

TÍNH SẴN CÓ VÀ SẴN DỤNG CỦA CÁC DỊCH VỤ QUẢN LÝ BỆNH TIM MẠCH TẠI CÁC TRẠM Y TẾ THUỘC TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Võ Đức Toàn, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, Nguyễn Minh Tâm

Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Bệnh lí tim mạch (BLTM) là nguyên nhân dẫn đến 17,9 triệu trường hợp tử vong, chiếm đến 31% tổng số trường hợp tử vong do tất cả các nguyên nhân trên toàn thế giới. Phần lớn bệnh nhân mắc BLTM có thể được chẩn đoán, điều trị và quản lí tại hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hoạt động tăng cường quản lí và chăm sóc liên tục cho người bệnh mắc BLTM ở tuyến y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng, mang tính bền vững và hiệu quả chi phí. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng hoạt động quản lí BLTM ở các trạm y tế (TYT) xã, phường, thị trấn tại tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành ở 152 TYT xã, phường, thị trấn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế dựa trên bộ công cụ của WHO đánh giá tính sẵn có và sẵn dụng của các dịch vụ chăm sóc ban đầu - SARA. **Kết quả:** Tỷ lệ Trạm cung cấp dịch vụ chẩn đoán và/hoặc quản lí BLTM là 97,4%. Trang thiết bị phục vụ sàng lọc, phát hiện sớm BLTM tại Trạm đầy đủ (>99%). Hầu hết TYT cung cấp dịch vụ dự phòng yếu tố nguy cơ của BLTM. Hơn 85% Trạm y tế không được trang bị đầy đủ tất cả thuốc điều trị bệnh theo quy định của Bộ Y tế. Thuốc được cung cấp chủ yếu tại Trạm là nhóm chẹn kênh canxi (90,8%) và ức chế men chuyển (77%). **Kết luận:** Hoạt động dự phòng, điều trị và quản lí BLTM tại tuyến y tế cơ sở được triển khai đầy đủ và rộng rãi trên địa bàn tỉnh. Tuy nhiên, nhóm thuốc thiết yếu điều trị BLTM vẫn cần được bổ sung đầy đủ hơn tại các TYT đặc biệt các trạm ở vùng nông thôn và miền núi. Điểm sẵn dụng của hoạt động quản lí bệnh BLTM tại tỉnh Thừa Thiên Huế là 67,9 điểm.

Từ khóa: Bệnh lí tim mạch, quản lí bệnh lí tim mạch, trạm y tế, y tế cơ sở, SARA

Abstract

AVAILABILITY AND READINESS OF CARDIOVASCULAR DISEASE MANAGEMENT SERVICES AT COMMUNE HEALTH CENTERS OF THUA THIEN HUE PROVINCE

Vo Duc Toan, Le Ho Thi Quynh Anh, Nguyen Minh Tam

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Introduction: Cardiovascular diseases (CVDs) take the lives of 17.9 million people every year, 31% of all global deaths. Most patients with CVDs can be diagnosed, treated and managed by health-care practitioners at the primary health care system. Strengthening CVDs patients management and continuity of care in Commune health centres (CHCs) play an important, sustainable and cost-effective solutions. **Objectives:** To describe the current situation of CVDs management at commune health centers in Thua Thien Hue province. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the total 152 CHCs in Thua Thien Hue province. Service availability and readiness assessment (SARA-WHO) instrument was used to assess CVDs management of CHCs. **Results:** CVDs diagnosis and/or treatment were available at 97.4% of CHCs surveyed. Most CHCs were fully built in equipments for screening and early detection of CVDs (>99%). Most CHCs delivered prevention services regarding risk factors of CVDs. More than 85% of CHCs weren't equipped with adequate medicines for CVDs management prescribed by the Ministry of Health. Calcium channel blockers (90,8%) and angiotensin converting enzyme inhibitor (77%) were offered at the CHCs. **Conclusion:** CVDs prevention and management services at grassroots level have been fully and widely deployed throughout the province. It's strongly recommended to enhance the availability of medication for CVDs, especially in mountainous area. The service readiness indicator of CVDs management in Thua Thien Hue Province is 67.9 points.

Keywords: Cardiovascular diseases management, commune health center, primary care, SARA

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lí tim mạch (BLTM) là nguyên nhân gây ra 17,9 triệu trường hợp tử vong mỗi năm trên toàn thế giới [4]. Tại Việt Nam, tỉ lệ BLTM hiện nay chiếm đến 25% ở người trưởng thành (25-64 tuổi) và đang có xu hướng tăng dần theo thời gian [5]. Sự gia tăng của bệnh liên quan chặt chẽ đến các yếu tố nguy cơ (YTNC) như béo phì, hạn chế vận động, hút thuốc lá, uống rượu bia và không tuân thủ chế độ dinh dưỡng hợp lí [6]. Mặc dù Chính phủ Việt Nam đã ban hành Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm trong đó có bệnh lí BLTM từ năm 2002 với mục tiêu giảm tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh lí này ở cộng đồng [7], tuy nhiên cho tới nay hoạt động phòng chống bệnh BLTM vẫn chưa thực sự đạt hiệu quả cao [8]. Trên thực tế, hoạt động quản lí bệnh BLTM chủ yếu tập trung vào các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, trong khi hoạt động này tại trạm y tế phần lớn không được thực hiện tốt [8]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, nâng cao năng lực của tuyến y tế cơ sở (bao gồm y tế tuyến xã, phường, thị trấn và y tế thôn, bản) gắn liền với chăm sóc sức khỏe ban đầu và y tế dự phòng là chiến lược quản lí mang tính bền vững và hiệu quả chi phí tại Việt Nam [7].

Nhằm cung cấp thêm bằng chứng cho công tác dự phòng và quản lí BLTM, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng hoạt*

động quản lí bệnh BLTM ở các trạm y tế xã, phường tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2017.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Thời gian nghiên cứu: 04/2018 đến 08/2018

2.3. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Toàn bộ 152 Trạm y tế xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Tiến hành phỏng vấn cán bộ trưởng Trạm và các cán bộ y tế theo bộ câu hỏi soạn sẵn được phát triển dựa trên bộ công cụ đánh giá tính sẵn có và sẵn dụng của các dịch vụ chăm sóc ban đầu - SARA (The Service Availability and Readiness Assessment) do Tổ chức Y tế thế giới phát triển [9] và Quyết định 437/QĐ-BYT về việc ban hành danh mục trang thiết bị y tế tại trạm y tế và thông tư 45/2013/TT-BYT ban hành danh mục thuốc thiết yếu tân dược VI. Đồng thời, tiến hành quan sát trực tiếp và thu thập các báo cáo, biểu mẫu liên quan đến công tác khám chữa bệnh, quản lí bệnh BLTM tại Trạm.

2.5. Xử lí và phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0 và Excel.

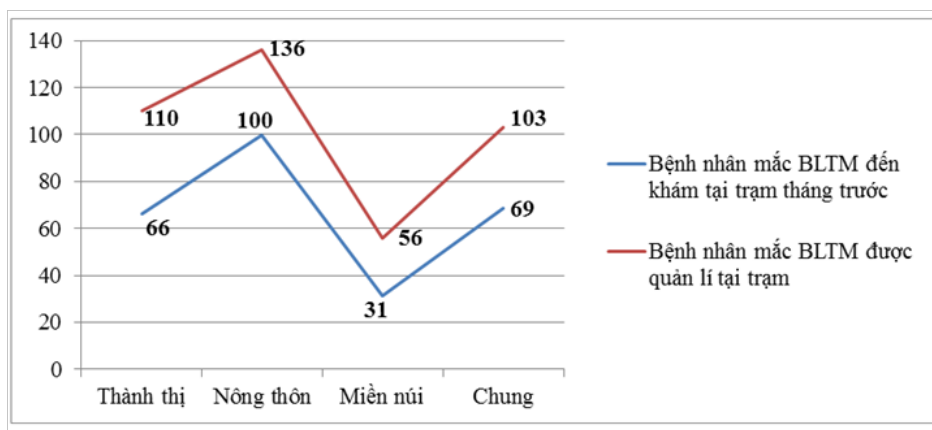
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Dược Huế.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ trạm y tế cung cấp tài liệu và dịch vụ phát hiện, chẩn đoán, điều trị và dự phòng các yếu tố nguy cơ bệnh lí tim mạch

Nội dung đào tạo	Thành thị	Nông thôn	Miền núi	Tổng	P
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Phát hiện, chẩn đoán và điều trị bệnh lí tim mạch	42(95,5)	59(98,3)	47(97,9)	148(97,4)	0,686
Tư vấn tác hại thuốc lá	42(95,5)	58(96,7)	48(100)	148(97,4)	0,465
Tư vấn lạm dụng rượu bia	40(90,9)	54(90)	46(95,8)	140(92,1)	0,521
Tư vấn vấn đề hoạt động thể lực	36(81,8)	46(76,7)	39(81,2)	121(79,6)	0,767
Tư vấn dinh dưỡng hợp lý	42(95,5)	55(91,7)	45(93,8)	142(93,4)	0,850

Phần lớn TYT đã thực hiện các nội dung liên quan đến phát hiện, chẩn đoán, điều trị bệnh, cũng như các hoạt động tư vấn và dự phòng YTNC. Tư vấn và dự phòng vấn đề ít hoạt động thể lực là nội dung ít được thực hiện tại các Trạm hơn (79,6%). Không có sự khác biệt giữa các vùng về tỷ lệ Trạm thực hiện nội dung tư vấn và dự phòng YTNC của BLTM ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Kết quả thực hiện khám và quản lý bệnh lí tim mạch tại Trạm y tế

Số bệnh nhân mắc bệnh lí tim mạch trung bình đến khám tại TYT trong tháng trước tại khu vực nông thôn gấp 3 lần so với khu vực miền núi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Số bệnh nhân BLTM trung bình được quản lý tại TYT là 68 bệnh trong đó khu vực nông thôn có số bệnh nhân BLTM được quản lý cao nhất (136 bệnh) và thấp nhất là ở khu vực miền núi (56 bệnh). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ trạm y tế được đào tạo liên tục chẩn đoán/điều trị và tư vấn dự phòng yếu tố nguy cơ bệnh lí tim mạch theo phân bố vùng địa lý

Đào tạo chẩn đoán/điều trị và dự phòng yếu tố nguy cơ BLTM	Thành thị	Nông thôn	Miền núi	Tổng	P
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Đào tạo chẩn đoán/Điều trị bệnh					
Đào tạo chẩn đoán/Điều trị bệnh	39(88,6)	55(91,7)	45(95,7)	139(92,1)	0,448
Tài liệu truyền thông bệnh	38(86,4)	52(86,7)	47(85,4)	131(86,2)	1
Phác đồ điều trị bệnh	26(59,1)	33(55,0)	27(56,2)	86(56,6)	0,916
Đào tạo dự phòng yếu tố nguy cơ					
Tư vấn tác hại thuốc lá	41(93,2)	57(95)	44(91,7)	141(93,4)	0,783
Tư vấn về lạm dụng rượu bia	28(63,6)	48(80)	40(83,3)	116(76,3)	0,059
Tư vấn về ít hoạt động thể lực	23(52,3)	35(58,3)	28(58,3)	86(56,6)	0,792
Tư vấn về dinh dưỡng không hợp lý	34(77,3)	50(83,3)	42(87,5)	126(82,9)	0,426
Tài liệu truyền thông về yếu tố nguy cơ	39(88,6)	53(88,3)	42(87,5)	134(88,2)	1

Phần lớn các TYT đều được đào tạo liên tục về chẩn đoán và điều trị bệnh BLTM (92,1%). Hoạt động tư vấn các yếu tố nguy cơ của bệnh đều được đào tạo cho TYT và có tỉ lệ giảm dần tùy thuộc vào từng yếu tố nguy cơ, cụ thể: trạm được đào tạo tư vấn tác hại của thuốc lá (93,4%), tư vấn về dinh dưỡng không hợp lý (82,9%), tư vấn về lạm dụng rượu bia (76,3%) và tư vấn về ít hoạt động thể lực (56,6%). Không có sự khác biệt giữa các khu vực địa lý. Hầu hết TYT được cung cấp tài liệu truyền thông về bệnh BLTM (86,2%) và những yếu tố nguy cơ của bệnh (88,2%). Chỉ 1/2 số trạm được cung cấp phác đồ điều trị bệnh BLTM. Không có sự khác biệt các tỉ lệ này giữa các khu vực địa lý.

Bảng 3. Tỷ lệ trạm y tế cung cấp trang thiết bị chẩn đoán, phát hiện sớm và điều trị bệnh lí tim mạch theo phân bố địa lý

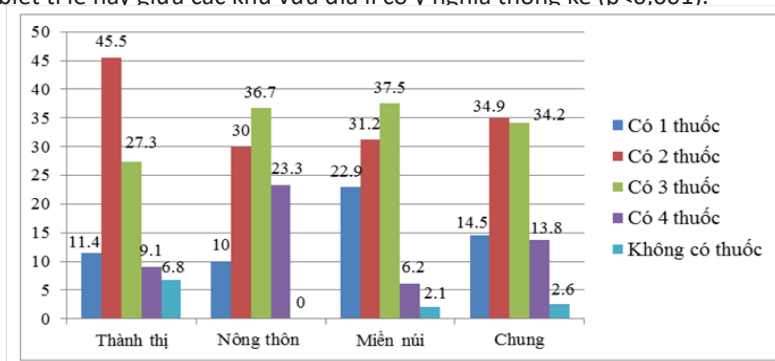
Trang thiết bị		Thành thị	Nông thôn	Miền núi	Tổng	p
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Cân nặng người trưởng thành	Có	44(100)	59(98,3)	48(100)	151(99,3)	1
	Không	0	1(1,7)	0	1(0,7)	
Ổng nghe	100% trạm y tế được trang bị					0,972
Máy đo huyết áp						
Bình chứa oxy	Có	3(6,8)	5(8,3)	3(6,2)	11(7,2)	0,972
	Không	41(93,2)	55(91,7)	45(93,8)	140(92,8)	

Gần như toàn bộ các TYT đều được trang bị ống nghe, máy đo huyết áp và cân nặng người trưởng thành, trang thiết bị giúp chẩn đoán sớm BLTM. Bình chứa oxy ít được trang bị tại các TYT, cụ thể, chưa đến 1/10 số TYT có trang thiết bị này.

Bảng 4. Tỷ lệ trạm y tế cung cấp thuốc điều trị bệnh lí tim mạch theo phân bố địa lý

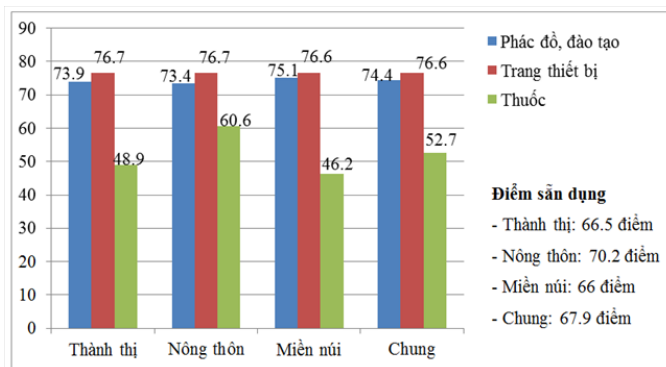
Thuốc		Thành thị	Nông thôn	Miền núi	Tổng	P
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Ức chế men chuyển	Có	38(86,4)	49(81,7)	30(62,5)	117(77)	0,014
	Không	6(13,6)	11(18,3)	18(37,5)	35(23)	
Lợi tiểu	Có	14(31,8)	40(66,7)	27(56,2)	81(53,3)	0,002
	Không	30(68,2)	20(33,3)	21(43,8)	71(46,7)	
Chẹn beta	Có	7(15,9)	19(31,7)	6(12,5)	32(21,1)	0,031
	Không	37(84,1)	41(68,3)	42(87,5)	120(78,9)	
Chẹn kênh Canxi	Có	38(86,4)	56(93,3)	44(91,7)	138(90,8)	0,525
	Không	6(13,6)	4(6,7)	4(8,3)	14(9,2)	
Aspirin	Có	6(13,6)	35(58,3)	20(41,7)	61(40,1)	0,000
	Không	38(86,4)	25(41,7)	28(58,3)	91(59,9)	

Thuốc BLTM được sử dụng phổ biến nhất tại TYT là thuốc chẹn kênh canxi (90,8%), sự khác biệt giữa tỉ lệ TYT cung cấp thuốc này tại các khu vực không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,525$). Tỉ lệ TYT cung cấp thuốc ức chế men chuyển cao nhất tại khu vực thành thị, thứ nhì ở khu vực nông thôn và thấp nhất ở khu vực miền núi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thuốc lợi tiểu được sử dụng nhiều nhất tại khu vực nông thôn và thấp nhất ở khu vực thành thị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỉ lệ TYT sử dụng thuốc chẹn beta là thấp nhất trong 4 nhóm thuốc (21,1%), cụ thể tại khu vực nông thôn 31,7%, khu vực thành thị 15,9% và khu vực miền núi 12,5%. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỉ lệ TYT có thuốc Aspirin là 40,1%, sự khác biệt tỉ lệ này giữa các khu vực địa lí có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trạm y tế có thuốc điều trị tăng huyết áp thống kê theo số lượng loại thuốc hiện có

Số TYT có từ hai đến ba thuốc điều trị bệnh tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ chủ yếu dẫn đến các bệnh lí tim mạch, chiếm gần 2/3 trên tổng số trạm. Tỷ lệ TYT có cả 4 thuốc điều trị bệnh chỉ chiếm dưới 15%. Đặc biệt, có 2,6% TYT hoàn toàn không có thuốc điều trị bệnh.



Biểu đồ 3. Tính sẵn dụng của hoạt động quản lí bệnh lí tim mạch tại Trạm y tế

Điểm sẵn dụng của hoạt động quản lí BLTM tại các TYT tỉnh Thừa Thiên Huế là chưa cao để đáp ứng tốt nhu cầu KCB của người dân (67,9 điểm). Tùy thuộc vào từng khu vực địa lí cụ thể mà sự sẵn dụng của hoạt động quản lí bệnh là không giống nhau. Điểm cao nhất là TYT Khu vực nông thôn: 70,2 điểm, TYT Khu vực thành thị và miền núi có điểm số lần lượt là: 66,5 điểm và 66 điểm.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nhằm đánh giá tính sẵn có của các dịch vụ quản lí BLTM tại TYT bao gồm sàng lọc, phát hiện sớm bệnh, tư vấn yếu tố nguy cơ, thăm khám và cung ứng thuốc điều trị BLTM. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ TYT cung cấp dịch vụ quản lí bệnh BLTM là 97,4%, tương tự kết quả nghiên cứu tác giả Nguyễn Hoàng Long (97,7%) [10]. Nghiên cứu cho thấy TYT ở cả ba khu vực địa lí đều thực hiện quản lí bệnh nhân BLTM, tuy nhiên có sự khác biệt về số lượng bệnh nhân được quản lí giữa các khu vực, cụ thể số TYT ở nông thôn quản lí nhiều bệnh nhân BLTM nhất và thấp nhất ở các TYT miền núi. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Long cho kết quả tương tự khi kết luận rằng: có sự chênh lệch về khả năng cung ứng dịch vụ quản lí BLTM giữa các xã miền núi so với khu vực còn lại và lí do chính đó là sự thiếu hụt về: thuốc, đào tạo và khó khăn về vị trí địa lí [11]. Dịch vụ tư vấn về YTNC bệnh BLTM được triển khai hầu hết tại trạm y tế xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế. Trong đó, tác hại của hút thuốc lá, dinh dưỡng không hợp lí và lạm dụng rượu bia là các nội dung thường được tư vấn ở hơn 90% các Trạm và không có sự khác biệt về khả năng cung ứng hoạt động quản lí BLTM giữa các vùng miền khác nhau. Kết quả này có thể được giải thích bởi BLTM là một trong số những bệnh lí thuộc nhóm BKLN sớm được đưa vào Chương trình quốc gia năm 2002, chương trình được triển khai rộng khắp từ tuyến trung ương đến tuyến y tế cơ sở và được hỗ trợ ban đầu bởi hướng dẫn, quy định cụ thể từ Bộ

Y tế, cụ thể như Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ Y tế về ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp [7], [12], [13].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương ứng giữa tỷ lệ CBYT được đào tạo về các nội dung liên quan đến quản lí bệnh BLTM và tỷ lệ thực hiện quản lí BLTM tại các Trạm. Một trong những rào cản của hoạt động quản lí bệnh BLTM là do sự thiếu hụt hoạt động đào tạo liên tục dành cho CBYT [10]. Điều này cho thấy việc liên tục triển khai hoạt động đào tạo về quản lí BLTM, cung cấp các hướng dẫn và phác đồ điều trị cho các Trạm y tế không những giúp CBYT cập nhật kiến thức liên tục mà còn nâng cao năng lực thực hiện hoạt động quản lí bệnh BLTM tại TYT [14].

Bệnh nhân mắc BLTM thường tiếp xúc đầu tiên với CBYT tại TYT khi có các dấu hiệu nghi ngờ [15], do đó việc tích hợp dự phòng và điều trị BLTM tại tuyến YTCS mà cụ thể là Trạm y tế xã, phường, thị trấn cần được xem là giải pháp ưu tiên và mang tính hiệu quả trong hoạt động chăm sóc, điều trị lâu dài và liên tục cho người bệnh BLTM [16]. Để TYT có thể thực hiện tốt hoạt động này thì tài liệu truyền thông, phác đồ điều trị cũng như các trang thiết bị và thuốc điều trị bệnh BLTM cần được cung cấp đầy đủ tại trạm [14]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với luận điểm trên khi kết quả chỉ ra rằng, gần như toàn bộ TYT được trang bị các trang thiết bị giúp phát hiện sớm và chẩn đoán BLTM. Đối với tài liệu liên quan đến BLTM tại trạm, nghiên cứu cho thấy > 85% tổng số TYT quan sát được tài liệu truyền thông về

các YTNC và bệnh BLTM. Tuy nhiên, phác đồ chuyên môn hướng dẫn điều trị BLTM ít được trang bị tại TYT hơn so với tài liệu truyền thông, cụ thể, chỉ quan sát được tại 1/2 trên tổng số các trạm.

Bốn nhóm thuốc điều trị THA, yếu tố nguy cơ chủ yếu dẫn đến các BLTM, được sử dụng tại trạm là nhóm thuốc ức chế men chuyển, nhóm thuốc lợi tiểu, nhóm thuốc chẹn beta và nhóm thuốc chẹn kênh canxi [17]. Nhóm thuốc được cung cấp nhiều nhất cho TYT là nhóm thuốc chẹn kênh canxi (90,8%) và thấp nhất là nhóm thuốc lợi tiểu (53,3%), tỉ lệ TYT có 2 nhóm thuốc còn lại xấp xỉ 80%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại 3 tỉnh khu vực phía Bắc đối với nhóm thuốc chẹn kênh canxi (89%), và thấp hơn đối với nhóm thuốc lợi tiểu (61%) [3]. Tỉ lệ TYT có ít nhất một thuốc điều trị bệnh THA lên đến 97,4%, nguyên nhân có thể do Chương trình Quốc Gia phòng chống BLTM và hướng dẫn chẩn đoán điều trị BLTM đã được ban hành khá sớm từ năm 2010, từ đó tạo điều kiện, tiền đề để TYT xã, phường tăng cường hoạt động quản lý BKLN tại YTCs. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuy thuốc điều trị bệnh THA được cung cấp phổ biến tại TYT nhưng vẫn có 2,6% tổng số trạm không có thuốc để điều trị bệnh này. Đáng chú ý là tỉ lệ này ở khu vực thành thị lên đến 6,8%. Một số lí do đã được chúng tôi đề cập ở trên đó là khoảng cách từ TYT đến các CSYT công lập và quy định thông tuyến khám chữa bệnh trong Thông

tư 40/2015/TT-BYT.

Điểm sẵn dụng của hoạt động quản lý BLTM tại các TYT tỉnh Thừa Thiên Huế là chưa cao để đáp ứng tốt nhu cầu KCB của người dân (67,9 điểm). Điểm số này được cấu tạo bởi 3 thành phần chính đó là đào tạo/phác đồ điều trị, trang thiết bị và thuốc điều trị bệnh. Tại TYT, tùy thuộc vào từng khu vực địa lí cụ thể mà sự sẵn dụng của hoạt động quản lý BLTM là không giống nhau. Nếu như điểm số về đào tạo/phác đồ cũng như trang thiết bị không khác nhau nhiều giữa các TYT ở mỗi khu vực địa lí (> 70 điểm) thì điểm số của yếu tố thuốc điều trị có sự khác biệt đáng kể, cụ thể: điểm số thuốc điều trị tại TYT khu vực nông thôn cao nhất 60,6 điểm, trong khi đó tại TYT khu vực thành thị và miền núi xấp xỉ nhau (48,9 điểm và 46,2 điểm).

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng về năng lực cung cấp dịch vụ quản lý BLTM tại TYT xã, phường và thị trấn, nhấn mạnh đến những khoảng trống trong công tác quản lý BLTM cần được chú trọng và tăng cường ở tại tuyến YTCs. TYT cần được thường xuyên cung cấp những hướng dẫn, phác đồ điều trị, quản lý bệnh, các khóa đào tạo liên tục cho đội ngũ CBYT về quản lý bệnh đồng thời tăng cường sự sẵn có của các chủng loại thuốc thiết yếu trong điều trị BLTM, đặc biệt khu vực miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.
2. Godwin M., Williamson T., Khan S., et al. (2015). Prevalence and management of hypertension in primary care practices with electronic medical records: a report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *CMAJ Open*, 3(1), E76–E82.
3. Duong D.B. (2015), *Understanding the Service Availability for Non-Communicable Disease Prevention and Control at Public Primary Care Centers in Northern Vietnam*, Harvard Medical School.
4. World Health Organization (2013). A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis.
5. Trung tâm Nghiên cứu Chính sách và and Phòng chống chấn thương thực trạng tăng huyết áp ở Việt Nam. 2016, <<http://cippr.huph.edu.vn/vi/node/98>>.
6. Thy Khue N. (2016). Diabetes in Vietnam. *Annals of Global Health*, 81(6), 870.
7. Thủ tướng Chính Phủ (2015), *Phê duyệt chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh mạn tính không lây khác, giai đoạn 2015 – 2025*.
8. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế Thế giới - Việt Nam Bệnh không lây nhiễm. http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/chronic_diseases/factsheet/vi/.
9. World Health Organization (2013), *Service Availability and Readiness Assessment (SARA)*, World Health Organization, Geneva.
10. Nguyen Hoang Long (2016). Capacity for delivery services of non-communicable diseases prevention and management in commune health centers. *Vietnam Journal of Preventive Medicine*, XXVI,3(176), 78–83.
11. Nguyễn Hoàng Long (2014). Thực trạng cung ứng dịch vụ của Trạm y tế xã ở một số vùng/miền và yếu tố ảnh hưởng.
12. Thủ tướng chính phủ *Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030*.
13. Thủ tướng Chính Phủ (2012), *Chương trình phòng chống một số BMTKL giai đoạn 2002-2010*.

14. Mendis S., Al Bashir I., Dissanayake L., et al. (2012). Gaps in Capacity in Primary Care in Low-Resource Settings for Implementation of Essential Noncommunicable Disease Interventions. *International Journal of Hypertension*, 2012, 1–7.

15. Maimela E., Van Geertruyden J.-P., Alberts M., et al. (2015). The perceptions and perspectives of patients and health care providers on chronic diseases management

in rural South Africa: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 15(1).

16. Alwan A. and MacLean D.R. (2009). A review of non-communicable disease in low- and middle-income countries. *International Health*, 1(1), 3–9.

17. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015). Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015. http://vnha.org.vn/cate.asp?cate_id=169.