

1,76 lần so với nhóm còn lại¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Tiền sử nhiều bệnh nền, phẫu thuật lồng ngực, tiêu hóa, và lượng dịch truyền dương nhiều trong phẫu thuật làm gia tăng AKI sau phẫu thuật. Điểm SOFA, APACHE II, lượng dịch dương trước và trong phẫu thuật khiến là yếu tố nguy cơ khiến người bệnh AKI sau phẫu thuật phải lọc máu ngoài cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Skorecki K (2016), "Brenner and Rector's The Kidney tenth edition", 1, pp. 958-1011.
2. Khwaja A. (2012). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. Nephron Clin Pract, 120(4), c179-184.
3. Bell S. và Prowle J. (2019). Postoperative AKI—Prevention Is Better than Cure?. JASN, 30(1), 4–6.
4. Hahn R.G. (2010). Volume kinetics for infusion fluids. Anesthesiology, 113(2), 470–481.

5. Grams M.E., Sang Y., Coresh J. và cộng sự (2016). Acute Kidney Injury After Major Surgery: A Retrospective Analysis of Veterans Health Administration Data. Am J Kidney Dis, 67(6), 872–880.
6. Nguyễn Trường Sơn (2016). Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn chuyên khoa II. Khoa Y – Đại học Quốc Gia TP HCM.
7. Hà Hoàng Kiêm (2023). Lọc máu điều trị thay thế thận. Bệnh thận tiết niệu, Nhà xuất bản Y Học, tr. 115.
8. Lê Thị Diễm Tuyết (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Thế Anh, Tô Hoàng Dương (2021). Đánh giá thực trạng tổn thương thận cấp theo thang điểm RIFLE ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực và chống độc. Tạp chí Y học Việt Nam; 508(1).
10. Quách Hoàng Giang (2021). Yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật tại khoa hồi sức cấp cứu. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y dược TP HCM.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU CAN THIỆP Ở MỘT SỐ TRẠM Y TẾ TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023-2024

Lê Văn Huấn¹, Nguyễn Thanh Liêm²,
Lê Nguyễn Đăng Khoa, Huỳnh Minh Chính³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp có nguy cơ gây bệnh tật và tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu. Để quản lý được tăng huyết áp, cần có những nỗ lực đồng bộ gồm củng cố hệ thống y tế, tài chính y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đảm bảo trang thiết bị và thuốc, cung cấp đầy đủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong đó, hệ thống y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng trong quản lý và điều trị bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu ở các trạm y tế tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024. 2. Đánh giá kết quả sau can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế tại các trạm y tế thuộc một thành phố, một huyện, một thị xã tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tại mục tiêu 1, thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 182 cán bộ y tế phụ trách quản lý và điều trị bệnh tăng huyết

áp tại các trạm y tế thuộc tỉnh Bình Dương với phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tại mục tiêu 2, thực hiện nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau trên 54 cán bộ y tế tại các trạm y tế thuộc huyện Bàu Bàng, Bến Cát, Tân Uyên. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán, điều trị là 70,9%, về quản lý, tư vấn là 63,7%, kiến thức chung là 67,0%. Trong kiến thức về chẩn đoán và điều trị, kiến thức phân tầng nguy cơ tim, kiến thức chú trọng trong chẩn đoán và điều trị chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 41,2%, 50,0%. Trong kiến thức quản lý và tư vấn bệnh, kiến thức chỉ định chuyển tuyến, kiến thức nguyên tắc trong duy trì điều trị chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 56,0%, 61,5%. Sau can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu tăng lên có ý nghĩa thống kê: kiến thức về chẩn đoán, điều trị ($p < 0,001$; HQCT: 57,6%), kiến thức về quản lý, tư vấn ($p < 0,001$; HQCT: 112,9%), kiến thức chung ($p < 0,001$; HQCT: 80,9%). **Kết luận:** Kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế đạt yêu cầu là 67,0%. Cần chú trọng việc tập huấn nâng cao kiến thức quản lý và kiến thức chuyên môn cho các cán bộ y tế.

Từ khóa: kiến thức, quản lý, điều trị, tăng huyết áp, trạm y tế, hiệu quả can thiệp

SUMMARY

RESEARCH IN TREATMENT AND MANAGEMENT OF HYPERTENSION AND THE

¹Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Huấn

Email: bschinkhnv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

EVALUATION OF INTERVENTION OUTCOMES AT SEVERAL HEALTH STATIONS IN BINH DUONG PROVINCE, 2023-2024

Background: Hypertension is a leading cause of morbidity and mortality globally. The management of hypertension requires coordinated efforts that include strengthening the health system, providing financial health support, enhancing the quality of human resources, ensuring adequate medical equipment and medication, and offering comprehensive healthcare services. Primary healthcare systems play a crucial role in managing and treating hypertension.

Objectives: 1. To determine the percentage of healthcare workers with adequate knowledge of hypertension treatment and management at health stations in Binh Duong province from 2023-2024. 2. To evaluate the outcomes of interventions aimed at improving knowledge on hypertension treatment and management for healthcare workers at health stations in a city, a district, and a town in Binh Duong province from 2023-2024. **Materials and methods:** For the first objective, a cross-sectional descriptive study was conducted involving 182 healthcare workers responsible for managing and treating hypertension at health stations in Binh Duong province, using a total sampling method. For the second objective, a comparative study was conducted pre- and post-intervention on 54 healthcare workers at health stations in the Bau Bang district, Ben Cat town, and Tan Uyen city. **Results:** The percentage of healthcare workers with adequate knowledge of diagnosis and treatment was 70.9%, of management and counseling was 63.7%, and overall knowledge was 67.0%. Within the knowledge of diagnosis and treatment, the understanding of cardiovascular risk stratification and critical aspects of diagnosis and treatment was low, at 41.2% and 50.0% respectively. For management and counseling knowledge, the understanding of referral indications and principles of maintaining treatment was low, at 56.0% and 61.5% respectively. After the intervention, the percentage of healthcare workers with adequate knowledge of hypertension treatment and management significantly increased: knowledge of diagnosis and treatment ($p < 0.001$; IEI: 57.6%), management and counseling knowledge ($p < 0.001$; IEI: 112.9%), and overall knowledge ($p < 0.001$; IEI: 80.9%). **Conclusion:** The percentage of healthcare workers with adequate knowledge of hypertension treatment and management was 67.0%. There is a need to focus on training to enhance management knowledge and specialized knowledge for healthcare workers.

Keywords: knowledge, management, treatment, hypertension, health station, intervention effectiveness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở cộng đồng, có xu hướng ngày càng tăng mặc dù đã có nhiều biện pháp can thiệp. Trong những năm gần đây, tăng huyết áp đã trở thành nguy cơ gây bệnh tật và tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu [1]. Tại khu vực Đông Nam Á, có khoảng 35% người trưởng thành bị tăng

huyết áp và tỷ lệ tăng huyết áp đang có chiều hướng gia tăng đặc biệt ở các nước đang phát triển nơi mô hình bệnh tật chuyển đổi từ bệnh lây truyền sang bệnh không lây truyền gây nên gánh nặng kép cho hệ thống y tế [2]. Để quản lý được tăng huyết áp, cần có những nỗ lực đồng bộ gồm củng cố hệ thống y tế, tài chính y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đảm bảo trang thiết bị và thuốc, cung cấp đầy đủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe [3]. Trong đó hệ thống y tế cơ sở có vai trò rất quan trọng trong dự phòng và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là việc quản lý, chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp liên tục và lâu dài. Hiện nay chương trình phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp của Việt Nam đang nhận được sự quan tâm đầu tư của Chính phủ. Mạng lưới y tế cơ sở được phát triển rộng khắp toàn quốc là điều kiện thuận lợi để người dân tiếp cận các dịch vụ phòng và điều trị tăng huyết áp.

Tỉnh Bình Dương hiện nay đang tích cực nâng cao năng lực khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở. Đây là những điều kiện thuận lợi để triển khai quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế xã. Tuy nhiên, hiện nay chưa có đánh giá tổng quát về năng lực điều trị, quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh. Xuất phát từ những lý do nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu tình hình điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp và đánh giá kết quả sau can thiệp ở một số trạm y tế tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024" với các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Xác định tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu ở các trạm y tế tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024.

2. Đánh giá kết quả sau can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế tại các trạm y tế thuộc một thành phố, một huyện, một thị xã tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Cán bộ y tế phụ trách quản lý và điều trị bệnh THA bao gồm hai người: một trưởng trạm (hoặc phụ trách TYT) và một cán bộ phụ trách điều trị tại trạm y tế.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Trưởng trạm hoặc cán bộ phụ trách trạm y tế.

Cán bộ y tế phụ trách quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại mỗi trạm y tế.

Cán bộ y tế thuộc biên chế của nhà nước.

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Cán bộ y tế không hoạt động thường xuyên tại TYT trong

vòng 12 tháng vừa qua.

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Bình Dương

Thời gian nghiên cứu: tháng 5 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Giai đoạn 1 (mục tiêu 1): Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

Giai đoạn 2 (mục tiêu 2): Phương pháp can thiệp có so sánh trước và sau can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu

Giai đoạn 1: Chọn mẫu toàn bộ: chọn 91 TYT xã và 182 cán bộ y tế phụ trách điều trị, quản lý bệnh THA đang công tác tại các TYT thuộc 09 thành phố, thị xã, huyện trên địa bàn tỉnh Bình Dương để tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang (gồm một trường trạm hoặc phụ trách TYT và một cán bộ y tế phụ trách điều trị).

Giai đoạn 2: Chọn 01 thành phố, 01 thị xã và 01 huyện có kết quả đánh giá kiến thức về điều trị, quản lý bệnh THA của cán bộ y tế đạt yêu cầu ở mức thấp nhất để tiến hành can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh THA của cán bộ y tế tại các TYT trên địa bàn thành phố, thị xã, huyện đó. Dựa vào kết quả nghiên cứu thu được, 3 đơn vị được chọn để tiến hành can thiệp bao gồm: thị xã Bến Cát, thành phố Tân Uyên, huyện Bàu Bàng.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:

Giai đoạn 1: Chọn mẫu toàn bộ tất cả các TYT trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

Giai đoạn 2: Chọn mẫu có chủ đích các thành phố, thị xã, huyện có kết quả đánh giá kiến thức về điều trị, quản lý bệnh THA của cán bộ y tế đạt yêu cầu ở mức thấp nhất, bao gồm: thị xã Bến Cát, thành phố Tân Uyên, huyện Bàu Bàng.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm chung của nhân viên y tế: nhóm tuổi, giới tính, chức vụ, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn, trình độ học vấn, chứng chỉ hành nghề, tham gia tập huấn THA, tham gia triển khai kế hoạch phòng chống bệnh THA trước đó.

Tỷ lệ kiến thức về điều trị THA: bao gồm 10 câu (triệu chứng và tiến triển, tiền sử chẩn đoán và điều trị, yếu tố nguy cơ, cận lâm sàng, chẩn đoán, khám tổng thể để phát hiện tổn thương cơ quan đích, các yếu tố phân tầng nguy cơ tim mạch mức rất cao, mức cao, nội dung chú trọng trong chẩn đoán và điều trị, thời điểm khởi trị THA). CBYT có kiến thức về điều trị khi trả lời đúng từ 7/10 câu trở lên.

Tỷ lệ kiến thức về quản lý, tư vấn THA: bao gồm 8 câu (đối tượng cần quản lý, chỉ định

chuyển tuyến, tiếp nhận bệnh từ tuyến trên về TYT, giáo dục và tư vấn, chế độ ăn, nguyên tắc trong duy trì điều trị, mục tiêu điều trị, khoảng cách giữa các lần khám, xét nghiệm bệnh). CBYT có kiến thức về quản lý, tư vấn THA khi trả lời đúng từ 6/8 câu trở lên.

Tỷ lệ kiến thức về điều trị và quản lý THA: CBYT có kiến thức chung về điều trị, quản lý bệnh THA đạt yêu cầu khi trả lời đúng từ 13/18 câu trở lên.

Kết quả can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp: thực hiện 3 buổi tập huấn cho CBYT tại huyện, thị xã, thành phố can thiệp. Sau 4 tháng, tiến hành đánh giá kết quả sau can thiệp. Hiệu quả can thiệp được tính dựa vào so sánh tỷ lệ CBYT có kiến thức về điều trị và quản lý bệnh THA đạt yêu cầu trước và sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả can thiệp:

$$CSHQ_{CT} = \frac{|A_{CT} - B_{CT}|}{A_{CT}} \times 100(\%)$$

Trong đó: A_{ct}: Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt yêu cầu trước can thiệp

B_{ct}: Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt yêu cầu sau can thiệp

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Test χ^2 và giá trị p được sử dụng để biểu thị sự khác biệt tỷ lệ CBYT có kiến thức về điều trị và quản lý bệnh THA đạt yêu cầu trước và sau can thiệp. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	38	20,9
	31-40 tuổi	96	52,7
	> 40 tuổi	48	26,4
Giới tính	Nam	65	35,7
	Nữ	117	64,3
Chức vụ	Lãnh đạo	91	50,0
	Cán bộ phụ trách	86	47,3
	Khác	5	2,7
Thâm niên công tác	<5 năm	31	17,0
	5-10 năm	61	33,5
	11-20 năm	72	39,6
	>20 năm	18	9,9
Chuyên môn	Bác sĩ	86	47,3
	Y sĩ	79	43,4
	Điều dưỡng	1	0,5
	Nữ hộ sinh	4	2,2

	YTCC	1	0,5
	Khác	11	6,0
Trình độ	Trung cấp/Cao đẳng	94	51,7
	Đại học/SĐH	88	48,3
Chứng chỉ hành nghề	Có	161	88,5
	Không	21	11,5
Tham gia tập huấn trước đó	Có	147	80,8
	Không	35	19,2
Tham gia triển khai kế hoạch THA trước đó	Có	135	74,2
	Không	47	25,8
Tổng		182	100,0

Nhận xét: Phần lớn CBYT có tuổi trong nhóm 31-40 tuổi (52,7%), nữ giới (64,3%). Có 50% CBYT khảo sát là lãnh đạo TYT. Hầu hết CBYT khảo sát có thâm niên công tác từ 11-20 năm và chuyên môn là bác sĩ 47,3% và trình độ Đại học/SĐH chiếm 48,3%. Chứng chỉ hành

nghề, tham gia tập huấn trước đó, tham gia triển khai kế hoạch THA trước đó chiếm tỷ lệ lần lượt là 88,5%, 80,8%, 74,2%.

3.2. Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu của cán bộ y tế

Bảng 2. Kiến thức về điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu

Đặc điểm	Tần số (n)		Tỷ lệ (%)	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
Kiến thức về chẩn đoán, điều trị	Đạt	129	70,9	
	Không đạt	53	29,1	
Kiến thức về quản lý, tư vấn	Đạt	116	63,7	
	Không đạt	66	36,3	
Kiến thức chung	Đạt	122	67,0	
	Không đạt	60	33,0	

Nhận xét: Tỷ lệ CBYT có kiến thức về chẩn đoán, điều trị, kiến thức về quản lý, tư vấn, kiến thức chung đạt lần lượt là 70,9%, 63,7%, 67,0%.

Bảng 3. Đặc điểm kiến thức về điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp

Kiến thức	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức về chẩn đoán và điều trị bệnh THA		
Triệu chứng và tiến triển	150	82,4
Tiền sử chẩn đoán và điều trị	179	98,4
Yếu tố nguy cơ	176	96,7
Cận lâm sàng	152	83,5
Chẩn đoán	176	96,7
Khám tổng thể để phát hiện tổn thương cơ quan đích	120	65,9
Các yếu tố phân tầng nguy cơ tim mạch mức rất cao	122	67,0
Các yếu tố phân tầng nguy cơ tim mạch mức cao	75	41,2
Nội dung chú trọng trong chẩn đoán và điều trị	91	50,0
Thời điểm khởi trị THA	176	96,7
Kiến thức về quản lý và tư vấn bệnh THA		
Đối tượng cần quản lý	176	96,7
Chỉ định chuyển tuyến	102	56,0
Tiếp nhận bệnh từ tuyến trên về TYT	169	92,9
Giáo dục và tư vấn	121	66,5
Chế độ ăn	119	65,4
Nguyên tắc trong duy trì điều trị	112	61,5
Mục tiêu điều trị	172	94,5
Khoảng cách giữa các lần khám, xét nghiệm	125	68,7

Nhận xét: Về kiến thức về chẩn đoán và điều trị bệnh THA, kiến thức về tiền sử chẩn đoán và điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 98,4%, kiến thức về các yếu tố phân tầng nguy cơ tim mạch mức cao thấp nhất với 41,2%. Về kiến thức về quản lý và tư vấn, kiến thức về đối tượng cần quản lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 96,7%, kiến thức về chỉ định chuyển tuyến chiếm tỷ lệ thấp nhất với 56,0%.

Bảng 3.4 Phân bố kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế

Huyện, thị xã, thành phố	Kiến thức về chẩn đoán, điều trị [n (%)]		Kiến thức về quản lý, tư vấn [n (%)]		Kiến thức chung [n (%)]	
	Đạt	Không	Đạt	Không	Đạt	Không
Bàu Bàng	10 (71,4)	4 (28,6)	8 (57,1)	6 (42,9)	9 (64,3)	5 (35,7)
Bắc Tân Uyên	14 (70,0)	6 (30,0)	16 (80,0)	4 (20,0)	16 (80,0)	4 (20,0)
Bến Cát	7 (43,8)	9 (56,3)	5 (31,3)	11 (68,8)	5 (31,3)	11 (68,8)

Dầu Tiếng	16 (66,7)	8 (33,3)	17 (70,8)	7 (29,2)	16 (66,7)	8 (33,3)
Dĩ An	9 (64,3)	5 (35,7)	9 (64,3)	5 (35,7)	10 (71,4)	4 (28,6)
Phú Giáo	18 (81,8)	4 (18,2)	11 (50,0)	11 (50,0)	15 (68,2)	7 (31,8)
Tân Uyên	16 (66,7)	8 (33,3)	10 (41,7)	14 (58,3)	12 (50,0)	12 (50,0)
Thủ Dầu Một	21 (75,0)	7 (25,0)	23 (82,1)	5 (17,9)	21 (75,0)	7 (25,0)
Thuận An	18 (90,0)	2 (10,0)	17 (85,0)	3 (15,0)	18 (90,0)	2 (10,0)

Nhận xét: Huyện Bàu Bàng, thị xã Bến Cát và thành phố Tân Uyên là huyện, thị xã, thành phố có kiến thức chung thấp nhất trong các nơi cùng phân cấp hành chính với tỷ lệ lần lượt là 64,3%, 31,3%, 50,0%.

3.3. Kết quả sau can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế tại các trạm y tế

Bảng 3.5. Kết quả can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế tại các Trạm Y tế

		Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Bàu Bàng (n=14)	Chẩn đoán, điều trị đạt yêu cầu	10	71,4	14	100	0,098*	40,1
	Quản lý, tư vấn đạt yêu cầu	8	57,1	12	85,7	0,209*	50,1
	Kiến thức chung đạt yêu cầu	9	64,3	12	85,7	0,385*	33,3
Bến Cát (n=16)	Chẩn đoán, điều trị đạt yêu cầu	7	43,8	15	93,8	0,002	114,2
	Quản lý, tư vấn đạt yêu cầu	5	31,3	15	93,8	<0,001	199,7
	Kiến thức chung đạt yêu cầu	5	31,3	14	87,5	0,001	179,6
Tân Uyên (n=24)	Chẩn đoán, điều trị đạt yêu cầu	16	66,7	23	95,8	0,023*	43,6
	Quản lý, tư vấn đạt yêu cầu	10	41,7	22	91,7	<0,001	119,9
	Kiến thức chung đạt yêu cầu	12	50	21	87,5	0,005	75,0
Chung (n=54)	Chẩn đoán, điều trị đạt yêu cầu	33	61,1	52	96,3	<0,001	57,6
	Quản lý, tư vấn đạt yêu cầu	23	42,6	49	90,7	<0,001	112,9
	Kiến thức chung đạt yêu cầu	26	48,1	47	87	<0,001	80,9

Nhận xét: Kiến thức về chẩn đoán, điều trị, quản lý và tư vấn của CBYT sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả can thiệp về chẩn đoán và điều trị là 57,6%, quản lý và tư vấn 112,9%, kiến thức chung 809,9%.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức của cán bộ y tế có vai trò quan trọng cho trạm y tế thực hiện chương trình phòng chống bệnh tăng huyết áp. Nhân viên y tế là người thực hiện các chỉ tiêu, quy trình, thao tác để khám, điều trị và quản lý người bệnh trên địa bàn. Do đó, việc đánh giá và cập nhật kiến thức thường xuyên là một trong những chỉ tiêu cần quan tâm hàng đầu khi thực hiện chương trình. Nghiên cứu tiến hành khảo sát kiến thức của những 182 cán bộ y tế đang công tác tại trạm trên địa bàn tỉnh Bình Dương, những đối tượng này được phỏng vấn đánh giá kiến thức về chẩn đoán điều trị, kiến thức về quản lý, tư vấn. Qua khảo sát, nhìn chung có 2/3 cán bộ y tế có kiến thức chung về điều trị quản lý bệnh tăng huyết áp (67%). Trong đó, kiến thức về chẩn đoán, điều trị có tỷ lệ cao hơn so với quản lý và tư vấn (70,9% so với 63,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số kết quả nghiên cứu tại Việt Nam về công tác

dự phòng, điều trị và quản lý THA tại cộng đồng ở Tuyên Quang, Thanh Hoá và Cao Bằng [4-6]. Trong thời gian gần đây, ngành y tế đã nỗ lực đào tạo lại và đào tạo liên tục, cũng như tăng cường việc các bác sỹ xuống YTCS. Tuy nhiên, vẫn còn những khó khăn nhất định khiến kết quả vẫn chưa đạt được mong muốn.

Đối với bệnh THA, ngoài việc cung cấp kiến thức đã có trong chương trình đào tạo của các trường đại học, cao đẳng và trung học y tế, việc cập nhật thông tin mới, tiến bộ trong điều trị thuốc, quy định và hướng dẫn mới về phác đồ điều trị cũng như các biện pháp phòng ngừa là rất quan trọng. Tuy nhiên, hiện nay, hầu hết cán bộ YTCS chưa thường xuyên được đào tạo về THA và chưa có thói quen, động lực, cũng như khả năng tự tiếp cận và cập nhật thông tin chính thống trên các kênh thông tin khác nhau về quản lý THA. Theo kế hoạch can thiệp, những địa bàn đưa vào can thiệp bao gồm Bàu Bàng, Bến Cát và Tân Uyên. Nhìn chung, qua đánh giá sau can thiệp đều thấy rõ sự thay đổi về kiến thức của nhân viên y tế so với trước ($p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp đạt từ 57,6% đối với kiến thức về chẩn đoán, điều trị đạt yêu cầu và cao nhất là 112,9% đối với kiến thức về quản

lý, tư vấn. Tác giả Lê Quang Thọ cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về quản lý THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2% [7]. Tác giả cho rằng việc đào tạo trong nhóm can thiệp hiệu quả, khiến cho kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong việc quản lý THA tăng cao sau can thiệp [7]. Nghiên cứu của Katende và cộng sự (2014) tại Uganda cho thấy sau 3 tháng đào tạo không liên tục và giám sát cho các cán bộ y tế ở phòng khám của bệnh viện, tất cả các kiến thức và kỹ năng về chẩn đoán, điều trị và truyền thông-tư vấn về phòng, chống THA đều tăng. Từ chỗ kiến thức và thực hành đo huyết áp trước can thiệp rất thấp, sau can thiệp tăng lên rõ rệt (42,9% lên 71,4%), tương tự vậy kiến thức và kỹ năng về sử dụng thuốc huyết áp cũng tăng cao sau can thiệp (28,6% lên 87,5%) [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán, điều trị là 70,9%, về quản lý, tư vấn là 63,7%, kiến thức chung là 67,0%.

Về kiến thức về chẩn đoán và điều trị bệnh THA, kiến thức về tiền sử chẩn đoán và điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 98,4%, kiến thức về các yếu tố phân tầng nguy cơ tim mạch mức cao

thấp nhất với 41,2%. Về kiến thức về quản lý và tư vấn, kiến thức về đối tượng cần quản lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 96,7%, kiến thức về chỉ định chuyển tuyến chiếm tỷ lệ thấp nhất với 56,0%.

Sau can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu tăng lên có ý nghĩa thống kê: kiến thức về chẩn đoán, điều trị ($p < 0,001$; HQCT: 57,6%), kiến thức về quản lý, tư vấn ($p < 0,001$; HQCT: 112,9%), kiến thức chung ($p < 0,001$; HQCT: 80,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt**, Tăng huyết áp - Vấn đề cần được quan tâm hơn. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp, 2010.
2. **Centers for Disease Control Prevention**, Family history and other characteristics that increase risk for high blood pressure. J Retrieved January, 2014. **20**: p. 2017.
3. **Lee, J., et al.**, Hypertension awareness, treatment, and control and their association with healthcare access in the middle-aged and older Indian population: A nationwide cohort study. PLOS Medicine, 2022. **19**(1): p. e1003855.
4. **Tạ Ngọc Hà, et al.**, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp tại Trạm y tế xã, tỉnh Cao Bằng năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. **519**(2).
5. **Mai, P.P., et al.**, Kiến thức về bệnh tăng huyết áp và thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp của người trưởng thành tại huyện Quảng Xương, Thanh Hoá năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. **144**(8): p. 196-206.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUÝ NHỒI MÁU NÃO SAU CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Phạm Văn Minh^{1,2}, Phan Thị Minh Thu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới CLCS của người bệnh đột quỵ nhồi máu não sau can thiệp phục hồi chức năng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước và sau điều trị trên 92 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội được can thiệp chương trình phục hồi chức năng gồm vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, dinh dưỡng, điều dưỡng trong 01

tháng. Bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm CLCS cho người bệnh đột quỵ não (Stroke Specific Quality of Life/SSQOL). **Kết quả:** Sau 4 tuần can thiệp cho thấy mức độ khiếm khuyết thần kinh càng nặng thì ảnh hưởng đến CLCS càng nhiều, mức độ suy giảm nhận thức càng nặng thì CLCS càng thấp, bệnh nhân bị đột quỵ lần đầu có điểm CLCS cao hơn so với bệnh nhân bị đột quỵ tái phát từ 2 lần trở lên, tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa về điểm CLCS giữa nhóm dưới 60 tuổi so với nhóm lớn hơn hoặc bằng 60 tuổi, giữa bệnh nhân đột quỵ nam và nữ, giữa bệnh nhân bị đột quỵ có dưới 2 bệnh kèm theo và những bệnh nhân có từ 2 bệnh kèm theo trở lên. **Kết luận:** Sau 4 tuần can thiệp phục hồi chức năng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ khiếm khuyết thần kinh, mức độ suy giảm nhận thức, số lần bị đột quỵ quy và CLCS, tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tuổi, giới tính, các bệnh đồng mắc kèm theo và CLCS.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024