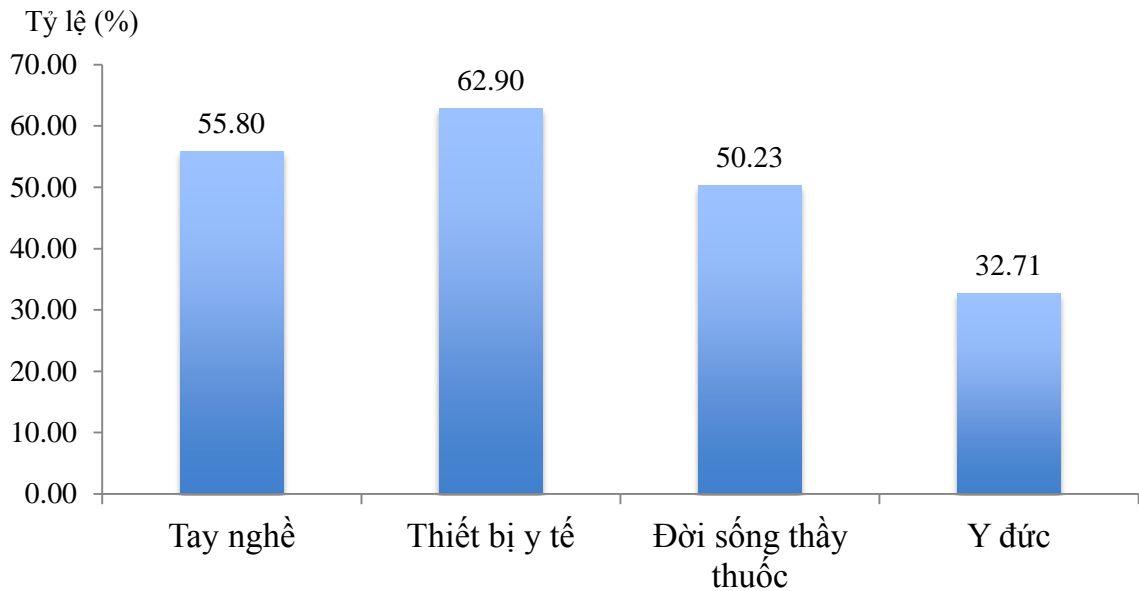
### 3.1.2.2. Nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT và sự hài lòng của người dân với khám chữa bệnh bằng YHCT

**Bảng 3.14.** Nhu cầu, thái độ của người dân đối với YHCT (n = 450)

TT	Nội dung	n	Tỷ lệ %
<b>Số lượt khám chữa bệnh bằng YHCT tại cơ sở y tế công lập trong 1 năm (tính đến thời điểm điều tra)</b>			
1	Không lượt nào	5	1,11
2	1 -2 lượt	292	64,89
3	3 -4 lượt	122	27,11
4	≥ 5 lượt	31	6,89
<b>Thái độ của người dân đối với khám chữa bệnh bằng YHCT</b>			
5	Thích khám chữa bệnh bằng YHCT	443	98,44
6	Không thích khám chữa bệnh bằng YHCT	7	1,56
7	Hài lòng với thái độ của thầy thuốc YHCT	446	99,11
8	Không hài lòng với thái độ thầy thuốc YHCT	4	0,89

Bảng 3.14. Cho thấy, nhu cầu được khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT của người dân cao (tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh bằng YHCT tại cơ sở y tế công lập trong 1 năm qua ít nhất 1 lần trở lên chiếm 98,89%). 98,44% người dân được phỏng vấn cho rằng thích khám chữa bệnh bằng YHCT và 99,11% người dân hài lòng với thái độ của thầy thuốc.

Ý kiến của người dân về các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc.



**Biểu đồ 3.3.** Kiến nghị của người dân trên địa bàn nhằm phát huy và phát triển YHCT tuyến huyện.

Biểu đồ 3.3. Cho thấy, nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT, phần lớn ý kiến của người dân tập trung vào việc tăng cường trang thiết bị y tế, chiếm tỷ lệ 62,90%, tiếp đến là bồi dưỡng nâng cao tay nghề, chiếm tỷ lệ 55,80%, nâng cao đời sống cho thầy thuốc YHCT tuyến huyện chiếm tỷ lệ 50,23% và ý kiến về y đức chiếm tỷ lệ thấp nhất 32,71%.

### **3.1.2.3. Ảnh hưởng của một số văn bản của Trung ương và tỉnh Vĩnh Phúc đối với việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện**

Trước năm 2013 các văn bản của Bộ Chính trị, Ban Bí thư và của cấp ủy, chính quyền tỉnh Vĩnh Phúc về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân nói chung và YHCT nói riêng, kể cả Chỉ thị 24 -CT/TW các nội dung liên quan đến việc phát huy và phát triển YHCT tuyến huyện không rõ.

Đồng thời, một số văn bản quy phạm pháp luật đã ban hành có một số nội dung tác động không tốt đến việc phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam nói chung và YHCT tại các BVĐK tuyến huyện nói riêng ví dụ:

Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009, tại Điều 6 Các hành vi cấm, Khoản 8 quy định cấm “*Sử dụng hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh*” [91] nhưng lại không nêu được khái niệm thế nào là mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh. Trong YHCT nhiều phương pháp khám chữa bệnh đem lại hiệu quả, nhưng không giải thích được theo cơ chế của YHHĐ và rất dễ bị các nhà quản lý cho là mê tín, làm cho các thầy thuốc YHCT, nhất là tại các BVĐK tuyến huyện không muốn áp dụng. Đồng thời, việc quy định thanh toán bảo hiểm y tế đối với các vị thuốc YHCT đưa vào điều trị cho bệnh nhân trong bệnh viện phải qua đấu thầu thuốc và phải có hóa đơn thu mua dẫn đến việc sử dụng các vị thuốc Nam tại địa bàn ở các BVĐK tuyến huyện không được thực hiện.

Thông tư 41/2011/TT - BYT, ngày 14/11/2011 của Bộ Y tế về Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tại Điều 26: Các điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng chẩn trị YHCT (Khoản 4, Điểm đ): “*Trong trường hợp có sản xuất một số dạng đóng gói sẵn để phục vụ trực tiếp cho người bệnh của phòng chẩn trị (cao, đơn, hoàn, tán hoặc các dạng khác) thì phải đăng ký với Sở Y tế tỉnh về công thức bài thuốc, quy trình sản xuất (kèm theo bản giải trình về cơ sở vật chất, thiết bị), công dụng, liều dùng, chống chỉ định và mẫu nhãn thuốc. Sở Y tế tỉnh sẽ xem xét thẩm định và công nhận đủ điều kiện thì mới được sản xuất. Thuốc chỉ để phục vụ trực tiếp cho người bệnh của phòng chẩn trị, không lưu hành trên thị trường theo quy định của Luật Dược*” [92]. Nội dung này vừa không đúng với bản chất của hoạt động YHCT trong điều trị là biện chứng luận trị và gây khó khăn cho các thầy

thuốc YHCT tuyến huyện và mâu thuẫn với Điều 42 của Chương IV về thuốc đông y và thuốc từ dược liệu trong Luật Dược năm 2005: *Bán thuốc đông y và thuốc từ dược liệu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

“*Bác sỹ đông y, y sỹ đông y, lương y đang làm việc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được bán lẻ thuốc đông y và thuốc từ dược liệu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*” [38]. Trong Luật Dược, Điều 2 giải thích từ ngữ tại Khoản 9 chỉ rõ thuốc đông y “*là thuốc từ dược liệu, được bào chế theo lý luận và phương pháp của y học cổ truyền của các nước phương đông*”. Đồng thời, Điểm đ của Điều 26 trong Thông tư 41/2011/TT - BYT của Bộ Y tế đã cản trở việc thực hiện Điều 3, Khoản 3 của Luật Dược “*Khuyến khích nghiên cứu, kế thừa các bài thuốc và kinh nghiệm của đông y, kết hợp hài hòa đông y với y học hiện đại; tìm kiếm khai thác sử dụng dược liệu mới...*” và Điều 1, Khoản 3, Điểm đ trong Quyết định 2166/QĐ – TTg: “*Xây dựng và ban hành các chế độ khuyến khích các thầy thuốc cống hiến và phát huy những bài thuốc hay, cây thuốc quý, những kinh nghiệm phòng và chữa bệnh bằng y, dược cổ truyền có hiệu quả; bảo hộ quyền tác giả, quyền sở hữu và nghiên cứu kế thừa, ứng dụng và kết hợp y, dược cổ truyền với y, dược hiện đại*” [5].

### **3.2. Xây dựng và triển khai giải pháp can thiệp**

#### **3.2.1. Cơ sở xây dựng giải pháp và nội dung can thiệp**

##### **3.2.1.1. Cơ sở lý luận và pháp lý**

- Nghị định 63/2012/NĐ - CP, ngày 31/8/2012 của Chính phủ về Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

- Quyết định 1895/1997/QĐ - BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế bệnh viện;

- Thông tư số 02/BYT - TT, ngày 28/02/1997 của của Bộ trưởng Bộ Y tế “*Hướng dẫn về chức năng, nhiệm vụ, tổ chức Khoa Y dược cổ truyền trong Viện, Bệnh viện y học hiện đại*”. Được thay thế bởi Thông tư 01/2014/TT -

BYT, ngày 10/01/2014 của Bộ Y tế về “Quy định chức năng, nhiệm vụ, tổ chức và hoạt động của Khoa Y, dược cổ truyền trong bệnh viện nhà nước”

- Quyết định số 26/2008/QĐ - BYT, ngày 22/7/2008 của Bộ Y tế về việc ban hành quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền;

- Thông tư số 50/2010/TT - BYT, ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế về Hướng dẫn việc kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

- Thông tư số 12/2010/TT - BYT, ngày 29/4/2010 của Bộ Y tế về Ban hành danh mục thuốc Y học cổ truyền chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh;

- Quyết định số 2166/QĐ - TTg, ngày 30/11/2010 của Thủ tướng về việc ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020, trong đó có chỉ tiêu khám chữa bệnh bằng YHCT tuyến huyện phải đạt 25% trên tổng khám chữa bệnh tại tuyến huyện.

### **3.2.1.2. Cơ sở thực tiễn**

Kết quả nghiên cứu khảo sát thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc: kiến thức về bài thuốc cổ phương, vị thuốc trong bài cổ phương, bài nghiệm phương của các bác sỹ và y sỹ YHCT còn hạn chế, tỷ lệ đạt loại A thấp chiếm từ 0 - 10%; kiến thức về chế phẩm thuốc và huyết vị của các thầy thuốc YHCT tỷ lệ đạt loại A chiếm từ 10,81 - 16,22%; kỹ năng: châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt và tư vấn của các thầy thuốc YHCT tỷ lệ đạt loại A chưa cao, chiếm từ 0 - 24,32%; tỷ lệ bệnh án không thực hiện đầy đủ chẩn đoán bắt cương còn cao, chiếm 44%; khả năng cung cấp dịch vụ YHCT trong khám và điều trị cho người bệnh còn hạn chế (chỉ có 18 loại bệnh tật được điều trị); nguồn nhân lực thiếu (bình quân trên 4 thầy thuốc YHCT/1 BVĐK), trang thiết bị, nguồn dược liệu phục vụ khám chữa bệnh bằng YHCT còn nhiều bất

cập (còn 04 BVĐK chưa có máy sắc thuốc, 06 BVĐK chưa có bộ giác hơi; số vị thuốc sử dụng trung bình 166 vị thuốc/1 BVĐK, số chế phẩm thuốc sử dụng trung bình 20,66 chế phẩm/1 BVĐK). Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo và cán bộ quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc nghiên cứu, học tập, nắm bắt các văn bản của Trung ương về phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân chưa cao (biết Chỉ thị 24 - CT/TW và Quyết định 2166/QĐ - TTg chỉ chiếm 35,04%).

Bệnh viện đa khoa huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương đều là bệnh viện hạng III, trực thuộc Sở Y tế Vĩnh Phúc, với 15 khoa, 4 phòng chức năng và 120 giường bệnh, hạ tầng giao thông thuận tiện và đều được cấp ủy, chính quyền địa phương quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo.

Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương đều có 1 máy sắc thuốc.

**Bảng 3.15.** Một số chỉ số tương đồng của các thầy thuốc hai Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương trước can thiệp

<b>Chỉ số</b>	<b>Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc</b>	<b>Khoa YHCT- BVĐK huyện Tam Dương</b>	<b>p</b>
Số lượng thầy thuốc	07	08	
<b>Kiến thức</b>	Điểm trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ )		
Chỉ định bài cổ phương	7,25 ± 1,50	7,67 ± 1,15	p>0,05
Huyệt vị	8,50 ± 0,58	8,67 ± 1,30	p>0,05
<b>Kỹ năng</b>	Điểm trung bình( $\bar{x} \pm SD$ )		
Xoa bóp - bấm huyệt	6,12 ± 5,14	6,30 ± 2,30	p>0,05
Tư vấn	5,34 ± 2,60	5,51 ± 0,14	p>0,05

Bảng 3.15. Cho thấy:

Khoa YHCT của hai BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương có số lượng thầy thuốc gần bằng nhau (Yên Lạc có 7 người, Tam Dương có 8 người).

Kiến thức của các thầy thuốc Khoa YHCT của 02 BVĐK về bài thuốc cổ phương là tương đương nhau, điểm trung bình Yên Lạc là  $7,25 \pm 1,50$ ; Tam Dương là  $7,67 \pm 1,15$ ; về huyết vị điểm trung bình gần như nhau Yên Lạc là  $8,50 \pm 0,58$ ; Tam Dương là  $8,67 \pm 1,30$  ( $p > 0,05$ ).

Kỹ năng xoa bóp, bấm huyết, kỹ năng tư vấn của các thầy thuốc Khoa YHCT của 02 BVĐK huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương là như nhau, điểm trung bình về kỹ năng xoa bóp, bấm huyết của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK Yên Lạc là  $6,12 \pm 5,14$ ; Tam Dương là  $6,30 \pm 2,30$ ; điểm trung bình về kỹ năng tư vấn của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK Yên Lạc là  $5,34 \pm 2,60$ ; Tam Dương là  $5,51 \pm 0,14$  ( $p > 0,05$ ).

Người dân tỉnh Vĩnh Phúc thực sự tin tưởng và có nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT (98,44% người dân được hỏi thích khám chữa bệnh bằng YHCT). Số cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc cho rằng thuốc YHCT không gây độc hại cơ thể chiếm tỷ lệ khá cao gần 60% (58,39%).

### **3.2.1.3. Nội dung can thiệp**

- Tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn về lý luận, kiến thức về bài thuốc cổ phương, nghiệm phương; kỹ năng thực hành: thăm khám, chẩn đoán, kỹ năng châm cứu, xoa bóp - bấm huyết, kỹ năng tư vấn cho các thầy thuốc YHCT.

- Tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT cho Khoa YHCT.

- Tăng cường đội ngũ thầy thuốc cho Khoa YHCT.

- Tập huấn nâng cao nhận thức về vai trò của YHCT trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân cho đội ngũ cán bộ quản lý, lãnh

đạo Ngành Y tế và các ban ngành liên quan của huyện Yên Lạc, các thầy thuốc của Bệnh viện đa khoa huyện Yên Lạc, các thầy thuốc phụ trách về YHCT hoặc trạm trưởng các trạm Y tế của huyện Yên Lạc.

- Tăng cường truyền thông cho người dân hiểu và nhận thức tốt hơn về YHCT trong hoạt động bảo vệ và chăm sóc sức khỏe.

- Xây dựng vật liệu truyền thông YHCT.

### **3.2.2. Triển khai giải pháp can thiệp**

- Nghiên cứu sinh trực tiếp tham gia đóng góp ý kiến xây dựng dự thảo một số văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc có nội dung liên quan đến việc nâng cao chất lượng hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại các BVĐK tuyến huyện nói chung và của tỉnh Vĩnh Phúc nói riêng.

- Tổ chức 07 lớp tập huấn bồi dưỡng nâng cao nhận thức, trình độ chuyên môn tay nghề cho đội ngũ thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc tỉnh Vĩnh Phúc. Bên cạnh việc cung cấp kiến thức trên lớp cho các học viên, giảng viên còn hướng dẫn, giám sát hỗ trợ học viên thực hành tại cơ sở khám chữa bệnh.

- Tổ chức 01 lớp tập huấn cho cán bộ lãnh đạo, quản lý các ban, ngành liên quan từ huyện đến xã, cán bộ quản lý ngành Y tế và cán bộ phụ trách YHCT hoặc trạm trưởng trạm Y tế xã, trên địa bàn huyện Yên Lạc về quan điểm, đường lối và vai trò của YHCT trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân của Đảng và Nhà nước ta (trong đó có nội dung cơ bản của Chỉ thị 24 - CT/TW và Quyết định 2166/QĐ - TTg).

- Thiết kế tờ gấp “Những điều cần biết về Y học cổ truyền cho mọi người” và cấp phát 5.000 tờ gấp cho người dân.

- Nghiên cứu sinh trực tiếp trao đổi với đồng chí Phó chủ tịch - Phụ trách văn xã UBND huyện Yên Lạc và Ban giám đốc BVĐK huyện Yên Lạc về



việc tăng cường đội ngũ nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế cho Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc.

### **3.3. Đánh giá hiệu quả các giải pháp can thiệp**

#### **3.3.1. Kết quả cải thiện nguồn lực và hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp**

##### **3.3.1.1. Nguồn nhân lực, cơ sở vật chất trang thiết bị của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp**

- Sau can thiệp, đội ngũ thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc tăng thêm 05 người so với thời điểm trước can thiệp (05 điều dưỡng).

- Sau can thiệp, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã được tăng lên so với trước can thiệp: số giường bệnh thực kê tăng 21 giường, diện tích phòng làm việc tăng 27m<sup>2</sup>, máy điện châm tăng 11 chiếc, bộ giác hơi tăng 1 bộ, đèn hồng ngoại tăng 3 chiếc, bàn ghế tăng 9 chiếc.

### 3.3.1.2. So sánh kiến thức, kỹ năng thực hành về YHCT của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc trước và sau can thiệp

**Bảng 3.16.** Thay đổi về kiến thức và kỹ năng thực hành của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp

TT	Nội dung kiến thức và kỹ năng thực hành	Điểm trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )		p
		Trước can thiệp	Sau can thiệp	
A	<b>Kiến thức</b>			
1	Chỉ định bài thuốc cổ phương	7,25 ± 1,50	9,25 ± 0,50	p<0,05
2	Vị thuốc bài cổ phương	6,02 ± 1,41	9,50 ± 0,57	p<0,05
3	Bài nghiệm phương	5,50 ± 1,73	10,00 ± 0,0	P<0,05
4	Chế phẩm thuốc	8,71 ± 0,10	10,00 ± 0,0	p<0,05
5	Huyệt vị	8,50 ± 0,58	10,00 ± 0,0	p<0,05
B	<b>Kỹ năng thực hành</b>			
1	Châm cứu	7,21 ± 6,50	9,75 ± 0,10	p<0,05
2	Xoa bóp, bấm huyệt	6,12 ± 5,14	9,83 ± 0,13	p<0,05
3	Tư vấn	5,34 ± 2,60	9,71 ± 1,50	p<0,05

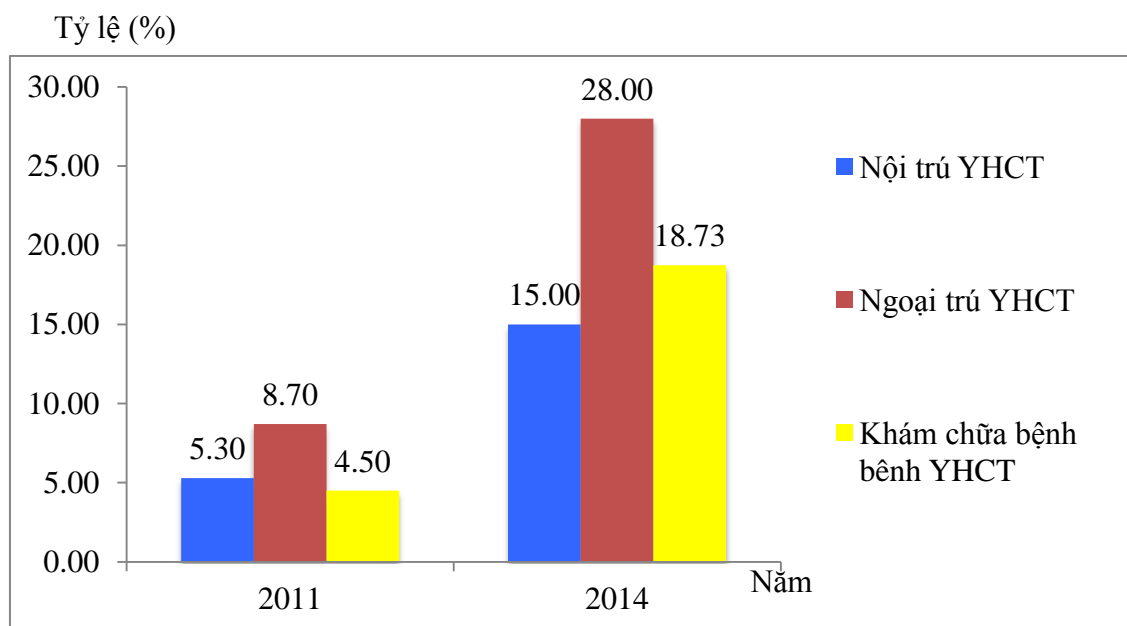
Bảng 3.16. Cho thấy, sau can thiệp điểm trung bình kiến thức về bài thuốc và vị thuốc trong bài cổ phương, bài nghiệm phương, chế phẩm thuốc, huyệt vị và các kỹ năng: châm cứu, xoa bóp - bấm huyệt, tư vấn cho người bệnh của các thầy thuốc Khoa YHC - BVĐK huyện Yên Lạc đều đã được nâng lên so với trước thời điểm can thiệp và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.3.1.3. Cải thiện về khám bệnh, chẩn đoán bệnh và chữa bệnh tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp

**Bảng 3.17.** Tỷ lệ thực hiện các phương pháp khám, chẩn đoán và điều trị bệnh của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp (n = 50 bệnh án)

TT	Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		n	%	n	%	
	<b>Phương pháp khám bệnh</b>					
1	Chỉ khám bằng YHCT	02	4,00	01	2,00	p >0,05
2	Kết hợp YHCT với YHHĐ	48	96,00	49	98,00	
	<b>Chẩn đoán bất cương</b>					
1	Đạt (đầy đủ)	03	6,00	50	100	p <0,05
2	Không đạt (không đầy đủ)	47	94,00	0	0	
	<b>Chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT</b>					
1	Thực hiện	21	42,00	50	100	p <0,05
2	Không thực hiện	29	58,00	0	0	
	<b>Chỉ định phương pháp điều trị</b>					
1	Kết hợp YHCT với YHHĐ	46	92,00	47	94,00	p >0,05
2	Chỉ điều trị bằng YHCT	4	8,00	3	6,00	

Bảng 3.17. Cho thấy, sau can thiệp các thầy thuốc khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã thực hiện khám bệnh cho bệnh nhân bằng YHCT tốt hơn, tỷ lệ thực hiện chẩn đoán bất cương đầy đủ và chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT đạt 100% (trước can thiệp, tỷ lệ thực hiện chẩn đoán bất cương đầy đủ chỉ chiếm 6,00% và chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT chỉ chiếm 42,00%), cả hai kết quả này đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (p < 0,05).



**Biểu đồ 3.4.** Tỷ lệ bệnh nhân khám và điều trị tại Khoa YHCT Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 và năm 2014.

Biểu đồ 3.4. Cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 trên tỷ lệ khám chữa bệnh chung đạt 18,73%, so với năm 2011 tỷ lệ này là 4,50%, tăng 14,23%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 trên tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú chung đạt 15,00%, so với năm 2011 tỷ lệ này là 5,30%, tăng 9,70%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 trên tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú chung đạt 28,00%, so với năm 2011 tỷ lệ này là 8,70%, tăng 19,30%.

### **3.3.2. Kết quả cải thiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc so với Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp**

#### **3.3.2.1. So sánh số lượng thầy thuốc, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp**

**Bảng 3.18.** So sánh số lượng thầy thuốc, cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc YHCT của khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương

TT	Chỉ số	Yên Lạc		Tam Dương	
		Trước	Sau	Trước	Sau
<b>A</b>	<b>Nhân lực</b>	7	12	8	7
<b>B</b>	<b>Cơ sở vật chất, trang thiết bị</b>				
1	Số giường bệnh	18	39	12	12
2	Diện tích nhà của Khoa	90m <sup>2</sup>	117m <sup>2</sup>	70m <sup>2</sup>	70m <sup>2</sup>
3	Máy tính	01	01	01	01
4	Vô tuyến	0	0	01	01
5	Bàn ghế	08	17	11	11
6	Tủ thuốc	01	01	02	02
7	Số máy điện châm, laze châm	06	16	14	15
8	Đèn chiếu tia hồng ngoại	3	6	4	4
9	Bộ giác hơi	0	1	0	1
10	Máy sắc thuốc	01	01	01	01
11	Máy sấy thuốc	0	01	0	0

Bảng 3.18. Cho thấy, sau can thiệp Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc số thầy thuốc YHCT tăng 05 người so với Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương.

Đối với cơ sở vật chất trang thiết bị y tế sau can thiệp của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc tăng hơn so với Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương như sau: số giường bệnh tăng 27 giường, diện tích phòng làm việc tăng 47m<sup>2</sup>, bàn ghế tăng 06 chiếc, máy điện châm tăng 01 chiếc, đèn hồng ngoại tăng 02 chiếc, máy sấy thuốc tăng 1 chiếc.

Về sử dụng thuốc YHCT: sau can thiệp, số vị thuốc sử dụng tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc nhiều hơn so với khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương là 30 vị.

### 3.3.2.2. Kiến thức và kỹ năng thực hành của thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp

**Bảng 3.19.** Điểm trung bình về kiến thức, kỹ năng thực hành của thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp

TT	Nội dung kiến thức và kỹ năng thực hành	Điểm trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )		p
		Tam Dương	Yên Lạc	
<b>A</b>	<b>Kiến thức</b>			
1	Chỉ định bài thuốc cổ phương	7,33 ± 0,13	9,25 ± 0,50	p<0,05
2	Vị thuốc bài cổ phương	7,61 ± 1,10	9,50 ± 0,57	p<0,05
3	Bài nghiệm phương	7,67 ± 1,02	10,00 ± 0,0	p<0,05
4	Chế phẩm thuốc	10,00 ± 0,0	10,00 ± 0,0	p>0,05
5	Huyệt vị	8,33 ± 2,50	10,00 ± 0,0	p<0,05
<b>B</b>	<b>Kỹ năng thực hành</b>			
1	Châm cứu	7,42 ± 5,01	9,75 ± 0,10	p<0,05
2	Xoa bóp, bấm huyệt	7,01 ± 1,30	9,83 ± 0,13	p<0,05
3	Tư vấn	6,57 ± 2,62	9,71 ± 1,50	p<0,05

Bảng 3.19. Cho thấy, sau can thiệp kiến thức về vị thuốc trong bài cổ phương, bài nghiệm phương, huyệt vị và các kỹ năng châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đều đã được nâng lên so với các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.3.2.3. So sánh kết quả hoạt động khám chữa bệnh của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp

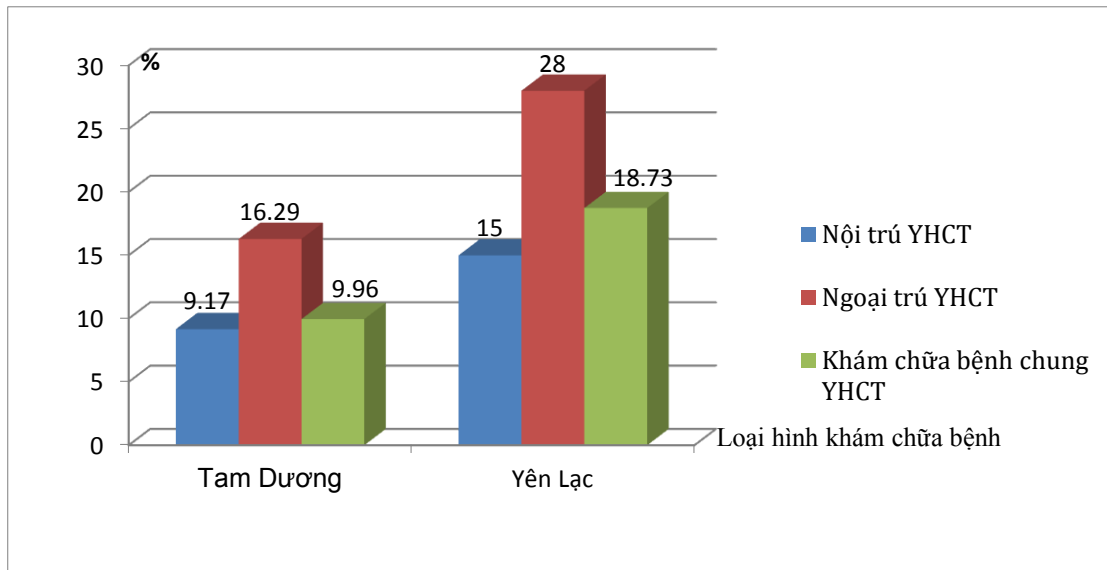
**Bảng 3.20.** Tỷ lệ thực hiện các phương pháp khám, chẩn đoán và điều trị bệnh của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp (n = 50 bệnh án/1 BVĐK)

TT	Nội dung	Tam Dương		Yên Lạc		p
		n	%	n	%	
	<b>Phương pháp khám bệnh</b>					
1	Chỉ khám bằng YHCT	3	6,00	1	2,00	p>0,05
2	Kết hợp YHCT với YHHĐ	47	94,00	49	98,00	
	<b>Chẩn đoán bất cương</b>					
1	Đạt (đầy đủ)	4	8,00	50	100	p<0,05
2	Không đạt (không đầy đủ)	46	92,00	0	0	
	<b>Chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT</b>					
1	Thực hiện	25	50,00	50	100	p<0,05
2	Không thực hiện	25	50,00	0	0	
	<b>Chỉ định phương pháp điều trị</b>					
1	Kết hợp YHCT với YHHĐ	49	98,00	47	94,00	p>0,05
2	Chỉ điều trị bằng YHCT	1	2,00	3	6,00	

Bảng 3.20. Cho thấy, sau can thiệp qua nghiên cứu 50 bệnh án việc chẩn đoán bất cương đầy đủ và chẩn đoán nguyên nhân cho người bệnh của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã thực hiện tốt hơn (100% bệnh án có chẩn đoán bất cương đầy đủ và chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT) so với các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương (bệnh án có chẩn đoán bất cương đầy đủ chỉ đạt 8,00% và được chẩn đoán

nguyên nhân theo YHCT chỉ đạt 50,00%), kết quả này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

So sánh tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp năm 2014.



**Biểu đồ 3.5.** Tỷ lệ bệnh nhân khám chữa bệnh bằng YHCT trên tỷ lệ bệnh nhân khám chữa bệnh chung tại BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014.

Biểu đồ 3.5. Cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc năm 2014 là 18,73%, so với tỷ lệ này tại BVĐK huyện Tam Dương là 9,96%, tăng 8,77%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc năm 2014 là 15,00%, so với tỷ lệ này tại BVĐK huyện Tam Dương là 9,17%, tăng 5,83%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc năm 2014 là 28,00%, so với tỷ lệ này tại BVĐK huyện Tam Dương là 16,29%, tăng 11,71%.



### 3.3.3. Hiệu quả can thiệp tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc

**Bảng 3.21.** Hiệu quả can thiệp về kiến thức YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương

Nội dung	Yên Lạc			Tam Dương			HQCT %
	Trước	Sau	CSHQ %	Trước	Sau	CSHQ %	
<b>Kiến thức YHCT</b>	$(\bar{X} \pm SD)$			27,59	$(\bar{X} \pm SD)$		4,43
Chỉ định bài cỏ phương	7,25 ± 1,50	9,25 ± 0,50	7,67 ± 1,15		7,33 ± 0,13		
p	p < 0,05 (>> 10 điểm)						
Vị thuốc bài cỏ phương	6,02 ± 1,41	9,50 ± 0,57	58,33	6,47 ± 0,14	7,61 ± 1,10	17,62	<b>40,71</b>
p	p < 0,05 (>> 10 điểm)						
Bài nghiệm phương	5,50 ± 1,73	10,00 ± 0,0	81,82	8,70 ± 0,41	7,67 ± 1,02	11,84	<b>69,98</b>
	p < 0,05 (>> 10 điểm)						
Huyệt vị	8,50 ± 0,58	10,00 ± 0,0	17,65	8,67 ± 1,30	8,33 ± 2,50	3,92	<b>13,73</b>
p	p < 0,05 (>> 10 điểm)						
Chế phẩm thuốc	8,71 ± 0,01	10,00 ± 0,0	14,81	7,81 ± 1,05	8,05 ± 0,30	3,07	<b>11,74</b>

Bảng 3.21. Cho thấy so sánh các CSHQ sau can thiệp về các kiến thức: chỉ định bài cỏ phương, vị thuốc trong bài cỏ phương, về bài nghiệm phương và chế phẩm thuốc của các y sỹ và bác sỹ Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc (cơ sở can thiệp) và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương (cơ sở làm chứng) sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; cụ thể:

Kiến thức về chỉ định bài cỏ phương, CSHQ của cơ sở can thiệp là 27,59% cao gấp 6,26 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt 4,43% và hiệu quả can thiệp đạt 23,16%.

Kiến thức về vị thuốc bài cổ phương, CSHQ của cơ sở can thiệp là 58,33% cao gấp 3,31 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt 17,62% và hiệu quả can thiệp đạt 40,71%.

Kiến thức về bài nghiệm phương, CSHQ của cơ sở can thiệp là 81,82% cao gấp 6,91 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt 11,84% và hiệu quả can thiệp đạt 69,98%.

Kiến thức về huyết vị và chế phẩm thuốc, CSHQ của cơ sở can thiệp lần lượt là 17,65% và 14,81% cao gấp 4,50 lần và 4,82 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt lần lượt là 3,92% và 3,07% và hiệu quả can thiệp lần lượt đạt là 13,73% và 11,74%.

**Bảng 3.22.** Hiệu quả can thiệp về kỹ năng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK Tam Dương

Nội dung	Yên Lạc			Tam Dương			HQCT %
	Trước	Sau	CSHQ %	Trước	Sau	CSHQ %	
<b>Kỹ năng YHCT</b>	$(\bar{X} \pm SD)$			CSHQ %	$(\bar{X} \pm SD)$		CSHQ %
Châm cứu	7,21 ± 6,50	9,75 ± 0,10	35,23		6,25 ± 0,50	7,42 ± 5,01	
p	p < 0,05 (>> 10 điểm)						
Xoa bóp - bấm huyết	6,12 ± 5,14	9,83 ± 0,13	60,62	6,30 ± 2,30	7,01 ± 1,30	11,27	<b>49,35</b>
p	p < 0,05 (>> 10 điểm)						
Tư vấn	5,34 ± 2,60	9,71 ± 1,50	81,84	5,51 ± 0,14	6,57 ± 2,62	19,24	<b>62,60</b>
p	p < 0,05 (>> 10 điểm)						

Bảng 3.22. Cho thấy so sánh các CSHQ sau can thiệp về kỹ năng châm cứu, xoa bóp - bấm huyết và tư vấn của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc (cơ sở can thiệp) và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương (cơ sở làm chứng) sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; cụ thể:

Đối với kỹ năng châm cứu, CSHQ của cơ sở can thiệp là 35,23% cao gấp 1,88 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt 18,72% và hiệu quả can thiệp đạt 16,51%. Về kỹ năng xoa bóp - bấm huyệt, CSHQ của cơ sở can thiệp là 60,62% cao gấp 5,38 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt 11,27% và hiệu quả can thiệp đạt 49,35%. Cao nhất là hiệu quả can thiệp đối với kỹ năng tư vấn đạt 62,60%, CSHQ can thiệp đối với kỹ năng tư vấn của cơ sở can thiệp là 81,84% cao gấp 4,25 lần so với cơ sở làm chứng chỉ đạt 19,24%.

### **3.3.4. Hiệu quả can thiệp đối với các văn bản của Trung ương và tỉnh Vĩnh Phúc, nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại các BVĐK tuyến huyện nói chung và BVĐK huyện Yên Lạc nói riêng**

Trong thời gian từ 2013 - 2014 đã có 5 văn bản mới được ban hành trong đó có nội dung phát triển YHCT tuyến huyện gồm: 2 văn bản của Trung ương và 3 văn bản của tỉnh Vĩnh Phúc:

(1) *Thông báo Kết luận Số 154 - TB/TW, ngày 20/02/2014 của Ban Bí thư Trung ương về 5 năm thực hiện Chỉ thị số 24 - CT/TW, ngày 04/7/2008 của Ban Bí thư khóa X về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới [93].* Thông báo Kết luận 154 - TB/TW đã chỉ rõ những hạn chế yếu kém trong quá trình triển khai thực hiện Chỉ thị 24 - CT/TW về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới. Đó là những hạn chế yếu kém trong việc kết hợp YHCT với YHHĐ trên các lĩnh vực: đào tạo, nghiên cứu khoa học, nuôi trồng, chế biến và sản xuất dược liệu, chưa có chiến lược phát triển thuốc Nam; công tác đào tạo bồi dưỡng cho đội ngũ thầy thuốc YHCT tuyến huyện và tuyến xã chưa được coi trọng. An ninh, bí mật quốc gia về các phương pháp chữa bệnh bằng YHCT có hiệu quả, các bài thuốc hay, các cây, con làm thuốc quý hiếm và bảo vệ các nguồn gen chưa được quan tâm.

Trên cơ sở đó Ban Bí thư đã chỉ ra 04 nhiệm vụ và giải pháp có ý nghĩa chiến lược cho việc phát triển nền YHCT Việt Nam, trong đó có YHCT tuyến huyện gồm:

Tiếp tục quán triệt sâu sắc tinh thần của Chỉ thị 24 - CT/TW, tuyên truyền nâng cao nhận thức cho toàn thể cán bộ, đảng viên và nhân dân về vai trò, vị trí của nền YHCT Việt Nam trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và phải đưa chỉ tiêu phát triển YHCT vào trong kế hoạch phát triển kinh tế, xã hội của địa phương hàng năm.

Sớm khắc phục các hạn chế yếu kém nêu trên, tăng cường đầu tư nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT, nhất là việc kết hợp YHCT với YHHĐ cho các cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến xã. Đẩy mạnh thực hiện Luật Sở hữu trí tuệ trong hoạt động YHCT.

Khuyến khích các tổ chức và cá nhân tham gia tích cực vào các hoạt động phát triển nền YHCT Việt Nam.

Công tác đào tạo và nghiên cứu khoa học trong y học phải quán triệt sâu sắc quan điểm kết hợp chặt chẽ giữa YHHĐ và YHCT.

(2) *Hướng dẫn số: 111 - HD/BTGTW - BCSĐBYT, ngày 21/5/2014 của Ban Tuyên giáo Trung ương - Ban cán sự đảng Bộ Y tế* hướng dẫn thực hiện Thông báo Kết luận của Ban Bí thư về 5 năm thực hiện Chỉ thị số 24 - CT/TW, ngày 04/7/2008 của Ban Bí thư khóa X về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới [94]. Hướng dẫn 111 - HD/BTGTW - BCSĐBYT giúp Ban Bí thư phân công rõ trách nhiệm của các ban, bộ, ngành liên quan trong việc phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam trong đó liên quan cụ thể đến phát triển YHCT tuyến huyện và tuyến xã, phần trách nhiệm của Ban Cán sự đảng Bộ Y tế đã chỉ ra: tập trung chỉ đạo việc đầu tư và nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại các cơ sở y tế, nhất là các bệnh viện đa khoa tuyến huyện và tuyến xã; tăng cường

công tác bồi dưỡng nâng cao kiến thức và kỹ năng thực hành cho đội ngũ thầy thuốc YHCT, nhất là các thầy thuốc đang công tác tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện và các trạm y tế xã.

Nhằm giải quyết những khó khăn bất cập trong việc thanh toán bảo hiểm y tế cho hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT, nhất là việc sử dụng thuốc Nam của y tế tuyến huyện và tuyến xã, trong Hướng dẫn *111 - HD/BTGTW - BCSĐBYT* phân trách nhiệm của Ban Cán sự Đảng Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã chỉ rõ: Ban Cán sự Đảng Bảo hiểm xã hội Việt Nam chủ động đề xuất với Bộ Y tế bổ sung, hoàn thiện cơ chế, chính sách, khám chữa bệnh bảo hiểm y tế bằng YHCT, nhất là việc chữa bệnh bằng thuốc Nam và các phương pháp không dùng thuốc tại các cơ sở y tế, trên nguyên tắc an toàn, hiệu quả.

Hướng dẫn *111 - HD/BTGTW - BCSĐBYT* nêu rõ trách nhiệm của các tỉnh ủy, thành ủy và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trong việc triển khai xây dựng kế hoạch, chương trình hành động và đảm bảo nguồn lực cho việc thực hiện Thông báo Kết luận 154 - TB/TW và Quyết định 2166 - QĐ/TTg.

(3) *Thông tri số 29 - TTr/TU, ngày 28/8/2014 của Tỉnh ủy Vĩnh Phúc* về thực hiện Thông báo Kết luận của Ban Bí thư “về 5 năm thực hiện Chỉ thị số 24 - CT/TW, ngày 04/7/2008 của Ban Bí thư khóa X về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới”;

(4) *Quyết định số 1250/QĐ - UBND, ngày 17/5/2013 của Ủy ban nhân dân tỉnh Vĩnh Phúc* về việc ban hành Kế hoạch hành động thực hiện Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2013 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030;

(5) *Kế hoạch số 30/KH - SYT, ngày 13/5/2014 của Sở Y tế Vĩnh Phúc* thực hiện Chương trình hành động của Ban Chấp hành Đảng bộ tỉnh Vĩnh Phúc về thực hiện Kết luận Hội nghị lần thứ tám Ban Chấp hành Trung ương

Đảng (khóa XI) về “Tình hình kinh tế - xã hội năm 2013 và nhiệm vụ năm 2014” và “Đánh giá tình hình thực hiện Nghị quyết Đại hội XI về kinh tế - xã hội, trọng tâm là 3 khâu đột phá chiến lược gắn với tái cơ cấu nền kinh tế, đổi mới mô hình tăng trưởng” của ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc.

Các văn bản (3);(4);(5) của cấp ủy và chính quyền tỉnh Vĩnh Phúc ban hành, nhằm cụ thể hóa việc triển khai thực hiện: TBKL154 - TB/TW, Hướng dẫn 111- HD/BTGTW - BCSĐBYT và Quyết định 2166 - QĐ/TTg của Thủ tướng Chính Phủ. Các văn bản này đã góp phần tạo động lực cho hoạt động YHCT các BVĐK tuyến huyện (trong đó có BVĐK huyện Yên Lạc) của tỉnh Vĩnh Phúc tiếp tục phát triển.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng**

##### **4.1.1. Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

###### **4.1.1.1. Đặc điểm nguồn nhân lực tham gia khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Nguồn nhân lực là yếu tố quyết định chất lượng và hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc.

Tổng số đội ngũ thầy thuốc YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc có 37 người, bình quân mỗi Khoa hoặc phận YHCT có 4,1 người là thấp so với quy định tại Thông tư 02/1997/TT - BYT, ngày 28/02/1997 của Bộ Y tế và Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT – BYT - BNV, ngày 05/6/2007 giữa Bộ Y tế và Bộ Nội vụ. Theo quy định của 02 Thông tư trên, thì biên chế tối thiểu cho Khoa YHCT - BVĐK tuyến huyện có từ 100 - 300 giường bệnh là từ 4,5 - 13,5 người.

###### **4.1.1.2. Đặc điểm về độ tuổi, giới tính và thâm niên công tác của các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Đội ngũ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc chủ yếu là các thầy thuốc trẻ dưới 40 tuổi, chiếm 91,89% (<30 tuổi chiếm 67,57%; 30 - 39 tuổi chiếm 24,32%); tỷ lệ này cao hơn 26,59% so với nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng, Đỗ Thị Phương (2011) tại Hưng Yên (65,30%) [55] và cao hơn 30,79% so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Yên Bình (2013) về nhân lực YHCT tuyến tỉnh (61,10%) [40]; tỷ lệ thầy thuốc  $\geq$  40 tuổi chỉ chiếm 8,11%; tỷ lệ nữ nhiều hơn nam là 18,92% (tỷ lệ nữ chiếm

59,46%; tỷ lệ nam chiếm 40,54%), cao hơn 1,52% so với nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng tại Hưng Yên (17,40%) và thấp hơn 21,08% so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Yên Bình (40%). Thâm niên công tác của các thầy thuốc YHCT tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc qua nghiên cứu của chúng tôi số người có thâm niên > 10 năm thấp, chỉ chiếm tỷ lệ 16,22%. Tỷ lệ này thấp hơn 16,48% so với nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng tại Hưng Yên (34,70%) [74] và thấp hơn gần 30% so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Yên Bình (46%) [40]. Nghề y là nghề đòi hỏi phải có kiến thức và kinh nghiệm, nhất là trong chuyên ngành YHCT. Đội ngũ thầy thuốc YHCT của 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc chủ yếu là các thầy thuốc trẻ, năng động, nhưng tỷ lệ có thâm niên trong nghề từ 10 năm trở lên chưa cao. Chính vì vậy, kinh nghiệm và kỹ năng trong thăm khám, điều trị còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ thầy thuốc YHCT là nữ cao gấp gần 19% so với nam và chủ yếu thuộc độ tuổi sinh đẻ, cũng là một yếu tố khó khăn không nhỏ trong việc đào tạo, bồi dưỡng và luân chuyển nhằm nâng cao tay nghề.

Cấp ủy, chính quyền và nhất là Sở Y tế của tỉnh Vĩnh Phúc cần quan tâm đến kết quả này để từ đó xây dựng được các giải pháp luân chuyển và thu hút cán bộ có nhiều kinh nghiệm phục vụ cho hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại các BVĐK tuyến huyện.

#### **4.1.1.3. Đặc điểm về trình độ chuyên môn tay nghề của các thầy thuốc YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Trình độ kiến thức của các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc còn hạn chế: phần lớn là y sỹ YHCT chiếm 67,57%, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng tại Hưng Yên (tỷ lệ này là 82,70%) [74]; kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương chưa tốt (loại A+B = 40%) nhưng cao hơn 1,1% so với nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh, Tống Thị Tam Giang (loại A+B = 38,90%); kiến thức bài thuốc nghiệm phương thấp



(loại A+B = 26,67%) thấp hơn 17,73% so với nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh, Tống Thị Tam Giang (2010) tại Quảng Ninh (loại A+B = 44,40%) [59]. Sự khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác có thể là do cỡ mẫu và địa điểm khác nhau.

Qua nghiên cứu các bệnh án, chúng tôi thấy phần pháp điều trị thường được các thầy thuốc ghi là biện chứng luận trị hoặc đối pháp lập phương, rất ít khi kê đơn các bài cổ phương hay nghiệm phương. Nguồn dược liệu đảm bảo chất lượng cung ứng cho các bệnh viện đa khoa tuyến huyện để kê đơn các bài cổ phương và nghiệm phương hạn chế. Song, các bài thuốc cổ phương và nghiệm phương là những tổng kết kinh nghiệm sâu sắc và hàm chứa lý luận về âm, dương, ngũ hành và quân, thần, tá, sứ sâu, rộng. Chính vì vậy, nếu người thầy thuốc YHCT hiểu và thường xuyên sử dụng một cách sáng tạo các bài cổ phương và nghiệm phương là cách tự bồi dưỡng nâng cao kiến thức và tay nghề về YHCT.

Đồng thời, kết quả nghiên cứu còn chỉ ra, kiến thức về huyết vị của các thầy thuốc YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (2005) tại Thái Nguyên (loại A+B = 23,80%) [67]. Ngoài ra, kỹ năng thực hành châm cứu cũng tốt hơn so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng, Đỗ Thị Phương tại tỉnh Hưng Yên (loại A+B = 55,20%) [55]. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện vào năm 2016, còn một số nghiên cứu khác lại đã được thực hiện cách đây khá lâu, các bác sỹ y học cổ truyền hiện nay ngày càng có nhiều cơ hội để học tập, thực hành nhờ sự phát triển của y học và công nghệ thông tin. Do đó, rất cần phải có chính sách khuyến khích các thầy thuốc tham gia học tập, nâng cao chuyên môn hơn nữa trong thời gian tới.

Tỷ lệ các bệnh nhân vào điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc được sử dụng phương pháp châm cứu chiếm tỷ lệ khá cao

(gần 72%). Vì vậy, kiến thức về huyết vị và kỹ năng thực hành về châm cứu của các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc tốt hơn so với các nghiên cứu nêu trên.

Kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc lại thấp hơn 17,46% so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Phương (2005) tại Thái Nguyên (58%) [67] và thấp hơn 19,46% so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng, Đỗ Thị Phương (2011) tại Hưng Yên (60%) [55]. Điều này, có thể là do các dạng chế phẩm thuốc YHCT chưa được thực sự quan tâm sử dụng tại các BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc chưa có Khoa YHCT.

Kỹ năng thực hành về xoa bóp, bấm huyết và tư vấn cho bệnh nhân của các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc còn nhiều hạn chế; kỹ năng xoa bóp, bấm huyết loại A là 0% và loại C cao gần 73%; kỹ năng tư vấn cho người bệnh chưa tốt, loại A là 0% và loại C cao 78,38%. Điều này, thể hiện kỹ năng xoa bóp, bấm huyết và tư vấn cho người bệnh của các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc chưa được quan tâm đào tạo, bồi dưỡng.

#### **4.1.1.4. Công tác đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn tay nghề cho các thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc**

Tỷ lệ thầy thuốc YHCT trong nghiên cứu được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về YHCT trong năm 2011 còn thấp, chỉ đạt 40,54%, trong khi nhu cầu cần được đào tạo, tập huấn kiến thức trên 80%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Yên Bình về “Thực trạng nhân lực, nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp”, năm 2013, tỷ lệ này là 64% [40]. Các chủ đề tập huấn còn hạn chế (mới có 05 chủ đề), chủ đề về lý luận, dược YHCT, sử dụng thuốc Nam và kiến thức kết hợp YHCT với YHHĐ trong điều trị chưa được triển khai. Kỹ

năng thực hành châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt tỷ lệ được tập huấn thấp, dưới 45%, đó lại là những kỹ năng rất cần được bồi dưỡng tập huấn cho các thầy thuốc YHCT. Tỷ lệ thầy thuốc YHCT được đào tạo thấp hơn so với nhu cầu, có thể là do nguồn kinh phí cho đào tạo của đơn vị còn thiếu hoặc việc sắp xếp công việc của đơn vị khó khăn vì thiếu nhân lực. Vì vậy, để đáp ứng được nhu cầu mong muốn được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức, cần phải có sự quan tâm của các nhà lãnh đạo, quản lý đối với công tác này.

#### **4.1.1.5. Tình hình sử dụng dược liệu tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Thuốc YHCT sử dụng tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc có 2 dạng là thuốc phiến và chế phẩm. Số vị thuốc sử dụng trung bình là 166 vị thuốc và 20,66 chế phẩm/1 BVĐK, so với số lượng trong danh mục thuốc chủ yếu YHCT do Bộ Y tế quy định tại Thông tư số 12/2010/TT - BYT (300 vị thuốc và 127 chế phẩm thuốc YHCT) thì số lượng này còn rất thấp; dạng bào chế của chế phẩm thuốc YHCT chưa đa dạng phong phú, chỉ có 10 dạng bào chế thông thường (hoàn, viên nén, viên bao film, viên nang, cốm, chè, cao nước, thuốc bột, rượu thuốc, cao dán), trong đó, dạng bào chế rượu thuốc và cao dán ngoài thấp nhất, chỉ có ở từ 1 - 3 BVĐK sử dụng. Điều này cũng phù hợp với nhận định của Bộ Y tế trong báo cáo tổng kết tình hình thực hiện chính sách quốc gia về YHCT đến 2010: nguồn thuốc YHCT phục vụ cho khám chữa bệnh bằng YHCT ở các cơ sở y tế còn rất bất cập, thiếu về số lượng và chưa đảm bảo về chất lượng [43].

Các nội dung tạo điều kiện phát triển nguồn dược liệu trong nước đã được ghi trong các văn bản của Trung ương Đảng, Quốc hội và Chính phủ:

Chỉ thị 24 - CT/TW của Ban Bí thư năm 2008 về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới, phần nhiệm vụ giải pháp thứ 3 đã chỉ rõ: *Chính quyền các cấp và các bộ, ngành liên quan xây*

*dựng các văn bản quy phạm pháp luật hoặc các chương trình, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội phải có cơ chế, chính sách tạo điều kiện thuận lợi cho việc kế thừa, bảo tồn, phát huy và phát triển các cây, con làm thuốc quý hiếm, các bài thuốc hay, các bài cổ phương, các kinh nghiệm quý trong phòng bệnh, chữa bệnh bằng Y học cổ truyền. Đồng thời, các cấp ủy đảng, chính quyền cần tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo các cơ quan chức năng làm tốt công tác bảo vệ quyền sở hữu trí tuệ, nhất là công tác bảo mật đối với các phương pháp khám, chữa bệnh bằng y học cổ truyền có hiệu quả cao, các bài thuốc, các cây con làm thuốc quý hiếm [4].*

Quyết định 2166/QĐ - TTg của Thủ tướng Chính phủ năm 2010, về việc Ban hành Kế hoạch hoạt động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 tại Điều 1, Khoản 3, Điểm đ nêu rõ: *Xây dựng, ban hành các chính sách ưu đãi, xây dựng các cơ sở sản xuất thuốc đông y, thuốc từ dược liệu đạt tiêu chuẩn sản xuất thuốc tốt theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (GMP-WHO), theo lộ trình phù hợp với điều kiện Việt Nam; khuyến khích phát triển thị trường kinh doanh dược liệu và thuốc đông y, thuốc từ dược liệu để đáp ứng tốt nhu cầu khám, chữa bệnh bằng y dược cổ truyền; Khuyến khích nghiên cứu, ứng dụng thuốc Nam, thuốc dân gian, thuốc gia truyền để đưa vào sản xuất với quy mô lớn đáp ứng nhu cầu sử dụng trong nước và xuất khẩu [5].*

Trên thực tế, việc triển khai thực hiện Luật Dược và các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước ta, nhằm kế thừa và phát triển YHCT nói chung và thuốc Nam nói riêng ở tuyến huyện còn nhiều hạn chế. Đồng thời, việc bảo hiểm y tế quy định, bệnh viện phải có hóa đơn (đảm bảo tính pháp lý) thu mua các vị thuốc và phải qua đấu thầu đưa vào điều trị mới được thanh toán. Điều này nghe thì có lý, nhưng trên thực tiễn đã vô tình loại bỏ việc sử dụng nguồn thuốc Nam tự thu hái (từ nguồn cây, con tự nhiên trên địa bàn và

nguồn tự nuôi trồng tại cơ sở) đưa vào điều trị. Chính vì vậy, nhiều năm qua việc sử dụng thuốc nguồn thuốc Nam tại chỗ là thế mạnh của nền YHCT Việt Nam, tại các cơ sở y tế công lập, nhất là các BVĐK tuyến huyện và trạm Y tế tuyến xã đã không được thực hiện.

Thuốc Nam là thế mạnh của YHCT Việt Nam trong điều trị bệnh, là nguồn dược liệu sẵn có trên địa bàn và dễ nuôi, trồng. Phát triển loại dược liệu này chính là phát huy tính sáng tạo và kế thừa kinh nghiệm quý báu của ông cha ta, của người thầy thuốc YHCT. Đồng thời, bảo hiểm y tế nên thanh toán theo loại bệnh, căn cứ vào hiệu quả điều trị và khuyến khích việc sử dụng các bài thuốc Nam, không thanh toán theo phí dịch vụ. Việc sử dụng nguồn thuốc Nam trong các cơ sở y tế công lập, nhất là tuyến huyện và tuyến xã được phát huy sẽ tạo động lực cho người nông dân chuyển đổi mô hình trồng cây lương thực truyền thống hiệu quả kinh tế thấp, sang nuôi trồng cây dược liệu. Trên cơ sở nhu cầu thực tiễn của người dân, các cấp Chính quyền cần tạo điều kiện về đất đai, nguồn vốn và miễn, giảm thuế cho việc phát triển nuôi, trồng, chế biến nguồn dược liệu trong nước, nhằm cụ thể hóa các chủ trương của Đảng và thực thi các nội dung đã được quy định trong các văn bản quy phạm pháp luật của Nhà nước ta. Có như vậy, việc sử dụng thuốc Nam và việc nuôi, trồng, chế biến dược liệu mới có thể được phát huy và phát triển.

#### **4.1.1.6. Tình hình bệnh tật được điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Các loại bệnh được điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc tại thời điểm điều tra gồm có 18 loại tính theo tỷ lệ phần trăm từ cao xuống thấp: đau dây thần kinh tọa 32%, liệt thần kinh VII ngoại biên 16,89%, hội chứng cổ vai gáy 12,89%, viêm khớp dạng thấp 7,11%, đau dây thần kinh liên sườn 4,89%, thoái hóa khớp gối 4%, viêm - loét dạ dày và hành tá tràng và bệnh đại tràng mạn tính đều là 3,33%, liệt nửa người do tai biến

mạch máu não, tăng huyết áp, viêm quanh khớp vai, tâm căn suy nhược, trĩ nội và dị ứng đều là 2%, viêm khớp cổ tay, sỏi thận, đái tháo đường và viêm gan virus đều là 0,89%.

Qua nghiên cứu cho thấy, các loại bệnh tật thông thường được điều trị tại các Khoa hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc còn hạn chế, mới chỉ có 18 loại. Nhiều loại bệnh thường gặp ở tuyến cơ sở điều trị bằng YHCT hoặc kết hợp YHCT với YHHĐ có hiệu quả và là thế mạnh của YHCT tại tuyến cơ sở như: một số bệnh ngoài da, cúm, sốt do virus, hen phế quản (điều trị sau cơn khó thở cấp), mất ngủ do tâm căn suy nhược... không được triển khai. Việc kết hợp YHCT với YHHĐ có thế mạnh trong các thể loại bệnh như bó gãy xương, sai khớp, điều trị bỏng... không đơn vị nào thực hiện được. Các phương pháp luyện tập: dưỡng sinh, Yoga, thiền giúp nâng cao sức khỏe phòng bệnh và hỗ trợ trong điều trị bệnh, chưa được áp dụng. Điều này cho thấy chất lượng khám và điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của Vĩnh Phúc còn nhiều hạn chế.

Đội ngũ thầy thuốc YHCT rất cần được quan tâm bồi dưỡng, tập huấn nâng cao tay nghề theo hướng cầm tay chỉ việc. Đồng thời, việc phối hợp giữa các khoa chuyên môn trong bệnh viện đa khoa tuyến huyện phải được cụ thể hóa bằng các quy định, nhằm phát huy thế mạnh kết hợp YHCT với YHHĐ.

Nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng, cho thấy, tại các BVĐK tuyến huyện và trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hưng Yên năm 2013 [74], trong số các loại bệnh được điều trị bằng YHCT, tỷ lệ các bệnh về thần kinh chiếm 27,29%, thấp hơn gần 1/2 so với các loại bệnh này được điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc (55,78% trong đó, tâm căn suy nhược 2%, đau dây thần kinh liên sườn 4,89%, liệt thần kinh VII ngoại biên 16,89%, đau dây thần kinh tọa 32%). Nhóm các bệnh cơ, xương khớp được điều trị bằng YHCT tại các BVĐK tuyến huyện và trung tâm y tế

tuyến huyện của tỉnh Hưng Yên chiếm 52,77%, cao gấp gần 2 lần nhóm chứng bệnh này được điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc (tại Vĩnh Phúc tỷ lệ này là 26,89%, trong đó: hội chứng cổ vai gáy 12,89%, viêm khớp dạng thấp 7,11%, thoái hóa khớp gối 4%, viêm quanh khớp vai 2%, viêm khớp cổ tay 0,89%). Có sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng tại các BVĐK tuyến huyện và trung tâm y tế của tỉnh Hưng Yên về tỷ lệ các nhóm chứng bệnh được điều trị bằng YHCT (các nhóm bệnh về cơ, xương khớp và về thần kinh đều chiếm tỷ lệ cao). Có sự khác biệt cơ bản là tỷ lệ nhóm bệnh cơ, xương khớp tại Hưng Yên cao hơn tại Vĩnh Phúc rõ rệt. Điều này có khả năng do địa lý Hưng Yên là một tỉnh đồng bằng, độ cao so với mặt biển thấp hơn tỉnh Vĩnh Phúc (tỉnh đồng bằng trung du bắc bộ), do đó độ ẩm thấp lớn hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho các nhóm bệnh cơ xương khớp phát triển. Nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý tại 27 trạm y tế xã của 3 tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế, Bình Định năm 2012 [77] cũng chỉ ra, trong tỷ lệ 10 chứng bệnh thường gặp điều trị tại các trạm y tế xã thì tỷ lệ các bệnh về cơ, xương khớp chiếm cao nhất (Hà Tĩnh 14,8%; Thừa Thiên Huế 16,4%; Bình Định 16,2%).

#### **4.1.1.7. Các phương pháp khám và điều trị bằng YHCT được sử dụng tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc**

Tỷ lệ các phương pháp điều trị bằng YHCT được sử dụng tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh phúc gồm có: thuốc uống (thuốc sắc và chế phẩm thuốc YHCT) chiếm tỷ lệ cao (100%); châm cứu (điện châm và châm kim thường) 71,78%; thủy châm 55,78%; xoa bóp, bấm huyệt 51,56%; xông và tắm thuốc 3,33%; giác hơi 11,11%. So với nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng tại các BVĐK tuyến huyện và trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hưng Yên năm 2009 [74]: tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc uống YHCT cao hơn 19,20% (tại Hưng Yên là 80,80%); tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng

châm cứu (điện châm, châm kim thường) thấp hơn 14,22% (tại Hưng Yên tỷ lệ này là 86%); tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng thủy châm cao hơn 3 lần (tại Hưng Yên tỷ lệ này là 18,55%). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng xoa bóp, bấm huyệt cao hơn 4 lần (tại Hưng Yên tỷ lệ này là 11,60%).

Khám và điều trị kết hợp YHCT với YHHĐ chiếm tỷ lệ cao đều trên 90%, chỉ khám và điều trị bằng YHCT thấp, chiếm tỷ lệ dưới 9%. Tỷ lệ điều trị kết hợp YHCT với YHHĐ trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp gần 3 lần so với nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Hoàng tại các BVĐK tuyến huyện và trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hưng Yên năm 2009 [74] tỷ lệ này là 31,1%; qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được khám và điều trị kết hợp YHCT với YHHĐ chiếm tỷ lệ cao. Điều này, nói lên các thầy thuốc YHCT tuyến huyện thực sự quan tâm đến việc kết hợp YHCT với YHHĐ. Song, việc kết hợp YHCT với YHHĐ như thế nào cho đạt hiệu quả cao và hạn chế thấp nhất tác dụng phụ không mong muốn và giảm chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh nhân là một vấn đề không đơn giản. Để người thầy thuốc làm tốt việc kết hợp YHCT với YHHĐ trong khám bệnh và điều trị bệnh, trước hết ngay từ công tác đào tạo, bồi dưỡng kiến thức chuyên môn cho người thầy thuốc nói chung và người thầy thuốc YHCT nói riêng trong bất kỳ chuyên khoa nào (nội, ngoại, sản, nhi....) đều phải giúp người thầy thuốc nắm chắc kiến thức cả về YHCT và YHHĐ. Trên cơ sở đó, người thầy thuốc sẽ có đủ năng lực đưa ra quyết định kết hợp trong trường hợp nào, kết hợp ở giai đoạn nào, mức độ kết hợp như thế nào, để đạt hiệu quả tốt nhất.

#### **4.1.1.8. Một số kết quả thực hiện các chỉ tiêu khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ số bệnh nhân khám và điều trị bằng YHCT trên tổng số bệnh nhân tại 9 BVĐK tuyến huyện năm 2011 đạt 4,2%, năm 2014 chỉ tiêu này tăng lên 6,1% (33.078/546.776). Tỷ lệ bệnh nhân điều



trị nội trú bằng YHCT/tổng số bệnh nhân điều trị nội trú tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 đạt 7,54%, năm 2014 chỉ tiêu này chỉ đạt gần 3,8% (2.365/62.250). Còn tỷ lệ này đối với điều trị ngoại trú đạt 5,1%, năm 2014 đã tăng lên đạt 42,9% (5.367/12.500) [95].

Điều trị bệnh nhân ngoại trú là thế mạnh của YHCT tuyến cơ sở nói chung và các bệnh viện đa khoa tuyến huyện nói riêng. Tuy nhiên, việc điều trị ngoại trú bằng YHCT chỉ thực sự đạt được hiệu quả khi người thầy thuốc YHCT có kiến thức chuyên môn sâu và có kỹ năng tư vấn cho người bệnh, giúp người bệnh thực hiện nghiêm phác đồ điều trị do thầy thuốc chỉ định, kết hợp với việc tự điều trị bằng các phương pháp như: tập dưỡng sinh, xông, tắm bằng thuốc YHCT và dùng thuốc Nam tự thu hái tại nhà. Trên cơ sở đó, điều trị ngoại trú sẽ đem lại kết quả tốt và góp phần thực hiện xã hội hóa sâu sắc hoạt động YHCT. Song, trên thực tế, hoạt động tư vấn cho người bệnh, nhất là về kiến thức tự chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nói chung và theo YHCT nói riêng của các thầy thuốc YHCT tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc còn hạn chế và chưa được quan tâm trong công tác đào tạo, bồi dưỡng. Các nhà quản lý rất cần quan tâm đưa vào chương trình đào tạo, bồi dưỡng thường xuyên về kiến thức và kỹ năng tư vấn cho người thầy thuốc YHCT tuyến huyện nói riêng và tuyến cơ sở nói chung. Có như vậy, thế mạnh trong việc điều trị ngoại trú bằng YHCT của Khoa hoặc Bộ phận YHCT tuyến huyện mới thực sự phát huy hiệu quả.

#### **4.1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc**

##### **4.1.2.1. Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc đối với YHCT**

Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh về vai trò của YHCT trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân: 100% đồng ý với ý kiến cần phải phát huy và phát triển YHCT; > 90% cho rằng YHCT phát triển sẽ góp phần tăng cường cơ nền y học, giảm chi phí khám chữa bệnh cho người dân. Tuy vậy, thực tế số cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc nghiên cứu nắm vững được các quan điểm, nhiệm vụ và giải pháp lớn của Trung ương Đảng, các mục tiêu, giải pháp có ý nghĩa chiến lược của Chính phủ về phát triển YHCT Việt Nam nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng chưa thực sự tốt (chỉ có 35,03% cán bộ này nắm được Chỉ thị 24 - CT/TW và Quyết định 2166/QĐ - TTg). Chính vì vậy, mặc dù các nhà lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc có quan tâm đến việc phát triển nền YHCT, nhưng hiệu quả chưa cao, nhất là ở các BVĐK tuyến huyện (tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT/ tỷ lệ khám chữa bệnh chung tại 9 BVĐK tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 chỉ đạt 6,10%) [95].

##### **4.1.2.2. Nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT và sự hài lòng với khám chữa bệnh bằng YHCT của người dân trên địa bàn**

Nhu cầu được khám chữa bệnh bằng YHCT của người dân trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc cao, số người được hỏi trả lời thích được khám chữa bệnh bằng YHCT chiếm 98,40%. Tỷ lệ người dân được hỏi trả lời hài lòng với thái độ của thầy thuốc YHCT tuyến huyện cao, chiếm tỷ lệ cao 90,40%.

Nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT và sự hài lòng của người dân trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc đối với thái độ của người thầy thuốc YHCT chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng, là yếu tố thuận lợi cho hoạt động khám chữa

bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc. Chính vì vậy, người dân chủ yếu kiến nghị tăng cường đầu tư trang thiết bị cho hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT (chiếm tỷ lệ 62,90%) và bồi dưỡng nâng cao tay nghề cho các thầy thuốc YHCT tại BVĐK tuyến huyện (chiếm tỷ lệ 55,80%).

#### **4.1.2.3. Ảnh hưởng của các văn bản quy phạm pháp luật đối với việc phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam nói chung và YHCT của các BVĐK tuyến huyện nói riêng**

Sự phát triển của nền YHCT Việt Nam nói chung và YHCT của các BVĐK tuyến huyện trong cả nước cũng như của tỉnh Vĩnh Phúc nói riêng, bị ảnh hưởng không nhỏ bởi nội dung quy định của các điều trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh và một số văn bản quy phạm pháp luật khác:

Điều 6 Các hành vi cấm, Khoản 8 trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 quy định cấm “*Sử dụng hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh*” [91]. Mê tín theo Từ điển tiếng Việt là “*Tin một cách mù quáng vào cái thần bí, vào những chuyện thần thánh, ma quỷ, số mệnh, v.v.*”[96]. Trong YHCT nhiều phương pháp khám chữa bệnh đem lại hiệu quả cao, nhưng không giải thích được theo cơ chế của YHHĐ và rất dễ bị các nhà quản lý cho là mê tín nếu căn cứ theo Từ điển tiếng Việt nêu trên. Đồng thời, việc quy định thanh toán bảo hiểm y tế đối với các vị thuốc YHCT đưa vào điều trị cho bệnh nhân trong bệnh viện phải qua đấu thầu thuốc và phải có hóa đơn thu mua theo quy định của Bộ Tài chính. Quy định này dẫn đến việc sử dụng các vị thuốc Nam do cơ sở nuôi, trồng hoặc thu mua của người dân trên địa bàn, không được triển khai.

Thông tư 41/2011/TT - BYT, ngày 14/11/2011 của Bộ Y tế về Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tại Điều 26: Các điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với phòng chẩn trị YHCT (Khoản 4, Điểm đ):

“Trong trường hợp có sản xuất một số dạng đóng gói sẵn để phục vụ trực tiếp cho người bệnh của phòng chẩn trị (cao, đơn, hoàn, tán hoặc các dạng khác) thì phải đăng ký với Sở Y tế tỉnh về công thức bài thuốc, quy trình sản xuất (kèm theo bản giải trình về cơ sở vật chất, thiết bị), công dụng, liều dùng, chống chỉ định và mẫu nhãn thuốc. Sở Y tế tỉnh sẽ xem xét thẩm định và công nhận đủ điều kiện thì mới được sản xuất. Thuốc chỉ để phục vụ trực tiếp cho người bệnh của phòng chẩn trị, không lưu hành trên thị trường theo quy định của Luật Dược” [92]. Quy định này, đã làm phức tạp hóa và không thực thi đối với nội dung Điều 42 của Chương IV về thuốc đông y và thuốc từ dược liệu trong Luật Dược năm 2005: *Bán thuốc đông y và thuốc từ dược liệu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

“Bác sỹ đông y, y sỹ đông y, lương y đang làm việc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được bán lẻ thuốc đông y và thuốc từ dược liệu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” [38]. Trong Luật Dược, Điều 2 giải thích từ ngữ tại Khoản 9 chỉ rõ thuốc đông y “là thuốc từ dược liệu, được bào chế theo lý luận và phương pháp của y học cổ truyền của các nước phương đông”. Như vậy, theo Điều 42 của Luật Dược nêu trên thì các thuốc cao, đơn, hoàn tán, thuốc nước, rượu thuốc... do cơ sở chẩn trị YHCT cũng như các cơ sở YHCT thuộc y tế tuyến cơ sở hoàn toàn được quyền sản xuất và chịu trách nhiệm về chất lượng các dạng thuốc YHCT nói trên để phục vụ người bệnh tại cơ sở. Đối với YHCT pháp điều trị chủ yếu là biện chứng luận trị và phải cung cấp cho người bệnh một dịch vụ hiệu quả và thuận lợi. Vì vậy, các thuốc sản xuất phục vụ cho người bệnh hàng ngày theo YHCT thường xuyên phải điều chỉnh cho phù hợp với bất cương trong chẩn đoán, không thể hàng ngày đem đến trình cơ quan quản lý phê duyệt như Thông tư 41 quy định nêu trên. Đồng thời, Điểm đ của Điều 26 trong Thông tư 41/2011/TT - BYT của Bộ Y tế đã làm mất tác dụng khuyến khích tạo điều kiện cho việc phát huy và phát triển

YHCT trong việc đăng ký quyền tác giả và quyền sở hữu trí tuệ nêu tại Điều 3, Khoản 3 của Luật Dược “*Khuyến khích nghiên cứu, kế thừa các bài thuốc và kinh nghiệm của đông y, kết hợp hài hòa đông y với y học hiện đại; tìm kiếm khai thác sử dụng dược liệu mới...*” và trong Quyết định 2166/QĐ – TTg (Điều 1, Khoản 3, Điểm đ): “*Xây dựng và ban hành các chế độ khuyến khích các thầy thuốc cống hiến và phát huy những bài thuốc hay, cây thuốc quý, những kinh nghiệm phòng và chữa bệnh bằng y, dược cổ truyền có hiệu quả; bảo hộ quyền tác giả, quyền sở hữu và nghiên cứu kế thừa, ứng dụng và kết hợp y, dược cổ truyền với y, dược hiện đại*”.

Trong khi đó định nghĩa về YHCT của Tổ chức Y tế thế giới lại rất rộng mở “*Đó là tổng hợp các tri thức, kỹ năng và thực hành trên cơ sở những lý thuyết, đức tin và kinh nghiệm bản địa của những nền văn hóa khác nhau, có thể giải thích được hoặc không, được sử dụng để duy trì sức khỏe, cũng như trong dự phòng, chẩn đoán, cải thiện hoặc điều trị bệnh tật về thể chất và tinh thần*” [6],[9].

Vì vậy, các nhà quản lý và những người tham gia lập pháp rất cần nghiên cứu hiểu sâu khái niệm về YHCT của Tổ chức Y tế thế giới; có như vậy mới có thể ra đời được những cơ chế, chính sách tạo động lực phát triển cho YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng.

Mặc dù quan điểm chủ trương của Đảng và Nhà nước là phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam, nhằm hướng đến mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển bền vững trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Về mặt tổ chức Chỉ thị 24 - CT/TW của Ban Bí thư, trong phần Nhiệm vụ và giải pháp; Mục 3.1. “*Tiếp tục kiện toàn hệ thống khám, chữa bệnh bằng đông y và quản lý nhà nước về đông y từ Trung ương đến cơ sở.*”[4]; Quyết định 2166/QĐ - TTg của Thủ tướng Chính phủ Khoản 3. Nội dung nhiệm vụ chủ yếu Điểm a). Về tổ chức quản lý: “*Nghiên cứu xây dựng*

*Đề án thành lập cơ quan quản lý nhà nước về y dược cổ truyền trên cơ sở Vụ Y dược cổ truyền thuộc Bộ Y tế và tổ chức quản lý nhà nước về y dược cổ truyền thuộc Sở Y tế, trình Chính phủ xem xét quyết định*”[5]. Nhưng trong Thông tư liên tịch 51/2015/TTLT - BHYT - BNV, ngày 11/12/2015 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ về “*Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế thuộc Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Phòng Y tế thuộc Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh*”[97] không có một nội dung nào về tổ chức quản lý nhà nước đối với hoạt động YHCT của các sở Y tế. Chính vì vậy, về mặt tổ chức quản lý nhà nước về YHCT từ Trung ương đến địa phương chưa tương xứng, Bộ Y tế không có thứ trưởng chuyên trách về YHCT và chỉ có 1/63 sở Y tế tỉnh, thành phố có Phòng quản lý YDCT (Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh), không sở Y tế nào có phó giám đốc chuyên trách về YHCT; thể hiện công tác quản lý Nhà nước về hoạt động YHCT tuyến cơ sở chưa được coi trọng.

Trong nền YHCT việc nuôi trồng, chế biến sử dụng các vị thuốc Nam là kế thừa, phát huy và phát triển nền văn hóa Việt Nam và là một phần quan trọng của nền kinh tế tri thức Việt Nam, điều này rất cần các nhà quản lý, lãnh đạo quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo.

## **4.2. Hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc**

### **4.2.1. Phương pháp đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp**

#### **4.2.1.1. Thiết kế phương pháp đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp**

Phương pháp đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp được thực hiện bằng cách: So sánh kết quả đạt được của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc (cơ sở can thiệp), trước và sau can thiệp; So sánh kết quả đạt được của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và Khoa YHCT của BVĐK huyện Tam Dương (cơ sở đối chứng), trước và sau can thiệp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cơ sở y tế can thiệp và cơ sở y tế đối chứng được lựa chọn dựa trên một số tiêu chí tương đối gần như nhau về đội ngũ nhân lực (số lượng, trình độ chuyên môn), quy mô bệnh viện, điều kiện giao thông, điều kiện kinh tế, xã hội và không có biên giới chung để hạn chế tình trạng gây nhiễu trong quá trình tiến hành can thiệp. Điều quan trọng là cấp ủy, chính quyền địa phương và ban giám đốc bệnh viện đa khoa cả hai huyện Yên Lạc và Tam Dương đều nhiệt tình cộng tác và cho phép chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

Về địa lý hành chính và đặc điểm y tế: huyện Yên Lạc có 16 xã và 01 thị trấn, huyện Tam Dương có 12 xã và 01 thị trấn, 100% trạm y tế của cả hai huyện đều có bác sỹ (tính đến đầu năm 2012); bệnh viện đa khoa của cả hai huyện đều xếp hạng III. Về giao thông và kinh tế, xã hội cả hai huyện Tam Dương và Yên Lạc giao thông đường bộ đều thuận lợi, kinh tế chủ yếu là nông nghiệp và không có nhiều nhà máy công nghiệp như một số huyện, thị trấn, thành phố khác trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc.

Chính vì vậy, sau khi nghiên cứu thực trạng hoạt động YHCT của 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc, chúng tôi đã chọn Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc là cơ sở can thiệp và Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương là cơ sở đối chứng.

#### **4.2.1.2. Một số hạn chế của phương pháp đánh giá hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu**

Cơ sở can thiệp và cơ sở đối chứng được lựa chọn, tính tương đồng càng cao, càng đảm bảo chất lượng của nghiên cứu khi đánh giá hiệu quả can thiệp. Đánh giá một cơ sở can thiệp rất cần được thực hiện theo các giai đoạn: trong quá trình can thiệp, ngay sau can thiệp và sau một thời gian ngừng can thiệp thông qua các chỉ số định lượng và định tính.

Song, trên thực tế, sự lựa chọn này cũng chỉ mang tính tương đối vì huyện Tam Dương có một số đồng bào dân tộc thiểu số và một số diện tích đồi núi, đời sống người dân còn khó khăn, trong khi đó huyện Yên Lạc hoàn toàn là đồng bằng và không có đồng bào dân tộc thiểu số.

Giải pháp can thiệp được tiến hành trong một năm và ngay sau khi dừng can thiệp tiến hành đánh giá, thời gian can thiệp ngắn, dừng can thiệp tiến hành đánh giá ngay. Vì vậy, thực chất có những nội dung can thiệp chậm được áp dụng vào thực tế hoạt động của Khoa YHCT của cơ sở can thiệp (Phương pháp điều trị mất ngủ và điều trị hen bằng châm cứu và thủy châm), cũng như hiệu quả của việc tập huấn và truyền thông tăng cường nhận thức cho cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế, cho người dân trên địa bàn huyện Yên Lạc và việc duy trì các kết quả sau can thiệp chưa được đánh giá. Nhất là việc tác động qua các chủ trương của Đảng và các chính sách của Nhà nước, nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại các BVĐK tuyến huyện, cần có thời gian dài hơn mới có thể tổng kết đánh giá được.

#### **4.2.2. Hiệu quả giải pháp can thiệp**

##### **4.2.2.1. Cải thiện nguồn nhân lực phục vụ hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT sau can thiệp**

*Tăng cường nguồn nhân lực khám chữa bệnh YHCT tại Khoa YHCT Bệnh viện đa khoa huyện Yên Lạc*

Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp có 12 người trong đó có 2 bác sỹ chuyên ngành YHCT, tăng 5 người so với thời điểm trước can thiệp và tăng hơn 5 người so với đội ngũ thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương cùng thời điểm (Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương có 7 người và không có bác sỹ) và đạt mức khá theo quy định về biên chế của Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT - BYT - BNV, ngày 5/6/2007 giữa Bộ Y tế



và Bộ Nội vụ (quy định biên chế tối thiểu của Khoa YHCT - BVĐK là từ 4,5 -13,5 người).

Ngay từ ngày đầu tiên hành điều tra các số liệu liên quan đến đề tài, chúng tôi đã có buổi làm việc trực tiếp với cấp ủy và chính quyền (đồng chí Phó chủ tịch phụ trách văn xã) của huyện Yên Lạc, buổi làm việc có sự tham gia của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Lạc. Đồng thời, chúng tôi đã tiến hành tập huấn cho toàn bộ cán bộ chủ chốt từ cấp huyện đến cấp xã, các thầy thuốc Bệnh viện Đa khoa Yên Lạc, Phòng Y tế huyện Yên Lạc và các thầy thuốc làm về YHCT hoặc trạm trưởng của trạm y tế xã thuộc huyện Yên Lạc về chủ trương, đường lối của Đảng và Nhà nước ta trong việc phát triển nền y học Việt Nam, trong đó nhấn mạnh đến vai trò to lớn của YHCT đối với sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Chính điều này, đã tạo nên sự chuyển biến và đồng thuận trong nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế huyện Yên Lạc, nhất là về lĩnh vực YHCT và từ đó nguồn nhân lực YHCT của Khoa Y học cổ truyền BVĐK huyện Yên Lạc đã được quan tâm tăng cường.

*Tăng cường trình độ chuyên môn tay nghề của các thầy thuốc Khoa YHCT Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Lạc*

Trên cơ sở các số liệu điều tra thực trạng và các cuộc trao đổi với Ban giám đốc Bệnh viện đa khoa huyện Yên Lạc, các nội dung tập huấn được xây dựng dựa trên các quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành và đi sâu hướng dẫn theo phương pháp cầm tay chỉ việc trên thực tiễn lâm sàng, giúp các thầy thuốc khắc phục những hạn chế về chuyên môn tay nghề.

Kiến thức về bài thuốc, vị thuốc trong bài cổ phương và bài nghiệm phương của các bác sỹ và y sỹ YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp điểm trung bình đạt 9,25 và 9,50 (100% đạt loại A), cao hơn so với trước can thiệp điểm (trung bình chỉ đạt 7,25 và 6,02). Đồng thời, tốt hơn so với kiến

thức về bài thuốc và vị thuốc trong bài cổ phương của các bác sỹ và y sỹ Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương (điểm trung bình chỉ đạt 7,33 - 7,61) và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh, Tống Thị Tam Giang (2010) tại Quảng Ninh (loại A + B đạt 44,4% - 38,9%) [59]. Kiến thức về bài nghiệm phương của các bác sỹ và y sỹ YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp loại A đạt 100% và điểm trung bình 10,0 cao hơn so với thời điểm trước can thiệp (kiến thức về bài nghiệm phương loại A là 0%) và cao hơn so với các bác sỹ và y sỹ YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương cùng thời điểm (loại A chỉ đạt 66,67% và điểm trung bình đạt 7,67 điểm). Qua kết quả này có thể thấy, những hoạt động, giải pháp can thiệp như tập huấn, giúp thầy thuốc nhận ra được hạn chế của mình, trên cơ sở đó, mỗi thầy thuốc tự ý thức tìm hiểu nhiều hơn về các bài thuốc và vị thuốc trong bài cổ phương, bài nghiệm phương đã giúp nâng cao hơn kiến thức cho chính bản thân mỗi bác sỹ, y sỹ YHCT.

Ngoài ra, sau can thiệp, 100% các thầy thuốc có kiến thức về huyệt vị đều đạt loại A. Kết quả này cao gấp hơn 3 lần so với kết quả thu được trong nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (2005) tại Thái Nguyên (loại A+B = 23,80%) [67]. Kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của các thầy thuốc Khoa YHCT-BVĐK huyện Yên Lạc tốt hơn (loại A đạt 100% và điểm trung bình 10 điểm) so với các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương (loại A đạt 97% và điểm trung bình đạt 8,05). Mặc dù còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác, tuy nhiên, với kết quả thu được, nên khuyến khích xây dựng và triển khai hoạt động can thiệp, giúp nâng cao thêm kiến thức cho các thầy thuốc về y học cổ truyền, từ đó chăm sóc sức khỏe cho nhân dân tốt hơn.

*Kỹ năng thực hành về YHCT của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc*

*Kỹ năng khám bệnh và hoàn thành bệnh án:* Sau can thiệp, 100% thầy thuốc đã chẩn đoán được bát cương một cách đầy đủ, trong khi đó, trước can thiệp tỷ lệ này là 6%, còn tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương tỷ lệ này chỉ đạt 8% (thấp hơn Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc 92%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Thông qua điều tra trước can thiệp chúng tôi phát hiện trong bệnh án phần lớn pháp điều trị ghi là “biện chứng luận trị” hoặc ghi là “đôi pháp lập phương”, nhưng trong phần chẩn đoán bát cương lại không ghi hoặc chỉ ghi 02 – 03 cương (chẩn đoán bát cương không đầy đủ), đây là một hạn chế lớn trong kiến thức của các thầy thuốc YHCT. Chúng tôi đã đưa nội dung về ý nghĩa của học thuyết âm dương, ngũ hành và chẩn đoán bát cương vào tập huấn cho các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và thực sự đã tạo ra một bước chuyển biến tích cực sau can thiệp.

*Kỹ năng thực hành châm cứu, xoa bóp và bấm huyệt:* Kỹ năng thực hiện các thủ thuật này của thầy thuốc Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp tốt hơn so với các thầy thuốc của Khoa YHCT - BVĐK Tam Dương (điểm trung bình của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đều trên 9,7 điểm; các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK Tam Dương chỉ đạt dưới 7,5 điểm). So với thời điểm trước can thiệp kỹ năng châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã được cải thiện hơn (điểm trung bình kỹ năng châm cứu tăng 2,5 điểm; kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt tăng 3,7 điểm).

Trong khi tiến hành điều tra trước can thiệp, quan sát chấm điểm kỹ năng thao tác châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc, chúng tôi thống nhất trao đổi trực tiếp những điểm hạn chế trong kỹ thuật thực hành, giúp các thầy thuốc điều chỉnh kịp thời để thực hiện tốt hơn. Đồng thời, chúng tôi tiến hành tập huấn theo hướng cầm

tay chỉ việc (theo đề nghị của Ban giám đốc Bệnh viện huyện Yên Lạc) cho các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc. Điều này không được triển khai tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương trong quá trình điều tra khảo sát. Vì vậy, kỹ năng châm cứu, XB - BH của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp đã được nâng lên.

*Kỹ năng tư vấn cho người bệnh:* Kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp điểm trung bình đạt 9,71 điểm cao hơn so với điểm trung bình của của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương gần 3,2 điểm, cao hơn so với trước thời điểm trước can thiệp là > 4,3 điểm.

Qua điều tra trước can thiệp chúng tôi nhận thấy các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã tiến hành tư vấn cho người bệnh trong khi khám bệnh và trong khi tiến hành các thủ thuật châm cứu, xoa bóp – bấm huyệt. Nội dung tư vấn của các thầy thuốc phần lớn là hướng dẫn người bệnh phối hợp với thầy thuốc trong lúc điều trị, kể cả hướng dẫn phối hợp sử dụng thuốc Nam để người bệnh tự thu hái bào chế sử dụng. Song, các nội dung tư vấn cho người bệnh về dinh dưỡng, luyện tập, thay đổi thói quen sinh hoạt, bảo vệ môi trường theo quan điểm của YHCT... trong quá trình điều trị và sau quá trình điều trị, nhằm giúp người bệnh phục hồi sức khỏe nhanh và bệnh không tái phát, chưa được quan tâm đúng mức. Thông qua tập huấn và trong quá trình khảo sát, chúng tôi đã trao đổi trực tiếp với các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc về vấn đề này. Vì vậy, sau can thiệp kỹ năng tư vấn của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã có chuyển biến tốt hơn.

#### **4.2.2.2. Tăng cường về cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp**

Sau can thiệp cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc được nâng lên: số giường bệnh thực kê tăng 21 giường, diện tích phòng làm việc tăng 27m<sup>2</sup>, máy điện châm tăng 11 chiếc, bộ giác hơi tăng 1 bộ, đèn hồng ngoại tăng 3 chiếc, bàn ghế tăng 9 chiếc so với thời điểm trước can thiệp. Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương gần như không có sự đầu tư thêm về cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế (trừ 1 máy điện châm và 01 bộ giác hơi được Bệnh viện Châm cứu TW tặng thông qua Đề tài).

Quá trình can thiệp đã giúp Ban Lãnh đạo của BVĐK huyện Yên Lạc nhận thức sâu sắc hơn về vai trò của YHCT nói chung và Khoa YHCT trong BVĐK tuyến huyện nói riêng trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Chính vì vậy, một trong các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT là tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị cho Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã được thực hiện.

*Về thuốc Y học cổ truyền:* Sau can thiệp, số vị thuốc sử dụng tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đã đa dạng hơn so với Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương là 32 vị (kể cả các vị thuốc Nam các thầy thuốc hướng dẫn cho bệnh nhân tự thu hái sử dụng), Yên Lạc là 190 vị, Tam Dương là 158 vị. Việc khai thác các vị thuốc Nam trên địa bàn hoặc các vị thuốc Nam do cơ sở nuôi, trồng đưa vào chữa bệnh tại Khoa hoặc bộ phận YHCT - BVĐK tuyến huyện không được thực hiện. Điều này đã được tác giả Đỗ Thị Phương phát hiện trong nghiên cứu: về thực trạng sử dụng YHCT và tác dụng của tám chế phẩm thuốc Nam ở một số cộng đồng dân cư năm 1996 cho thấy, các vị thuốc Nam không được sử dụng điều trị cho người bệnh tại các trạm y tế xã và các trung tâm y tế huyện [70].

Số vị thuốc sử dụng và hướng dẫn người bệnh sử dụng tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp tăng lên chưa nhiều so với đơn vị đối chứng (Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương). Điều này, có thể do thời gian can thiệp ngắn (một năm) và vấn đề tăng cường nguồn dược liệu có chất lượng cho các bệnh viện đa khoa tuyến huyện nói riêng và cho hoạt động YHCT nói chung, đòi hỏi phải có một quá trình chuyển đổi về mặt chính sách. Đó là việc điều chỉnh các chính sách đã có nhưng chưa tạo đà cho YHCT phát triển và ban hành một số chính sách mới, nhằm phát huy và phát triển nền YHCT Việt Nam từ Trung ương đến địa phương mới có thể giải quyết được.

#### **4.2.2.3. Cải thiện về kết quả thực hiện chỉ tiêu khám chữa bệnh bằng YHCT của BVĐK huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương.**

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT/tỷ lệ khám chữa bệnh chung tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Lạc năm 2014 đạt 18,73%, tăng 14,23% so với năm 2011 và tăng hơn so với BVĐK huyện Tam Dương là 8,77% (tỷ lệ này của BVĐK huyện Tam Dương năm 2014 là 9,96%). Điều này cho thấy, can thiệp đã đem lại được hiệu quả về khám chữa bệnh bằng YHCT.

#### **4.2.2.4. Hiệu quả can thiệp về kiến thức và kỹ năng trong khám chữa bệnh bằng YHCT tính theo điểm trung bình**

Trên cơ sở điểm trung bình kiến thức: bài thuốc cổ phương, vị thuốc bài cổ phương, bài nghiệm phương, kiến thức về huyết vị, chế phẩm thuốc và điểm trung bình kỹ năng: châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, tư vấn; sử dụng công thức tính (HQCT)% =  $CSHQ_{YL} - CSHQ_{TD}$ , tính được hiệu quả can thiệp đối với kiến thức và kỹ năng thực hành của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp đạt: kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương 23,16%, vị thuốc bài cổ phương 40,71%, bài nghiệm phương 69,98%,

kiến thức về huyết vị 13,73%, chế phẩm thuốc 11,74%; kỹ năng châm cứu 16,51%, kỹ năng xoa bóp, bấm huyết 49,35%, kỹ năng tư vấn 62,60%.

Sau một năm tiến hành can thiệp tại Khoa YHCT của BVĐK huyện Yên Lạc, kiến thức và kỹ năng thực hành của các thầy thuốc Khoa YHCT thuộc BVĐK huyện Yên Lạc (đơn vị can thiệp) so với kiến thức và kỹ năng thực hành của các thầy thuốc YHCT thuộc Khoa YHCT tại BVĐK huyện Tam Dương (đơn vị làm chứng) đã có tiến bộ với hiệu quả can thiệp (HQCT) là từ 11,74% - 69,98%. Điều này có thể được giải thích, trước can thiệp việc chỉ định bài nghiệm phương trong điều trị của các y, bác sỹ Khoa YHCT thuộc BVĐK huyện Yên Lạc cho bệnh nhân ít được quan tâm và sau khi can thiệp việc này đã được các thầy thuốc quan tâm hơn. Việc sử dụng các chế phẩm thuốc YHCT nhập từ các công ty thanh toán qua bảo hiểm y tế thuận lợi hơn, do đó được các thầy thuốc quan tâm thường xuyên sử dụng cho người bệnh. Chính vì vậy, HQCT về kiến thức chế phẩm thuốc thay đổi không đáng kể, chỉ đạt 11,74%, trong khi đó kiến thức chỉ định bài nghiệm phương thay đổi rõ rệt, HQCT đạt gần 70% (69,98%).

#### **4.3. Một số hạn chế của nghiên cứu**

Trong nghiên cứu này, thời gian can thiệp còn ngắn, đối tượng can thiệp ít, quy mô can thiệp hẹp chủ yếu là các thầy thuốc tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc tỉnh Vĩnh Phúc. Chính vì vậy, kết quả can thiệp chưa thật đại diện cho tỉnh Vĩnh Phúc, một số nội dung can thiệp, nhằm nâng cao nhận thức của các cấp ủy Đảng, chính quyền cũng như của người dân trên địa bàn về YHCT chưa đánh giá được. Việc lạm dụng thuốc và kỹ thuật của YHHTD trong khám bệnh và điều trị bệnh tại Khoa YHCT của các BVĐK tuyến huyện có hay không, chưa được chỉ ra. Mặc dù, trên thực tế trong quá trình nghiên cứu thực trạng khi khám cho người bệnh, phần thiết chẩn, nhất là xem mạch gần như các thầy thuốc YHCT tại các Khoa hoặc bộ phận YHCT -

BVĐK tuyến huyện không thực hiện được. Trong khi đó hầu hết các bệnh nhân vào điều trị tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT - BVĐK tuyến huyện đều được thầy thuốc chỉ định chụp XQ, siêu âm và làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc YHHĐ trong kết hợp điều trị đang tăng cao; việc chỉ định đó đã phù hợp chưa? có thực sự cần thiết không? Đây là vấn đề phải có thời gian và tiến hành nghiên cứu sâu mới có thể trả lời được.

Việc phối hợp chặt chẽ giữa Khoa hoặc bộ phận YHCT với các khoa khác trong BVĐK tuyến huyện, nhằm phát huy thế mạnh của YHCT chưa được nghiên cứu đánh giá. Vì một số bệnh điều trị bằng YHCT có hiệu quả như mất ngủ, hen, ... nhưng khi bệnh nhân mắc các bệnh này vào bệnh viện lại được đưa vào điều trị tại các khoa khác (mất ngủ điều trị tại khoa Nội, hen điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu).



## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng**

#### **1.1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc**

Nguồn nhân lực YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc thiếu nhiều về số lượng (bình quân 4,1 người/1BVĐK), trình độ chuyên môn hạn chế (Bác sỹ YHCT chỉ chiếm 13,51%), kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp chưa tốt (điểm trung bình đều < 6 điểm).

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT so với tổng số bệnh nhân khám chữa bệnh chung tại 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc còn thấp (năm 2011 chỉ đạt 4,20%). Các bệnh tật được điều trị bằng YHCT tại các Khoa hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc chưa phong phú, chỉ có 18 loại bệnh, trong đó chủ yếu tập trung ở hai nhóm bệnh dây thần kinh ngoại biên (chiếm tỷ lệ gần 49%) và cơ, xương, khớp (chiếm tỷ lệ gần 27%). Tất cả bệnh nhân điều trị tại khoa YHCT được điều trị bằng thuốc uống YHCT và gần 2/3 (71,78%) bằng châm cứu.

#### **1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động YHCT tại tỉnh Vĩnh Phúc**

Tỷ lệ người dân thích khám chữa bệnh bằng YHCT và hài lòng với phương pháp điều trị bằng YHCT đạt trên 98%.

Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý Ngành Y tế nắm bắt được các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về phát triển YHCT chưa cao, tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý biết cả hai văn bản (Chỉ thị 24 - CT/TW và Quyết định 2166/QĐ – TTg) chỉ đạt 35,04%.

Một số văn bản quy phạm pháp luật chưa thực sự tạo điều kiện phát huy thế mạnh của nền YHCT Việt Nam và sự sáng tạo của thầy thuốc YHCT.

## **2. Đánh giá hiệu quả thử nghiệm giải pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT của BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc**

Sau một năm triển khai hoạt động can thiệp tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc đã đạt được hiệu quả bước đầu:

- Nhân lực và cơ sở trang thiết bị phục vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc đều được cải thiện: thầy thuốc tăng 05 người, tăng 27 m<sup>2</sup> diện tích phòng bệnh, 21 giường bệnh, 11 máy điện châm, 3 đèn hồng ngoại và tăng 1 bộ giác hơi.

- Kiến thức và kỹ năng của các thầy thuốc YHCT tại khoa YHCT của BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc được cải thiện rõ rệt sau can thiệp. Hiệu quả can thiệp về: kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương đạt 23,16%, vị thuốc bài cổ phương đạt 40,71%, bài nghiệm phương đạt 69,98%, kiến thức về huyết vị đạt 13,73%, về chế phẩm thuốc đạt 11,74%. Hiệu quả can thiệp về: kỹ năng châm cứu đạt 16,51%, xoa bóp, bấm huyết đạt 49,35% và kỹ năng tư vấn đạt 62,60%.

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT trên khám chữa bệnh chung sau can thiệp tăng 14,23%.

## **KHUYẾN NGHỊ**

### **1. Trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc**

- Nhân dân tỉnh Vĩnh Phúc thực sự có nhu cầu được khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT. Đương thời, cố Bộ trưởng Y tế Vũ Văn Cử, báo cáo tại Ủy ban Y tế và xã hội của Quốc hội đã nêu “*không những ở nông thôn mà cả ở thành phố lớn, nơi có nhiều bệnh viện lớn, nhiều bệnh nhân vẫn mong được chữa bệnh bằng Y học dân tộc*”[98]. Chính vì vậy, Ủy Ban nhân dân tỉnh Vĩnh Phúc cần tăng cường kiểm tra đôn đốc việc triển khai thực hiện Quyết định 2166/QĐ - TTg, ngày 30 tháng 11 năm 2010 của Thủ Tướng Chính phủ về phát triển y dược cổ truyền Việt Nam, nhằm thực hiện mục tiêu tuyến huyện phải đạt 25% khám chữa bệnh bằng YHCT, so với tổng số khám chữa bệnh chung vào năm 2020 (tỷ lệ này năm 2014 tỉnh Vĩnh Phúc mới đạt 6,10% tương đương 24,40% mục tiêu Chính phủ đề ra đến năm 2020).

- Giải pháp can thiệp tăng cường chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc cần được tiếp tục duy trì và nghiên cứu sâu hơn:

+ Về vai trò của Khoa YHCT - BVĐK tuyến huyện đối với việc nâng cao tay nghề cho các thầy thuốc YHCT các trạm y tế tuyến xã, phường.

+ Về thực trạng nhu cầu sử dụng thuốc Nam trong điều trị bằng YHCT tại các BVĐK tuyến huyện để có điều chỉnh các chính sách cho phù hợp, nhằm khuyến khích việc khai thác và nuôi, trồng các cây, con sẵn có trên địa bàn làm thuốc.

+ Hàng năm cần đánh giá nhu cầu đào tạo và tổ chức bồi dưỡng nâng cao tay nghề cho các thầy thuốc YHCT cả về lý thuyết và thực hành.

- Cần xây dựng các giải pháp luân chuyển, điều phối và thu hút các thầy thuốc có nhiều kinh nghiệm và tay nghề tốt phục vụ cho hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến huyện.

## **2. Công tác lãnh đạo, quản lý đối với hoạt động y học cổ truyền nói chung và y học cổ truyền tuyến huyện nói riêng**

- Các cấp ủy Đảng phải định kỳ tiến hành kiểm tra các cấp ủy cấp dưới trực thuộc về việc triển khai thực hiện Chỉ thị số 24 - CT/TW, ngày 04-7-2008 của Ban Bí thư Trung ương Đảng (khóa X) về “phát triển nền đông y Việt Nam và Hội đông y Việt Nam trong tình hình mới” và Thông báo Kết luận số 154 - TB/TW.

- Quốc hội cần sớm điều chỉnh Điều 6, Khoản 8 trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh hoặc ban hành Luật Khám chữa bệnh Y học cổ truyền.

- Chính phủ tăng cường kiểm tra đôn đốc ủy ban nhân các tỉnh, thành phố triển khai thực hiện nghiêm túc các mục tiêu đã đề ra trong Quyết định 2166/QĐ - TTg, ngày 30 tháng 11 năm 2010 về việc “Ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020”, trong đó có mục tiêu về khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT trên tỷ lệ chung đến năm 2020 tuyến huyện phải đạt 25%.

- Bộ Y tế cần sớm điều chỉnh Điều 26, Khoản 4, Điểm đ trong Thông tư 41/2011/TT - BYT và bổ sung các quy định thanh toán bảo hiểm y tế đối với thuốc YHCT cho phù hợp, nhằm phát huy việc sử dụng thuốc Nam nuôi, trồng và thu hái tại địa phương phục vụ cho công tác điều trị.

## **3. Cơ chế tài chính trong khám chữa bệnh bằng YHCT**

(1). Nên thực hiện phương thức chi trả BHYT theo định suất và hiệu quả điều trị. (2). Chỉ thực hiện tự chủ một phần tài chính đối với các BVĐK tuyến huyện nơi có điều kiện kinh tế, xã hội phát triển. Hai nội dung trên, nhằm hạn chế tình trạng lạm dụng thuốc và kỹ thuật cao của YHHĐ trong khám chữa bằng YHCT và khuyến khích YHCT phát triển; nhất là việc sử dụng các vị thuốc Nam trong điều trị. Điều này cũng đã được Tổ chức Y tế thế giới [99] và Tổ chức Liên hợp quốc tại Việt Nam cảnh báo [100].