

Chen XL, Xu BN. Resection of Insular Glioma Through the Transfrontal Limiting Sulcus Approach. *Oper Neurosurg (Hagerstown)*. 2022 Jun 1;22(6): 400-408. doi: 10.1227/ons.000000000000146. Epub 2022 Apr 14. PMID: 35867080.

7. **Sun G, Shu X, Wu D, Zhao K, Xue Z, Cheng**

G, Chen L, Zhang J. The Transtemporal Isthmus Approach for Insular Glioma Surgery. *Oper Neurosurg (Hagerstown)*. 2024 Aug 20. doi: 10.1227/ons.0000000000001308. Epub ahead of print. PMID: 39162411.

8. **Yasagil M.G. et al** (1992). Tumors of the limbic and paralimbic systems. *Acta Neurochir*, 118, 40–52.

KẾT QUẢ QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI 03 TRẠM Y TẾ

Nông Tuấn Phong¹, Nguyễn Thị Tố Uyên², Mã Hồng Lam¹,
Bế Thị Bạch³, Nguyễn Quỳnh Anh⁴, Lục Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản lý bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là thách thức lớn, đặc biệt tại các vùng miền núi. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả mô hình y học gia đình trong quản lý THA và ĐTĐ tại tỉnh Cao Bằng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tại 03 trạm y tế xã từ tháng 1-5/2024, áp dụng phương pháp can thiệp cộng đồng, đánh giá trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân biết chỉ số huyết áp và đường huyết tăng lên 100% và 90,9%. Tỷ lệ tái khám liên tục và đạt huyết áp mục tiêu tăng đáng kể (99,5% và 61,6%). Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ đạt mục tiêu đường huyết tăng từ 22,7% lên 63,6%, với $p < 0,001$. **Kết luận:** Mô hình y học gia đình nâng cao hiệu quả quản lý bệnh nhân THA và ĐTĐ tại Cao Bằng.

Từ khóa: Quản lý bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, y học gia đình, Cao Bằng.

SUMMARY

RESULTS OF MANAGING PATIENTS WITH HYPERTENSION AND DIABETES ACCORDING TO THE PRINCIPLES OF FAMILY MEDICINE AT 03 COMMUNITY HEALTH STATIONS

Introduction: Managing non-communicable diseases (NCDs) such as hypertension (HTN) and diabetes mellitus (DM) is a major challenge, especially in mountainous areas. This study evaluates the effectiveness of the family medicine model in managing HTN and DM in Cao Bang Province.

Methods: The study was conducted at three commune health stations from January to May 2024, using a community intervention approach with pre-

and post-intervention evaluations. **Results:** After the intervention, the percentage of patients aware of their blood pressure and blood glucose levels increased to 100% and 90.9%, respectively. The rates of continuous follow-up and achieving target blood pressure significantly improved (99.5% and 61.6%, respectively). The percentage of diabetic patients achieving target blood glucose increased from 22.7% to 63.6%, with $p < 0.001$. **Conclusion:** The family medicine model has enhanced the management of HTN and DM patients in Cao Bang.

Keywords: Hypertension management, diabetes mellitus, family medicine, Cao Bang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý các bệnh không lây nhiễm (BKLN), đặc biệt là bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ), là một thách thức lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu. Trạm y tế (TYT), là đơn vị tuyến đầu tại các xã, phường, thị trấn, đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc quản lý, điều trị và phòng ngừa các bệnh này, đặc biệt là việc sàng lọc, phát hiện sớm các bệnh lý không lây nhiễm, bao gồm THA và ĐTĐ, nhằm giảm thiểu các biến chứng nguy hiểm và cải thiện sức khỏe cộng đồng^{1,2}.

Trên thế giới, các quốc gia phát triển như Mỹ, Anh, Canada và Australia đã triển khai mô hình y học gia đình, kết hợp bác sĩ gia đình và hệ thống y tế địa phương để theo dõi sức khỏe bệnh nhân lâu dài, từ đó giảm tỷ lệ nhập viện và tối ưu hóa chi phí điều trị. Tại Anh, hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử giúp theo dõi hiệu quả bệnh THA và ĐTĐ, giảm các ca cấp cứu liên quan đến biến chứng^{1,2}.

Tại Việt Nam, bệnh THA và ĐTĐ đang ngày càng gia tăng và trở thành gánh nặng cho hệ thống y tế. Mặc dù mô hình y học gia đình đã được triển khai tại một số vùng, nhưng vẫn còn nhiều khó khăn trong việc mở rộng và đồng bộ hóa mô hình này, đặc biệt là tại các vùng nông thôn và miền núi. Cao Bằng, một tỉnh miền núi với nhiều khó khăn về kinh tế và cơ sở hạ tầng y

¹Sở Y tế Cao Bằng

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cao Bằng

⁴Bệnh viện Y học Cổ truyền và Phục hồi Chức năng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên

Email: nguyenthitouyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025

tế. Việc triển khai mô hình quản lý bệnh theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã là hết sức cần thiết. Mô hình này không chỉ giúp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, phát hiện sớm bệnh lý mà còn giảm chi phí điều trị và giảm tải cho bệnh viện tuyến trên^{3,4}. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả quản lý người bệnh THA, ĐTD theo nguyên lý y học gia đình tại 03 trạm y tế trên địa bàn tỉnh Cao Bằng. Kết quả nghiên cứu cung cấp bài học kinh nghiệm quan trọng cho các tỉnh miền núi khác trong việc phát triển hệ thống y tế cơ sở, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán Tăng huyết áp, đái tháo đường quản lý tại 03 Trạm y tế xã

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Xã Ngọc Đào, Đại Tiến, Quang Trung, từ 01/2024 đến 05/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng, có đánh giá trước sau không đối chứng.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn toàn bộ người bị tăng huyết áp và đái tháo đường trên địa bàn 3 xã (Ngọc Đào, Đại Tiến, Quang Trung); Trên thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 203 bệnh nhân tăng huyết áp và 66 bệnh nhân đái tháo đường.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin thu thập từ thăm khám và phỏng vấn bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn; Tất cả các câu hỏi điều tra và thông tin thăm khám của bệnh nhân được kiểm tra bởi giám sát viên và hoàn thiện ngay trong ngày hoặc ngày hôm sau để tránh thiếu sót thông tin.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ %, so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp dùng test khi bình phương, Có đánh giá hiệu quả can thiệp trước và sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả (CSHQ) được tính theo công thức:

$$CSHQ (\%) = \frac{P_1 - P_2}{P_1} \times 100$$

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, chỉ tiến hành nghiên cứu khi được Hội đồng Đạo đức chấp thuận.

Thông tin thu thập được liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

Đối tượng nghiên cứu được biết rõ về mục đích, yêu cầu, lợi ích của nghiên cứu, chấp thuận, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ người bệnh biết chỉ số huyết áp của mình

Biết chỉ số huyết áp của mình	Trước can thiệp (SL,%)	Sau can thiệp (SL,%)	p	Chỉ số hiệu quả
Có biết	136(67,0%)	203(100,0%)	<	49,26
Không biết	67(33,0%)	0(0,0%)	0,001	%

Nhận xét: Trước khi can thiệp, chỉ có 67,0% bệnh nhân biết chỉ số huyết áp của mình, trong khi 33,0% không biết. Tuy nhiên, sau khi can thiệp, tỷ lệ này đã tăng lên 100%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, chỉ số hiệu quả đạt 49,26%.

Bảng 2. Kết quả quản lý bệnh nhân tăng huyết áp

Đặc điểm (%)	Trước can thiệp (SL,%)	Sau can thiệp (SL,%)	p	Chỉ số hiệu quả
Tỷ lệ trung bình bệnh nhân THA đến tái khám liên tục 3 tháng	159 (78,3%)	202 (99,5%)	< 0,001	27,0 %
Tỷ lệ trung bình đạt huyết áp mục tiêu trong tháng	55 (27,1%)	125 (61,6%)	< 0,001	127,3 %

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đến khám liên tục trong 3 tháng đã tăng từ 78,3% lên đến 99,5% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu đã tăng lên rõ rệt từ 27,1% lên tới 61,6% sau can thiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, với chỉ số hiệu quả là 127,3%.

Bảng 3. Tỷ lệ người bệnh biết chỉ số đường huyết của mình

Biết chỉ số đường huyết	Trước Can thiệp (SL,%)	Sau can thiệp (SL,%)	p	Chỉ số hiệu quả
Có	48(72,7%)	60(90,9%)	<0,05	25,0%
Không	18(27,3%)	6(9,1%)		

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh biết chỉ số đường huyết của mình là 90,9% cao hơn so với thời điểm trước can thiệp chỉ có 72,7% bệnh nhân biết chỉ số đường huyết của mình và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$, với chỉ số hiệu quả là 25,0%.

Bảng 4. Kết quả quản lý bệnh nhân đái tháo đường

Quản lý, điều trị ĐTĐ	Trước Can thiệp (SL, %)	Sau can thiệp (SL, %)	p	Chỉ số hiệu quả
Số bệnh nhân đến khám liên tục trong 3 tháng	35 (53,0%)	66 (100,0%)	< 0,001	88,57%
Số bệnh nhân đạt đường huyết mục tiêu	15 (22,7%)	42 (63,6%)	< 0,001	320,0%

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân đến khám liên tục trong 3 tháng đã tăng từ 53,0% lên đến 100,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; Tỉ lệ bệnh nhân đạt đường huyết mục tiêu đã tăng từ 22,7% lên đến 63,6% sau can thiệp ($p < 0,001$) và chỉ số hiệu quả can thiệp đạt được là 320,0%.

Bảng 5. Đánh giá khả năng cung cấp dịch vụ của TYT sau can thiệp

Dịch vụ	Có khả năng thực hiện	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Hoạt động sàng lọc/phát hiện THA, ĐTĐ		
Triển khai sàng lọc tại cộng đồng qua thăm hộ gia đình của YTTB	18	100,0
Triển khai chiến dịch sàng lọc tại cộng đồng	18	100,0
Triển khai sàng lọc cơ hội tại TYT xã	18	100,0
Thực hiện khám, chẩn đoán THA theo hướng dẫn của BHYT	18	100,0
Chẩn đoán và phân loại THA theo hướng dẫn của BHYT	18	100,0
Hoạt động quản lý, điều trị		
Tư vấn giảm muối và chế độ dinh dưỡng cho người bệnh THA, ĐTĐ	18	100,0
Tư vấn chế độ tập luyện thể lực và kiểm soát cân nặng cho người bệnh THA, ĐTĐ	18	100,0
Tư vấn cai nghiện thuốc lá/rượu bia	18	100,0
Quản lý đối tượng người THA trên địa bàn (thống kê, lập danh sách từ các nguồn)	18	100,0
Khám, điều trị duy trì cho bệnh nhân THA	18	100,0
Tiếp nhận QLĐT người bệnh THA từ tuyến trên chuyển về	18	100,0
Sử dụng phác đồ và đánh giá mục tiêu điều trị theo hướng dẫn	17	94,4

Đánh giá, xác định nguy cơ tim mạch cho người bệnh THA theo bảng kiểm	17	94,4
Khám phát hiện biến chứng THA	17	94,4
Điện tâm đồ	0	0,0
XN mỡ máu bằng test nhanh	2	11,1
XN đường máu bằng test nhanh	14	77,8
XN nước tiểu bằng test nhanh	2	11,1
Siêu âm tổng quát	2	11,1

Nhận xét: Sau can thiệp, năng lực cung cấp dịch vụ KCB về sàng lọc, phát hiện, hoạt động quản lý và điều trị được nâng cao rõ ràng.

Bảng 6. Khó khăn trong hoạt động sàng lọc, quản lý điều trị tăng huyết áp

Khó khăn	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hoạt động sàng lọc		
YTTB hạn chế năng lực	13	72,2
Khó huy động YTTB triển khai nhiệm vụ	14	77,8
Người dân không hợp tác	14	77,8
Không có kinh phí triển khai	17	94,4
Hoạt động quản lý điều trị		
Thiếu nhân lực	6	33,3
Thiếu thuốc thiết yếu	14	77,8
Thiếu thiết bị thiết yếu	11	61,1
Khó khăn trong thanh toán với BHYT	2	11,1
Người dân không muốn điều trị tại TYT	6	33,3

Nhận xét: Trong hoạt động thực hiện sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị cũng gặp phải một số khó khăn như: Không có kinh phí triển khai, Khó huy động YTTB triển khai nhiệm vụ, sự hợp tác của người dân, thiếu thuốc thiết yếu, trang bị thiết yếu.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp tỉ lệ bệnh nhân biết chỉ số huyết áp của mình đã tăng từ 67,0% lên 100%, điều này cho thấy sự cải thiện rõ rệt về nhận thức của bệnh nhân. Tương tự, tỉ lệ bệnh nhân biết chỉ số đường huyết của mình cũng tăng từ 72,7% lên 90,9%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Patel et al. (2017), khi áp dụng mô hình y học gia đình để cải thiện nhận thức về bệnh lý mãn tính tại các trạm y tế cơ sở, qua đó nâng cao tỷ lệ bệnh nhân chủ động theo dõi sức khỏe của mình⁸. Sự cải thiện này có thể được giải thích bởi các chiến lược giáo dục sức khỏe và tư vấn trực tiếp của nhân viên y tế, giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn về tầm quan trọng của việc theo dõi huyết áp và đường huyết.

Tỉ lệ bệnh nhân đến tái khám liên tục trong 3 tháng tăng từ 78,3% lên 99,5%, và tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu cũng tăng từ 27,1% lên 61,6% (Bảng 2). Những kết quả này tương tự với nghiên cứu của Cummings (2016), nơi mô hình y học gia đình cũng đã giúp tăng cường tuân thủ điều trị và đạt được các chỉ số huyết áp mục tiêu, đặc biệt ở các bệnh nhân sống tại các khu vực xa xôi, khó tiếp cận với các cơ sở y tế lớn⁵. Điều này cho thấy rằng, với sự hỗ trợ từ y bác sĩ gia đình và các dịch vụ y tế gần gũi, bệnh nhân có xu hướng tuân thủ tốt hơn lịch tái khám và điều trị, từ đó cải thiện kết quả điều trị bệnh lý mãn tính.

Kết quả bảng 4 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đạt đường huyết mục tiêu trong nhóm bệnh nhân ĐTĐ đã tăng từ 22,7% lên 63,6%, chỉ số hiệu quả đạt 320,0%, cao hơn nhiều so với nhóm THA. Điều này có thể là do bệnh nhân ĐTĐ nhận được sự hỗ trợ và theo dõi hơn từ các cán bộ y tế, chuyên gia dinh dưỡng, kết hợp với các chiến lược quản lý toàn diện như điều chỉnh chế độ ăn uống và kiểm soát cân nặng.

Kết quả khảo sát về khả năng cung cấp dịch vụ của trạm y tế xã sau can thiệp cho thấy có sự cải thiện rõ rệt trong năng lực thực hiện các hoạt động như sàng lọc, tư vấn chế độ ăn uống, tập luyện và điều trị duy trì cho bệnh nhân. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Hiếu (2021), khi mô hình y học gia đình tại các trạm y tế Hải Phòng đã nâng cao đáng kể khả năng cung cấp dịch vụ và quản lý bệnh THA hiệu quả, nhờ vào sự đào tạo liên tục và nâng cao năng lực của đội ngũ y tế tuyến cơ sở¹⁰. Nghiên cứu của Đinh Văn Thành (2015) tại tỉnh Bắc Giang cũng cho thấy, mô hình quản lý bệnh THA theo nguyên lý y học gia đình giúp tăng cường năng lực sàng lọc, phát hiện và điều trị bệnh ngay tại tuyến cơ sở, từ đó cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân¹¹.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra những khó khăn trong quá trình triển khai mô hình, bao gồm thiếu kinh phí (94,4%), khó huy động nhân lực y tế thôn bản (77,8%) và thiếu trang thiết bị y tế thiết yếu (61,1%) (Bảng 6). Những vấn đề này không chỉ tồn tại trong nghiên cứu của chúng tôi mà còn là thách thức chung đối với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và các quốc gia đang phát triển. Nghiên cứu của Nguyen (2020) cũng đã chỉ ra rằng các yếu tố như thiếu kinh phí, thiếu nhân lực và cơ sở vật chất không đầy đủ là những rào cản lớn trong việc triển khai các mô hình chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng ở các

khu vực nông thôn và miền núi⁷. Quyết định 2559/QĐ-BYT của Bộ Y tế (2018)⁹ đã đưa ra những hướng dẫn rõ ràng về việc cải thiện cơ sở vật chất và đào tạo nhân lực, nhưng vẫn còn nhiều thử thách trong việc triển khai tại các khu vực khó khăn, như tỉnh Cao Bằng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy mô hình quản lý bệnh THA và ĐTĐ theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã đã mang lại hiệu quả tốt, không chỉ trong việc nâng cao nhận thức và tuân thủ điều trị của bệnh nhân mà còn trong việc cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, để mô hình này phát huy hiệu quả lâu dài và rộng rãi, cần phải có sự đầu tư về cơ sở vật chất, đào tạo nhân lực y tế, cũng như sự hợp tác chặt chẽ từ cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J.** (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
2. **World Health Organization (WHO).** (2013). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. WHO.
3. **Bộ Y tế Việt Nam** (2020). Đề án Phát triển Y học Gia đình ở Việt Nam giai đoạn 2020 - 2030.
4. **Trung tâm Y tế huyện Cao Bằng** (2022). Báo cáo kết quả mô hình quản lý bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế xã/phường.
5. **Cummings, S. M., & Johnson, J.** (2016). Effectiveness of family medicine models in chronic disease management: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 106(6), 1069-1076.
6. **Nguyen, T. L., et al.** (2018). Improving primary health care delivery in rural Vietnam through family medicine: A review of challenges and opportunities. *Vietnam Journal of Medical Research*, 37(2), 153-160.
7. **Nguyen, M. T., et al.** (2020). Challenges in chronic disease management in rural Vietnam: A case study of hypertension and diabetes. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(5), 213-219.
8. **Patel, P. D., et al.** (2017). Increasing health awareness and self-management in chronic disease: A study of community-based intervention programs. *Journal of Family Medicine*, 12(4), 420-426.
9. **Bộ Y tế** (2018). Quyết định 2559/QĐ-BYT về kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020. Hà Nội: Bộ Y tế
10. **Nguyễn Thị Thuý Hiếu**, Hiệu quả quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp của trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình tại Hải Phòng, in *Y tế công cộng*. 2021, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng: Hải Phòng.