

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

HUỲNH TẤN LAI

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN
QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN LỘC NINH
TỈNH BÌNH PHƯỚC NĂM 2022

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA II TỔ CHỨC QUẢN LÝ Y TẾ
MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62727605

HÀ NỘI, 2023

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

HUỶNH TẤN LAI

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN
QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN LỘC NINH
TỈNH BÌNH PHƯỚC NĂM 2022

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA II TỔ CHỨC QUẢN LÝ Y TẾ
MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62727605

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:
PGS.TS. NGUYỄN THANH HÀ

HÀ NỘI, 2023

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT	iii
DANH MỤC BẢNG	iv
DANH MỤC SƠ ĐỒ	v
TÓM TẮT	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Một số khái niệm liên quan	4
1.2. Thực trạng dịch tễ tăng huyết áp trên thế giới và ở Việt Nam	9
1.3. Thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam	10
1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng quản lý tăng huyết áp ở Việt Nam	14
1.5. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu	19
1.6. Khung lý thuyết	21
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	23
2.3. Thiết kế nghiên cứu	23
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	23
2.5. Phương pháp, công cụ thu thập số liệu	24
2.6. Các biến số nghiên cứu	26
2.7. Phương pháp phân tích số liệu	28
2.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	28
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	29
3.1. Đặc điểm chung của người bệnh THA đang được quản lý điều trị trong nghiên cứu	29
3.2. Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú	31
3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý điều trị ngoại trú	38
Chương 4 BÀN LUẬN	46
4.1. Quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp ngoại trú	46

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp ngoại trú	52
4.3. Bàn luận về hạn chế của nghiên cứu	60
KẾT LUẬN	61
KHUYẾN NGHỊ	62
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AHA	Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ- American Heart Association
BHYT	Bảo hiểm y tế
BMI	Chỉ số khối cơ thể-Body Mass Index
BN	Bệnh nhân
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CK	Chuyên khoa
CSYT	Cơ sở y tế
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
ĐTV	Điều tra viên
JNC-7	Liên Ủy ban quốc gia Hoa Kỳ- United States, Joint National Committee
HA	Huyết áp
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương
NB	Người bệnh
THA	Tăng huyết áp
TLN	Thảo luận nhóm
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm y tế
PVS	Phòng vấn sâu
UBND	Ủy ban nhân dân
WHO	Tổ chức Y tế thế giới-World Health Organization

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1 Phân độ tăng huyết áp	4
Bảng 1.2 Chẩn đoán tăng huyết áp	5
Bảng 2.1 Chủ đề nghiên cứu định tính	27
Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu (n=693).....	29
Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp và trình độ học vấn của người bệnh (n=693)	29
Bảng 3.3. Tình trạng bệnh THA và tham gia BHYT của người bệnh THA đang được quản lý điều trị (n=693).....	30
Bảng 3.4. Phân bố NB THA theo hoạt động khám phát hiện tăng huyết áp	31
Bảng 3.5. Kết quả tái khám định kỳ của người bệnh THA ngoại trú (n=693)	31
Bảng 3.6. Kết quả chỉ số huyết áp (n=693)	32
Bảng 3.7. Liên quan giữa đặc điểm tái khám và kết quả huyết áp mục tiêu (n=693)	32
Bảng 3.8. Kết quả hoạt động xét nghiệm định kỳ (n=631)	32
Bảng 3.9. Kết quả xét nghiệm định kỳ	34
Bảng 3.10. Hoạt động lập hồ sơ quản lý (n=693)	35
Bảng 3.11. Hoạt động cập nhật điều trị hồ sơ bệnh án ngoại trú (n=693).....	35
Bảng 3.12. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh THA (n=693)	36
Bảng 3.13. Kế hoạch hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe năm 2022 (n=693).....	36
Bảng 3.14. Hoạt động theo dõi biến chứng do THA (n=693).....	36
Bảng 3.15. Hoạt động theo dõi yếu tố nguy cơ THA (n=693).....	37
Bảng 3.16. Kết quả tuân thủ điều trị (n=693)	37

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1 Khung lý thuyết nghiên cứu	21
--	----

TÓM TẮT

Tại trung tâm y tế (TTYT) huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước trong năm 2022 khám hơn 6.400 lượt bệnh nhân tăng huyết áp (gấp 2,5 lần so với năm 2021), tỷ lệ mắc mới tiếp tục tăng và tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp bỏ điều trị vẫn còn cao, do đó công tác thống kê báo cáo thực trạng THA và quản lý THA cần được triển khai định kỳ, trên cơ sở đó chúng tôi quyết định nghiên cứu đề tài: “*Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022*” với hai mục tiêu nghiên cứu: (1) Mô tả thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh, tỉnh Bình Phước, năm 2022; (2) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022.

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính, thu thập dữ liệu định lượng từ sổ khám bệnh, hồ sơ bệnh án các BN THA trong năm 2022, báo cáo năm 2022 của TTYT huyện Lộc Ninh nguồn lực, trang thiết bị, thuốc, kinh phí cho quản lý THA. Nghiên cứu định tính trên đối tượng cán bộ lãnh đạo bệnh viện, khoa, bác sĩ, điều dưỡng. Thời gian nghiên cứu từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023 tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước.

Kết quả nghiên cứu về Thực trạng khám sàng lọc: Tỷ lệ người bệnh được phát hiện bệnh THA trong đợt khám sức khỏe định kỳ là 70,4%, số BN THA điều trị mới là 153 BN (22,5%). Có 511 người bệnh (73,7%) đạt huyết áp mục tiêu điều trị, có 60,5% NB tái khám đúng hẹn, 30,6% tái khám không đúng hẹn và 8,9% đi khám một lần không tái khám. Các chỉ số xét nghiệm được thực hiện đúng số lần quy định tỷ lệ cao là Đo huyết áp (84,7%), Điện tim (68,7%). Hoạt động lập hồ sơ quản lý: 100% NB THA được lập hồ qua điện tử quản lý điều trị. 100% Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý THA. 60,5% được cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ điện tử người bệnh. 65,9% NB được tư vấn chế độ ăn, 87,7% tư vấn chế độ tuân thủ điều trị thuốc, 44,6% tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ và 38,4% tư vấn chế độ vận động, luyện tập. Tỷ lệ biến chứng cao nhất là biến chứng tim mạch (78,5%), biến chứng thận (56,0%), biến chứng mắt (31,3%).

Kết quả một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị NB THA ngoại trú gồm Việc quản lý lịch khám và hẹn khám của người bệnh qua các phần mềm có lúc không hiệu quả; Tình trạng nhân lực kiêm nhiệm nhiều nhiệm vụ, quá tải khi bệnh nhân đông; Tình trạng lỗi phần mềm quản lý cũng ảnh hưởng rất nhiều đến công tác phát thuốc cho người bệnh. Tình trạng cơ sở hạ tầng, máy móc, trang thiết bị y tế chưa đầy đủ và hư hại; Hệ thống thông tin truyền đạt kiến thức đến NB THA còn hạn chế, chưa triển khai nhiều; Tình hình thiếu hụt kinh phí riêng dành cho quản lý bệnh nhân điều trị ngoại trú nói chung và điều trị ngoại trú bệnh THA; Năm 2022 phải phân bổ nhân lực phân tán phục vụ chống dịch, tình trạng sức khỏe NB THA tiền sử mắc COVID-19 có giảm sút, giai đoạn 2020-2022 tài chính kinh tế tập trung phòng chống dịch.

Qua nghiên cứu cho thấy cần nâng cao chất lượng khám, tư vấn tái khám định kỳ, điều trị đúng hẹn, bổ sung trang thiết bị, cơ sở vật chất, thuốc điều trị, nhân lực điều trị THA, cải thiện áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý điều trị THA.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong bốn nhóm bệnh không lây nhiễm (bao gồm bệnh lý tim mạch, hô hấp, ung thư và đái tháo đường) đang có xu hướng tăng dần về tỷ lệ và số người mắc qua từng năm (1). Các bệnh không lây đã tăng từ 44,7% lên 63,3% (2), trong đó bệnh lý tim mạch vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu tại Việt Nam (3,4). THA được định nghĩa là tình trạng bệnh lý khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$ (5), bệnh tiến triển từ từ, kéo dài suốt đời, nếu người bệnh (NB) không kiểm soát tốt huyết áp sẽ có nguy cơ biến chứng nặng nề. Tại Việt Nam theo kết quả điều tra Steps năm 2015, tỉ lệ người độ tuổi từ 30 đến 69 tuổi THA chiếm tỉ lệ cao 30,6%, trong khi đó chỉ có khoảng 15% số người THA được kiểm soát huyết áp, hơn một nửa số người THA không biết mình bị bệnh, điều này là rất nguy hiểm dẫn đến các biến chứng tổn thương các cơ quan khác (6). Do đó, phát hiện sớm và quản lý người bệnh THA có vai trò hết sức quan trọng đối với công tác chăm sóc sức khỏe toàn dân.

Nhận thấy được tầm quan trọng của quản lý NB THA, Nhà nước đã có nhiều chính sách nhằm nâng cao chất lượng hệ thống quản lý THA ở các tuyến từ tuyến cơ sở đến tuyến trung ương (7-10). Năm 2008, tại bệnh viện Bạch Mai đã đề xuất và triển khai mô hình quản lý tăng huyết áp đầu tiên, sau đó được quy hoạch phát triển thành chương trình quản lý tăng huyết áp quốc gia vào năm 2018, qua đó vấn đề quản lý bệnh tăng huyết áp được thống nhất trên các tuyến y tế. Các nội dung, vấn đề được quản lý chủ yếu gồm sổ theo dõi, chẩn đoán, điều trị, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thay đổi lối sống, khuyến cáo dự phòng tăng huyết áp bằng các biện pháp thường ngày...(11). Bằng các biện pháp quản lý THA như khám sàng lọc, tổ chức lớp truyền thông về bệnh lý THA tại địa phương, quản lý lịch khám định kỳ của NB, đảm bảo thuốc, vật tư y tế, sổ theo dõi và thành lập các nhóm, câu lạc bộ kiểm soát THA. Tuy nhiên công tác quản lý điều trị THA còn tồn tại nhiều vấn đề mắc dẫn đến kết quả chưa thực sự cao, báo cáo của tác giả Hoàng Văn Hùng (2021) tỷ lệ NB THA trong cộng đồng được quản lý điều trị chỉ đạt 33,3% (12), tác giả Phạm Minh Khuê báo cáo chỉ có hơn 50% NB THA điều trị đạt huyết áp mục tiêu (13). Hiệu quả chương trình quản lý điều trị THA chưa cao được báo cáo gồm

các yếu tố từ phía cá nhân NB (tuổi cao, nam giới, làm ruộng...) (12), về phía cơ sở y tế cung cấp dịch vụ, do tình hình cơ sở vật chất, trang thiết bị còn thiếu, số lượng và chủng loại thuốc còn chưa ổn định, nhân lực thiếu và kiêm nhiệm nhiều việc, chính sách thông tuyến tỉnh, huyện khó kiểm soát quản lý NB THA...(14,15). Bên cạnh đó việc phối hợp điều trị, chuyển tuyến và liên thông điều trị giữa tuyến y tế cơ sở và y tế tuyến trên báo cáo còn chênh lệch, chưa quản lý thống nhất giữa các tuyến (13).

Tại trung tâm y tế (TTYT) huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước cơ sở y tế với 2 phòng chức năng và 12 khoa chuyên môn, thường xuyên thực hiện các biện pháp nhằm nâng cao chất lượng quản lý NB THA như khám sàng lọc, tư vấn, giáo dục tuyên truyền NB THA. Báo cáo tổng kết năm 2022, tại TTYT huyện Lộc Ninh tiến hành khám hơn 6.400 lượt BN THA (gấp 2,5 lần so với năm 2021), một phần nguyên nhân do tình hình dịch bệnh COVID-19 phức tạp giai đoạn 2020-2021 và các nguyên nhân khác từ phía quản lý điều trị THA, trong đó tổng số BN THA phát hiện mới là 390 BN và đang quản lý 693 BN (16). Bên cạnh đó, với sự thuận tiện trong di chuyển trong phạm vi huyện và chính sách thông tuyến bảo hiểm tuyến huyện, do đó có bộ phận lớn người dân có nhu cầu khám ngoại trú định kỳ tại TTYT huyện/BV huyện, từ đó làm tăng áp lực quản lý điều trị THA tại tuyến huyện. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc mới tiếp tục tăng và tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp bỏ điều trị vẫn còn cao, do đó công tác thống kê báo cáo thực trạng THA và quản lý THA cần được triển khai định kỳ, trong 5 năm gần đây chưa có nghiên cứu về thực trạng và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng, nguyên nhân kết quả quản lý điều trị THA, do đó chúng tôi quyết định nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022”**. Kết quả nghiên cứu của đề tài góp phần mô tả thực trạng công tác quản lý THA tại địa phương, từ đó đề ra các biện pháp, phương hướng nâng cao chất lượng quản lý tăng huyết áp tại huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh, tỉnh Bình Phước, năm 2022

2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm liên quan

1.1.1. Khái niệm và phân loại tăng huyết áp

Tăng huyết áp là bệnh lý thuộc nhóm bệnh không lây, là nhóm bệnh xu hướng tăng dần trên toàn cầu, trong đó bệnh lý tim mạch nói chung và bệnh lý tăng huyết áp nói riêng là nhóm bệnh luôn đứng đầu trong nguyên nhân tỷ lệ gây tử vong cao nhất. Tăng huyết áp vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu, chiếm 10,4 triệu ca tử vong mỗi năm (17). Khi xem xét số liệu toàn cầu, ước tính có khoảng 1,39 tỷ người bị tăng huyết áp trong năm 2010 (18). Theo hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (2022) (1) chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu của một người tại phòng khám là ≥ 140 mm Hg và/hoặc huyết áp tâm trương là ≥ 90 mm Hg sau khi khám lại nhiều lần (19).

Bảng 1.1 Phân độ tăng huyết áp

Phân độ	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	<120	<80
Huyết áp bình thường	<130	<85
Huyết áp bình thường cao	130-139	85-89
Tăng huyết áp độ 1	140-159	90-99
Tăng huyết áp độ 2	160-179	100-109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	<90

Nguồn: Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam, khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (21)

Bảng 1.1 cung cấp phân độ HA dựa trên đo HA tại phòng khám, việc đo huyết áp tại phòng khám là cơ sở chủ yếu trong các trường hợp được chẩn đoán

tăng huyết áp, vì tính tiện lợi và sẵn có, việc đo huyết áp tại phòng khám gần như là quy trình khám chữa bệnh ở mọi đối tượng và mọi mặt bệnh.

Bảng 1.2 Chẩn đoán tăng huyết áp

	HATT/HATTr (mmHg)
HA văn phòng	≥ 140 và/hoặc ≥ 90
Đo huyết áp trung bình	
HA trung bình 24h	≥ 130 và/hoặc ≥ 80
HA trung bình thức dậy	≥ 135 và/hoặc ≥ 85
HA trung bình đi ngủ	≥ 120 và/hoặc ≥ 70

Nguồn: Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam, khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (21)

Bảng 1.2 cung cấp các giá trị HA cấp cứu và tại nhà được sử dụng để xác định THA, định nghĩa này áp dụng cho tất cả người lớn (>18 tuổi). Một số trường hợp đo huyết áp nằm giữa ranh giới bình thường và tăng huyết áp, ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tâm lý, căng thẳng, vận động thể lực... Mà có thể dẫn đến tăng huyết áp cao theo cách sinh lý, do đó đo huyết áp trung bình 24 giờ hoặc đo huyết áp thời điểm thức dậy và đi ngủ là các biện pháp chẩn đoán chính xác về tăng huyết áp.

HA bình thường cao là những trường hợp nghi ngờ tăng huyết áp, xác định nhằm hướng dẫn những cá nhân có nguy cơ tiền tăng huyết áp có thể can thiệp lối sống, và những trường hợp tiền tăng huyết áp có chỉ định điều trị thuốc kịp thời (19). Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định tăng huyết áp cần theo dõi nhiều lần, thông thường, cần 2–3 lần khám tại phòng khám cách nhau 1–4 tuần (tùy thuộc vào mức tăng huyết áp) để xác định chẩn đoán tăng huyết áp. Chẩn đoán có thể được thực hiện trong một lần khám duy nhất, nếu HA $\geq 180/110$ mmHg và có bằng chứng về bệnh tim mạch (5,22).

Ngoài tăng huyết áp bệnh lý, trường hợp tăng huyết áp áo choàng trắng cũng thường gặp trên lâm sàng. Việc đối chiếu kết quả đo huyết áp ở nhà và tại phòng khám nhằm xác định những người bị tăng huyết áp áo choàng trắng, những người chỉ tăng HA tại phòng khám (HA cấp cứu hoặc tại nhà không tăng) là những người

không tăng HA. Những tình trạng này phổ biến ở cả những đối tượng không được điều trị và những người được điều trị tăng huyết áp. Khoảng 10%–30% đối tượng đến phòng khám do huyết áp cao bị tăng huyết áp áo choàng trắng và 10%–15% bị tăng huyết áp ẩn (23).

1.1.2. Quản lý điều trị tăng huyết áp

Quản lý điều trị tăng huyết áp là công tác điều hành tổ chức hoạt động chương trình sàng lọc, phát hiện, khám, chẩn đoán, tư vấn, cấp phát thuốc có hệ thống, kế hoạch, trong đó yếu tố phối hợp giữa các khâu có vai trò chủ chốt trong đạt hiệu quả công tác quản lý. Bên cạnh phối hợp giữa các khâu trong một cơ sở y tế, hiện nay với quy chế BHYT thông tuyến tỉnh, huyện, việc phối hợp giữa các cơ sở y tế trong quản lý THA cũng là vấn đề cần xây dựng có hệ thống từ tuyến trung ương, tỉnh, thành phố và tuyến y tế cơ sở. Đánh giá kết quả quản lý bệnh tăng huyết áp bằng các chỉ số quan trọng như tỷ lệ NB đạt huyết áp mục tiêu, tỷ lệ NB THA trong cộng đồng được quản lý (20).

1.1.2.1. Quy trình quản lý điều trị tăng huyết áp

Việc triển khai quy trình khám, chẩn đoán bệnh, chẩn đoán giai đoạn, biến chứng và sàng lọc các tổn thương cơ quan đích được Bộ Y tế quy định trong Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 20/8/2010, nhằm đánh giá tình trạng NB THA một cách toàn diện có hệ thống, tránh các bỏ sót biến chứng do THA. Các nội dung chính bao gồm:

- **Hoạt động khám sàng lọc, phát hiện bệnh:** CBYT khai thác bệnh sử các bệnh lý mạn tính khác, khám lâm sàng các triệu chứng của THA như đau đầu, mệt mỏi, và phát hiện các triệu chứng biến chứng của THA như suy thận, biến chứng mắt. Tiến hành khám sàng lọc tại cộng đồng và tại CSYT gồm khai thác triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá tình trạng mắc bệnh và các tổn thương cơ quan đích. Tổ chức hình thức khám sàng lọc tại các cơ sở y tế tuyến xã, huyện, đặc biệt là tầm soát các đối tượng người bệnh đến khám tại cơ sở y tế, đo huyết áp, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng tìm các tổn thương cơ quan đích nếu có. Nếu phát hiện bệnh nhân mắc tăng huyết áp cần tư vấn điều trị và tư vấn quản lý thay đổi lối sống. Vấn đề chẩn đoán xác định tăng huyết áp trên lâm sàng khá đơn giản, không

đòi hỏi cơ sở vật chất trang thiết bị y tế phức tạp, là điều kiện thuận lợi triển khai quản lý điều trị tăng huyết áp tuyến xã tuyến huyện.

Hoạt động khám, điều trị

+ **Tái khám định kỳ** (Điều trị và cấp thuốc huyết áp cho NB), cần đảm bảo cho NB được uống thuốc đúng giờ và đều đặn hằng ngày, chọn thuốc điều trị tùy theo giai đoạn, mức độ bệnh và đáp ứng theo thể trạng NB. Tổ chức khám định kỳ NB, theo dõi bằng hệ thống thông tin dữ liệu số hoặc quản lý bằng hồ sơ giấy NB THA, theo dõi hằng tháng các chỉ số HA, xét nghiệm chức năng thận, soi đáy mắt, siêu âm tim, điện tim... Lưu trữ và ghi vào sổ khám bệnh hằng tháng.

+ **Hoạt động theo dõi định kỳ và giám sát tuân thủ điều trị** NB hằng tháng, cần đảm bảo quá trình điều trị, tái khám và phát hiện sớm các biến chứng, thông qua các chỉ số xét nghiệm, cận lâm sàng như sinh hoá máu, huyết học, nước tiểu..., theo dõi tác dụng phụ của thuốc và chỉ số huyết áp định kỳ, nếu không đạt huyết áp mục tiêu và có biến chứng cần thay đổi thuốc hoặc chuyển khoa tim mạch/chuyển tuyến điều trị. Theo dõi các chỉ số đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của NB như tỷ lệ NB được điều trị ổn định, tỷ lệ NB tuân thủ điều trị, tỷ lệ NB tái khám đúng hẹn, tỷ lệ NB tuân thủ thay đổi lối sống.

+ **Hoạt động cấp phát thuốc điều trị:** Đối với bệnh nhân mới phát hiện thì có thể chỉ kê đơn thuốc 5- 10 ngày, lần sau khám lại huyết áp ổn định thì có thể kê đơn thuốc 01 tháng. Tất cả các bệnh nhân THA đều phải xét nghiệm máu, nước tiểu, đặc biệt là làm đủ 4 chỉ số mỡ máu (Cholesterol, Triglycerit, HDL-c, LDL-c), tùy từng bệnh nhân, có thể làm thêm siêu âm, điện tim.v.v... Các xét nghiệm máu, nước tiểu cần làm định kỳ, nếu bệnh nhân quản lý ở tuyến xã thì giới thiệu lên tuyến huyện làm xét nghiệm, bác sỹ tuyến trên nhớ dặn bệnh nhân mang kết quả xét nghiệm về Trạm Y tế để dùng để tư vấn cho bệnh nhân. Đồng thời sau khi khám cần tư vấn cho người bệnh về tầm quan trọng tuân thủ điều trị, thay đổi chế độ lối sống sinh hoạt nhằm hạn chế bệnh tiến triển nặng và biến chứng các cơ quan khác. Trong điều trị, mỗi mức độ và giai đoạn tăng huyết áp đều có phác đồ điều trị phù hợp với cá thể người bệnh, do đó cần bổ sung đầy đủ chủng loại thuốc theo các biệt dược. Đa số người bệnh có thể BHYT, các cơ sở y tế phải luôn đủ các nhóm thuốc

điều trị THA theo danh mục Bộ Y tế qui định tại Thông tư số 40/2014/TT-BYT (24). Cụ thể là ít nhất phải có các nhóm thuốc chẹn kênh can-xi (nifedipine, Amlodipine...), nhóm thuốc ức chế men chuyển (conversin, enalapril...), nhóm thuốc lợi tiểu (hypothiazit, furosemide...), nhóm thuốc ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (losatan, cilzec...). Đảm bảo đủ nguồn cung ứng thuốc đa dạng đầy đủ về các nhóm biệt dược nhằm đạt hiệu quả quản lý điều trị tốt nhất cho người bệnh. Bên cạnh đó các hình thức quản lý điều trị khác như cấp sổ y bạ cho người bệnh tăng huyết áp, xây dựng câu lạc bộ phòng chống tăng huyết áp nhằm tạo môi trường sinh hoạt được giao tiếp, trao đổi về bệnh lý bản thân. Đối với đối tượng bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định tăng huyết áp, vấn đề cần theo dõi, phát hiện các biến chứng cơ quan đích do tăng huyết áp từ đó đề ra phác đồ điều trị phù hợp.

- **Hoạt động tư vấn và hướng dẫn** điều trị nhằm tích cực thay đổi lối sống, hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ. Các nội dung tư vấn cho NB THA về thay đổi lối sống gồm: Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng; Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m²; Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ; Hạn chế uống rượu, bia; Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lá; Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp; Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh); Tư vấn dự phòng và nhận biết các biến chứng của THA. Tư vấn chế độ dùng thuốc của NB THA (20).

- **Hoạt động truyền thông, giáo dục, tuyên truyền:** Tổ chức các hoạt động tuyên truyền, truyền thông, giáo dục sức khỏe nhằm đưa thông tin điều trị, dự phòng và nhận biết bệnh THA tới đông đảo người dân nhất, đặc biệt là các vấn đề hút thuốc lá, cân nặng, dinh dưỡng... Triển khai các lớp truyền thông, giáo dục về kiến thức, thực hành và phòng ngừa tăng huyết áp ở các tuyến xã, tuyến huyện, duy trì đều đặn, đồng thời nâng cao trình độ cán bộ quản lý điều trị tăng huyết áp (20).

- **Mục tiêu điều trị tăng huyết áp**

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài, với mục tiêu đạt được Huyết áp mục tiêu nhằm hạn chế tối đa các nguy cơ biến chứng tim mạch khác.

“Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời. Điều trị cần hết sức tích cực ở những bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu (25).

1.2. Thực trạng dịch tễ tăng huyết áp trên thế giới và ở Việt Nam

1.2.1. Trên thế giới

Tại Mỹ điều tra giai đoạn 2015 - 2016 cho thấy nhìn chung tỷ lệ tăng huyết áp ở người lớn (29,0%), nam giới (30,2%) và nữ giới (27,7%). Tỷ lệ tăng huyết áp tăng theo tuổi, từ 7,5% (nhóm tuổi 18-39) lên 33% (nhóm tuổi 40-59) và 63% (nhóm từ 60 tuổi trở lên). Nam giới tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn nữ giới trong độ tuổi 18-39 (9,2% so với 5,6% tương ứng) và độ tuổi 40-59 (37,2% so với 29,4% tương ứng) (26). Ở khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, báo cáo có 66% ca tử vong do bệnh lý tim mạch có thể là do tăng huyết áp. Tăng huyết áp cũng đã được báo cáo là yếu tố nguy cơ tim mạch hàng đầu ở Indonesia, có liên quan đến 20%-25% của tất cả các bệnh động mạch vành và 36%-42% của tất cả các cơn đột quy (27,28). Nghiên cứu thực trạng bệnh tăng huyết áp ở Hàn Quốc báo cáo tổng số người bị tăng huyết áp đã tăng đều đặn từ 7,6 triệu người năm 1998 lên 11,7 triệu người năm 2016 do dân số già đi nhanh chóng. Do đó trong số bệnh nhân tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên) tăng nhanh. Năm 2016, 37,4% bệnh nhân tăng huyết áp từ 65 tuổi trở lên. Trong số bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi, 52,6% bệnh nhân bị rối loạn mỡ máu, 29,0% bị đái tháo đường, 15,8% bị thiếu máu cơ tim và 7,9% bị đột quy (29,30). Ở các nước châu Á, đột quy và suy tim không do thiếu máu phổ biến hơn ở các nước phương Tây. Đột quy và suy tim cũng liên quan nhiều đến tăng huyết áp hơn là bệnh mạch vành hoặc bệnh thận (31). Tại Malaysia, nghiên cứu của tác giả Abdul-Razak S. và nhóm cộng sự (2016) báo cáo đoàn hệ trên 11.288 người dân Maysia ≥ 30 tuổi giai đoạn 2007 - 2011 trên 18 khu

vực đô thị và 22 khu vực nông thôn thấy tỷ lệ tăng huyết áp điều chỉnh theo tuổi là 42,0% (KTC 95%: 40,9%- 43,2%) (32).

1.2.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, nhiều địa phương đã tiến hành khảo sát cộng đồng nhằm có cái nhìn tổng quan về thực trạng tăng huyết áp, tại tỉnh Tuyên Quang, báo cáo tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang là 33,3% (trong đó tỷ lệ tăng huyết áp độ I 62,7%; tăng huyết áp độ II 30,1%; tăng huyết áp độ III 7,2%). Trong đó nhóm tuổi từ 50-59 có tỷ lệ cao nhất (40,3%) và thấp nhất là đối tượng từ 80 tuổi trở lên là 5,5% (33). Đánh giá thực trạng mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình, tác giả Phan Thanh Thủy và nhóm cộng sự báo cáo người cao tuổi tại Quảng Bình có tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao lên đến 52,0%, tăng huyết áp độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,9%; độ 2 và độ 3 có tỷ lệ lần lượt là 25,9% và 22,2%. Vẫn còn hơn 1/3 người cao tuổi chưa biết mình mắc bệnh và 57,6% chưa được điều trị (34). Tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long, Thành phố Hồ Chí Minh theo nghiên cứu của tác giả Võ Thị Xuân Hạnh (2017) nghiên cứu trên 1.153 người trên 18 tuổi (trong đó có 61,0% nữ, 65,9% người \geq 40 tuổi) ở quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả báo cáo tỷ lệ người từ 18 tuổi bị tăng huyết áp đo tại nhà và/hoặc hỏi tiền sử bệnh là 33,8% (35).

1.3. Thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam

1.3.1. Chương trình quốc gia phòng chống tăng huyết áp

Với mục đích kiểm soát phòng chống các bệnh không lây nhiễm, Bộ Y tế đã phê duyệt chương trình Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 – 2025 nhằm làm giảm tốc độ gia tăng các bệnh không lây tiến tới giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước. Mục tiêu cụ thể về tăng huyết áp là không chế tỷ lệ bị tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành (36). Nhằm nâng cao hiệu quả quản lý, dự phòng,

điều trị các bệnh không lây, BHYT đặt ra mục tiêu 90% cơ sở y tế dự phòng bảo đảm cung cấp các dịch vụ thiết yếu phòng chống bệnh không lây nhiễm theo quy định. 90% cán bộ y tế thực hiện công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm được đào tạo, tập huấn về dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo quy định. 90% cơ sở y tế xã, phường, thị trấn và tương đương có đủ trang thiết bị y tế cơ bản và thuốc thiết yếu theo quy định về chức năng, nhiệm vụ, phục vụ dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo hệ thống đối với bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp.

Các giải pháp BHYT đặt ra để đạt được mục tiêu hoàn thành các chỉ tiêu của chiến lược phòng chống các bệnh không lây nhiễm (2015-2025) gồm:

- Phát triển nguồn nhân lực: Sắp xếp, bố trí nhân lực các tuyến cho phòng, chống các bệnh không lây nhiễm. Bổ sung, cập nhật nội dung đào tạo về phòng, chống bệnh không lây nhiễm trong các chương trình đào tạo của các trường trung cấp, cao đẳng và đại học y; chú trọng các chương trình đào tạo bác sỹ gia đình, cử nhân y tế công cộng, cử nhân điều dưỡng và dinh dưỡng tiết chế. Đào tạo, nâng cao năng lực cho cán bộ trong các lĩnh vực liên quan đến kiểm soát các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của các Bộ, ngành. Tăng cường đào tạo nâng cao năng lực phòng, chống bệnh không lây nhiễm cho đội ngũ cán bộ y tế phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ của từng tuyến. Bảo đảm đào tạo và đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống bệnh không lây nhiễm. Có cơ chế phù hợp để khuyến khích cán bộ y tế xã tham gia các hoạt động phát hiện sớm, giám sát và quản lý điều trị các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

- Nguồn lực tài chính: Nguồn kinh phí thực hiện bao gồm nguồn ngân sách Nhà nước tập trung cho hoạt động kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát và phát hiện sớm bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Nguồn bảo hiểm y tế. Nguồn xã hội hóa. Nguồn hợp pháp khác.

- Thuốc và trang thiết bị: Tăng cường đầu tư, nâng cấp trang thiết bị, cơ sở vật chất cho hoạt động giám sát, dự phòng, phát hiện, chẩn đoán sớm, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và

hen phế quản. Bảo đảm cung ứng thuốc và vật tư thiết yếu cho chẩn đoán, điều trị các bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã được bảo hiểm y tế chi trả. Bảo đảm cung ứng vắc xin, sinh phẩm cho dự phòng một số bệnh ung thư có vắc xin phòng bệnh (36).

Dự án phòng chống tăng huyết áp được phê duyệt từ năm 2008 và triển khai từ năm 2010, chương trình được phát triển rộng rãi và đạt hiệu quả cao. Năm 2010 với 16 tỉnh/thành phố đã tiến hành khám sàng lọc tăng huyết áp, phát hiện hơn 71.000 người tăng huyết áp, số người bệnh tăng huyết áp được quản lý là hơn 57.000 người. Phạm vi mở rộng lên 63 tỉnh/thành phố vào năm 2014, và chủ yếu các trường hợp người mắc tăng huyết áp được quản lý tại các cơ sở y tế (37).

1.3.2. Thực trạng quản lý tăng huyết áp trên thế giới và ở Việt Nam

1.3.2.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Đánh giá công tác quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp, nhiều quốc gia đã triển khai và đánh giá hiệu quả của các mô hình. Đánh giá về bệnh tăng huyết áp là mặt bệnh điều trị duy trì suốt đời, do đó xác định mô hình quản lý tốt từ đó nâng cao hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp. Nghiên cứu ở các nước trên thế giới thấy tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị còn cao, báo cáo tại Hoa Kỳ năm 2007 kết quả tuân thủ điều trị chỉ đạt hơn 44%, còn lại chưa đáp ứng các tiêu chí tuân thủ điều trị, dẫn đến kết quả kiểm soát huyết áp mục tiêu còn thấp (38).

Nghiên cứu năm 2011 tại Nigeria báo cáo kết quả chỉ có 51% đối tượng nghiên cứu tuân thủ điều trị (39).

Đánh giá về kết quả quản lý điều trị, nhận thức về tăng huyết áp tại Bissau Châu Phi, tác giả Ruben báo cáo trên 973 người dân độ tuổi 18-69, kết quả tỷ lệ tăng huyết áp là 26,9% và 51,4% người tăng huyết áp biết về tình trạng của họ, trong đó 51,8% cho biết đã được điều trị bằng thuốc trong 2 tuần trước đó. Trong số này, 49,9% có huyết áp dưới 140/90 mm Hg. Phụ nữ thường xuyên nhận thức được tình trạng của mình hơn nam giới (tương ứng là 54,5% so với 48,7%). Phụ nữ cũng có mức độ điều trị được lý được báo cáo cao hơn (55,1%) so với nam giới (48,7%) và có nhiều khả năng kiểm soát được các giá trị huyết áp hơn (54,0% so với 45,5%) (40).

1.3.2.2. Các nghiên cứu ở Việt Nam

Về đánh giá kết quả quản lý người bệnh tăng huyết áp, nghiên cứu tại quận Bình Thủy thành phố Cần Thơ của tác giả Trần Song Hậu và nhóm cộng sự cho biết tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc theo Morisky chiếm 70,3%, tuân thủ dùng thuốc chiếm 74% và tuân thủ chung chiếm 55,3%. Nghiên cứu đánh giá mối quan hệ thầy thuốc bệnh nhân đóng một vai trò quan trọng trong việc tuân thủ điều trị của người bệnh, khi người bệnh được sự hỗ trợ và giúp đỡ, khuyến khích của bác sĩ và nhân viên y tế thì người bệnh sẽ tuân thủ điều trị nhiều hơn, cũng như việc tin tưởng của người bệnh vào kế hoạch điều trị của bác sĩ cũng là một yếu tố then chốt giúp người bệnh tuân thủ điều trị tốt hơn. Bên cạnh đó nguồn chi phí điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân là một phần cần quan tâm đến trong việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp. Qua nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân tự chi trả chi phí điều trị không tuân thủ điều trị cao hơn những bệnh nhân có BHYT với $p < 0,05$ (41).

Nghiên cứu của Ngô Văn Lãng (2022) đánh giá công tác quản lý bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường giai đoạn 2018-2021 tại Phòng khám đa khoa Trường Đại học Y tế công cộng tỷ lệ người bệnh tham gia quản lý THA, ĐTĐ tại phòng khám tăng dần qua các năm, đặc biệt là năm 2021 (93,82%). 100% người bệnh có thẻ BHYT. Phần lớn người bệnh sử dụng BHYT để lĩnh thuốc và làm các dịch vụ cận lâm sàng (99,51% và 99,02%). Tỷ lệ người bệnh được tư vấn điều trị và hẹn tái khám là 100%. Tuy nhiên tỷ lệ tái khám đúng hẹn chưa cao (47,91%) (42).

Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2020) kết quả quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Gò Công Tây, tỉnh Tiền Giang, giai đoạn 2019- 2020 Số người mắc THA được khám và điều trị ngày càng tăng hàng năm, số lượt khám cũng tăng qua các năm; Tỷ lệ người bệnh đi tái khám đúng lịch là 63,6%. Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc đúng liều chiếm tỷ lệ khá cao với 89,3%. Kết quả điều trị có 28,9% đạt được huyết áp mục tiêu (43).

1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng quản lý tăng huyết áp ở Việt Nam

1.4.1. Yếu tố đặc điểm cá nhân người bệnh tăng huyết áp

Các yếu tố cá nhân có ảnh hưởng đến tâm lý và thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp, từ đó ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý điều trị tăng huyết áp chung. Yếu tố tuổi tác và giới tính có ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ điều trị, người cao tuổi thường quan tâm nhiều đến chăm sóc sức khỏe cá nhân sẽ hưởng ứng tích cực hơn về các hoạt động quản lý điều trị, tuân thủ chế độ sinh hoạt, lối sống phù hợp (44).

Đối tượng có trình độ học vấn cao và điều kiện kinh tế tốt có xu hướng quan tâm sức khỏe cá nhân cao hơn, nắm chắc hơn về kiến thức, thực hành và phòng chống bệnh tật, đồng thời người có điều kiện kinh tế có thời gian nhiều hơn quan tâm sức khỏe cá nhân. Đây là yếu tố giúp người bệnh có thể theo dõi và tuân thủ điều trị tốt hơn. Nghiên cứu của tác giả Ninh Văn Đông (2010) báo cáo mối liên quan giữa trình độ học vấn người bệnh tăng huyết áp và mức tuân thủ điều trị của họ, người có trình độ học vấn cao xu hướng tuân thủ cao hơn 15 lần so với đối tượng còn lại (45).

1.4.2. Yếu tố môi trường chính sách, điều hành quản lý điều trị tăng huyết áp

Tác giả Isabelle C. sử dụng mô hình Precede-Proceed kết hợp tham gia nghiên cứu với các dược sĩ cộng đồng, mục đích tác động đến người bệnh tăng huyết áp, để đạt được kết quả dược sĩ có thể thay đổi các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, hiệu quả kiểm soát huyết áp của người bệnh. Triển khai mô hình với các biện pháp quản lý tăng huyết áp cộng đồng khác, dược sĩ được đào tạo kiến thức, chuyên môn và quy trình quản lý qua website, kết quả cho thấy các dược sĩ được đào tạo kết hợp với website có kết quả quản lý điều trị tăng huyết áp ở người bệnh cao hơn so với nhóm còn lại (46).

Giáo dục tư vấn về bệnh lý tăng huyết áp là một trong các hoạt động nhằm nâng cao hiệu quả quản lý điều trị người bệnh. Nghiên cứu khác tiến hành tại Canada nhằm xây dựng mô hình can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp mục đích thay đổi nhận thức và quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng Airdrie (Alberta-Canada), tác giả báo cáo kết quả tiến hành giáo dục sức khỏe những người tình

nguyên từ 65 tuổi trở lên, và đánh giá các triệu chứng về tăng huyết áp, triệu chứng tổn thương cơ quan đích... và theo dõi trong vòng 4-6 tháng. Kết quả cho thấy có 71% người tình nguyện quay trở lại theo dõi sau 4-6 tháng, huyết áp tâm thu của họ giảm trung bình $16,9 \pm 17,2$ mmHg (47).

Đánh giá hiệu quả của mô hình quản lý điều trị tăng huyết áp tại Pháp, tác giả Alexandre Vallée và nhóm cộng sự báo cáo kết quả của mô hình ESTEBAN: Tuân thủ điều trị bằng thuốc được định nghĩa là hơn 80% số ngày được kiểm soát bởi thuốc hạ huyết áp mỗi năm. Tỷ lệ THA là 31,3% trong đó 74,7% người tham gia tăng huyết áp nhận thức được dùng thuốc hạ huyết áp và 57,7% trong số họ được điều trị bằng nhóm thuốc hạ huyết áp duy nhất. Nhìn chung, trong số những người tăng huyết áp, 24,3% đã kiểm soát huyết áp tốt. Chỉ có 49,7% người tham gia điều trị tăng huyết áp được kiểm soát và 33,6% trong số họ tuân thủ điều trị bằng thuốc (48).

- Xác định bệnh lý tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch khác là gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội, do đó cần tập trung nâng mức ưu tiên trong quản lý bệnh không lây nhiễm trong chính sách của các quốc gia: Để nâng mức ưu tiên, tổ chức Y tế thế giới khuyến khích thực hiện ba nhóm nhiệm vụ:

(i) Xây dựng y học bằng chứng và phổ biến thông tin về chính sách hiệu quả chương trình can thiệp trong mối quan hệ giữa bệnh không lây nhiễm và phát triển kinh tế-xã hội bền vững

(ii) Thúc đẩy bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân và việc lồng ghép phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm trong quá trình thúc đẩy bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, bằng các biện pháp nâng cao chất lượng, chính sách xây dựng nền y tế cơ sở, đảm bảo cho chương trình chăm sóc sức khỏe toàn dân

(iii) Thiết lập các quan hệ đối tác nhằm thúc đẩy sự hợp tác giữa các cơ quan chính phủ và tổ chức xã hội dân sự, khu vực tư nhân ở các cấp trong công tác phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm.

- Tăng cường năng lực quản lý bệnh không lây nhiễm. Để tăng cường năng lực quốc gia, WHO đề nghị một số lựa chọn chính sách:

(i) Lồng ghép phòng, chống và điều trị bệnh không lây nhiễm vào kế hoạch của ngành y tế kết hợp kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội. Đồng thời đẩy mạnh thực hiện kế hoạch quốc gia phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm kèm theo ngân sách thực hiện dựa trên đánh giá nhu cầu và đánh giá tác động thực hiện các can thiệp.

(ii) Huy động nguồn lực ổn định và sử dụng hiệu quả, kết hợp với việc nâng cao trách nhiệm giải trình thông qua giám sát và đánh giá tác động.

(iii) Tăng cường các chương trình phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm quốc gia kết hợp với củng cố năng lực thể chế và nhân lực. Phát huy việc hợp tác giữa các nhóm đối tác trong thực hiện hoạt động phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm và huy động cộng đồng, người dân để ứng phó với bệnh không lây nhiễm.

1.4.3. Yếu tố nhân lực

Nhân lực quản lý điều trị tăng huyết áp và thực hiện điều trị tăng huyết áp cho người bệnh điều trị ngoại trú có vai trò chủ chốt trong thực hiện chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm, cụ thể là bệnh tăng huyết áp. Do đó để tăng cường năng lực quốc gia và tổ chức Y tế thế giới về phòng chống tăng huyết áp, BHYT đã đề nghị một số chính sách:

(1) Lồng ghép phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm vào quá trình lập kế hoạch của ngành y tế và kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội. Đánh giá và điều chỉnh nguồn ngân sách hỗ trợ cho chương trình phù hợp với mô hình lồng ghép.

(2) Huy động, cân đối nguồn lực ổn định, sử dụng hiệu quả, kết hợp với việc nâng cao trách nhiệm giải trình thông qua giám sát và đánh giá tác động

(3) Tăng cường chương trình phòng chống và điều trị bệnh không lây nhiễm quốc gia kết hợp củng cố năng lực xã hội và nhân lực y tế. Phát huy việc kết hợp giữa các nhóm đối tác trong thực hiện hoạt động phòng chống và điều trị bệnh không lây nhiễm và huy động cộng đồng, người dân để ứng phó với bệnh không lây nhiễm.

1.4.4. Yếu tố thuốc, trang thiết bị, cơ sở vật chất điều trị tăng huyết áp

Triển khai mô hình quản lý điều trị tăng huyết áp phủ rộng trên toàn quốc, trong đó xây dựng sức mạnh tuyến y tế cơ sở từ trạm y tế xã và bệnh viện, phòng khám, TTYT huyện. Sở Y tế tỉnh Phú Thọ báo cáo kết quả thực hiện quản lý điều trị

tăng huyết áp hằng năm, hầu hết các trạm y tế xã chỉ thực hiện được 60%-75% các dịch vụ kỹ thuật, cung cấp khoảng 40% danh mục thuốc điều trị tăng huyết áp theo phân tuyến. Ở tuyến y tế cơ sở có nhiều hạn chế về nguồn lực, kinh phí và trình độ nhân lực quản lý tăng huyết áp. Cơ bản đáp ứng được về cơ sở vật chất và trang thiết bị kỹ thuật, tuy nhiên về danh mục thuốc còn chưa đáp ứng với mô hình bệnh tật và quy mô dân số tại các khu vực miền núi, nông thôn thấp dẫn đến nhu cầu về thuốc điều trị không nhiều (49).

1.4.5. Yếu tố tài chính y tế

Hiện nay cơ chế phân bổ nguồn lực tài chính và các chính sách BHYT đã phân nào đáp ứng đủ công tác chăm sóc sức khỏe, quản lý điều trị tăng huyết áp. Tuy nhiên về công tác phát hiện sớm, tư vấn, giáo dục và tuyên truyền về bệnh lý tăng huyết áp chưa có được nguồn hỗ trợ tài chính ổn định và thường xuyên. Chương trình mục tiêu y tế quốc gia cho các dự án bệnh không lây nhiễm bị cắt giảm kinh phí qua các năm (năm 2014-2015 bị cắt giảm 50 -70%); từ năm 2016, chỉ còn là Chương trình mục tiêu y tế - dân số và kinh phí trung ương gần như không còn được bố trí nữa. Giá dịch vụ y tế tăng, trong khi mức đóng BHYT chưa được điều chỉnh tăng tương xứng; xã hội hoá đầu tư cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh, tuyến huyện bằng vay vốn ngân hàng, hoặc hợp tác công tư có thể tạo ra áp lực tài chính gây cản trở việc mở rộng dịch vụ khám chữa bệnh tại TYT xã, TTYT huyện. Là các rào cản trong quản lý điều trị tăng huyết áp.

1.4.6. Yếu tố hệ thống thông tin

Nghiên cứu cho thấy hệ thống thông tin quản lý điều trị THA ngoại trú giúp cán bộ y tế thuận lợi trong trích xuất, tra cứu hồ sơ bệnh án, theo dõi kết quả điều trị, đáp ứng thuốc, thay đổi phác đồ khi cần thiết. Nghiên cứu của tác giả Thát Phát đánh giá thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã của huyện Long Hồ, tỉnh Vĩnh Long năm 2021 cho thấy yếu tố quản lý hệ thống thông tin ở các TYT xã còn thủ công bằng hồ sơ sổ sách giấy tờ ghi chép tay là chính, khó khăn trong quản lý chung (50).

1.4.7. Yếu tố tình hình kinh tế-xã hội, dịch bệnh COVID-19

Sự hỗ trợ của chính quyền, xã hội lên chăm sóc sức khỏe người dân nói chung và quản lý điều trị tăng huyết áp nói riêng mang tính chiến lược trong phát hiện sớm, ngăn chặn và điều trị hiệu quả người bệnh tăng huyết áp, làm giảm gánh nặng bệnh tật trong xã hội, thúc đẩy kinh tế phát triển. Các nguồn tài chính và cơ chế của chính phủ được triển khai rộng rãi trong xã hội, ngân sách nhà nước được dự toán chi tiêu hằng năm, công tác báo cáo duy trì, ngoài sử dụng nguồn tài chính từ quỹ BHYT, còn được sự ủng hộ của các tổ chức phi lợi nhuận, đóng góp của cá nhân trong và ngoài nước. Các cấp chính quyền chỉ đạo quản lý điều trị tăng huyết áp bằng các văn bản, quy phạm pháp luật, bổ sung nguồn lực cho chính sách phát triển y tế địa phương .

Với đặc điểm dịch bệnh COVID-19 ảnh hưởng lên tình hình kinh tế xã hội nói chung và công tác chăm sóc sức khỏe toàn xã hội nói riêng, đặc biệt giai đoạn giãn cách xã hội, cách ly do dịch bùng phát ảnh hưởng tiêu cực lên tình hình công tác quản lý điều trị tăng huyết áp. Báo cáo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long (2022) trên địa bàn huyện Triệu Phong, tỉnh Quảng Trị cho biết ảnh hưởng của COVID-19 khiến nhiều đối tượng nghiên cứu thay đổi lối sống, sinh hoạt, báo cáo có hơn 19% uống nhiều rượu hơn trong giai đoạn dịch bệnh, 21,3% báo cáo thay đổi sinh hoạt hằng ngày, 20% báo cáo do dịch bệnh khiến hạn chế trong luyện tập thể thao (51). Mặc dù các 2021-2022 mới là giai đoạn dịch bùng phát mạnh nhất tác động sâu sắc đến công tác quản lý điều trị tăng huyết áp, tuy nhiên ảnh hưởng của dịch bệnh còn kéo dài đến hiện tại khi giai đoạn 2020-2022 công tác đào tạo nhân lực y tế quản lý tăng huyết áp bị gián đoạn, kinh phí tài chính bị phân tán cho hoạt động chống dịch..., do đó năm 2023 các cơ sở y tế vẫn đang trong giai đoạn khắc phục các vấn đề do dịch bệnh COVID-19 để lại.

Xét trên thực tế hệ thống quản lý điều trị THA ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh chúng tôi đánh giá các yếu tố liên quan đến thực trạng quản lý điều trị THA ngoại trú gồm:

- Yếu tố đặc điểm cá nhân người bệnh THA
- Yếu tố môi trường chính sách, quản lý điều hành

- Yếu tố nhân lực
- Yếu tố thuốc, trang thiết bị, cơ sở vật chất
- Yếu tố hệ thống thông tin
- Yếu tố tình hình kinh tế xã hội, dịch bệnh COVID-19

1.5. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu

Trung tâm Y tế huyện Lộc Ninh gồm 02 Phòng chức năng, 12 Khoa, phòng chuyên môn, 17 Trạm Y tế xã, thị trấn (có 02 trạm chỉ thực hiện chức năng Y tế dự phòng là Trạm Y tế Lộc Thái và Trạm Y tế thị trấn Lộc Ninh. Biên chế giao trong năm là 283 người. Tổng cộng số người làm việc tại Trung tâm y tế là 292 người trong đó (Biên chế 262 người, hợp đồng lao động 24 người; Hợp đồng theo nghị định 68 CP: 06). Duy trì công tác giáo dục tuyên truyền phòng chống các dịch, bệnh, đại phương tổ chức tuyên truyền trên hệ thống truyền thanh từ huyện đến cơ sở về tình hình, diễn biến dịch, các biện pháp phòng, chống dịch bệnh tối thiểu 02 lần/ngày (mỗi lần 15 phút). Ngoài ra, TTYT huyện tiếp tục chỉ đạo các Trạm Y tế xã, thị trấn thực hiện nghiêm túc việc treo băng – rôn, tờ rơi tuyên truyền, về công tác phòng, chống bệnh tăng huyết áp theo lịch 2 lần/tháng.

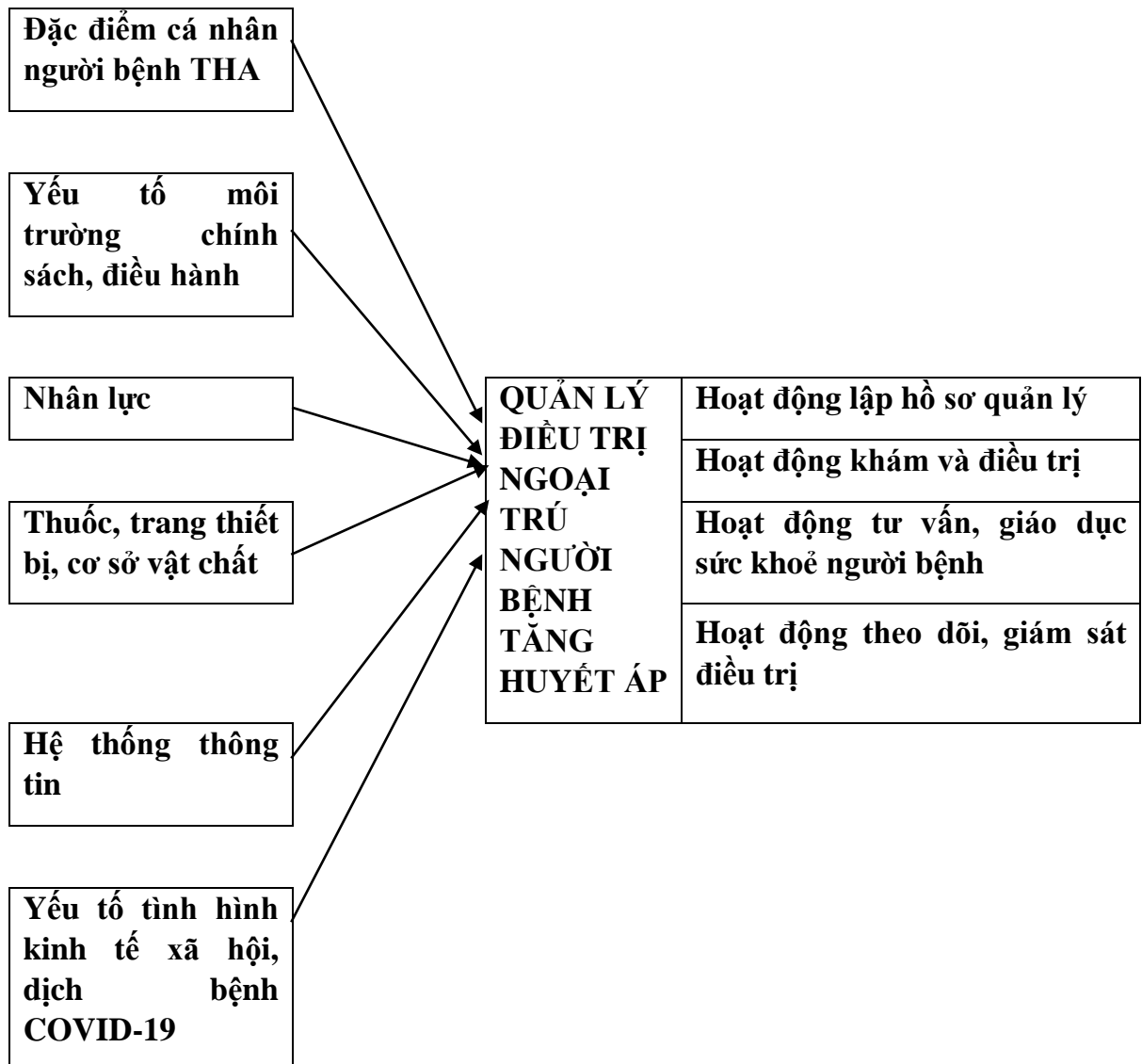
Về công tác phòng chống, quản lý điều trị tăng huyết áp trong năm 2022, mặc dù còn yếu tố ảnh hưởng do dịch bệnh, tuy nhiên TTYT đã chỉ đạo triển khai duy trì các hoạt động đảm bảo chương trình quản lý điều trị THA. Triển khai đồng bộ đến các khoa, phòng, trạm y tế xã các công tác phát hiện, điều tra dịch tễ, giám sát người nhiễm COVID-19, đồng thời nỗ lực duy trì các hoạt động quản lý tăng huyết áp.

Về phòng chống các bệnh không lây nhiễm, báo cáo trong năm 2022 hầu hết các chỉ tiêu cơ bản đạt thấp và giảm so với cùng kỳ năm trước. Tổng số lượt khám bệnh tăng huyết áp năm 2022 tăng cao so với cùng kỳ năm trước do tổng hợp thêm số bệnh nhân khám tại tuyến huyện. Người bệnh THA điều trị ngoại trú tại TTYT huyện Lộc Ninh được quản lý bằng phần mềm VNPT-HIS, đây là phần mềm được ứng dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế, quản lý tổng thể Bệnh viện, giúp tối ưu hóa quy trình khám chữa bệnh, tiếp kiệm thời gian, nhân lực y tế. VNPT HIS được xây dựng tuân theo các tiêu chuẩn của BHYT, các tiêu chuẩn của thế giới, có khả năng

tích hợp các hệ thống ERP hospital và hoàn toàn đáp ứng yêu cầu chuyên môn y tế cũng như công việc quản lý bệnh viện. Với các chức năng của phần mềm như bao phủ quy trình khám chữa bệnh của Bệnh viện, đồng thời liên tục được bổ sung, tối ưu, mang lại tiện ích cho người dùng, kết nối với các thiết bị phần cứng, hệ thống ngoại vi LIS, RIS, PACS, cổng thông tin BHYT, cổng giám định Bảo hiểm... Lưu trữ, truy vấn thông tin lịch sử khám chữa bệnh của bệnh nhân trong hệ thống, tra cứu, liên thông cổng thông tin BHXH, BHYT. Thao tác phần mềm đơn giản, thuận tiện mang lại tính ứng dụng cao cho các nhân viên y tế.

Trải qua giai đoạn dịch bệnh bùng phát năm 2021, số lượt khám tại TTYT có tăng mạnh, tuy nhiên số lượng NB tăng huyết áp được quản lý lại giảm so với năm trước. Đây là vấn đề đòi hỏi khắc phục bằng nhiều biện pháp về quản lý điều trị, giáo dục tuyên truyền, đào tạo nhân lực, tập trung nguồn kinh phí, tài chính. Tuy nhiên hiện tại giai đoạn 2022-2023 tại TTYT huyện chưa có đánh giá, báo cáo cụ thể nào đánh giá các yếu tố, nguyên nhân của thực trạng này, do đó chưa đề ra được biện pháp khắc phục hiệu quả và triệt để.

1.6. Khung lý thuyết



Sơ đồ 1.1 Khung lý thuyết nghiên cứu

Trên cơ sở nghiên cứu quy trình quản lý điều trị người bệnh THA ngoại trú của BHYT, kết hợp tham khảo các nghiên cứu trong nước về đánh giá thực trạng quy trình quản lý điều trị THA ngoại trú của tác giả Nguyễn Thành Mạnh (14), tôi xây dựng khung lý thuyết với các yếu tố ảnh hưởng xuất phát từ phía cung cấp dịch vụ (Đặc điểm cá nhân người bệnh; Mô hình cung cấp dịch vụ; Nhân lực; Thuốc điều trị THA; Cơ sở vật chất, TTB; Công tác quản lý; Tài chính và dịch COVID-19).

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu định lượng

2.1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Nghiên cứu thu thập dữ liệu định lượng qua số liệu thứ cấp từ các nguồn:

Sổ khám bệnh, hồ sơ bệnh án các BN THA trong năm 2022: được quản lý bằng phần mềm quản lý khám bệnh của TTYT (phần mềm VNPT-HIS). Hồ sơ bệnh án ngoại trú, sổ khám bệnh điều trị THA. Các hồ sơ báo cáo đầy đủ thông tin hành chính, thông tin kết quả điều trị, thông tin hoạt động khám điều trị trong các đợt tái khám. Hồ sơ bệnh án tái khám tối thiểu 1 lần trong 6 tháng gần nhất.

Báo cáo năm 2022 của TTYT huyện Lộc Ninh về: Nguồn lực, trang thiết bị, thuốc, kinh phí cho quản lý THA.

Các báo cáo liên quan trong năm 2022 về kế hoạch, chương trình hoạt động, công tác triển khai quản lý điều trị ngoại trú THA.

2.1.2. Nghiên cứu định tính

Đối tượng ban lãnh đạo TTYT huyện Lộc Ninh (Giám đốc).

Đối tượng lãnh đạo, trưởng khoa khám bệnh TTYT huyện Lộc Ninh

Đối tượng bác sĩ phòng khám nội

Đối tượng điều dưỡng khoa khám bệnh TTYT huyện Lộc Ninh

Đối tượng NB điều trị ngoại trú THA

2.1.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Công tác tại TTYT/khoa trong khoảng thời gian năm 2022-2023, thời gian công tác tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tối thiểu 06 tháng.

Đối với người bệnh đảm bảo đủ 18 tuổi, đầy đủ khả năng nhận thức, không mắc các bệnh lý cấp tính, bệnh lý nguy kịch khác.

2.1.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không có mặt tại TTYT tại thời điểm nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023

Địa điểm nghiên cứu: TTYT huyện Lộc Ninh, tỉnh Bình Phước.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng kết hợp nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định lượng: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy số liệu hồi cứu thứ cấp từ nguồn báo cáo tổng kết của BV về quản lý THA điều trị ngoại trú. Thời gian nghiên cứu định lượng thu thập dữ liệu từ tháng 5/2023 đến hết tháng 6/2023

Nghiên cứu định tính: Tiến hành nghiên cứu định tính sau khi thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu định lượng, mục đích giải thích và làm rõ mục tiêu 2. Thời gian thu thập dữ liệu định tính trong tháng 7/2023.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Nghiên cứu định lượng

Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Lấy toàn bộ 693 hồ sơ bệnh án người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú năm 2022 tại TTYT huyện Lộc Ninh.

2.4.2. Nghiên cứu định tính

Đối tượng ban lãnh đạo TTYT huyện Lộc Ninh (01 PVS Giám đốc).

Đối tượng trưởng/phó khoa khám bệnh TTYT huyện Lộc Ninh (01 PVS trưởng khoa)

Đối tượng bác sĩ phòng khám nội (02 PVS BS phòng khám nội khoa phụ trách điều trị THA ngoại trú)

Đối tượng điều dưỡng khoa khám bệnh TTYT huyện Lộc Ninh (04 PVS điều dưỡng phụ trách phòng khám nội).

Thảo luận nhóm (2 cuộc, mỗi cuộc 10 người): Lựa chọn đối tượng NB điều trị THA ngoại trú trong ngày cuối thu thập dữ liệu thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn, sau đó phân loại thành 2 nhóm NB: Nhóm NB tuân thủ tái khám đúng hẹn và nhóm NB không tuân thủ tái khám đúng hẹn.

2.5. Phương pháp, công cụ thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

2.5.1.1. Nghiên cứu định lượng

Bộ công cụ thu thập số liệu được xây dựng dựa vào quy trình quản lý điều trị BN THA được dự án phòng chống bệnh THA xây dựng và áp dụng triển khai tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở. Số liệu thu thập dữ liệu thứ cấp, tổng hợp bằng phiếu thu thập dữ liệu nghiên cứu (phụ lục 1) được lấy trực tiếp từ:

Sổ khám bệnh, hồ sơ bệnh án các BN THA trong năm 2022: được quản lý bằng phần mềm VNPT HIS, kết hợp hồ sơ bệnh án ngoại trú.

Báo cáo của TTYT về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nguồn lực, chi phí cho chương trình quản lý điều trị THA năm 2022

Đơn thuốc quản lý THA tại phòng kế hoạch tổng hợp năm 2022

Các báo cáo liên quan trong năm 2022 về kế hoạch, chương trình hoạt động, công tác triển khai quản lý điều trị ngoại trú THA.

2.5.1.2. Nghiên cứu định tính

Sử dụng bộ công cụ thu thập dữ liệu hướng dẫn phỏng vấn sâu đối tượng lãnh đạo TTYT/trưởng/bác sĩ/điều dưỡng (Phụ lục 2, phụ lục 3)

Sử dụng bộ công cụ thu thập dữ liệu hướng dẫn thảo luận nhóm đối tượng NB THA (Phụ lục 4)

2.5.2. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.2.1. Nghiên cứu định lượng

Điều tra viên tiến hành thu thập dữ liệu nghiên cứu định lượng bằng công cụ thu thập (Phụ lục 1, phiếu số 1,2,3).

Gồm các nội dung chính: Cơ sở vật chất, trang thiết bị, nguồn lực, nhân lực, kinh phí cho chương trình điều trị THA ngoại trú và các báo cáo về phương hướng, chương trình hoạt động năm 2023.

Biến số thu thập từ hồ sơ bệnh án: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tham gia bảo hiểm y tế, thời gian mắc bệnh tăng huyết áp, mức độ bệnh tăng huyết áp. Chỉ số xét nghiệm, tần suất xét nghiệm (lấy kết quả xét nghiệm lần cuối trong năm 2022: HCT/HGB; Glucose máu; Điện giải; Acid uric; Lipid máu;

Creatinin; Men gan; Tổng phân tích nước tiểu; Điện tim; Đo huyết áp. Hoạt động tư vấn: tư vấn chế độ ăn, tư vấn chế độ vận động, luyện tập, tư vấn chế độ tuân thủ thuốc định kỳ, tư vấn chế độ theo dõi tái khám định kỳ.

Biển số thu thập từ hồ sơ báo cáo quản lý điều trị tăng huyết áp: Số bệnh nhân điều trị hằng năm; Số NB được lập hồ sơ quản lý trước năm 2022; Số NB được lập hồ sơ quản lý mới năm 2022; Số NB được lập hồ sơ quản lý điện tử. Ứng dụng công nghệ thông tin quản lý NB THA; Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân trên địa bàn. Số đợt hoạt động khám sàng lọc, số người bệnh phát hiện bệnh qua khám sàng lọc, số người bệnh phát hiện bệnh tự đến khám.

2.5.2.2. Nghiên cứu định tính

Thời gian tiến hành nghiên cứu định tính sau khi thu thập và xử lý số liệu, nhằm mục đích giải thích các kết quả nghiên cứu định lượng, đảm bảo nội dung nghiên cứu cho mục tiêu 2.

Tiến hành phỏng vấn sâu (PVS): Điều tra viên gọi điện thông báo lý do, mục đích ý nghĩa của đề tài và công văn giới thiệu nghiên cứu đến đối tượng nghiên cứu, sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu, điều tra viên hẹn thời gian và địa điểm cụ thể tiến hành PVS.

Trước khi tiến hành PVS, ĐTV giải thích mục đích, ý nghĩa, mức độ bảo mật thông tin nghiên cứu và xin phép đối tượng đồng ý cho ghi âm cuộc phỏng vấn. Mỗi cuộc PVS kéo dài từ 20-30 phút. ĐTV dựa vào bảng câu hỏi hướng dẫn PVS (Phụ lục 2), đồng thời trong quá trình phỏng vấn có thể linh động đặt các câu hỏi liên quan đến mục tiêu nghiên cứu.

Tiến hành 02 cuộc thảo luận nhóm: Sau khi chọn đủ 10 NB/nhóm nghiên cứu (nhóm tuân thủ tái khám đúng hẹn và nhóm không tái khám đúng hẹn), mời đối tượng nghiên cứu tiến hành thảo luận nhóm, giải thích quy trình thảo luận, thời gian thảo luận 60-90 phút, nội dung thảo luận dựa vào phiếu gợi ý thảo luận (Phụ lục 3,4), trong quá trình thảo luận các câu hỏi có thể linh động phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

2.6. Các biến số nghiên cứu

2.6.1. Biến số nghiên cứu định lượng

Nhóm biến số đặc điểm chung NB THA (Thu thập hồ sơ bệnh án thời điểm khám lần đầu trong năm 2022): Giới tính; Tuổi; Nghề nghiệp; Tham gia BHYT; Thời gian mắc THA

Nhóm biến số hoạt động điều trị (Thu thập thời điểm khám lần cuối trong năm 2022): Số BN THA đang quản lý; Số BN THA đang tham gia điều trị; Kết quả điều trị; Tình hình tái khám định kỳ; Tỷ lệ xét nghiệm định kỳ.

Nhóm biến số hoạt động lập hồ sơ quản lý (Thu thập thời điểm khám lần cuối trong năm 2022): Tỷ lệ được lập hồ sơ quản lý; Hoạt động bổ sung, cập nhật thông tin vào hồ sơ quản lý qua từng lần khám; Phần mềm quản lý NB THA; Tỷ lệ NB THA được lập hồ sơ vào phần mềm quản lý THA; Số NB THA được cập nhật thông tin khám từng lần vào phần mềm quản lý.

Nhóm biến số hoạt động tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe (Thu thập thời điểm khám lần cuối trong năm 2022): Tư vấn chế độ uống thuốc; Tư vấn chế độ ăn uống và vận động, luyện tập; Tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ; Xây dựng kế hoạch truyền thông bệnh THA; Số buổi truyền thông bệnh THA; Số người tham gia buổi truyền thông THA.

Nhóm biến số hoạt động tư vấn giám sát, theo dõi điều trị (Thu thập thời điểm khám lần cuối trong năm 2022): Theo dõi tác dụng phụ; Xử trí tác dụng phụ của CBYT; Theo dõi đo huyết áp khi tái khám; Theo dõi biến chứng THA; Theo dõi yếu tố nguy cơ của THA.

2.6.2. Chủ đề nghiên cứu định tính

Bảng 2.1 Chủ đề nghiên cứu định tính

STT	Chủ đề	Nội dung nghiên cứu
1	Yếu tố môi trường chính sách và quản lý điều hành	Chính sách của TTYT về kiểm soát quản lý THA Các văn bản, thông tư quản lý THA Tính chính xác, kịp thời của TTYT
2	Nhân lực cung cấp dịch vụ tăng huyết áp	Sự đáp ứng đủ NVYT trong làm việc kiểm soát quản lý THA Thuận lợi, khó khăn về chất lượng, số lượng
3	Trang thiết bị, cơ sở vật chất, thuốc điều trị tăng huyết áp	Nguồn thuốc, trang thiết bị, vật tư y tế đảm bảo cho phục vụ quản lý THA như thế nào
4	Quản lý hệ thống thông tin	Công tác theo dõi giám sát quản lý THA tiến hành như thế nào, thuận lợi khó khăn như thế nào NB THA được theo dõi những vấn đề gì, như thế nào Hệ thống thông tin giúp quản lý việc triển khai các hoạt động dự phòng, chẩn đoán và quản lý THA như thế nào
5	Yếu tố liên quan đặc điểm cá nhân người bệnh THA	Đặc điểm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, có hoặc không sử dụng bảo hiểm y tế ảnh hưởng đến kết quả điều trị THA ngoại trú
6	Yếu tố dịch bệnh COVID-19	Khó khăn trong năm 2022 về các vấn đề ảnh hưởng quản lý điều trị THA do dịch bệnh COVID-19

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

2.7.1. Phân tích số liệu nghiên cứu định lượng

Thu thập số liệu bằng phần mềm Excel 2016

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0

Các số liệu được xử lý theo giá trị trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$)

Các số liệu được xử lý theo tỷ lệ %

2.7.2. Phân tích số liệu nghiên cứu định tính

Các cuộc phỏng vấn sâu được ghi âm, xử lý theo nội dung từng chủ đề.

2.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được qua hội đồng Y đức của trường Đại học Y tế công cộng theo công văn số 265/2023/YTCC-HD3 và sự cho phép của ban lãnh đạo TTYT huyện Lộc Ninh về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH.

Các thông tin thu thập được chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu và được giữ bí mật chỉ nghiên cứu viên được phép tiếp cận. Kết quả nghiên cứu được thông báo về cho CSYT tham gia nghiên cứu.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh THA đang được quản lý điều trị trong nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu (n=693)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	<40 tuổi	16	2,3
	40-59 tuổi	214	30,7
	60-80 tuổi	407	58,5
	>80 tuổi	59	8,5
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	64,4 \pm 11,8	
Giới	Nam	330	47,6
	Nữ	363	52,4

Nhận xét:

Đặc điểm về nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là nhóm 60-80 tuổi với 58,5%, nhóm thấp nhất là <40 tuổi với 2,3%. Tuổi trung bình là 64,4 \pm 11,8 tuổi.

Giới tính nữ nhiều hơn nam giới (52,4% so với 47,6%).

3.1.2. Đặc điểm nghề nghiệp, trình độ học vấn

Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp và trình độ học vấn của người bệnh (n=693)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nghề nghiệp	Nông dân/Công nhân	384	55,4
	Hưu trí	201	29,0
	Cán bộ công nhân viên chức	104	15,0
	Khác	4	0,6
Trình độ học vấn	Tiểu học	19	2,7
	Trung học cơ sở	94	13,6
	Trung học phổ thông	403	58,2
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại	177	25,5

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
	học/Sau đại học		

Nhận xét:

Nghề nghiệp chủ yếu là nhóm Nông dân/Công nhân (55,4%) và Hưu trí (29,0%), nhóm nghề nghiệp Cán bộ công nhân viên chức chiếm 15,0%.

Trình độ học vấn chủ yếu là nhóm trình độ trung học phổ thông (58,2%), tiếp đến là nhóm trình độ học vấn Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học với 25,5%.

3.1.3. Đặc điểm tham gia bảo hiểm y tế, thời gian mắc bệnh, mức độ tăng huyết áp

Bảng 3.3. Tình trạng bệnh THA và tham gia BHYT của người bệnh THA đang được quản lý điều trị (n=693)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tham gia BHYT	Có	693	100
	Không	0	0
Thời gian bị THA	< 5 năm	319	46,0
	5-10 năm	218	31,5
	≥ 10 năm	156	22,5
Mức độ THA	Huyết áp mục tiêu	511	73,7
	THA độ 1	158	22,8
	THA độ 2	20	2,9
	THA độ 3	4	0,6
Số bệnh nhân THA điều trị năm 2022	Số BN THA điều trị cũ	537	77,5
	Số BN THA điều trị mới trong năm 2022	156	22,5

Nhận xét:

100% đối tượng nghiên cứu sử dụng bảo hiểm y tế trong khám điều trị ngoại trú THA.

Phân bố thời gian mắc bệnh chủ yếu là nhóm < 5 năm với 46%, nhóm 5-10 năm chiếm 31,5% và nhóm ≥ 10 năm chiếm 22,5%

Mức độ tăng huyết áp được lấy tại lần cuối người bệnh được đo huyết áp, kết quả cho thấy 73,7% đạt huyết áp mục tiêu, 22,8% THA độ 1 và 2,9% THA độ 2.

3.2. Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú

3.2.1. Quản lý khám sàng lọc THA

Bảng 3.4. Phân bố NB THA theo hoạt động khám phát hiện tăng huyết áp năm 2022 (n=693)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổng số người được khám sàng lọc năm 2022	10.584	100%
Số NB THA được phát hiện		
Tổng số bệnh nhân THA được phát hiện mới	693	100%
Trong đợt khám sàng lọc (khám sức khỏe định kỳ) tại trung tâm y tế	488	70,4%
Được khám phát hiện thông qua người dân tự đến khám	213	29,6%

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh được phát hiện bệnh THA trong đợt khám sức khỏe định kỳ là 70,4%, nhóm chủ động đi khám phát hiện bệnh chiếm 29,6%.

3.2.2. Kết quả khám, điều trị người bệnh tăng huyết áp ngoại trú

Bảng 3.5. Kết quả tái khám định kỳ của người bệnh THA ngoại trú (n=693)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tái khám đúng hẹn	419	60,5
Tái khám không đúng hẹn	212	30,6
Không tái khám	62	8,9
Tổng	693	100

Nhận xét:

Đặc điểm về tái khám đúng hẹn cho thấy có 60,5% NB tái khám đúng hẹn, 30,6% tái khám không đúng hẹn và 8,9% đi khám một lần không tái khám.

Bảng 3.6. Kết quả chỉ số huyết áp (n=693)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt huyết áp mục tiêu	511	73,7
Không đạt huyết áp mục tiêu	182	26,3
Tổng	693	100

* Chỉ số huyết áp được lấy lần cuối người bệnh đến khám trong năm 2022

Nhận xét: Có 511 người bệnh (73,7%) đạt huyết áp mục tiêu điều trị.

Bảng 3.7. Liên quan giữa đặc điểm tái khám và kết quả huyết áp mục tiêu (n=693)

Kết quả huyết áp Đặc điểm tái khám	Đạt huyết áp mục tiêu	Không đạt huyết áp mục tiêu	OR 95%CI	p
Tái khám đúng hẹn	376 (89,7%)	43 (10,3%)	9,0 6,21-13,41	<0,05
Tái khám không đúng hẹn/không tái khám	135 (49,3%)	139 (50,7%)		

Nhận xét:

Kết quả tỷ lệ người bệnh tái khám đúng hẹn đạt huyết áp mục tiêu cao gấp 9,0 lần so với nhóm tái khám không đúng hẹn, không tái khám, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Kết quả hoạt động xét nghiệm định kỳ (n=631)

Chỉ số xét nghiệm	Quy định	Kết quả thực hiện		
		Đúng số lần quy định	Không đúng số lần quy định	Không thực hiện
HGB/HCT	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	238 (37,7%)	296 (46,9%)	97 (15,4%)
Glucose máu	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	340 (53,9%)	200 (31,7%)	91 (14,4%)
Điện giải	Thời điểm chẩn đoán	374 (59,3%)	254 (40,2%)	3 (0,5%)

Chỉ số xét nghiệm	Quy định	Kết quả thực hiện		
		Đúng số lần quy định	Không đúng số lần quy định	Không thực hiện
	và ≥ 1 lần/năm			
Acid uric	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	350 (55,5%)	279 (44,2%)	2 (0,3%)
Lipid máu	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	350 (55,5%)	279 (44,2%)	2 (0,3%)
Creatinin	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	350 (55,5%)	279 (44,2%)	2 (0,3%)
Men gan	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	350 (55,5%)	279 (44,2%)	2 (0,3%)
Tổng phân tích nước tiểu	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm	373 (59,1%)	258 (40,9%)	0 (0%)
Điện tim	≥ 1 lần/năm	428 (67,8%)	201 (31,9%)	2 (0,3%)
Đo huyết áp	Thời điểm chẩn đoán và ít nhất 3 tháng 1 lần	552 (87,5%)	79 (12,5%)	0 (0%)

Nhận xét:

Các chỉ số xét nghiệm được đánh giá trên những đối tượng bệnh nhân có tái khám trong năm (đối tượng tái khám đúng hẹn và không đúng hẹn), loại trừ đối tượng không tái khám trong năm. Kết quả các chỉ số xét nghiệm được thực hiện đúng số lần quy định tỷ lệ cao là Đo huyết áp (87,5%), Điện tim (67,8%), Tổng phân tích nước tiểu (59,1%), Điện giải (59,3%), Acid uric (55,5%), Lipid máu (55,5%), Creatinin (55,5%), Men gan (55,5%).

Bảng 3.9. Kết quả xét nghiệm định kỳ

Chỉ số xét nghiệm	Kết quả	Đặc điểm tái khám		
		Đúng hẹn	Không đúng hẹn/tái khám	Tổng
Glucose máu n=581	Bình thường	371 (63,9%)	125 (21,5%)	581 100%
	Tăng đường huyết	48 (8,3%)	37 (6,3%)	
Creatinin n=689	Bình thường	348 (50,5%)	203 (29,5%)	689 100%
	Tăng	71 (10,3%)	67 (9,7%)	
Acid uric n=689	Bình thường	379 (55,0%)	236 (34,3%)	689 100%
	Tăng	40 (5,8%)	34 (4,9%)	
Lipid máu n=689	Bình thường	304 (44,1%)	112 (16,3%)	689 100%
	Tăng	115 (16,7%)	158 (22,9%)	
Men gan n=689	Bình thường	341 (49,5%)	189 (27,4%)	689 100%
	Tăng	78 (11,3%)	81 (11,8%)	
HGB n=574	Bình thường	418 (72,8%)	150 (26,1%)	574 100%
	Tăng/giảm	1 (0,2%)	5 (0,9%)	
HCT n=574	Bình thường	419 (73%)	151 (26,3%)	574 100%
	Tăng/giảm	0	4 (0,7%)	

Nhận xét:

Kết quả Glucose máu nằm trong giới hạn bình thường xu hướng cao hơn ở nhóm tái khám đúng hẹn (63,9% so với 21,5%).

Kết quả Creatinin máu nằm trong giới hạn bình thường xu hướng cao hơn ở nhóm tái khám đúng hẹn (50,5% so với 29,5%).

Kết quả Acid uric nằm trong giới hạn bình thường xu hướng cao hơn ở nhóm tái khám đúng hẹn (55,0% so với 34,3%).

Kết quả Lipid máu nằm trong giới hạn bình thường xu hướng cao hơn ở nhóm tái khám đúng hẹn (44,1% so với 16,3%).

Kết quả men gan nằm trong giới hạn bình thường xu hướng cao hơn ở nhóm tái khám đúng hẹn (49,5% so với 27,4%).

Đa số chỉ số xét nghiệm HBG và HCT nằm trong giới hạn bình thường.

3.2.3. Hoạt động lập hồ sơ quản lý

Bảng 3.10. Hoạt động lập hồ sơ quản lý (n=693)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số NB được lập hồ sơ quản lý trước năm 2022	511	73,7
Số NB được lập hồ sơ quản lý mới trong năm 2022	182	26,3
Được lập hồ sơ quản lý điện tử	693	100
Tổng	693	100

Nhận xét:

Trong năm 2022 số người bệnh được lập hồ sơ quản lý điều trị mới là 182 NB chiếm 26,3%. 100% NB THA được lập hồ qua điện tử quản lý điều trị.

Bảng 3.11. Hoạt động cập nhật điều trị hồ sơ bệnh án ngoại trú (n=693)

Hoạt động quản lý thông tin	Có (Ghi rõ số lượng)	Có nhưng không đầy đủ	Không
Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý THA theo BHYT	693 (100%)	0	0
Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân trên địa bàn	693 (100%)	0	0
Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ điện tử người bệnh	419 (60,5%)	211 (30,4%)	63 (8,1%)

Nhận xét:

100% Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý THA theo BHYT và 100% Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân trên địa bàn. 60,5% Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ điện tử người bệnh.

3.2.4. Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp

Bảng 3.12. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh THA (n=693)

Nội dung tư vấn, giáo dục	Số NB được tư vấn, giáo dục sức khỏe	Tỷ lệ (%)
Tư vấn chế độ ăn	457	65,9
Tư vấn chế độ vận động, luyện tập	266	38,4
Tư vấn chế độ tuân thủ điều trị thuốc	608	87,7
Tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ	309	44,6

Nhận xét:

Thực hiện chế độ tư vấn có 65,9% tư vấn chế độ ăn, 87,7% tư vấn chế độ tuân thủ điều trị thuốc, 44,6% Tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ và 38,4% tư vấn chế độ vận động, luyện tập.

Bảng 3.13. Kế hoạch hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe năm 2022 (n=693)

Hoạt động	Kế hoạch	Thực hiện
Xây dựng kế hoạch truyền thông bệnh THA	12	12 (100%)
Số buổi truyền thông bệnh THA	12	10 (83,3%)
Số người tham gia buổi truyền thông THA	1200	749 (62,4%)

Nhận xét: Kết quả xây dựng kế hoạch 100%, trong đó thực hiện số buổi truyền thông đạt 83,3% so với chỉ tiêu và số người tham gia buổi truyền thông THA đạt 62,4% so với kế hoạch.

3.2.5. Quản lý theo dõi giám sát điều trị người bệnh THA

Bảng 3.14. Hoạt động theo dõi biến chứng do THA (n=693)

Hoạt động theo dõi biến chứng	Số NB được theo dõi	Tỷ lệ
Biến chứng tim mạch	544	78,5
Biến chứng mạch máu não	58	8,4
Biến chứng thận	388	56,0
Biến chứng mắt	217	31,3
Biến chứng khác	49	7,0

Nhận xét:

Kết quả theo dõi biến chứng THA cho thấy tỷ lệ biến chứng cao nhất là biến chứng tim mạch (78,5%), biến chứng thận (56,0%), biến chứng mắt (31,3%). Thấp nhất là biến chứng mạch máu não (8,4%) và biến chứng khác (7%).

Bảng 3.15. Hoạt động theo dõi yếu tố nguy cơ THA (n=693)

Hoạt động theo dõi yếu tố nguy cơ	Số NB được theo dõi trong HSBA	Tỷ lệ
Yếu tố tuổi cao	693	100
Theo dõi cân nặng	311	44,9
Tiền sử lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá	489	70,6
Ít hoạt động thể lực	351	50,6
Tiền sử gia đình bệnh lý THA	601	86,7

Nhận xét:

Hoạt động theo dõi yếu tố nguy cơ đạt tỷ lệ cao nhất là theo dõi tuổi cao (100%), theo dõi tiền sử gia đình bệnh lý THA (86,7%), theo dõi Tiền sử lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá (70,6%), theo dõi chế độ hoạt động thể lực (50,6%), theo dõi cân nặng (44,9%).

Bảng 3.16. Kết quả tuân thủ điều trị (n=693)

Tuân thủ điều trị	Số NB được theo dõi trong HSBA	Tỷ lệ
Tuân thủ chế độ sử dụng thuốc	618	89,2
Tuân thủ chế độ dinh dưỡng	410	59,2
Tuân thủ chế độ tái khám	529	76,3
Tuân thủ chế độ sinh hoạt, vận động thể lực	247	35,6

Nhận xét:

Kết quả hoạt động tuân thủ điều trị thấp nhất là tuân thủ chế độ sinh hoạt, vận động thể lực với 35,6%.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý điều trị ngoại trú

3.3.1. Yếu tố xuất phát liên quan từ cá nhân người bệnh

Yếu tố thuận lợi:

Bệnh nhân chủ yếu sức khỏe ổn định, tự đi khám, lấy thuốc định kỳ hàng tháng, không phụ thuộc vào người nhà, con cái.

“Cá nhân tôi thấy ngày đi khám thuốc huyết áp chủ yếu là người già người cao tuổi, tuy nhiên đa số đều tự đi khám được, không cần có người nhà đưa đi nên tự chủ được đi khám” PVS_BS2.

Yếu tố khó khăn:

Người bệnh không tái khám đúng hẹn, tâm lý chủ quan tự mua thuốc uống khó khăn trong theo dõi kết quả điều trị.

“Tình hình bệnh nhân không tái khám hàng tháng rất nhiều, nhiều người đi khám rồi tự mua thuốc ngoài uống cho nhanh và tiện vì thuốc huyết áp bây giờ cũng rẻ, mua ở ngoài tiện hơn. Nhưng vì thế mà chúng tôi điều trị không theo dõi được kết quả hiệu quả điều trị hàng tháng thế nào” PVS_DD1

Nguyên nhân một phần do tâm lý chủ quan nghĩ thuốc mua ngoài cũng như trong bệnh viện cấp, ngại tốn thời gian đi khám, ngại đi bệnh viện.

“Chúng tôi ngại đi khám một phần vì bệnh nhân khám đông, chờ lâu, nhiều khi mất cả buổi sáng để lấy được thuốc huyết áp, mà thuốc thì tôi mua ngoài cũng được, nên thi thoảng mới đi khám trên viện để kiểm tra xét nghiệm bổ sung thêm thôi” TLN_NB1.

3.3.2. Yếu tố môi trường chính sách và quản lý và điều hành

Yếu tố thuận lợi:

Sự quản lý chặt chẽ về chế độ dinh dưỡng, tập luyện đối với bệnh nhân là rất cần thiết, đặc biệt với người bệnh THA, vì đây là yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả điều trị và tiên lượng bệnh. Bên cạnh đó, các cán bộ y tế cũng luôn nhắc nhở bệnh nhân tái khám thường xuyên đều đặn.

“Quản lý THA được thực hiện dưới sự chỉ đạo của ban Quản lý về chế độ hướng dẫn tập luyện, duy trì cân nặng lý tưởng, duy trì vòng bụng, giảm ăn mặn, hạn chế thức ăn chế biến sẵn, đồ uống ngọt có gas, kết hợp điều trị thuốc hạ huyết

áp với thay đổi lối sống tích cực và kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch chính khác (nếu có)". (PVS_LĐK)

“Việc quản lý THA được thực hiện thường xuyên và đầy đủ bởi cán bộ dưới sự hướng dẫn của các ban ngành, sở y tế” (PVS_BS2)

“Dặn dò tái khám định kỳ, lấy dấu hiệu huyết áp” (PVS_ĐD2)

Yếu tố khó khăn:

Việc quản lý lịch khám và hẹn khám của người bệnh qua các phần mềm đem lại nhiều thuận lợi. Tuy nhiên, đôi lúc còn có những trường hợp không may xảy ra, làm sự quản lý, điều hành đối với bệnh nhân còn chưa được hiệu quả, xuất hiện nhiều bất cập.

“Khám và hẹn tái khám hàng tháng bệnh nhân THA, quản lý bằng phần mềm khám chữa bệnh. Còn gặp một số trục trặc về phần mềm quản lý khám ngoại trú nên đôi khi người bệnh mất thời gian chờ xử lý” (PVS_BS1)

Công tác quản lý báo cáo thống kê khám điều trị ngoại trú hàng tháng và hằng năm chưa đầy đủ.

“Bệnh nhân đến khám lần đầu và khám định kỳ đều có sổ khám bệnh và theo dõi hàng tháng, tất cả đều được làm theo quy trình khám và hướng dẫn cụ thể. Chưa có thống kê báo cáo hàng tháng, hàng năm” (PVS_ĐD1)

“Đa phần bệnh nhân đến khám là BHYT nên nhiều lúc phần mềm soát bệnh có đôi khi còn hạn chế cho y bác sĩ khi thăm khám. Một số bệnh nhân tự ý bỏ điều trị, không tuân thủ lời khuyên các bác sĩ về lối sống cũng như thói quen ăn uống gây cản trở công tác quản lý” (PVS_ĐD3)

Yếu tố chính sách điều hành chưa thuận lợi trong tạo điều kiện về thời gian và địa điểm phòng khám cho cán bộ y tế khám, tư vấn điều trị. *“Chúng tôi rất cần sự hỗ trợ của bệnh viện trong quá trình điều trị bởi vì đa số chúng tôi đều là nông dân cho nên về kiến thức các thứ liên quan đến bệnh điều trị như thế nào thì hoàn toàn phụ thuộc và các bác sĩ ở đây” (TLN_NB1)*

“Cá nhân tôi thì thấy thi thoảng bệnh viện chưa tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi đi khám về mà thời gian chờ phòng khám riêng” (TLN_NB3)

3.3.3. Nhân lực

Yếu tố thuận lợi:

Có rất nhiều ý kiến khác nhau về tình trạng nhân lực phục vụ nhu cầu khám bệnh ngoại trú của người bệnh THA. Thực tế, số lượng và chất lượng nhân lực của phòng khám điều trị ngoại trú nói chung và nhân lực quản lý điều trị THA đáp ứng hoàn thành khám điều trị ngoại trú hàng tháng.

“Nhân lực trong phòng khám điều trị ngoại trú và nhân lực phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA chưa đảm bảo so với biên chế và so với tình hình thực tế công việc” (PVS_GĐ).

Cần sự phối hợp quản lý điều trị ở địa bàn cơ sở y tế tuyến xã.

“Phần lớn bệnh nhân vẫn đang được điều trị định kỳ với đội ngũ nhân lực y tế xã thực hiện quản lý điều trị bệnh THA đảm bảo đủ 3 thành phần nhân lực chính trong quản lý điều trị bệnh THA và đại tháo đường là y bác sĩ đa khoa có chứng chỉ hành nghề, cán bộ theo dõi bệnh không lây nhiễm” (PVS_LĐK)

“Chúng tôi được các bác sĩ và các cô y tá điều dưỡng ở bệnh viện tư vấn chăm sóc dặn dò chu đáo lắm, đặc biệt là giải thích về bệnh kỹ nên chúng tôi thấy yên tâm điều trị lắm” (TLN_NB2).

Yếu tố khó khăn:

Tuy nhiên, trung tâm y tế vẫn còn tồn tại tình trạng kiêm nhiệm nhiều nhiệm vụ và khi có số lượng người bệnh nhiều thì nhân lực sẽ thiếu.

“Tình hình nhân lực hiện tại còn chưa đủ và kiêm nhiệm nhiều nhiệm vụ, gây ảnh hưởng tới chất lượng quản lý công tác điều trị THA cho bệnh nhân” (PVS_GĐ)

“Đội ngũ nhân lực có kinh nghiệm nhưng chưa thu hút được số lượng lớn, nhiều thời điểm số lượng cán bộ không đủ để phục vụ nhu cầu của bệnh nhân khi số lượng khám và tái khám đột đột tăng cao” (PVS_BS1)

Tình trạng này được nhiều người đánh giá do chưa có chính sách tốt thu hút cán bộ và nguồn nhân lực có trình độ, nhưng thực tế trong một số thời điểm bệnh nhân đông thì tình trạng quá tải là không thể tránh khỏi.

“Tình hình nhân lực tại trung tâm y tế còn nhiều hạn chế do chưa có chính sách tốt thu hút cán bộ, gây nhiều khó khăn trong việc quản lý điều trị THA do người dân” (PVS_GĐ)

“Trong vài năm trở lại đây, trung tâm y tế đã thực hiện nhiều cố gắng và thu hút thêm nhiều cán bộ để phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh của người dân cũng như cải thiện chất lượng công tác quản lý cho người bệnh. Tuy nhiên trong một số thời điểm đông người bệnh, đội ngũ cán bộ y tế tại trung tâm phải kiêm nhiệm và khó khăn trong quản lý điều trị người bệnh” (PVS_LĐK)

“Có lúc tôi thấy còn phải chờ bác sĩ hoặc điều dưỡng từ phòng khám khác qua để hỗ trợ chắc là thiếu người làm cho nên có nhiều hôm chúng tôi phải chờ khám lâu hơn” (TLN_NB6).

“Có một số thời điểm thì chúng tôi đi khám lấy thuốc về không được dặn dò gì cả, cũng phải thông cảm cho các bác sĩ ở đây công việc quá nhiều, còn các cô y tá điều dưỡng thì cũng đã nhiệt tình hết sức có thể rồi” (TLN_NB10).

3.3.4. Thuốc, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng

Yếu tố thuận lợi:

Bệnh viện từng bước đáp ứng danh mục thuốc điều trị, các nhóm thuốc theo nhu cầu điều trị phác đồ mới của bệnh viện.

“Thông thường thiếu một số nhóm thuốc điều trị tuy nhiên bệnh viện rất tạo điều kiện nhập thuốc, làm hồ sơ thủ tục thuốc bảo hiểm đảm bảo cho bác sĩ điều trị có đủ nhóm thuốc theo yêu cầu” (PVS_BS1).

Yếu tố khó khăn:

Tại trung tâm y tế, nhìn chung còn tồn tại tình trạng thiếu thuốc, đặc biệt là thuốc bảo hiểm. Tình trạng lỗi phần mềm quản lý cũng ảnh hưởng rất nhiều đến công tác phát thuốc cho người bệnh.

“Thuốc bảo hiểm còn thiếu, đặc biệt là thuốc THA và thuốc tim mạch THA; còn gặp nhiều hạn chế trong quy trình cấp phát do phần mềm nhiều khi gặp lỗi quản lý điều trị bệnh nhân THA. Cơ sở vật chất, trang thiết bị đã có nhưng chưa đầy đủ, nhiều khi xảy ra tình trạng hỏng hóc nhưng không có thiết bị thay thế gây ảnh hưởng nhiều đến tình hình quản lý điều trị cho người bệnh” (PVS_BS2)

“Phần lớn người bệnh đến khám thuộc diện BHYT nhưng do kinh phí có giới hạn nên nhiều khi thuốc bảo hiểm không đủ đáp ứng nhu cầu của người bệnh, gây ảnh hưởng đến việc quản lý và đánh giá hiệu quả điều trị người bệnh THA” (PVS_GĐ)

Trong khi tình trạng thuốc cho người bệnh còn nhiều vấn đề tồn đọng, tình trạng cơ sở hạ tầng, máy móc, trang thiết bị y tế tuy chưa đầy đủ và hư hại nhưng vẫn phục vụ người bệnh khá tốt. Tuy nhiên, để tối ưu khả năng phục vụ người bệnh, trung tâm y tế cần tăng cường ứng dụng các thành tựu công nghệ khoa học vào việc quản lý điều trị người bệnh.

“Cơ sở tương đối đầy đủ tiện nghi, trang thiết bị phục vụ công tác quản lý tương đối đầy đủ, hệ thống phần mềm riêng” (PVS_ĐD4)

Công tác xây dựng quy chuẩn hóa phần mềm ứng dụng quản lý điều trị THA tại bệnh viện không đảm bảo.

“Máy móc và trang thiết bị phục vụ cho quản lý THA được kiểm tra hàng năm nhưng đôi khi không đủ cho công tác quản lý điều trị của cán bộ y tế cũng như nhu cầu sử dụng của người bệnh đến khám và tái khám định kỳ” (PVS_BS1)

“Hệ thống cơ sở hạ tầng và trang thiết bị còn tốt và đảm bảo phục vụ đủ cho nhu cầu của bệnh nhân, đôi khi không đáp ứng tốt nhưng không đáng quan ngại. Bên cạnh đó, cần nâng cao công tác quản lý điều trị THA bằng phần mềm quản lý điện tử” (PVS_BS2)

“Thuốc chúng tôi hằng tháng đều đến lấy đều đặn nhưng mà tôi phải uống liều cao hơn nên thường phải kết hợp thuốc tự mua ngoài nữa mới đủ uống trong vòng 1 tháng” (TLN_NB7).

“Phòng ốc thì đảm bảo cho chúng tôi chờ khám, đến khám nhưng mà phòng vệ sinh thì hơi bẩn” (TLN_NB6).

3.3.5. Hệ thống thông tin

Yếu tố thuận lợi:

Hệ thống thông tin cũng là một trong những yếu tố cần thiết, đóng một vai trò đặc biệt quan trọng đối với điều trị ngoại trú. Sự tuyên truyền, thành lập các kênh thông tin riêng để truyền bá, tư vấn chế độ ăn uống, tập luyện cho bệnh nhân

đầy đủ là thực sự cần thiết, bên cạnh đó là sự theo dõi đối với bệnh nhân ngoại trú cũng hết sức cấp thiết.

“Tổ chức các lớp truyền thông tại xã cho bệnh nhân THA với các nội dung về nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ của bệnh THA, cách dùng thuốc, theo dõi huyết áp tại nhà, chế độ ăn uống, sinh hoạt, luyện tập, ý nghĩa của các chỉ số xét nghiệm.v.v..” (PVS_ĐD1)

Yếu tố khó khăn:

Trung tâm y tế cũng đã thực hiện các buổi tư vấn giáo dục, giáo dục truyền thông tại xã và tại nhà cho người bệnh liên quan đến các chế độ ăn uống, theo dõi tình trạng bệnh, cách dùng thuốc,... tuy nhiên chưa nhiều.

“Các buổi hướng dẫn, tuyên truyền về THA cũng như cách phòng tránh, phương pháp sinh hoạt ăn uống trong điều trị THA chưa được triển khai thực hiện nhiều. Chưa triển khai phần mềm riêng nên không đủ thông tin” (PVS 2)

Bên cạnh đó, khi người bệnh tới khám và nhận thuốc định kỳ, các cán bộ y tế trung tâm đều hướng dẫn người bệnh về các thông tin theo dõi, lối sống lành mạnh, phù hợp với thể trạng và cách tăng cường sức khỏe.

“Ngoài việc dặn dò bệnh nhân sau khi khám bệnh, chúng tôi chưa có cơ hội thực hiện các buổi tuyên truyền chính thức để nâng cao kiến thức, nhấn mạnh thêm tầm quan trọng của lối sống cho người bệnh trong điều trị THA” (PVS 3)

“Có hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc đúng giờ và đủ liều, chế độ ăn giảm mặn, giảm ngọt, giảm mỡ, ăn nhiều rau củ quả, thường xuyên tập thể dục, đi bộ...” (PVS 4)

3.3.6. Yếu tố tình hình kinh tế-xã hội, dịch bệnh COVID-19

Yếu tố thuận lợi:

Tình hình kinh tế xã hội ngày càng quan tâm chăm lo sức khỏe, chủ động đi khám phát hiện bệnh sớm, quản lý theo dõi và dự phòng các biến chứng do bệnh, từ đó giúp điều trị thuận lợi và hiệu quả hơn.

“Chúng tôi cũng lo lắng về sức khỏe bản thân lắm, tìm hiểu nhiều nguồn thông tin để đảm bảo được sức khỏe, tránh các biến chứng vì bệnh mà biến chứng như đột quỵ não thì mệt mỏi lắm” (TLN_NB3)

Yếu tố khó khăn:

Về yếu tố kinh tế - xã hội, hầu hết các địa phương còn tồn tại tình hình thiếu hụt kinh phí riêng dành cho quản lý bệnh nhân điều trị ngoại trú nói chung và điều trị ngoại trú bệnh THA và ở trung tâm tế huyện Lộc Ninh, tỉnh Bình Phước cũng không ngoại lệ. Tình trạng này dẫn đến nhiều bất cập về chất lượng quản lý và sự thu hút nhân lực trong ngành.

“Đối với chương trình quản lý điều trị THA cho người bệnh tại trung tâm y tế, mặc dù được hướng dẫn chỉ đạo nhưng chưa có nguồn kinh phí riêng về mảng này để phục vụ tốt hơn nhu cầu khám chữa bệnh người bệnh nhân đến khám và tái khám định kì cũng như cải thiện chất lượng trang thiết bị và cơ sở hạ tầng” (PVS_ĐD3)

“Trung tâm được đầu tư các nguồn kinh phí để hoạt động phục vụ cho người bệnh nhưng chưa có kinh phí riêng cho chương trình quản lý điều trị bệnh THA nên gặp nhiều khó khăn trong việc cải thiện chất lượng quản lý cũng như thu hút nhân lực cán bộ y tế tham gia thực hiện” (PVS_LĐK)

Ngoài những yếu tố đã đề cập, hiện tại trung tâm y tế còn chịu sự ảnh hưởng của dịch Covid. Dịch Covid ảnh hưởng tiêu cực tới sự quản lý bệnh nhân ngoại trú, đặc biệt đối với người bệnh THA, đặc thù khi phải theo dõi huyết áp và pháp thuốc định kỳ, cùng với đó là sự giảm số lượng bệnh nhân, khi người bệnh hạn chế tới bệnh viện vì lo ngại dịch bệnh lâu lan cũng như chính sách giãn cách của chính phủ.

“Dịch COVID 19 trong 3 tháng đầu của năm 2022 qua ảnh hưởng không nhỏ đến công tác quản lý điều trị THA, đời sống sinh hoạt ăn uống và sử dụng thuốc của bệnh nhân trong điều trị THA. Số lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh THA giảm, khó khăn do tình hình giãn cách. Tuy nhiên, các quý sau bệnh nhân khám bình thường” (PVS_BS2)

“Khó khăn trong việc theo dõi huyết áp định kỳ và đáp ứng sau điều trị ngoại trú. Trung tâm thực hiện biện pháp phát thuốc THA dài hạn để hạn chế đi lại nhưng cũng vì vậy mà bệnh nhân khó kiểm tra được huyết áp thường xuyên” (PVS_BS1)

“Giai đoạn dịch bệnh hầu như chúng tôi mua thuốc ở ngoài cả mấy tháng uống tại nhà thôi chứ đi bệnh viện sợ bị lây nhiễm COVID. Nhưng trong cả năm trời không được theo dõi huyết áp với các xét nghiệm nên cũng thấy lo lo” (TLN_NB8)

“Trong giai đoạn COVID 19, việc theo dõi quản lý người bệnh THA gặp nhiều khó khăn do nhiều bệnh nhân vì giãn cách, khó khăn về kinh tế, di chuyển qua các chốt kiểm soát...nên nhiều bệnh nhân không có điều kiện khám kịp thời cũng như tái khám định kỳ. Công tác quản lý điều trị thời gian này bị gián đoạn và gặp nhiều khó khăn trong việc quản lý người bệnh sau giai đoạn này” (PVS_ĐD2)

Tuy nhiên, trung tâm y tế cũng đã cố gắng để cải thiện tình trạng và không gây ảnh hưởng đến tình hình quản lý sau dịch bệnh.

“Chương trình quản lý điều trị người bệnh THA gặp nhiều khó khăn nhưng đã được cải thiện nhiều trong thời gian đó, không gây ảnh hưởng nhiều đến công tác quản lý và trở lại bình thường sau dịch bệnh” (PVS_GĐ).

“Đặc biệt là ở bệnh viện đã xây dựng quy trình tầm soát các biến chứng của COVID-19 ảnh hưởng đến tim mạch” (PVS_BS1)

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. Quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp ngoại trú

4.1.1. Quản lý khám sàng lọc tăng huyết áp

Khám sàng lọc là hoạt động kiểm tra sức khỏe chủ động trong thời điểm người bệnh chưa có dấu hiệu hoặc chưa biết bản thân mắc bệnh, được tiến hành khi khám sức khỏe định kỳ hoặc kiểm tra sức khỏe một bệnh khác. Tăng huyết áp là nhóm bệnh lý mạn tính không có triệu chứng rầm rộ cấp tính ở những giai đoạn đầu. Do đó khám sàng lọc có vai trò hết sức quan trọng trong phát hiện sớm và điều trị kịp thời THA cho NB đạt hiệu quả cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động khám sàng lọc tỷ lệ người bệnh được phát hiện bệnh THA trong đợt khám sức khỏe định kỳ là 70,4%. Thông qua hoạt động khám sàng lọc, người dân biết được tình trạng huyết áp của mình và kịp thời điều chỉnh thói quen sinh hoạt để phòng và điều trị tăng huyết áp. Tăng huyết áp có thể phòng ngừa được nếu chúng ta quyết tâm thay đổi thói quen ăn uống, sinh hoạt, có chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý. Con số này ở nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Tý (2023) (52) nghiên cứu quản lý điều trị bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Phòng khám đa khoa Linh Trung, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2022 cho biết tỷ lệ cao người bệnh THA được phát hiện qua khám sàng lọc chủ động lên tới 96,1%, kết quả cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 70,4%. Còn nghiên cứu của tác giả Doãn Đức Toàn (2023) (53) báo cáo tỷ lệ NB THA được phát hiện bệnh qua khám sàng lọc đạt 76,5% năm 2020 và 70,7% năm 2021. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng về địa bàn nghiên cứu với tác giả Doãn Đức Toàn và khác so với tác giả Hồ Thị Tý. Với đặc điểm người bệnh ở khu vực nông thôn, miền núi thường khó tiếp cận đến cơ sở y tế nhằm tiến hành khám sức khỏe chủ động, bên cạnh đó yếu tố nhận thức về bệnh lý THA và vai trò tầm soát bệnh THA ở các khu vực thành thị cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả này.

Liên quan đến điều trị mới cho người bệnh THA hằng năm, Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh hằng năm tiến hành khám sàng lọc và khám chủ động cho người bệnh ngoại trú, nội trú từ đó phát hiện sớm và tiến hành lập hồ sơ bệnh án điều trị THA cho người bệnh. Trong năm 2022 số BN THA điều trị mới là 153 BN chiếm

22,5%. Con số này ở nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Tý (2023) (52) là 24,4% điều trị mới trong năm 2022. Nâng cao tỷ lệ khám mới hằng năm và giảm tỷ lệ không tuân thủ điều trị/bỏ điều trị là một trong những mục tiêu nhằm điều trị ổn định cho người bệnh THA.

4.1.2. Kết quả khám, điều trị tăng huyết áp ngoại trú

Mục tiêu điều trị không chỉ là hạ con số huyết áp mà phải điều chỉnh mức độ huyết áp nằm trong giới hạn phù hợp với cá nhân người bệnh đồng thời phòng ngừa các biến chứng do tăng huyết áp, duy trì được lâu dài và tối đa cho người bệnh (54). Đánh giá về kết quả điều trị qua tỷ lệ người bệnh THA đạt được huyết áp mục tiêu trong lần cuối khám trong năm cho kết quả có 511 người bệnh (73,7%) đạt huyết áp mục tiêu điều trị. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phương (2017) (55) tỷ lệ người bệnh THA điều trị đạt huyết áp mục tiêu là 88,9%. Còn nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) (50) thì con số này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác với 13,7% đạt huyết áp mục tiêu, tương tự với nghiên cứu của tác giả Doãn Đức Toàn (2023) (53) cũng chỉ có 15,9% đạt huyết áp mục tiêu điều trị. Sự khác biệt lớn giữa các nghiên cứu khác nhau có thể liên quan đến đối tượng người bệnh phân bố ở các địa bàn nghiên cứu khác nhau giữa thành phố và nông thôn, miền núi, khác biệt về tỷ lệ tuổi, trình độ học vấn và phương pháp quản lý điều trị người bệnh.

Tăng huyết áp là bệnh lý mạn tính với đặc điểm đòi hỏi người bệnh tái khám định kỳ theo tháng, khám và tầm soát một số biến chứng của bệnh lý THA. Người bệnh tái khám đầy đủ và đúng hẹn được khám, theo dõi tiến triển bệnh, theo dõi đáp ứng điều trị của thuốc hiện tại và điều chỉnh, thay đổi phác đồ điều trị khi cần thiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm về tái khám đúng hẹn có 60,5% NB tái khám đúng hẹn, 30,6% tái khám không đúng hẹn và 8,9% đi khám một lần không tái khám. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phương (2017) (55) tại một số trạm y tế của huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang năm 2017 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi đều trong vòng 1 năm đạt 100%, 98,9% tái khám đúng hẹn, kết quả về đặc điểm tái khám đúng hẹn cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực trạng tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước

cần phải có những biện pháp nhằm nâng cao tỷ lệ tái khám đúng hẹn của người bệnh THA.

Bên cạnh đó chúng tôi đánh giá liên quan giữa hoạt động tái khám đúng hẹn và khả năng đạt huyết áp mục tiêu của bệnh nhân, kết quả tỷ lệ người bệnh tái khám đúng hẹn đạt huyết áp mục tiêu cao gấp 9,0 lần so với nhóm tái khám không đúng hẹn, không tái khám, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tái khám đúng hẹn là một trong những yếu tố quan trọng giúp bác sĩ theo dõi kết quả điều trị, đáp ứng điều trị của thuốc, điều chỉnh liều, theo dõi biến chứng và dự phòng biến chứng. Tương tự, kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long cũng cho biết: “*Quan trọng nhất là bệnh nhân phải đến khám đúng hẹn hàng tháng để chúng tôi theo dõi chỉ số huyết áp, điều chỉnh liều, loại thuốc khi cần thiết, chứ nhiều bệnh nhân đi khám một lần xong tự mua thuốc ngoài uống nên khó đánh giá hiệu quả*” PVS_BS (51). Do đó công tác tư vấn, giáo dục vai trò quan trọng của yếu tố tái khám đúng hẹn cần được thực hiện thường xuyên, thực tế tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tình hình hẹn tái khám chủ yếu dựa vào đơn thuốc, lời dặn của bác sĩ khi khám bệnh, chưa có phòng tư vấn riêng để giải thích cho bệnh nhân về tầm quan trọng của tái khám đúng hẹn.

Nhận biết được các triệu chứng cao huyết áp cùng với việc đi khám sức khỏe và làm các xét nghiệm tổng thể nói chung cũng như các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán bệnh cao huyết áp giúp người bệnh sớm xác định được tình trạng bệnh để có thể điều trị kịp thời tránh gây ra các hậu quả đáng tiếc. Kết quả xét nghiệm giúp bác sĩ tầm soát được một số biến chứng do THA như biến chứng thận, mạch máu, mắt..., bên cạnh đó xét nghiệm các chỉ số yếu tố nguy cơ kèm theo bệnh THA dễ dẫn đến các biến chứng lớn như đột quỵ não. Kết quả nghiên cứu về các chỉ số xét nghiệm được thực hiện đúng số lần quy định tỷ lệ cao là Đo huyết áp (87,5%), Điện tim (67,8%), Tổng phân tích nước tiểu (59,1%), Điện giải (59,3%), Acid uric (55,5%), Lipid máu (55,5%), Creatinin (55,5%), Men gan (55,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Hồ Thị Tý (2023) (52) với đặc điểm các chỉ số xét nghiệm thực hiện đúng theo quy định khá thấp như khám tầm soát biến chứng mắt, thấp hơn ở các xét nghiệm Hemoglobin, đường huyết, điện giải, acid

uric. Việc phát hiện sớm các thay đổi của chỉ số xét nghiệm là một trong những chỉ báo giúp nhân viên y tế có căn cứ để tư vấn điều trị, dinh dưỡng và thay đổi lối sống cho người bệnh.

Đánh giá một số chỉ số xét nghiệm, chúng tôi nghiên cứu dữ liệu kết quả xét nghiệm lần cuối người bệnh được chỉ định xét nghiệm có kết quả xét nghiệm cho thấy sự khác biệt về kết quả xét nghiệm giữa hai nhóm tái khám đúng hẹn và nhóm tái khám chưa đúng hẹn/không tái khám cho thấy đối với nhóm tái khám đúng hẹn thì các chỉ số xét nghiệm có xu hướng đạt giá trị bình thường cao hơn so với nhóm còn lại. Tương tự với kết quả này, tác giả Hồ Thị Tý (2023) (52) cũng nhận thấy nhóm người bệnh THA tái khám đúng hẹn có kết quả xét nghiệm tốt hơn so với nhóm còn lại. Các nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc tái khám đúng hẹn, không chỉ giúp quá trình điều trị liên tục, không ngắt quãng mà còn giúp người bệnh phát hiện được những biến chứng, thay đổi sớm nhằm điều trị kịp thời, hiệu quả.

4.1.3. Hoạt động lập hồ sơ quản lý điều trị

Mặc dù THA là bệnh lý phổ biến, dễ chẩn đoán và tương đối thuận tiện trong theo dõi điều trị và kết quả điều trị, tuy nhiên tỷ lệ lớn người bệnh vẫn chưa được quản lý điều trị liên tục và khoa học. Đây là bệnh lý đòi hỏi điều trị đều đặn hàng tháng và thời gian điều trị kéo dài cả đời, do đó các cơ sở y tế cần xây dựng phương pháp quản lý dữ liệu, hồ sơ bệnh án và cập nhật điều trị hằng tháng đúng đủ theo quy định. Kết quả trong năm 2022 số người bệnh được lập hồ sơ quản lý điều trị mới là 182 NB chiếm 26,3%, trong đó 100% NB THA được lập hồ qua điện tử quản lý điều trị. Về số người bệnh được lập hồ sơ điều trị mới của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Tý (2023) (52), nhưng cao hơn về tỷ lệ số người bệnh mới điều trị được lập hồ sơ bệnh án. Tại nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phương (2017) (55) trên 13 trạm y tế xã về quản lý điều trị ngoại trú THA cho biết 100% các trạm y tế đều có sổ theo dõi tại nhà cho từng bệnh nhân và có sổ quản lý chung bệnh nhân tại từng trạm y tế. Việc ứng dụng công nghệ thông tin bằng các phần mềm báo cáo thống kê, phần mềm quản lý dữ liệu bệnh viện giúp cho việc quản lý dữ liệu điều trị, trích xuất kết quả điều trị đảm bảo nhanh chóng và chính

xác, bác sĩ có thể theo dõi hiệu quả điều trị của từng phác đồ trong khoảng thời gian dài, hạn chế hiện tượng mất dữ liệu do người bệnh mất sổ khám. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý THA theo BHYT và 100% Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân trên địa bàn. 60,5% Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ điện tử người bệnh. Với thuận lợi là Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh được lãnh đạo quản lý ngành y tế của huyện, tỉnh xây dựng hệ thống máy móc, mạng lưới thông tin và ứng dụng phần mềm quản lý bệnh viện, bệnh viện đã triển khai và bước đầu duy trì cập nhật báo cáo kết quả điều trị của người bệnh THA từng đợt. Tuy nhiên tỷ lệ cập nhật đủ thông tin điều trị và hiệu quả điều trị chưa cao, còn gần 40% chưa được cập nhật đủ thông tin điều trị. Cần triển khai rộng đến từng trạm y tế xã ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý điều trị người bệnh.

4.1.4. Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp

Tư vấn điều trị, thay đổi chế độ dinh dưỡng và thay đổi chế độ vận động thể dục góp phần cải thiện hiệu quả điều trị tốt hơn cho người bệnh. Chúng tôi nghiên cứu đánh giá một số nhóm hoạt động tư vấn chăm sóc chính như có 65,9% tư vấn chế độ ăn, 87,7% tư vấn chế độ tuân thủ điều trị thuốc, 44,6% tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ và 38,4% tư vấn chế độ vận động, luyện tập. Những con số này trong nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) (50) lần lượt là 65,4%, 68,3% 71,9% và 65,4%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm (2014) (56) báo cáo có 81,3% người bệnh THA được nhận sự tư vấn từ nhân viên y tế. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác cho thấy nhân viên y tế thực hiện công tác khám điều trị ngoại trú THA đã từng bước nhận thấy tầm quan trọng của chăm sóc tư vấn người bệnh các chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, vận động, tuân thủ điều trị. Tuy nhiên trong kết quả nghiên cứu tỷ lệ chăm sóc tư vấn theo dõi khám, tái khám định kỳ còn thấp (chỉ đạt 38,4%), tương ứng với tỷ lệ tái khám của chúng tôi chưa cao, đây có thể là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ bỏ trị cao, tuân thủ tái khám định kỳ thấp. Bên cạnh đó thực hiện kế hoạch giáo dục truyền thông tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh cũng đạt kết quả khá cao. Kết quả

xây dựng kế hoạch 100%, trong đó thực hiện số buổi truyền thông đạt 83,3% so với chỉ tiêu và số người tham gia buổi truyền thông THA đạt 62,4% so với kế hoạch.

4.1.5. Hoạt động theo dõi giám sát điều trị người bệnh tăng huyết áp

Tăng huyết áp là bệnh lý mạn tính kéo dài và gây tổn thương nhiều cơ quan đích khác gây ra các biến chứng đa cơ quan. Các biến chứng tim mạch: nhồi máu cơ tim, bệnh động mạch vành, suy tim; Các biến chứng về não: tai biến mạch não (bao gồm cả xuất huyết não và nhũn não); bệnh não do THA...; Các biến chứng về thận: đái ra protein; suy thận...; Các biến chứng về mắt, tiến triển theo các giai đoạn, thậm chí có thể dẫn đến mù lòa; Các biến chứng về mạch ngoại vi, trong đó đặc biệt nguy hiểm là biến chứng tách thành động mạch chủ có thể dẫn đến chết người. Do đó theo dõi đánh giá tỷ lệ biến chứng và yếu tố nguy cơ biến chứng là biện pháp dự phòng hàng đầu trong quản lý điều trị THA hiệu quả. Kết quả theo dõi biến chứng THA cho thấy tỷ lệ biến chứng cao nhất là biến chứng tim mạch (78,5%), biến chứng thận (56,0%), biến chứng mắt (31,3%). Thấp nhất là biến chứng mạch máu não (8,4%) và biến chứng khác (7%). Nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Tý (2023) (52) báo cáo tỷ lệ biến chứng tim mạch 39,2%, biến chứng não 6,1%, biến chứng thận 8,7%, biến chứng khác 10,8%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về biến chứng về não tuy nhiên thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân bước đầu có thể do mức độ phòng ngừa các biến chứng tại vùng nông thôn huyện Lộc Ninh chưa được cao so với đối tượng dân cư ở trung tâm thành phố trong nghiên cứu của Hồ Thị Tý. Kết quả về theo dõi hoạt động theo dõi yếu tố nguy cơ đạt tỷ lệ cao nhất là theo dõi tuổi cao (100%), theo dõi tiền sử gia đình bệnh lý THA (86,7%), theo dõi sử dụng rượu bia thuốc lá (70,6%), theo dõi chế độ ăn (69,2%), theo dõi chế độ hoạt động thể lực (50,6%), theo dõi cân nặng (44,9%) và theo dõi căng thẳng tâm lý (29,6%). Kết quả theo dõi tâm lý người bệnh còn thấp vì đây là chuyên môn chưa được nhiều cán bộ y tế chuyên sâu, phương pháp đánh giá yếu tố tâm lý không có thước đo lường giá cụ thể. Bên cạnh đó cần tăng cường theo dõi và đánh giá, ghi chép các yếu tố nguy cơ khác như thói quen sử dụng rượu bia, thuốc lá, chế độ ăn và chế độ vận động, sinh hoạt của người bệnh.

Bên cạnh đánh giá thực trạng quản lý điều trị THA, chúng tôi đánh giá một số kết quả đặc điểm tuân thủ điều trị của người bệnh, kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị uống thuốc và tái khám khá cao, tuy nhiên tỷ lệ tuân thủ điều trị dinh dưỡng và chế độ vận động luyện tập, sinh hoạt còn khá thấp. Nguyên nhân do chế độ dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt đòi hỏi người bệnh thực hiện nhiều hoạt động, khó tuân thủ điều trị, phụ thuộc môi trường sinh hoạt của người bệnh.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp ngoại trú

4.2.1. Ảnh hưởng từ một số đặc điểm cá nhân người bệnh tăng huyết áp

Nghiên cứu đánh giá một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu từ đó có thể bước đầu đánh giá một số sự khác biệt kết quả quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước. Trong đó các yếu tố có thể ảnh hưởng đến bệnh lý tăng huyết áp xuất phát từ phía người bệnh như tuổi, giới tính, thói quen sử dụng rượu bia, thuốc lá... Trong giới hạn nghiên cứu chúng tôi thu thập đánh giá một số đặc điểm chung như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, sử dụng bảo hiểm y tế và phân bố thời gian mắc bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm về nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là nhóm 60-80 tuổi với 58,5%, nhóm thấp nhất là <40 tuổi với 2,3%. Tuổi trung bình là $64,4 \pm 11,8$ tuổi. Giới tính nữ nhiều hơn nam giới (52,4% so với 47,6%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) (50) nghiên cứu đánh giá thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã của huyện Long Hồ, tỉnh Vĩnh Long năm 2021 cho biết nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là nhóm từ 60-69 tuổi (34,4%) và nhóm 70-79 tuổi (25,1%), tỷ lệ giới tính nam-nữ lần lượt là 68% và 32%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phương (2017) (55) đánh giá kết quả công tác quản lý người bệnh tăng huyết áp ở một số trạm y tế của huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang năm 2017 cho biết nhóm tuổi cao nhất là >69 tuổi (54,1%) và tỷ lệ nam (55,9%) so với nữ (44,1%). Kết quả về tuổi và giới tính của chúng tôi tương tự về đặc điểm phân bố nhóm tuổi, khác về tỷ lệ giới tính, có thể sự khác biệt do địa bàn nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) đánh giá tại các trạm y tế khác so với địa bàn là Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh. Về đặc điểm nghề nghiệp chủ yếu là nhóm Nông dân/Công nhân

(55,4%) và Hưu trí (29,0%), nhóm nghề nghiệp Cán bộ công nhân viên chức chiếm 15,0%. Trình độ học vấn chủ yếu là nhóm trình độ trung học phổ thông (58,2%), tiếp đến là nhóm trình độ học vấn Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học với 25,5%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) (50) cho biết nhóm trình độ học vấn chủ yếu là Tiểu học và trung học cơ sở (49,6%), nhóm nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng (54,5%). Kết quả nghiên cứu của tác giả Doãn Đức Toàn (2023) (53) nghiên cứu đánh giá quản lý ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh phúc năm 2022 báo cáo đặc điểm nhóm nghề nghiệp làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%, trình độ học vấn tiểu học và trung học cơ sở chiếm 52,3%. Như vậy về kết quả đặc điểm chung nghề nghiệp, trình độ học vấn của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác có sự tương tự về địa bàn nghiên cứu là các huyện, xã.

Đặc điểm chung về tình hình khám chữa bệnh và bệnh lý tăng huyết áp của người bệnh, kết quả cho thấy 100% đối tượng nghiên cứu sử dụng bảo hiểm y tế trong khám điều trị ngoại trú THA. Phân bố thời gian mắc bệnh chủ yếu là nhóm < 5 năm với 46%, nhóm 5-10 năm chiếm 31,5% và nhóm ≥ 10 năm chiếm 22,5%. Mức độ tăng huyết áp được lấy tại lần cuối người bệnh được đo huyết áp, kết quả cho thấy 73,7% đạt huyết áp mục tiêu, 22,8% THA độ 1 và 2,9% THA độ 2. Kết quả nghiên cứu tỷ lệ sử dụng BHYT cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Doãn Đức Toàn (2023) (53) với 90,5% NB THA có sử dụng BHYT, con số này ở nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) (50) là 86,5%. Vai trò của sử dụng BHYT rất quan trọng trong hỗ trợ người bệnh khám điều trị đặc biệt là các bệnh lý mạn tính, tái khám định kỳ như bệnh THA, đái tháo đường... Tại địa phương huyện Lộc Ninh đã triển khai tốt vận động người dân sử dụng, mua hoặc làm chế độ hưởng BHYT theo từng đối tượng. Về đặc điểm thời gian mắc bệnh THA kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Thái Phát (2021) (50) là 50,3% và nghiên cứu của tác giả Doãn Đức Toàn (2023) (53) với 52,7%. Sự tương đồng liên quan đến đặc điểm phân bố bệnh lý THA thường gặp ở đối tượng người bệnh tuổi cao, thời gian mắc bệnh phát hiện thường chưa kéo dài. Đánh giá về kết quả điều trị bước đầu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ cao đạt huyết áp mục tiêu trong lần

khám cuối cùng của năm 2022 với 73,7% đạt huyết áp mục tiêu. Kết quả này khả quan hơn tại địa bàn Trung tâm Y tế huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh phúc năm 2022 báo cáo chỉ đạt 15,9% huyết áp mục tiêu (50).

4.2.2. Yếu tố môi trường chính sách và quản lý điều hành

Môi trường chính sách là yếu tố xuất phát từ ban lãnh đạo quản lý tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh phối hợp cùng khoa khám bệnh, chỉ đạo cán bộ y tế, bác sĩ điều trị và các điều dưỡng tại phòng khám THA triển khai hằng tháng nhằm đạt được hiệu quả trong quy trình thực hiện chính sách cho người bệnh điều trị ngoại trú THA. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy đa số các ý kiến đều phản ánh tích cực của yếu tố môi trường chính sách đối với công tác khám điều trị ngoại trú THA. Đối với cán bộ y tế (gồm bác sĩ và điều dưỡng phòng khám) được hỗ trợ tăng cường thời gian tại phòng khám, tập trung nâng cao trình độ chuyên môn điều trị THA ngoại trú cho người bệnh THA. Đối với chính sách áp dụng cho người bệnh, Trung tâm y tế thực hiện các chính sách nhằm hỗ trợ người bệnh thuận tiện trong đi khám nhận thuốc hằng tháng, hạn chế các thủ tục hành chính rườm rà, rút ngắn thời gian chờ lấy số thứ tự, hỗ trợ giải thích cho người bệnh có thể đến thẳng Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước khám điều trị, lấy thuốc hằng tháng. Theo thông tư số 15/2018/TT-BYT (57) ngày 30/5/2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc người bệnh THA có thể đi khám ở bất kỳ bệnh viện tuyến huyện nào cùng hạng với vị trí đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, việc triển khai triệt để chính sách này có thể hỗ trợ cho người bệnh THA tại các khu vực xã, vùng miền có nhu cầu điều trị, khám chuyên sâu hơn và nhu cầu thuốc điều trị phức tạp hơn so với khám tại các TYT xã, bên cạnh đó cũng giảm thủ tục hành chính khi NB THA cần chuyển tuyến điều trị từ các TYT xã lên Trung tâm y tế huyện. Hiện tại tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước đang triển khai quản lý điều hành điều trị ngoại trú THA dựa trên cơ sở hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế đồng thời tổ chức đào tạo, cử đi tập huấn đối với đối tượng bác sĩ

điều trị, phụ trách phòng khám ngoại trú THA (58). Phương pháp quản lý điều hành điều trị ngoại trú THA được báo cáo hằng tuần.

Bên cạnh đó thực hiện theo chính sách quy định của Bộ Y tế, mỗi bàn khám THA ngoại trú chỉ được phép khám tối đa 65 lượt/bàn/ngày nhằm đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh, tăng thời gian khám, tư vấn cho người bệnh (57). Tuy nhiên trong thực hiện chính sách quy trình khám chữa bệnh THA ngoại trú còn tồn tại một số vấn đề bất cập ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh. Việc giới hạn số lượt khám THA/ngày dẫn đến vấn đề quá tải phòng khám ngoại trú khi ngày khám đông, trong khi người dân đi khám không đồng đều giữa các ngày trong tuần, số lượng NB THA ở các xã vùng xa đến khám đông thường vào buổi chiều trong ngày. Việc quản lý chính sách hỗ trợ cho cán bộ y tế trong những giai đoạn cao điểm điều trị còn chưa kịp thời. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2021) (43) nghiên cứu kết quả quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Gò Công Tây, tỉnh Tiền Giang cũng đánh giá chính sách thực hiện khám điều trị ngoại trú một số bệnh lý nói chung của Bộ Y tế còn vướng bất cập tại bệnh viện tuyến cơ sở, mặc dù có nhiều chính sách hỗ trợ từ Bộ Y tế nhưng chưa triển khai được về đến các cơ sở y tế tuyến dưới. Đánh giá về năng lực quản lý điều trị THA ngoại trú tại tuyến TYT xã, kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả chính sách quyết định số 2559/QĐ BYT nhằm tăng cường quản lý y học tại các cơ sở y tế tuyến xã phường thị trấn giai đoạn 2018-2020 với mục tiêu 100% các TYT xã có thể dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý điều trị THA, ĐTĐ nhưng kết quả nghiên cứu hiện tại mới chỉ đáp ứng được 70% tại huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước. Như vậy trong yếu tố thực hiện chính sách tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh cần triển khai triệt để hơn các chính sách hỗ trợ cho cán bộ y tế và người bệnh THA đi khám ngoại trú tại BV bằng các biện pháp cụ thể như linh động trong bố trí số lượng phòng khám, bác sĩ khám, tăng cường công tác quản lý báo cáo kết quả khám chữa bệnh và giao ban khắc phục các điểm tồn tại quá trình khám điều trị THA.

4.2.3. Yếu tố nhân lực

Một trong những quyết định của người bệnh lựa chọn cơ sở y tế khám điều trị bệnh xuất phát từ trình độ chuyên môn nhân lực y tế mà trong đó trọng điểm là

nguồn nhân lực bác sĩ điều trị. Với đặc thù điều trị THA là bệnh lý được cập nhật phương pháp chẩn đoán, điều trị, tầm soát biến chứng do THA và quản lý thông tin điều trị lâu dài, theo dõi kết quả điều trị, mức độ đáp ứng thuốc điều trị từ đó điều chỉnh liều, loại thuốc phù hợp đòi hỏi nhân lực phụ trách phòng khám điều trị THA phải có trình độ chuyên môn chuyên sâu điều trị THA, có thời gian đánh giá tầm soát cho người bệnh, có phương pháp quản lý theo dõi thông tin đáp ứng điều trị. Bên cạnh đó vai trò của phòng tư vấn, phương pháp tư vấn điều trị cũng đóng góp vào hiệu quả điều trị không nhỏ. Kết quả nghiên cứu định tính của chúng tôi cho thấy về yếu tố nhân lực điều trị tại phòng khám ngoại trú THA Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh đánh giá sơ bộ ban đầu lượng nhân lực hiện tại vẫn đảm bảo hoàn thành nhiệm vụ khám và điều trị THA ngoại trú, bác sĩ đủ chứng chỉ hành nghề, chứng chỉ chuyên môn khám điều trị THA, đa số thời điểm trong năm phương pháp quản lý điều trị đạt hiệu quả cao, kết quả điều trị người bệnh THA kiểm soát được huyết áp mục tiêu và tỷ lệ người bệnh phát hiện biến chứng do THA tương đối cao.

Bên cạnh đó qua kết quả nghiên cứu định tính cho thấy còn nhiều vấn đề liên quan đến yếu tố nhân lực phục vụ chương trình khám điều trị THA ngoại trú có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị. Số lượng nhân lực chính gồm bác sĩ điều trị, điều dưỡng chăm sóc, cán bộ theo dõi chương trình điều trị bệnh không lây nhiễm hằng năm có sự biến động không ổn định, nguồn nhân lực thiếu trầm trọng nhất là giai đoạn bệnh nhân cao điểm, đến khám đông, đòi hỏi bổ sung phòng khám và bổ sung cán bộ y tế. Nguồn nhân lực chất lượng cao, đủ chất lượng đủ chứng chỉ hành nghề chứng chỉ liên quan khám điều trị THA còn thấp. Số lượng cán bộ y tế được cử đi học, đào tạo, tập huấn chuyên sâu về điều trị ngoại trú THA hằng năm còn thấp. Chính sách thu hút cán bộ y tế, đặc biệt là nguồn bác sĩ chất lượng cao còn chưa hiệu quả, hằng năm số lượng bác sĩ bổ sung hầu như không có. So với quy định của biên chế công chức viên chức theo thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV số lượng cán bộ bác sĩ điều trị chung còn thiếu. Kết quả nghiên cứu tương tự theo báo cáo của tác giả Phạm Văn Quang (2021) (43) cho biết hằng năm chỉ có 63% cán bộ y tế được cử đi học nhưng theo đánh giá thì chất lượng đào tạo không cao. Đây không phải là vấn đề chỉ gặp ở điều trị ngoại trú THA, theo nghiên cứu của tác giả

Nguyễn Thị Thu Trang (2019) (59) đánh giá quản lý, điều trị người bệnh đái tháo đường type 2 ngoại trú tại khoa khám bệnh bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Bắc Giang năm 2019 cho biết yếu tố nhân lực phục vụ điều trị ngoại trú NB ĐTĐ tít 2 còn thiếu cả về số lượng và chất lượng, ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị người bệnh ĐTĐ. Kết quả tương tự ở nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Cường (2020) (60) tuy nhiên với lợi thế là bệnh viện trung tâm thành phố Quận Thủ Đức thì chính sách đào tạo, thu hút nguồn nhân lực chất lượng cao được thuận lợi hơn và đạt nhiều kết quả khả quan hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế phục vụ chương trình điều trị THA là yếu tố then chốt nhằm cải thiện kết quả điều trị THA ngoại trú cho người bệnh tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước.

4.2.4. Yếu tố trang thiết bị, cơ sở hạ tầng, thuốc điều trị

Phục vụ chẩn đoán xác định THA không đòi hỏi nhiều trang thiết bị, cơ sở vật chất tốn kém nhưng quy trình theo dõi, phát hiện các biến chứng do THA cần một số máy móc như xét nghiệm sinh hóa, máy đo thị lực, máy soi đáy mắt... Thuốc điều trị ở tuyến Trung tâm y tế cần đáp ứng đủ các nhóm thuốc điều trị để phục vụ hạ huyết áp cho người bệnh có nhiều bệnh lý kết hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi báo cáo tình hình cơ sở vật chất điều trị và thuốc đáp ứng điều trị cho thấy nhiều vấn đề tồn tại ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị THA cho NB. Về cơ sở vật chất, kết quả định tính cho thấy tình trạng cơ sở hạ tầng, máy móc, trang thiết bị y tế tuy chưa đầy đủ và hư hại chưa được sửa chữa. Về thuốc điều trị cơ bản đủ các nhóm thuốc thông thường như thuốc lợi tiểu, ức chế men chuyển, ức chế kênh Canxi, ức chế Beta..., tuy nhiên chưa có thuốc một số nhóm ít sử dụng như methy dopa... Nghiên cứu cho thấy về tình hình cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc điều trị hiện tại đủ đáp ứng duy trì điều trị cơ bản cho người bệnh THA, chưa đủ phục vụ cho một số yêu cầu khám, tầm soát chuyên sâu dẫn đến tình trạng phải chuyển tuyến nhiều trường hợp người bệnh THA. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2021) (43) đánh giá bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Gò Công Tây, tỉnh Tiền Giang bị mất niềm tin tại Trung tâm y tế do yếu tố cơ sở vật chất không đảm bảo, đi khám chỉ được đo huyết áp và một số xét nghiệm cơ bản.

Còn nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Cường (2020) (60) tại bệnh viện trung tâm thành phố Quận Thủ Đức cho biết có 6/7 chỉ tiêu liên quan cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc đảm bảo yêu cầu cho thấy tại bệnh viện trung tâm thành phố thuận lợi hơn về tình hình nâng cấp cải tiến cơ sở vật chất bệnh viện. Tuy nhiên tác giả cũng cho biết còn gặp khó khăn một số thuốc điều trị cho người bệnh phải mua ngoài do thuốc trong diện bảo hiểm y tế hạn chế chi trả với một số loại thuốc kết hợp nhiều thành phần (61). Kết quả nghiên cứu cho thấy cần có các biện pháp chính sách nâng cao chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc điều trị cho người bệnh THA, là yếu tố cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị người bệnh.

4.2.5. Yếu tố quản lý thông tin

Với sự phát triển của công nghệ thông tin áp dụng trong môi trường bệnh viện, tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh báo cáo nhiều đặc điểm tích cực liên quan hệ thống quản lý thông tin người bệnh THA điều trị ngoại trú. Hệ thống thông tin cũng là một yếu tố thiết yếu và có vai trò đặc biệt quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân ngoại trú. Việc thành lập các kênh tuyên truyền, thông tin riêng để giáo dục, tư vấn cho người bệnh về chế độ ăn uống, tập luyện hợp lý là thực sự cần thiết, việc giám sát ngoại trú đã xong. khẩn cấp. Các trung tâm y tế còn tổ chức các buổi tư vấn, truyền thông giáo dục cho người bệnh tại cộng đồng và tại nhà về các vấn đề như dinh dưỡng, theo dõi tình trạng bệnh và dùng thuốc nhưng việc này không thường xuyên được thực hiện.

Hiện tại Trung tâm y tế ứng dụng phần mềm quản lý thông tin điều trị người bệnh, kết quả định tính cho thấy nhiều thuận lợi khi sử dụng phần mềm như dễ dàng quản lý thông tin cá nhân, dễ dàng trích xuất đối chiếu thông tin điều trị, đơn thuốc điều trị giữa các đợt điều trị của người bệnh, từ đó đánh giá hiệu quả điều trị, mức độ đáp ứng của thuốc và tầm soát theo dõi một số nguy cơ biến chứng khác. Tuy nhiên hệ thống thông tin còn một số hạn chế như phần mềm có nhiều thời điểm lỗi, không sử dụng được, phụ thuộc đường truyền mạng, cản trở khi lỗi mạng khiến người bệnh phải chờ lâu hơn, một số cán bộ y tế sử dụng không thông thạo có thể dẫn đến một số sai sót khi thao tác trên máy tính. Tương tự nhiều nghiên cứu khác

cũng cho thấy lợi ích của hệ thống áp dụng công nghệ thông tin vào quản lý và điều trị người bệnh THA (43),(60).

4.2.6. Yếu tố tình hình kinh tế-xã hội

Sự quan tâm của xã hội về chăm sóc sức khỏe nói chung và quản lý điều trị THA nói riêng là yếu tố quan trọng thúc đẩy tinh thần bảo vệ sức khỏe của người dân và hiệu quả điều trị cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đánh giá về tình hình kinh tế xã hội ảnh hưởng đến kết quả quản lý điều trị THA cho thấy nhiều điểm hạn chế ảnh hưởng tiêu cực. Xét về yếu tố kinh tế - xã hội, hầu hết các nơi vẫn thiếu kinh phí dành riêng cho khám chữa bệnh ngoại trú nói chung và chăm sóc bệnh nhân ngoại trú tăng huyết áp nói riêng, không riêng gì Trung tâm Y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước.

Về phía người bệnh, yếu tố tài chính, kinh tế là đặc điểm ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng điều trị tuân thủ theo phác đồ của bác sĩ, khi THA là bệnh lý mạn tính đòi hỏi người bệnh đi khám hàng tháng, uống thuốc đều đặn hàng ngày và có khả năng tầm soát các biến chứng khi có đặc điểm nghi ngờ. Thuận lợi đối tượng nghiên cứu là người bệnh THA trên địa bàn huyện Lộc Ninh đa số đều được hưởng chế độ bảo hiểm y tế, phụ thuộc vào từng đối tượng mà tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế dao động từ 80-100%, xác định là bệnh lý mạn tính nên hầu hết người bệnh đều có sử dụng bảo hiểm y tế cho cá nhân. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2021) (43) cũng cho thấy tình hình kinh tế cá nhân không tác động nhiều đến mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh. Tuy nhiên do hạn chế từ nguồn kinh phí cấp cho Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh hằng năm cho chương trình điều trị bệnh không lây nhiễm nói chung và bệnh THA ngoại trú nói riêng, nhiều hoạt động truyền thông, thông tin về quản lý điều trị bị hạn chế tiếp cận được đến người dân, chủ yếu thông qua các hình thức như phát thanh, báo đài ở các TYT xã, phiếu thông tin, tờ rơi ở Trung tâm y tế huyện. Ghi nhận khó khăn về tài chính, kinh tế chung ở nghiên cứu của các tác giả khác (61). Thậm chí nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Cường (2020) (60) tại bệnh viện trung tâm thành phố Quận Thủ Đức báo cáo tỷ lệ người dân có sử dụng bảo hiểm y tế chỉ đạt 45%, việc tỷ lệ thấp người dân có bảo hiểm y tế là nguyên nhân

ảnh hưởng đến tâm lý duy trì điều trị hằng tháng, đặc biệt là những người điều kiện kinh tế khó khăn.

4.2.7. Yếu tố dịch COVID-19

Giai đoạn 2020-2022 dịch bệnh COVID-19 bùng phát và đỉnh điểm là năm 2021 và nửa đầu năm 2022. Mặc dù đến 2023 dịch bệnh cơ bản kiểm soát ổn định, tỷ lệ mắc và tỷ lệ bệnh nặng không đáng kể. Tuy nhiên hậu quả của dịch bệnh để lại là những thiệt hại nặng nề cho xã hội và sức khỏe người dân về sức khỏe thể chất và cả sức khỏe tâm thần. Rõ ràng dịch COVID-19 có nhiều ảnh hưởng tiêu cực lên nhiều mặt hệ thống chăm sóc sức khỏe nói chung và chương trình quản lý điều trị THA nói riêng. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2021) (43) cho biết tình hình dịch bệnh ảnh hưởng đến khả năng cử đi học, đào tạo cán bộ y tế ở các bệnh viện, cơ sở đào tạo. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long (2022) (62) báo cáo tỷ lệ người bệnh THA tuân thủ điều trị THA giảm so với những năm trước trong đó dịch COVID-19 là yếu tố ảnh hưởng tiêu cực lên tinh thần tâm lý người bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng có chiều hướng tương tự ở bệnh lý ĐTĐ và bệnh lý lao phổi với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Hải (2021) (63) và tác giả Bùi Tòng Nguyên (2021) (64). Như vậy có thể thấy dịch bệnh COVID-19 để lại nhiều di chứng lên sức khỏe người bệnh và tác động tiêu cực lên hiệu quả quản lý điều trị THA, đây là vấn đề đòi hỏi có sự quan tâm hơn đối với những người bệnh có tiền sử mắc COVID-19.

4.3. Bàn luận về hạn chế của nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang lấy số liệu từ hồ sơ sổ sách, báo cáo kết quả quản lý điều trị từ dữ liệu thứ cấp kết hợp dữ liệu từ phần mềm quản lý bệnh viện điều trị THA ngoại trú. Trong quá trình nghiên cứu một số khó khăn gặp phải như dữ liệu thứ cấp rải rác, không thống nhất, đồng bộ, phải bổ sung bằng những báo cáo khác. Bên cạnh đó kết quả định tính có thể bị ảnh hưởng bởi sự đánh giá chủ quan của đối tượng nghiên cứu do tính chất ảnh hưởng đến kết quả thành tích bệnh viện. Do đó một số yếu tố liên quan ảnh hưởng kết quả quản lý điều trị ngoại trú THA còn chưa đi sâu vào thực trạng và nguyên nhân vấn đề.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng quản lý điều trị THA ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh:

Nghiên cứu thực trạng quản lý THA trên 693 NB có 73,7% kết quả đạt huyết áp mục tiêu, 60,5% tái khám đúng hẹn. Các chỉ số xét nghiệm được thực hiện đúng số lần quy định tỷ lệ cao là Đo huyết áp (84,7%), Điện tim (68,7%). Số người bệnh được lập hồ sơ quản lý điều trị mới là 182 NB chiếm 26,3%. 100% Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý THA. 60,5% được cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ điện tử người bệnh. Kết quả quản lý hoạt động tư vấn truyền thông có 65,9% NB được tư vấn chế độ ăn, 87,7% tư vấn chế độ tuân thủ điều trị thuốc, 44,6% tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ và 38,4% tư vấn chế độ vận động, luyện tập đối với đối tượng NB THA. Kết quả tỷ lệ NB THA được theo dõi biến chứng cao nhất là biến chứng tim mạch (78,5%), biến chứng thận (56,0%), biến chứng mắt (31,3%).

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị NB THA ngoại trú:

Yếu tố ảnh hưởng tích cực: Nhận được sự quan tâm quản lý điều hành của lãnh đạo bệnh viện. Nhân lực có kinh nghiệm làm việc có thể kiêm nhiệm nhiều công việc. Thuốc điều trị được cung ứng thường xuyên không bị gián đoạn. Ứng dụng được công nghệ thông tin trong quản lý điều trị THA.

Yếu tố ảnh hưởng tiêu cực: Quản lý lịch khám và hẹn khám của người bệnh qua các phần mềm có lúc không hiệu quả. Nhân lực kiêm nhiệm nhiều nhiệm vụ, quá tải khi bệnh nhân đông. Lỗi phần mềm quản lý, cơ sở hạ tầng, máy móc, trang thiết bị y tế chưa đầy đủ và hư hại. Hệ thống thông tin truyền đạt kiến thức đến NB THA còn hạn chế. Thiếu hụt kinh phí riêng dành cho quản lý bệnh nhân điều trị ngoại trú nói chung và điều trị ngoại trú bệnh THA. Năm 2022 phải phân bổ nhân lực phân tán phục vụ chống dịch, tình trạng sức khỏe NB THA tiền sử mắc COVID-19 có giảm sút, giai đoạn 2020-2022 tài chính kinh tế tập trung phòng chống dịch.

KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu chúng tôi đề xuất một số khuyến nghị sau:

Thực hiện biện pháp giáo dục tuân thủ tái khám bằng phiếu hẹn, nhắc lịch hẹn khám qua điện thoại.

Bổ sung phòng tư vấn điều trị THA ngoại trú. Triển khai đầy đủ các nội dung tư vấn giáo dục điều trị THA ngoại trú.

Triển khai tiêu chuẩn và giám sát thực hiện tiêu chuẩn xét nghiệm cho NB THA ngoại trú.

Bổ sung đầy đủ nhóm thuốc điều trị, bổ sung đầy đủ phương tiện, trang thiết bị chẩn đoán bệnh, chẩn đoán biến chứng cho phòng khám.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Habib SH; Saha S;. Burden of non-communicable disease: Global over view. *Diabetes Metab Syndr Clin Res* 2010;4(1).
2. Bộ Y tế; Mô hình bệnh tật tử vong theo chương toàn quốc. 2003.
3. GHDx;. *Global Burden of Disease*. 2017.
4. Beaglehole R; Ebrahim S; Reddy S;. Chronic Disease Action Group, Prevention of chronic diseases: a call to action. *Lancet Lond Engl*. 2007;370(9605) 2152-2157.
5. Whelton PK; Carey RM; Aronow WS; Casey DE;. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2017;71:1269–324.
6. Bộ Y tế; Công bố kết quả điều tra Quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015. 2015.
7. Bộ Y tế; Số: 2919/QĐ-BYT tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường. 2014.
8. Bộ Y tế; Số: 27/2014/TT-BYT quy định hệ thống biểu mẫu thống kê y tế áp dụng đối với các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện và xã. 2014.
9. Thủ tướng chính phủ; Quyết định phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, COPD, hen phế quản và các bệnh không lây giai đoạn 2-15-2025. Hà Nội 2015.
10. Thủ tướng chính phủ; Quyết định số 1125/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020. Hà Nội 2017.
11. Phạm Thị Oanh; Nghiên cứu tình hình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2007-2008: Đại học Y Dược Huế; 2008.
12. Hoàng Văn Hùng; Nguyễn Thị Minh; Hoàn Đàm Khải;. Thực trạng quản lý tăng huyết tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021 và một số yếu tố ảnh hưởng. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2021;516(1).
13. Phạm Minh Khuê; Trần Thị Thanh; Trần Thị Thúy Hà;. Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Nam Sách, Hải Dương năm 2018 - 2019. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2021;31(1): 134–40.
14. Nguyễn Thành Mạnh; Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2019-2020: Trường Đại học Y tế công cộng; 2021.
15. Nguyễn Văn Hiền; Thực trạng quản lý người bệnh đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 109 và các yếu tố ảnh hưởng năm 2022: Trường Đại học y tế công cộng; 2022.
16. Trung tâm Y tế Lộc Ninh; Báo cáo Kết quả hoạt động năm 2022 và phương hướng nhiệm vụ năm 2023. 2022.
17. Global Burden of Disease Risk Factor Collaborators;. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and

- territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1923–94.
18. Mills KT; Bundy JD; Kelly TN; Reed JE;. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134:441–50.
 19. Thomas Unger; Claudio Borghi; Fadi Charchar;. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines*. 2022.
 20. Bộ Y tế; Quyết định 3192/QĐ-BYT năm 2010 ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành. 2010.
 21. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam;. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2015. 2015.
 22. ; Beaney T; Schutte AE; Tomaszewski M. May Measurement Month 2017: an analysis of blood pressure screening results worldwide. . *Lancet Glob Health*. 2018;6:e736-e43.
 23. Stergiou GS; Asayama K; Thijs L; Kollias A;. International Database on HOme blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDHOCO) Investigators. Prognosis of white-coat and masked hypertension: International Database of HOme blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome. *Hypertension*. 2016;63:675–82.
 24. Bộ Y tế; Số: 40/2014/TT-BYT Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế. 2014.
 25. Nguyễn Lâm Việt;. Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống tăng huyết áp - Mục tiêu điều trị tăng huyết áp. 2022.
 26. Fryar C.D.; Ostchega Y.; Hales C.M.;. Hypertension Prevalence and Control Among Adults: United States, 2015–2016. *NCHS Data Brief*. 2017;289, pp.:1-8.
 27. Martiniuk AL; Lee CM; Lawes CM;. Hypertension: its prevalence and population- attributable fraction for mortality from cardiovascular disease in the Asia- Pacific region. *J Hypertens*. 2007;25(1):73- 9.
 28. Hussain MA; Al Mamun A; Peters SA;. The Burden of Cardiovascular Disease Attributable to Major Modifiable Risk Factors in Indonesia. *J Epidemiol*. 2016;26(10):515- 21.
 29. Korean Society Hypertension (KSH);. Hypertension Epidemiology Research Working Group. Kim HC, Cho MC. Korea hypertension fact sheet 2018. *Clin Hypertens*. 2018;24:13.
 30. Lee J; Kim KI; Cho MC;. Current status and therapeutic considerations of hypertension in the elderly. *Korean J Intern Med*. 2019;34(4):687-95.
 31. Kario K; Chen C- H; Park S;. Consensus Document on Improving Hypertension Management in Asian Patients, Taking Into Account Asian Characteristics. *Hypertension*. 2018;71(3):375- 82.
 32. Abdul-Razak S.; Daher A.M.; Ramli A.S.;. Prevalence, awareness, treatment, control and socio demographic determinants of hypertension in Malaysian adults. *BMC Public Health*. 2016;16:1-10.

33. Hoàng Văn Hùng; Nguyễn Văn Kiên; Đàm Khải Hoàn;. Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021. Tạp Chí Y học Việt Nam 2022;516 (1).
34. Thanh Thủy Phan; Khánh Toàn Trần;. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022;519(1).
35. Võ Thị Xuân Hạnh; Cao Nguyễn Hoài Thương; Phan Thị Kim Hoàng;. Tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường qua khảo sát trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư tại quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học dự phòng. 2017;Tập 27, Số 8:79-87.
36. Thủ tướng chính phủ; Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025 Hà Nội 2015.
37. Bộ Y tế;. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2104: tăng cường và dự phòng bệnh không lây nhiễm. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015.
38. Wolf K; Cooper RS; Kraner H;. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and the United States. Hypertension. 2004;43(1):7-10.
39. Osamor PE; Owumi BE;. Factors associated with treatment compliance in hypertension in southwest Nigeria. J Clin Hypertens (Greenwich). 2011;29(6):309.
40. Turé R; Damasceno A ; Lunet N;. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Bissau, Western Africa. J Clin Hypertens (Greenwich). 2022;24(3):358-61.
41. Trần Song Hậu; Thạch Thị Cha Ro Da; Thạch Ngọc Nữ Thu;. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận Bình Thủy, Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y dược Cần Thơ. 2022;53/2022.
42. Ngô Văn Lãng; Đánh giá công tác quản lý bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường giai đoạn 2018-2021 tại Phòng khám đa khoa Trường Đại học Y tế công cộng: Đề tài nghiên cứu khoa học, Đại học Y tế Công cộng 2022.
43. Phạm Văn Quang; Đánh giá kết quả quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Gò Công Tây, tỉnh Tiền Giang, giai đoạn 2019-2020 và một số yếu tố ảnh hưởng. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2021.
44. WHO;. World health day: a global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis 2013.
45. Ninh Văn Đông; Đánh giá sự tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp trên 60 tuổi tại phường Hàng Bông, quận Hoàn Kiếm Hà Nội: Trường đại học Y tế Công cộng; 2010.
46. Chabot I; Moisan J; Grégoire J P;. Pharmacist intervention program for control of hypertension. Ann Pharmacother. . 2003;37(9): :1186-93.
47. Jones C; Simpson SH; Mitchell D;. Enhancing hypertension awareness and management in the elderly: Lessons learned from the Airdrie Community Hypertension Awareness and Management Program (A-CHAMP). Can J Cardiol. 2008;24(7):561-7.

48. Vallée A; Gabet A; Grave C;. Patterns of hypertension management in France in 2015: The ESTEBAN survey. J Clin Hypertens (Greenwich). 2020;22(4):663-72.
49. Lê Quang Thọ; Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hoà tỉnh Phú Thọ: Đại học Y Hà Nội; 2019.
50. Thái Phát; Đánh giá thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã của huyện Long Hồ, tỉnh Vĩnh Long năm 2021: Đại học Y tế Công cộng; 2021.
51. Nguyễn Văn Long; Tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý điều trị tại trạm y tế hai xã Triệu Sơn, Triệu Trạch và thị trấn Ái Tử huyện Triệu Phong, tỉnh Quảng Trị năm 2022: Trường Đại học y tế công cộng; 2022.
52. Hồ Thị Tý; Hoạt động quản lý điều trị bệnh nhân Tăng huyết áp ngoại trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Phòng khám đa khoa Linh Trung, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2022. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2023.
53. Doãn Đức Toàn; Kết quả quản lý ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh phúc năm 2022 Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2023.
54. Nguyễn Thị Bạch Yến;. Mục tiêu điều trị Huyết áp - những điểm mới năm 2018. Viện Tim mạch; 2018.
55. Nguyễn Văn Phương; Đánh giá kết quả công tác quản lý người bệnh tăng huyết áp ở một số trạm y tế của huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang năm 2017. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2017.
56. Nguyễn Văn Tâm; Thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ quản lý tăng huyết áp tại huyện Hưng Yên năm 2014 Đại học Y tế Công cộng; 2014.
57. Bộ Y tế; Thông tư số 15/2018/TT-BYT ngày 30/5/2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc. 2018.
58. Bộ Y tế; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2010.
59. Nguyễn Thị Thu Trang; Công tác quản lý, điều trị người bệnh đái tháo đường type 2 ngoại trú tại khoa khám bệnh bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Bắc Giang năm 2019 và một số yếu tố ảnh hưởng. Hà Nội: Đại học Y tế Công Cộng; 2019.
60. Trần Quốc Cường; Quản lý điều trị bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2019. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2020.
61. Nguyễn Thị Dư; Thực trạng hoạt động quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp tại thành phố Hà Giang tỉnh Hà Giang và đề xuất một số giải pháp. Thái Nguyên: Đại học Y Dược Thái Nguyên; 2017.
62. Nguyễn Văn Long; Tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý điều trị tại trạm y tế hai xã Triệu Sơn, Triệu Trạch và thị trấn Ái Tử huyện Triệu Phong, tỉnh Quảng Trị năm 2022. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2022.

63. Trần Văn Hải; Tuân thủ của người bệnh đái tháo đường túyp 2 đang được quản lý điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ba Tri, Bến Tre và một số yếu tố liên quan năm 2021. Hà Nội: Đại học y tế Công cộng; 2021.
64. Bùi Tổng Nguyên; Tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lao phổi được quản lý điều trị tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2021. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2021.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN HỒ SƠ BỆNH ÁN NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ ÁP NGOẠI TRÚ TĂNG HUYẾT TẠI TTYT HUYỆN LỘC NINH

PHẦN 1: CUNG CẤP VÀ CHI TRẢ DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP

PHẦN 1.1: CUNG CẤP DỊCH VỤ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP

STT	Nội dung	Số được khám	Số được điều trị	Số được chuyên tuyến	Số có BHYT
1	Tổng số bệnh nhân được khám và đo huyết áp				
2	Tổng số bệnh nhân THA ngoại trú				
3	Tổng số bệnh nhân THA kê đơn				
4	Tổng số bệnh nhân được theo dõi huyết áp				
5	Tổng số bệnh nhân được theo dõi biến chứng				
6	Tổng số bệnh nhân hoặc người nhà được tư vấn về thay đổi hành vi lối sống				
7	Tổng số bệnh nhân hoặc người nhà được tư vấn về tuân thủ điều trị				
8	Tổng số bệnh nhân hoặc người nhà được tư vấn về dinh dưỡng				
9	Tổng số BN định kỳ tái khám theo tình trạng bệnh				

PHẦN 1.2: QUẢN LÝ THÔNG TIN VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

Hoạt động quản lý thông tin	Tăng huyết áp		
	Có (Ghi rõ số lượng)	Không	Không phù hợp
Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý THA theo BHYT			
Cập nhật thông tin đầy đủ về các thông tin liên quan vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân trên địa bàn			
Hàng tháng chuyển danh sách người bệnh THA cho NVYT quản lý địa bàn			
Báo cáo định kỳ theo thông tư 27/2014/TT-BYT tình hình phát hiện, quản lý điều trị, số mắc mới, tử vong do THA			
Các hoạt động khác			

PHIẾU SỐ 2: KHẢO SÁT THÔNG TIN HỒ SƠ BỆNH ÁN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

1. Mã hồ sơ:.....
2. Địa chỉ:.....
3. Giới tính:.....
4. Tuổi:.....
5. Trình độ học vấn:

<input type="checkbox"/> THCS	<input type="checkbox"/> THPT
<input type="checkbox"/> Đại học/Cao đẳng	<input type="checkbox"/> Sau đại học
6. Nghề nghiệp:

- Nông dân Công nhân
 Văn phòng Hưu trí
 Khác

7. Thời gian bị tăng huyết áp:.....năm

8. Sử dụng BHYT khi khám:

- Có Không

9. Kết quả Huyết áp lần gần nhất:

HATT:.....mmHg

HATTr:.....mmHg

10. Hoạt động khám và xét nghiệm định kỳ

Chỉ số xét nghiệm	Quy định	Kết quả thực hiện			
		Khám lần đầu	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 1 năm
HGB/HCT	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Glucose máu	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Điện giải	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Acid uric	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Lipid máu	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Creatinin	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Men gan	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				
Tổng phân tích nước	Thời điểm chẩn đoán và ≥ 1 lần/năm				

Chỉ số xét nghiệm	Quy định	Kết quả thực hiện			
		Khám lần đầu	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 1 năm
tiêu					
Điện tim	≥1 lần/năm				
Đo huyết áp	Thời điểm chẩn đoán và ít nhất 3 tháng 1 lần				
Biến chứng của THA	Thời điểm chẩn đoán và ít nhất 3 tháng 1 lần				

11. Hoạt động tái khám định kỳ

 Đúng hẹn Không đúng hẹn

12. Kết quả chỉ số xét nghiệm

Chỉ số xét nghiệm	Kết quả	Kết quả thu thập	
		Có	Không
Glucose máu	Bình thường		
	Tăng đường huyết		
Creatinin	Bình thường		
	Tăng		
Acid uric	Bình thường		
	Tăng		
Lipid máu	Bình thường		
	Tăng		
Men gan	Bình thường		
	Tăng		

**PHỤ LỤC 2: HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU ĐỐI TƯỢNG LÃNH ĐẠO
TTYT**

I. THÔNG TIN CHUNG

Người trả lời:.....Giới tính:.....

Vị trí làm việc:.....

Thời gian phỏng vấn:.....

II. NỘI DUNG PHÒNG VẤN

1. Xin ông/bà cho biết tình hình quản lý điều trị tăng huyết áp báo cáo hằng tháng, hằng năm như thế nào?

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

2. Xin ông/bà cho biết những hoạt động nào về quản lý điều trị THA ngoại trú được thực hiện tại TTYT huyện Lộc Ninh?

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

3. Công tác quản lý điều trị ngoại trú của TTYT gặp những thuận lợi và khó khăn gì? TTYT đã có biện pháp khắc phục như thế nào?

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

4. Những yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động dự phòng, khám điều trị và quản lý THA?

.....

.....
.....

5. Những giải pháp cần ưu tiên cho dự phòng, khám điều trị và quản lý THA?

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

6. Ông/bà đánh giá về tình hình điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA thế nào?

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

7. Ông/bà đánh giá về tình hình nhân lực phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA thế nào?

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

8. Ông/bà đánh giá về tình hình kinh tế, tài chính phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA thế nào?

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

9. Ông/bà đánh giá về tình hình xã hội, cụ thể dịch COVID-19 trong thời gian qua ảnh hưởng đến công tác quản lý điều trị THA thế nào?

.....

.....
.....

Xin cảm ơn ông/bà!

PHỤ LỤC 3: PHIẾU HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU ĐỐI TƯỢNG CÁN BỘ QUẢN LÝ THA TTYT/TRƯỞNG/PHÓ KHOA HUYỆN LỘC NINH

I. THÔNG TIN CHUNG

Người trả lời:.....Giới tính:.....

Vị trí làm việc:.....

Thời gian phỏng vấn:.....

II. NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Xin ông/bà cho biết tình hình quản lý điều trị tăng huyết áp báo cáo hằng tháng, hằng năm như thế nào?

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

2. Xin ông/bà cho biết những hoạt động nào về quản lý điều trị THA ngoại trú được thực hiện tại TTYT huyện Lộc Ninh?

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

3. Công tác quản lý điều trị ngoại trú của TTYT gặp những thuận lợi và khó khăn gì? TTYT đã có biện pháp khắc phục như thế nào?

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

4. Những yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động dự phòng, khám điều trị và quản lý THA?

.....

.....
.....

5. Những giải pháp cần ưu tiên cho dự phòng, khám điều trị và quản lý THA?

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

6. Ông/bà đánh giá về tình hình điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA thế nào?

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

7. Ông/bà đánh giá về tình hình nhân lực phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA thế nào?

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

8. Ông/bà đánh giá về tình hình kinh tế, tài chính phục vụ cho công tác quản lý điều trị THA thế nào?

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

9. Ông/bà đánh giá về tình hình xã hội, cụ thể dịch COVID-19 trong thời gian qua ảnh hưởng đến công tác quản lý điều trị THA thế nào?

.....

.....
.....

Xin cảm ơn ông/bà!

PHỤ LỤC 4: PHIẾU HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU ĐỐI TƯỢNG BÁC SĨ/ĐIỀU DƯỠNG KHOA KHÁM BỆNH-TTYT HUYỆN LỘC NINH

I. THÔNG TIN CHUNG

Người trả lời:.....Giới tính:.....

Vị trí làm việc:.....

Thời gian phỏng vấn:.....

II. NỘI DUNG PHÒNG VẤN

1. Xin anh/chị cho biết tình hình nhân lực làm việc tại phòng khám ngoại trú?

.....

.....

.....

2. Xin anh/chị cho biết cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc điều trị có đáp ứng đủ cho bệnh nhân điều trị ngoại trú không?

.....

.....

.....

3. Anh/chị làm công tác tư vấn, giáo dục, tuyên truyền về THA đến BN như thế nào?

.....

.....

.....

4. Anh/chị cần bổ sung vấn đề gì nhằm cải thiện chất lượng khám điều trị THA ngoại trú?

.....

.....

.....
5. Trong năm 2022, dịch bệnh COVID-19 đã ảnh hưởng đến quản lý khám chữa bệnh THA ngoại trú như thế nào?

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

Xin cảm ơn anh/chị!

**PHỤ LỤC 5: PHIẾU HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM ĐỐI TƯỢNG
BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ THA NGOẠI TRÚ**

I. THÔNG TIN CHUNG

Thời gian phỏng vấn:.....

Thành phần phỏng vấn

STT	Họ tên	Tuổi	Giới	Thôn

II. NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Hoàn cảnh phát hiện THA của anh/chị?

.....

.....

.....

2. Tại TTYT đã quản lý, điều trị theo dõi THA cho anh/chị thế nào?

.....

.....

.....

3. Lý do gì anh/chị nghĩ khiến cho hiệu quả điều trị, kiểm soát tăng huyết áp không cao?

.....

.....

.....

4. Anh/chị thấy chương trình quản lý THA thế nào?

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

5. Những giải pháp cần ưu tiên cho dự phòng, khám điều trị và quản lý THA?

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

6. Chia sẻ khác về dự phòng, khám điều trị và quản lý THA?

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

PHỤ LỤC 6: BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

STT	Biến số	Định nghĩa biến số	Loại biến	Thu thập
I. ĐẶC ĐIỂM CHUNG BN THA				
1	Giới tính	Là giới tính NB THA nam hoặc nữ	Nhị phân	Rà soát HSBA
2	Tuổi	Tuổi của BN tính theo năm dương lịch	Liên tục	Rà soát HSBA
4	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp hiện tại của NB THA	Phân loại	Rà soát HSBA
5	Tham gia BHYT	Hiện tại NB có sử dụng BHYT không	Nhị phân	Rà soát HSBA
6	Thời gian mắc THA	Thời gian NB phát hiện mắc bệnh THA	Liên tục	Rà soát HSBA
II. BIẾN SỐ ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ THA (mục tiêu 1)				
<i>Hoạt động điều trị</i>				
1	Số BN THA đang quản lý	Là tổng số NB THA đã và đang được lập hồ sơ quản lý tại TTYT	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
2	Số BN THA đang tham gia điều trị	Là tổng số NB THA đang được quản lý điều trị tại TTYT	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
3	Kết quả điều trị	Tỷ lệ NB đạt được kết quả HA mục tiêu	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
4	Tình hình tái khám định kỳ	Là số NB THA đến tái khám định kỳ và nhận thuốc hằng tháng	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
5	Tỷ lệ xét nghiệm định kỳ	Là số NB THA đến tái khám định kỳ được xét	Liên tục	Khai thác sổ quản lý

STT	Biến số	Định nghĩa biến số	Loại biến	Thu thập
		nghiệm hằng tháng		
Hoạt động lập hồ sơ quản lý				
1	Tỷ lệ được lập hồ sơ quản lý	Là số NB THA được lập hồ sơ quản lý điều trị	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
2	Hoạt động bổ sung, cập nhật thông tin vào hồ sơ quản lý qua từng lần khám	Là tình hình cập nhật các thông tin khám điều trị hằng tháng vào sổ theo dõi khám sức khỏe, điều trị THA ngoại trú	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
3	Phần mềm quản lý NB THA	Là phần mềm TTYT đang sử dụng để quản lý điều trị THA ngoại trú	Phân loại	Khai thác sổ quản lý
4	Tỷ lệ NB THA được lập hồ sơ vào phần mềm quản lý THA	Là tỷ lệ NB THA được quản lý bằng phần mềm	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
5	Số NB THA được cập nhật thông tin khám từng lần vào phần mềm quản lý	Là số NB THA được cập nhật thông tin khám điều trị THA ngoại trú vào phần mềm hằng tháng	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe NB				
1	Tư vấn chế độ uống thuốc	Số NB được tư vấn chế độ ăn uống của NB THA	Nhị phân	Khai thác sổ quản lý
2	Tư vấn chế độ ăn uống và vận động, luyện tập	Số NB được tư vấn chế độ vận động, luyện tập của NB THA	Nhị phân	Khai thác sổ quản lý
3	Tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ	Số NB được tư vấn chế độ theo dõi, tái khám định kỳ của NB THA	Nhị phân	Khai thác sổ quản lý

STT	Biến số	Định nghĩa biến số	Loại biến	Thu thập
4	Xây dựng kế hoạch truyền thông bệnh THA	Việc TTYT có xây dựng các hình thức truyền thông về THA cho NB trong cộng đồng và NB trong TTYT hay không	Nhị phân	Khai thác sổ quản lý
5	Số buổi truyền thông bệnh THA	Số lượng buổi truyền thông về bệnh THA	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
6	Số người tham gia buổi truyền thông THA	Là số người tham gia trong các buổi truyền thông bệnh THA của TTYT	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
<i>Hoạt động theo dõi, giám sát NB THA</i>				
1	Theo dõi tác dụng phụ	Số NB THA được quản lý tình trạng gặp tác dụng phụ của thuốc điều trị THA	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
2	Xử trí tác dụng phụ của CBYT	Số NB THA được xử trí khi gặp các tác dụng phụ của thuốc	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
3	Theo dõi đo huyết áp khi tái khám	Thường xuyên, thỉnh thoảng, không bao giờ	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
4	Theo dõi biến chứng THA	Là tỷ lệ NB THA có biến chứng hiện mắc	Liên tục	Khai thác sổ quản lý
5	Theo dõi yếu tố nguy cơ của THA	Là theo dõi các yếu tố nguy cơ của NB THA hiện đang mắc	Phân loại	Khai thác sổ quản lý

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

**NHẬN XÉT LUẬN VĂN THẠC SỸ VÀ CHUYÊN KHOA II
(Dành cho Ủy viên Phản biện Hội đồng luận văn ThS và CKII)**

Tên đề tài: Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022

Tên học viên: Huỳnh Tuấn Lai

Tên giáo viên Phản biện: Hứa Thanh Thủy

Hà Nội, ngày 25 tháng 10 năm 2023

1. Đề tài có đúng định hướng và mã số chuyên ngành (*ThS YTCC định hướng nghiên cứu/ ThS YTCC định hướng ứng dụng/ ThS QLBV/ CKII TCQLYT*)

Đúng định hướng và mã số chuyên ngành CKII TCQLYT

2. Tên đề tài nghiên cứu:

2.1 Nhận xét:

Phù hợp

2.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

3. Tóm tắt nghiên cứu:

3.1 Nhận xét:

- Đầy đủ, phù hợp

3.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

4. Phần đặt vấn đề:

4.1. Nhận xét:

Rõ ràng và phù hợp. Nên bổ sung thông tin liên quan đến vấn đề kết nối giữa các tuyến trong quản lý bệnh THA tại địa phương, vai trò của TTYT tuyến huyện. Từ đó khu trú nội dung của luận văn chỉ làm ở phạm vi tuyến huyện.

4.2. Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

5. Mục tiêu nghiên cứu:

5.1 Nhận xét:

Phù hợp

5.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

6 Tổng quan tài liệu:

6.1. Nhận xét (*Cấu trúc và nội dung của tổng quan tài liệu có phù hợp tên, mục tiêu và nội dung nghiên cứu không, tài liệu tham khảo cập nhật và trích dẫn đúng, các góp ý khác (nếu có)*):

Mục 1.1. Một số khái niệm liên quan:

Bảng 1 và 2: Cần trích dẫn nguồn

1.1.2. Khái niệm quản lý điều trị: Cần trích dẫn nguồn

Mục 1.3.2. Hệ thống quản lý điều trị tăng huyết áp tại Việt Nam: đang bị trùng với mục

1.1.2.1. Nên chuyển các nội dung này lên mục 1.1.2.1.

Còn nội dung tổng quan về thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp hiện vẫn chưa có thông tin

Mục 1.3.3. Thực trạng quản lý tăng huyết áp: thực tế chưa có nội dung này, các nội dung học viên đưa ra là kết quả quản lý (tuân thủ điều trị, tăng nhận thức...)

Mục 1.4.1. Mô hình cung cấp dịch vụ THA: mô hình Precede – Proceed không phải là mô hình cung cấp dịch vụ.

6.2. Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có): Bổ sung thêm tổng quan về thực trạng quản lý bệnh THA. Chỉnh sửa các nội dung khác như góp ý ở trên

7 Khung lý thuyết :

7.1. Nhận xét:

Bỏ nội dung: Đặc điểm chung người bệnh THA ra khỏi nội dung “Quản lý điều trị”

Rà soát lại các yếu tố ảnh hưởng cho logic với phần tổng quan các yếu tố ảnh hưởng

7.2. Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

8 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

8.1 Nhận xét (*Đối tượng nghiên cứu phù hợp với mục tiêu nghiên cứu? Cỡ mẫu, chọn mẫu phù hợp và khả thi không? Biến số/nội dung nghiên cứu phù hợp với mục tiêu, đúng định hướng và phù hợp với mã ngành không? Phương pháp thu thập số liệu rõ ràng, khả thi và phù hợp với nội dung nghiên cứu? Phương pháp phân tích số liệu, và đạo đức nghiên cứu được viết phù hợp? Các nhận xét khác (nếu có):*

- Bổ sung tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu (thâm niên công tác)
- Bổ sung thời gian thu thập số liệu
- Mục 2.5.2. Bổ sung các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án
- Bổ sung tiêu chuẩn đánh giá một số chỉ tiêu (thế nào là HS được ghi đầy đủ, tái khám đúng hẹn???)

- Biến số nghiên cứu: Một số biến số cần ghi rõ thời điểm lấy số liệu (VD: Lần gần đây nhất)
- Rà lại bảng biến số nghiên cứu: Biến nào lấy từ phần mềm, biến nào từ sổ sách quản lý. Hiện tại đang bị nhầm lẫn rất nhiều
- Rà lại Biểu mẫu thu thập thông tin, chỉ lấy thông tin năm 2022, chia rõ bệnh nhân mới và bệnh nhân cũ.

8.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

.....

.....

9 Kết quả nghiên cứu:

9.1 Nhận xét (Kết quả nghiên cứu có đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu không? có phù hợp với định hướng và mã ngành không? Kết quả nghiên cứu trình bày có rõ ràng và theo mục tiêu nghiên cứu không? có sử dụng các phương pháp phân tích phù hợp và đảm bảo độ tin cậy không?):

Rất nhiều bảng số liệu không rõ kết quả lấy ở thời điểm nào và do đó thiếu sự “logic”
VD:

Bảng 3.4. Tại sao lấy số liệu năm 2022 lại có thông tin này? Ngoài ra thông tin này không có ý nghĩa đối với vấn đề quản lý điều trị bệnh THA. Nên thay thế bằng số liệu sàng lọc, số người được phát hiện và số người được đưa vào quản lý năm 2022

Bảng 3.6: Đưa lên trước bảng 3.5

Bảng 3.5: Cần loại bỏ những bệnh nhân không tái khám?

Bảng 3.7: Số liệu rất vô lý. VD: Đối với bệnh nhân cũ: chỉ cần 1 lần đến khám thôi là đã đúng số lần quy định rồi, vậy phân biệt thế nào giữa “không thực hiện” và “không đúng số lần quy định”? Có 62 bệnh nhân không tái khám thì sẽ thuộc cột “không thực hiện”? Nên chia bệnh nhân cũ và bệnh nhân mới năm 2022.

Tương tự, đối với bảng 3.8: BN không tái khám rồi thì các kết quả lấy thế nào?

9.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

.....

10. Bàn luận:

10.1. Nhận xét (cấu trúc và nội dung của bàn luận có phù hợp với mục tiêu và kết quả nghiên cứu không? trích dẫn tài liệu tham khảo có đúng không?):

Nhắc lại nhiều kết quả và còn sơ sài

10.2. Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

10 Kết luận:

10.1 Nhận xét (có khái quát được các kết quả chính và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu không): Cần viết gọn lại

10.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

11 Khuyến nghị:

11.1 Nhận xét (*phù hợp, khả thi và dựa trên kết quả nghiên cứu không*)

11.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có): Chỉnh sửa tương ứng với các phần còn lại

.....
KẾT LUẬN: ĐỀ NGHỊ PHẢN BIỆN GHI RÕ: Đồng ý thông qua với điều kiện chỉnh sửa hay Không đồng ý thông qua.

THÔNG QUA, CHỈNH SỬA THEO GÓP Ý

Hà Nội, ngày 28 tháng 10 năm 2023
Giáo viên phản biện



Hứa Thanh Thủy

NHẬN XÉT LUẬN VĂN THẠC SĨ VÀ CHUYÊN KHOA II
(Dành cho Ủy viên Phản biện Hội đồng luận văn ThS và CKII)

Tên đề tài: Thục trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại trung tâm Y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022

Tên học viên: Huỳnh Tấn Lai

Hà Nội, ngày 26 tháng 10 năm 2023

1. Đề tài có đúng định hướng và mã số chuyên ngành (*ThS YTCC định hướng nghiên cứu/ ThS YTCC định hướng ứng dụng/ ThS QLBV/ CKII TCQLYT*)

Đề tài đúng định hướng và mã số chuyên ngành *CKII TCQLYT*

2. Tên đề tài nghiên cứu:

2.1 Nhận xét:

Đồng ý.

2.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

Không

3. Tóm tắt nghiên cứu:

3.1 Nhận xét:

Đầy đủ

3.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

Không

4. Phân đặt vấn đề:

Nhận xét:

Khá đầy đủ

Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

Không

5. Mục tiêu nghiên cứu:

5.1 Nhận xét:

Đầy đủ, rõ ràng, phù hợp với tên đề tài.

5.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

Không

6. Tổng quan tài liệu:

6.1 Nhận xét (Cấu trúc và nội dung của tổng quan tài liệu có phù hợp tên, mục tiêu và nội dung nghiên cứu không, tài liệu tham khảo cập nhật và trích dẫn đúng, các góp ý khác (nếu có) :

+ Cấu trúc và nội dung của tổng quan tài liệu phù hợp tên, mục tiêu và nội dung nghiên cứu

+ Tài liệu tham khảo cập nhật và trích dẫn đúng

6.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

Nên bổ sung thêm nguyên nhân tăng huyết áp

7 Khung lý thuyết :

7.1 Nhận xét:

Phù hợp

7.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

Không

8 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

8.1 Nhận xét:

+ Đối tượng nghiên cứu phù hợp với mục tiêu nghiên cứu tuy nhiên viết quá ngắn

+ Cỡ mẫu, chọn mẫu phù hợp và khả thi

+ Biến số/nội dung nghiên cứu phù hợp với mục tiêu, đúng định hướng và phù hợp với mã ngành

+ Phương pháp thu thập số liệu rõ ràng, khả thi và phù hợp với nội dung nghiên cứu

+ Phương pháp phân tích số liệu, và đạo đức nghiên cứu được viết phù hợp

8.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: cần ghi rõ công tác tối thiểu bao nhiêu lâu

+ Biến số nghiên cứu cần bổ sung đầy đủ và rõ ràng (xét nghiệm)

+ Cần cụ thể thời điểm đánh giá kết quả điều trị và tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng tim, thận, mắt...

9 Kết quả nghiên cứu:

9.1 Nhận xét:

+ Kết quả nghiên cứu đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu

+ Phù hợp với định hướng và mã ngành

+ Kết quả nghiên cứu trình bày tương đối rõ ràng và theo mục tiêu nghiên cứu

+ Sử dụng các phương pháp phân tích phù hợp và đảm bảo độ tin cậy

9.2 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

+ Bảng 3.3 số NB cũ và mới tổng 690, thiếu 3 NB

+ Nên thêm bảng liên quan giữa kết quả điều trị huyết áp và tái khám sẽ có giá trị hơn.

- + Không thấy thể hiện bất thường xét nghiệm HST/Hct, khi tăng cũng gây H/áp tăng và dễ bị nhầm lẫn trong điều trị THA từ đó gây biến chứng trầm trọng
- + Vì sao tỷ lệ tái khám cao mà tỷ lệ đánh giá biến chứng lại quá thấp (14.1%)
- + Viết lại nhận xét bảng 3.8.
- + Bảng 3.11: Tại sao tỷ lệ được tư vấn chế độ ăn, luyện tập, vận động và tư vấn tái khám lại thấp
- + Trang 36: phỏng vấn cùng 1 GD mà câu trả lời ngược nhau
- + Chưa đưa ra được lý do vì sao còn nhiều NB không tái khám và chưa khai thác tỷ lệ uống thuốc không đầy đủ. Nếu có, từ đó mới tìm phương án để khắc phục và đây chính là phần giá trị của luận văn

10 Bàn luận:

Nhận xét:

- + Cấu trúc và nội dung của bàn luận tương đối phù hợp với mục tiêu và kết quả nghiên cứu
- + Trích dẫn tài liệu tham khảo đúng qui định

10.1 Những điểm cần chỉnh sửa (nếu có):

- + Cần viết thêm phần bàn luận làm rõ vấn đề khi thảo luận nhóm:

VD: cần có các câu hỏi định hướng cụ thể để biết các nguyên nhân người bệnh không tái khám, hoặc nguyên nhân điều trị không đáp ứng như uống thuốc không đều, chế độ ăn, luyện tập từ đó đề ra cách khắc phục để tốt hơn.

11 Kết luận:

11.1 Nhận xét:

Nhìn chung đã khái quát được các kết quả chính và khá phù hợp với mục tiêu nghiên cứu

11.2 Những điểm cần chỉnh sửa:

Viết gọn lại và làm bật kết quả có giá trị

12 Khuyến nghị:

12.1 Nhận xét

Chưa thực sự phù hợp, khả thi và cần bám sát trên kết quả nghiên cứu

12.2 Những điểm cần chỉnh sửa:


Viết lại khuyến nghị dựa theo chính kết quả của nghiên cứu này (như: tăng tỷ lệ NB được tư vấn về chế độ ăn, luyện tập...)

13 KẾT LUẬN: ĐỀ NGHỊ PHẢN BIỆN GHI RÕ:

Đồng ý thông qua với điều kiện chỉnh sửa

(GHI CHÚ: Kính đề nghị các thầy cô không ghi tên trong biên bản phản biện vì đây là qui trình phản biện kín)

Mọi thắc mắc xin liên hệ:


Nguyễn Ngọc Dũng

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

**BẢN GIẢI TRÌNH CHỈNH SỬA
CÁC GÓP Ý ĐỀ CƯƠNG/LUẬN VĂN/LUẬN ÁN/CHUYÊN ĐỀ LUẬN ÁN**

Họ tên học viên: Huỳnh Tấn Lai

Tên đề tài: *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú người bệnh tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tỉnh Bình Phước năm 2022*

TT	Nội dung góp ý <i>(Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn)</i>	Phần giải trình của học viên <i>(Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa)</i>
1	Tên đề tài luận văn/luận án/chuyên đề	
2	Đặt vấn đề	
	- Rà soát lại cơ chế chính sách quản lý bệnh THA, cách thức liên thông quản lý bệnh nhân THA giữa các tuyến đang như thế nào	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã bổ sung đặc điểm liên thông điều trị còn gặp vướng mắc, bất cập giữa các tuyến.
3	Mục tiêu nghiên cứu	
4	Tổng quan tài liệu	
	Rà soát và sắp xếp lại cách viết nội dung tổng quan tài liệu sao cho phù hợp với luận văn. Biến số nào thu thập trên phần mềm, biến số nào thu thập sổ quản lý khám chữa bệnh THA vào thời gian nào trong nghiên cứu?	Tác giả đã điều chỉnh phần các yếu tố ảnh hưởng ở tổng quan phù hợp với khung lý thuyết, kết quả gồm: - Yếu tố đặc điểm cá nhân người bệnh THA - Yếu tố môi trường chính sách, quản lý điều hành - Yếu tố nhân lực - Yếu tố thuốc, trang thiết bị, cơ sở vật chất - Yếu tố hệ thống thông tin - Yếu tố tình hình kinh tế xã hội, dịch bệnh COVID-19
	Mục 1.1 bảng 1 và 2 cần trích dẫn	Tác giả đã bổ sung nguồn

TT	Nội dung góp ý (<i>Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn</i>)	Phản giải trình của học viên (<i>Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa</i>)
	nguồn. 1.1.2 khái niệm quản lý điều trị cần trích dẫn nguồn	Nguồn: Bộ Y tế; (2010), Quyết định 3192/QĐ-BYT năm 2010 ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (20)
	Mục 1.3.2 hệ thống quản lý điều trị THA tại VN đang bị trùng với mục 1.1.2.1, nên chuyển các nội dung này lên mục 1.1.2.1	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã gộp phần nội dung 1.3.2 vào cùng với mục 1.1.2.1.
	Bổ sung tài liệu tham khảo cho phần thực trạng quản lý, cần viết trong khoảng 2-3 trang và tách riêng thế giới và Việt Nam	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã điều chỉnh và bổ sung
	Khung lý thuyết	
	Bỏ nội dung: Đặc điểm chung người bệnh THA ra khỏi nội dung Quản lý điều trị	Tác giả đã bỏ nội dung đặc điểm chung người bệnh ở mục quản lý điều trị
	Rà soát lại các yếu tố ảnh hưởng cho logic với phần tổng quan các yếu tố ảnh hưởng	Tác giả đã điều chỉnh nội dung các yếu tố liên quan khớp với nội dung ở tổng quan tài liệu
	Chưa logic giữa các phần với khung lý thuyết, VD tại sao có 3.3.5 yếu tố tình hình kinh tế xã hội mà không có trong tổng quan tài liệu và khung lý thuyết	Tác giả đã điều chỉnh nội dung các yếu tố liên quan khớp với nội dung ở tổng quan tài liệu
	Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	
	Đối tượng nghiên cứu phù hợp với mục tiêu nghiên cứu tuy nhiên viết quá ngắn	Tác giả đã bổ sung nội dung tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ

TT	<p align="center">Nội dung góp ý (<i>Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn</i>)</p>	<p align="center">Phần giải trình của học viên (<i>Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa</i>)</p>
	Bổ sung tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu lâm sàng công tác	Tác giả đã bổ sung tiêu chuẩn lâm sàng công tác: thời gian công tác tại Trung tâm y tế huyện Lộc Ninh tối thiểu 06 tháng.
	Bổ sung mục thời gian thu thập số liệu: Số liệu hồi cứu bệnh nhân THA trong biên định lượng, cách thu thập trong khoảng thời gian nào?	Tác giả đã bổ sung thời gian thu thập dữ liệu nghiên cứu định tính và định lượng
	Mục 2.5.2. Bổ sung các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án: Biến số nghiên cứu cần bổ sung đầy đủ và rõ ràng (xét nghiệm)	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã bổ sung danh mục biến số định lượng thu thập từ hồ sơ bệnh án và từ hồ sơ báo cáo hoạt động quản lý điều trị.
	Bổ sung tiêu chuẩn đánh giá một số chỉ tiêu (thế nào là HS được ghi đầy đủ, tái khám đúng hẹn???)	Tác giả đã bổ sung tiêu chuẩn lựa chọn hồ sơ bệnh án, tiêu chuẩn tái khám: “Các hồ sơ báo cáo đầy đủ thông tin hành chính, thông tin kết quả điều trị, thông tin hoạt động khám điều trị trong các đợt tái khám. Hồ sơ bệnh án tái khám tối thiểu 1 lần trong 6 tháng gần nhất.”
	Một số biến số cần ghi rõ thời điểm lấy số liệu (VS lần gần đây nhất)	Tiếp thu ý kiến hội đồng học viên lấy kết quả xét nghiệm lần cuối trong năm 2022.
	Rà soát lại biến số biến nào lấy từ phần mềm biến nào lấy từ hồ sơ sổ sách quản lý, hiện tại bị nhầm lẫn rất nhiều	Tác giả đã bổ sung nhóm biến số lấy từ hồ sơ bệnh án và nhóm biến số lấy từ phần mềm quản lý điện tử
	Rà soát lại biểu mẫu thu thập thông tin, chỉ lấy thông tin năm	Tác giả đã chỉnh sửa biểu mẫu thu thập dữ liệu, kết quả nghiên cứu

TT	<p align="center">Nội dung góp ý (<i>Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn</i>)</p>	<p align="center">Phần giải trình của học viên (<i>Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa</i>)</p>
	2022, chia rõ bệnh nhân cũ và mới	
	Cần cụ thể thời điểm đánh giá kết quả điều trị và tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng tim, thận, mắt...	Tác giả đã bổ sung thời điểm lấy dữ liệu của từng nhóm biến số nghiên cứu
	Kết quả nghiên cứu	
	Bảng 3.3 số bệnh nhân cũ và mới tổng 690 thiếu 3 BN	Tác giả đã kiểm tra, sửa lại kết quả, bảng 3.3.
	Nên thêm bảng liên quan giữa kết quả điều trị huyết áp và tái khám sẽ có giá trị hơn	Tác giả đã bổ sung bảng kết quả liên quan giữa tái khám đúng hẹn và khả năng đạt huyết áp mục tiêu
	Không thấy thể hiện bất thường xét nghiệm HST, HCT, khi tăng cũng gây huyết áp tăng và dễ bị nhầm lẫn trong điều trị THA từ đó gây biến chứng trầm trọng	Do chỉ số xét nghiệm HGB và HCT chủ yếu nằm trong giới hạn bình thường, tác giả đã bổ sung kết quả chỉ số xét nghiệm HGB và HCT bảng 3.9
	Vì sao tỷ lệ tái khám cao mà tỷ lệ đánh giá biến chứng lại quá thấp (14,1%)	Do tỷ lệ đánh giá đầy đủ biến chứng thấp, do đó tác giả xin phép gộp số liệu này với bảng đánh giá biến chứng cụ thể ở bảng 3.14
	Viết lại nhận xét bảng 3.8	
	Bảng 3.11 tại sao tỷ lệ được tư vấn chế độ ăn, luyện tập, vận động và tư vấn tái khám lại thấp	Theo thực tế nghiên cứu tình hình tư vấn chế độ ăn, luyện tập, vận động, tư vấn tái khám chưa cao vì thời gian khám ngắn, không có phòng tư vấn điều trị riêng
	Trang 36 phỏng vấn cùng 1 GD và câu trả lời ngược nhau	Tác giả đã chỉnh sửa kết quả phù hợp
	Chưa đưa ra được lý do vì sao còn nhiều NB không tái khám và chưa khai thác tỷ lệ uống thuốc không	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã bổ sung một số nguyên nhân, lý do khiến cho bản thân người bệnh điều trị không đúng theo

TT	Nội dung góp ý (<i>Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn</i>)	Phản giải trình của học viên (<i>Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa</i>)
	đầy đủ, nếu có từ đó mới tìm phương án khắc phục và đây chính là giá trị của luận văn	hướng dẫn, không tuân thủ điều trị.
	Bảng 3.4 tại sao lấy số liệu năm 2022 lại có thông tin này? Ngoài ra thông tin này không có ý nghĩa với vấn đề quản lý điều trị THA. Nên thay thế bằng số liệu sàng lọc, số người được phát hiện và số người được đưa vào quản lý năm 2022.	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã bổ sung thông tin ở bảng 3.4
	Bảng 3.6 đưa lên trước bảng 3.5	Tác giả đã bổ sung chỉnh sửa bảng 3.6 lên trước bảng 3.5
	Bảng 3.7 số liệu rất vô lý, VD đối với bệnh nhân cũ chỉ cần 1 lần đến khám thôi là đã dùng số lần quy định rồi, vậy phân biệt thế nào giữa không thực hiện và không thực hiện đúng số lần quy định? Có 62 BN không tái khám thì sẽ thuộc cột không thực hiện? nên chia bệnh nhân cũ và bệnh nhân mới năm 2022.	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã điều chỉnh kết quả bảng 3.7 (hiện tại là bảng 3.8) không tính đối tượng người bệnh không tái khám (62 người chỉ đi khám 1 lần). Đối tượng tái khám từ 2 lần trở lên đánh giá được về tiêu chuẩn thực hiện các xét nghiệm theo quy định quản lý điều trị THA. Bảng 3.9
	KQNC cần làm rõ số lượng bệnh nhân THA độ 1, độ 2, độ 3 đang như thế nào? Chưa có bàn luận với các đối tượng này	Kết quả mức độ THA đã được tác giả trình bày ở bảng 3.3, xin ý kiến hội đồng
	Bổ sung kết quả quản lý liên quan	Tác giả đã bổ sung phần kết quả và bàn luận

TT	Nội dung góp ý (<i>Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn</i>)	Phần giải trình của học viên (<i>Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa</i>)
	tối tuân thủ điều trị	về tuân thủ điều trị.
	Rà soát lại cách viết KQ định tính, cần tách riêng nhóm nhận xét tích cực và chưa tích cực, tóm tắt thành 1 chủ đề	Tác giả đã chỉnh sửa phương pháp trình bày kết quả định tính
7	Bàn luận	
	Cần viết thêm phần bàn luận làm rõ vấn đề khi thảo luận nhóm: VD cần có câu hỏi định hướng cụ thể để biết các nguyên nhân người bệnh không tái khám, hoặc nguyên nhân điều trị không đáp ứng như uống thuốc không đều, chế độ ăn, luyện tập để từ đó đề ra cách khắc phục để tốt hơn	Tác giả đã bổ sung phần bàn luận theo ý kiến hội đồng
	Nhắc lại nhiều kết quả và vẫn còn sơ sài	Tiếp thu ý kiến hội đồng tác giả đã chỉnh sửa bổ sung
	Kết luận	
	Viết gọn lại và làm bật kết quả có giá trị	Tác giả đã chỉnh sửa và viết gọn lại phần kết luận
	Khuyến nghị	
	Chưa thực sự phù hợp, khả thi và cần bám sát trên kết quả nghiên	Tác giả đã điều chỉnh, chỉnh sửa nội dung khuyến nghị phù hợp với thực tế nghiên cứu

TT	Nội dung góp ý <i>(Liệt kê các nội dung góp ý theo thứ tự các phần của đề cương/luận văn)</i>	Phản giải trình của học viên <i>(Nêu rõ đã chỉnh sửa như thế nào, ở phần nào, trang bao nhiêu. Nếu không chỉnh sửa, giải thích lý do vì sao không chỉnh sửa)</i>
	cứu	
	Viết lại khuyến nghị dựa theo chính kết quả của nghiên cứu này	Tác giả đã viết lại khuyến nghị cụ thể và phù hợp hơn theo ý kiến hội đồng



PGS.TS Nguyễn Thanh Hà

Ngày 29 tháng 10 năm 2023

Học viên

(ký và ghi rõ họ tên)



Huỳnh Tấn Lai

Xác nhận của GV hỗ trợ (nếu có)

(ký và ghi rõ họ tên)

Xác nhận của GV hướng

dẫn 1

(ký và ghi rõ họ tên)

Xác nhận của GV

hướng dẫn 2 (nếu

có)

(ký và ghi rõ họ tên)

Ý kiến của thành viên HĐ/chủ tịch HĐ (Nếu được phân công):

.....

Ngày 28 tháng 11 năm 2023

Đại diện hội đồng

(ký và ghi rõ họ tên)



PGS.TS. Phạm Việt Cường

