

Đánh giá kết quả can thiệp giảm mức độ nguy cơ đột quỵ dựa vào cộng đồng tại tỉnh Thừa Thiên Huế

Đoàn Phước Thuộc^{1,2}, Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Minh Tâm¹, Lê Chuyển^{1,2}, Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Lê Đức Huy¹, Nguyễn Thị Hồng Nhi¹, Phan Thị Thùy Linh¹, Dương Thị Hồng Liên²

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đột quỵ có tỷ lệ tử vong, tàn phế cao, gây ra những hậu quả nghiêm trọng về kinh tế và xã hội. Kết quả nghiên cứu năm 2018 tại tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy dự báo nguy cơ đột quỵ trong 10 năm tới và mức độ nguy cơ đột quỵ hiện tại là khá cao và có những yếu tố liên quan có thể can thiệp dự phòng dựa vào cộng đồng giảm tỷ lệ dự báo nguy cơ cao trong 10 năm tới. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng nhằm giảm mức độ nguy cơ đột quỵ cao tại tỉnh Thừa Thiên Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp cộng đồng có đối chứng được tiến hành tại 2 xã/phường: phường Tây Lộc, thành phố Huế và xã Quảng Vinh, huyện Quảng Điền, đại diện cho các vùng sinh thái có mức độ dự báo nguy cơ cao 10 năm tới cao và 2 xã/phường đối chứng tương ứng là phường Thuận Hòa và xã Quảng Phú. Đánh giá được tiến hành sau 1 năm áp dụng các giải pháp can thiệp dựa trên mẫu gồm 800 đối tượng từ 25-84 tuổi tại 4 xã/phường can thiệp và đối chứng. **Kết quả:** Ở xã/phường can thiệp, mức độ nguy cơ cao đột quỵ hiện tại giảm từ 12,0% xuống 4,7%. Tỷ lệ có mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ mức cao và rất cao trong 10 năm tới giảm từ 10,2% xuống 6,2% và tỷ lệ dự báo nguy cơ trung bình 10 năm giảm từ $5,24 \pm 6,76$ (0 - 41,5) xuống $4,36 \pm 5,02$ (0 - 26,6). Ở nhóm chứng không thay đổi. Chỉ số hiệu quả cho thấy can thiệp có hiệu quả cao. **Kết luận:** Can thiệp đã giảm tỷ lệ mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ mức cao và rất cao trong 10 năm tới và mức độ nguy cơ cao hiện tại.

Từ khóa: Can thiệp, cộng đồng, nguy cơ, đột quỵ, Thừa Thiên Huế.

Abstract

Evaluation of outcomes of the community-based intervention in stroke risk reduction in Thua Thien Hue province

Doan Phuoc Thuoc^{1,2}, Nguyen Thi Huong¹, Nguyen Minh Tam¹, Le Chuyen^{1,2}, Nguyen Thi Thuy Hang¹, Le Duc Huy¹, Nguyen Thi Hong Nhi¹, Phan Thi Thuy Linh¹, Duong Thi Hong Lien²

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Stroke, which has high mortality and disability rate, has been causing serious social and economic consequences. The results of study in 2018 in Thua Thien Hue province showed that stroke risk in next 10 years and the level of current stroke risk were quite high, and there were associate factors which can modify to prevent, reduce prevalence of high-risk prediction in next 10 years based on the community. **Objectives:** To evaluate the intervention outcomes in reducing high-risk predictable rate of stroke in next 10 years based on community in Thua Thien Hue province. **Methodology:** Controlled community intervention was conducted in two communes/wards including Tay Loc ward in Hue city and Quang Vinh commune in Quang Dien district, which represented the ecological regions with high-risk predictable level in next 10 years at high level, and two controlled communes/wards were Thuan Hoa ward and Quang Phu commune, respectively. The assessment was conducted after one year applying intervention methods among 800 participants aged 25-84 years in 4 control and intervention communes/wards. **Results:** In the intervention group, the current high risk of stroke level decreased from 12.0% to 4.7%. The forecast prevalence of high and very high stroke risk in the next ten years decreased from 10.2% to 6.2%, and the forecast rate of average 10-year risk decreased from 5.24 ± 6.76 (0-41.5) to 4.36 ± 5.02 (0-26.6). The figures in the control group did not change. The effective index indicated that the intervention was highly effective. **Conclusion:** The intervention reduced the prevalence of high and very high stroke risk levels in next ten years as well as the current high-risk level.

Key words: Intervention, community, risk, stroke, Thua Thien Hue.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Hiệp hội Tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ năm 2019, có khoảng 7 triệu người trên 20 tuổi bị đột quỵ và tỷ lệ hiện mắc là 2,5% [4]; Tỷ lệ tử vong, tàn phế cao, chi phí cho điều trị là rất cao, tại Hoa Kỳ chi phí trung bình mất 33 triệu USD, tại Châu Âu con số này khoảng 45 triệu Euro/năm [2], [3], [10]; ảnh hưởng lớn đối với sức khỏe cộng đồng.

Ở Việt Nam, nghiên cứu về đột quỵ còn ít, quy mô chưa lớn, một số nghiên cứu chủ yếu là điều trị và phòng ngừa tái phát. Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành tại 8 tỉnh, thuộc 8 vùng sinh thái khác nhau cho thấy tỷ lệ hiện mắc đột quỵ chung là 1,62% [1]. Về chi phí điều trị cho đến nay chưa có số liệu đầy đủ nhưng nhìn chung chi phí điều trị rất cao; số bệnh nhân còn sống cũng trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội vì những di chứng nặng nề. Đột quỵ có thể dự phòng bằng cách can thiệp các yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu cho thấy 90% nguy cơ là những yếu tố có thể thay đổi, 74% là yếu tố nguy cơ hành vi [4]. Kết quả nghiên cứu dự báo nguy cơ đột quỵ ở Thừa Thiên Huế cho thấy dự báo nguy cơ cao đột quỵ 10 năm tới (4,74%) ($4,74 \pm 6,37$) và mức độ nguy cơ cao hiện tại cao (10,1%) là khá cao. Trên cơ sở các yếu tố liên quan có thể thay đổi được chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp giảm mức độ nguy cơ cao và dự báo tỷ lệ nguy cơ cao và rất cao trong 10 năm tới dựa vào cộng đồng, qua đó có thể áp dụng các giải pháp có hiệu quả cho cộng đồng người dân Thừa Thiên Huế. Mục tiêu nghiên cứu là: *Đánh giá kết quả mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng nhằm giảm mức độ nguy cơ cao đột quỵ tại tỉnh Thừa Thiên Huế.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân từ 25-84 tuổi sống tại 2 phường Tây Lộc và Thuận Hòa, thành phố Huế và 2 xã Quảng Vinh và Quảng Phú, huyện Quảng Điền thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những người không thể trả lời câu hỏi và mắc các bệnh lý nặng.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ 11/2018 đến 3/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá can thiệp:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

$$n = n' / 4 \times [1 + \sqrt{1 + 2(c + 1)/(n'c|P_2 - P_1|)}]^2$$

$$n' = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)\sqrt{(c+1)p(1-p)}} + Z_{(1-\beta)\sqrt{c \times p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}]^2}{c \times (p_2 - p_1)}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu của mỗi nhóm

$$p = \frac{p_1 + cp_2}{1 + c}$$

p1: tỷ lệ mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới trước can thiệp

p1: tỷ lệ mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới sau can thiệp

c: tỷ lệ giữa nhóm 1 và nhóm 2: chọn tỷ số này bằng 1, nghĩa là cỡ mẫu của nhóm can thiệp và nhóm chứng bằng nhau.

Chọn: $\alpha = 0,1$, $\beta = 0,2$

Kết quả điều tra ngang giai đoạn 1 cho thấy, tỷ lệ người dân có mức dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm cao và rất cao là 8,7%, cho nên ta chọn $p_1 = 8,7\%$.

Dự đoán sau can thiệp, mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới cao và rất cao giảm còn 4%, cho nên ta chọn $p_2 = 4\%$

Cỡ mẫu mỗi nhóm tính được là $n = 332$, sau khi làm tròn, chúng tôi chọn cỡ mẫu ở mỗi nhóm can thiệp là 400. Vậy cỡ mẫu gồm 800 người dân từ 25-84, trong đó 400 người ở xã/phường can thiệp và 400 người ở xã/phường chứng.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn nhóm can thiệp là phường Tây Lộc và xã Quảng Vinh. Chọn nhóm chứng là phường Thuận Hòa và xã Quảng Phú. Mỗi xã/phường sẽ chọn ngẫu nhiên 4 thôn/tổ dân phố, mỗi thôn/tổ dân phố sẽ chọn ngẫu nhiên 50 người dân để tiến hành điều tra đánh giá.

2.4. Nội dung nghiên cứu

2.4.1. Mô hình can thiệp: Là mô hình "Niềm tin sức khỏe" với các giải pháp dựa trên yếu tố liên quan làm gia tăng mức độ nguy cơ và dự báo nguy cơ cao cho cộng đồng bao gồm truyền thông thay đổi hành vi và cung cấp một số dịch vụ thăm khám, điều trị, quản lý và theo dõi, tư vấn tại xã/phường, cụm dân cư cho người dân tại xã/phường can thiệp, được thực hiện và duy trì bởi hệ thống y tế xã/phường, tổ, thôn, cụm dân cư và nhà thuốc được tập huấn can thiệp. Đối tượng được can thiệp bao gồm cán bộ y tế xã/phường, y tế thôn, tổ, cụm dân cư, nhà thuốc và đại diện hộ gia đình.

2.4.2. Nội dung và biến số nghiên cứu:

Nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp dựa trên nhóm chỉ số gián tiếp và chỉ số trực tiếp như sau:

- Gián tiếp: Cải thiện hành vi lối sống, tìm kiếm và sử dụng dịch vụ y tế: Thói quen hút thuốc, ăn mặn, hoạt động thể lực, ăn đủ rau xanh, uống bia rượu. Hành vi thăm khám, điều trị bệnh lý nguy cơ làm gia

tăng mức độ nguy cơ đột quỵ.

Các biến số thói quen lối sống được đánh giá theo hướng dẫn tại bộ công cụ STEPS của WHO.

- Trực tiếp: Giảm tỷ lệ dự báo nguy cơ cao và rất cao, giảm tỷ lệ có mức độ nguy cơ cao hiện tại. Các biến số được xác định như sau:

+ Mức độ nguy cơ đột quỵ hiện tại: Tính toán theo thang đo Stroke Risk Score Card của Hiệp hội đột quỵ quốc gia Hoa Kỳ với 8 tiêu chí: huyết áp, rung nhĩ, hút thuốc lá, cholesterol, đái tháo đường, hoạt động thể lực, cân nặng và tiền sử gia đình đột quỵ. Mức độ nguy cơ đột quỵ hiện tại được chia thành 3 mức độ:

- Nguy cơ cao: khi có từ 3 tiêu chí trở lên trong 8 tiêu chí của mức độ nguy cơ cao

- Nguy cơ trung bình: khi có từ 4-6 tiêu chí trong tổng số 8 tiêu chí của mức độ nguy cơ trung bình

- Nguy cơ thấp: khi có từ 6-8 tiêu chí trong 8 tiêu chí của mức độ nguy cơ thấp

+ Dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới: Tính toán theo phần mềm QStroke 2017 với các tham số: tuổi

(25-84 tuổi); giới tính; dân tộc/quốc gia; tình trạng hút thuốc; đái tháo đường; rung nhĩ; viêm khớp dạng thấp; bệnh thận mãn tính (giai đoạn 4,5); đang điều trị tăng huyết áp; tiền sử gia đình có người thân (bố mẹ) dưới 60 tuổi mắc bệnh mạch vành; tỷ lệ cholesterol/HDL; huyết áp; chỉ số khối cơ thể và bệnh van tim; suy tim sung huyết; đau tim/đau thắt ngực [6]. Dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới được chia thành 4 mức độ [7], [8]:

- Rất cao: khi mức nguy cơ $\geq 20\%$

- Cao: khi mức nguy cơ từ 15-19%

- Trung bình: khi mức nguy cơ từ 10-14%

- Thấp: khi mức nguy cơ $< 10\%$

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Thu thập thông tin bao gồm thăm khám, xét nghiệm và phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ phiếu điều tra STEPS Việt Nam.

2.6. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng test χ^2 để kiểm định sự khác biệt của các biến phụ thuộc. Tính toán các chỉ số hiệu quả để đánh giá hiệu quả can thiệp.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn ở nhóm can thiệp và nhóm chứng tại các thời điểm trước can thiệp (TCT), sau can thiệp (SCT) khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Sự thay đổi thói quen lối sống

Bảng 1. Sự thay đổi thói quen hút thuốc ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Hút thuốc	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n (%)	p
Hút thuốc						
Có	100 (25,0)	72 (18,0)	< 0,05	70 (17,5)	71 (17,8)	> 0,05
Không	300 (75,0)	328 (82,0)		330 (82,5)	329 (82,2)	
Mức độ hút thuốc lá						
Ít	36 (36,0)	33 (45,8)	< 0,05	29 (41,4)	41 (57,7)	> 0,05
Trung bình	30 (30,0)	25 (34,7)		26 (37,2)	19 (26,8)	
Nhiều	34 (34,0)	14 (19,4)		15 (21,4)	11 (15,5)	
Số điếu thuốc trung bình/ngày						
Trung bình	12,34 ± 9,6	9,78 ± 7,2	< 0,05	11,23 ± 9,26	8,51 ± 6,3	< 0,05

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ hút thuốc lá và mức độ hút thuốc lá nhiều ở thời điểm sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 2. Sự thay đổi thói quen ăn mặn ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Thói quen ăn mặn	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n(%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n(%)	p
Có	72 (18,0)	50 (12,5)	< 0,05	80 (20,0)	97 (24,2)	> 0,05
Không	328 (82,0)	350 (87,5)		320 (80,0)	303 (75,8)	

Ở nhóm can thiệp, thói quen ăn mặn sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3. Sự thay đổi thói quen sử dụng rau xanh ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Sử dụng rau xanh	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n (%)	p
Không đủ	316 (79,0)	79 (19,8)	< 0,05	321 (80,2)	82 (20,5)	< 0,05
Đủ	84 (21,0)	321 (80,2)		79 (19,8)	318 (79,5)	

Ở nhóm can thiệp và nhóm chứng, tỷ lệ sử dụng đủ rau xanh sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 4. Sự thay đổi thói quen sử dụng đồ uống có cồn ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Uống đồ uống có cồn	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n(%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n(%)	p
Mức có hại	10 (2,5)	7 (1,7)	> 0,05	11 (2,7)	7 (1,7)	> 0,05
Mức cho phép	390 (97,5)	393 (98,3)		389 (97,3)	393 (98,3)	

Ở cả nhóm chứng và nhóm can thiệp, thói quen sử dụng đồ uống có cồn mức có hại không thay đổi trước can thiệp và sau can thiệp.

3.3. Sự thay đổi bệnh tật nguy cơ đột quỵ và hành vi chăm sóc sau can thiệp

Bảng 5. Sự thay đổi tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp và hành vi chăm sóc ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Tăng huyết áp	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n (%)	p
Tỷ lệ kiểm tra huyết áp						
Có	343 (85,8)	376 (94,0)	< 0,05	254 (88,5)	367 (91,8)	< 0,05
Không	57 (14,2)	24 (6,0)		46 (11,5)	33 (8,2)	
Tỷ lệ mắc bệnh (bao gồm đã biết và mới phát hiện)						
Có	177 (44,2)	159 (39,8)	> 0,05	183 (45,8)	171 (42,8)	> 0,05
Không	223 (55,8)	241 (60,2)		217 (54,2)	229 (57,2)	
Tỷ lệ điều trị tăng huyết áp						
Thường xuyên	71 (40,1)	113 (71,1)	< 0,05	84 (45,9)	89 (52,0)	> 0,05
Không thường xuyên và không điều trị	106 (59,9)	46 (28,9)		99 (54,1)	82 (48,0)	
Tỷ lệ bệnh nhân đi khám định kỳ						
Có	74 (41,8)	102 (64,2)	< 0,05	79 (43,2)	84 (49,1)	> 0,05
Không	103 (58,2)	57 (35,8)		104 (56,8)	87 (50,9)	

Thay đổi chỉ số huyết áp						
Huyết áp tối đa	125,5 ± 19,6	122,8 ± 17,4	< 0,05	126,9 ± 22,9	124,0 ± 21,3	> 0,05
Huyết áp tối thiểu	78,3 ± 12,2	76,1 ± 10,6	> 0,05	78,7 ± 12,6	75,0 ± 11,3	> 0,05

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người dân có kiểm tra huyết áp, điều trị thường xuyên, khám định kỳ sau can thiệp cao hơn trước can thiệp ($p < 0,05$) và cao hơn nhóm chứng. Chỉ số huyết áp tối đa trung bình ở nhóm can thiệp, sau can thiệp giảm so với trước can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự thay đổi tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường và hành vi chăm sóc ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Đái tháo đường	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n(%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n(%)	p
Tỷ lệ kiểm tra đường máu						
Có	201 (50,2)	294 (73,5)	<0,05	169 (42,2)	184 (46,0)	>0,05
Không	199 (49,8)	106 (26,5)		231 (57,8)	21 (54,0)	
Tỷ lệ mắc bệnh (bao gồm đã biết và mới phát hiện)						
Có	41 (10,2)	46 (11,5)	>0,05	35 (8,8)	38 (9,5)	>0,05
Không	359 (89,8)	354 (88,5)		365 (91,2)	362 (90,5)	
Tỷ lệ điều trị đái tháo đường						
Thường xuyên	16 (39,0)	29 (63,0)	<0,05	18 (51,4)	19 (50,0)	>0,05
Không thường xuyên và không điều trị	25 (61,0)	17 (37,0)		17 (48,6)	19 (50,0)	
Tỷ lệ bệnh nhân đi khám định kỳ						
Có	17 (41,5)	30 (65,2)	<0,05	18 (51,4)	18 (47,4)	>0,05
Không	24 (58,5)	16 (34,8)		17 (48,6)	20 (52,6)	
Thay đổi chỉ số đường máu						
Chỉ số đường máu	5,26 ± 1,24	5,26 ± 1,4	>0,05	5,18 ± 1,53	5,24 ±1,18	>0,05

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ kiểm tra đường máu, tỷ lệ mắc đái tháo đường điều trị thường xuyên và đi khám định kỳ sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp ($p < 0,05$) và cao hơn nhóm chứng.

Bảng 7. Sự thay đổi tỷ lệ mắc bệnh rối loạn lipid máu và hành vi chăm sóc ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Rối loạn lipid máu	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n (%)	p
Tỷ lệ kiểm tra mỡ máu						
Có	136 (34,0)	127 (31,8)	> 0,05	136 (34,0)	170 (42,5)	> 0,05
Không	264 (66,0)	273 (68,2)		264 (66,0)	230 (57,5)	
Tỷ lệ mắc bệnh (bao gồm đã biết và mới mắc)						
Có	278 (69,5)	269 (67,2)	> 0,05	239 (59,8)	275 (68,8)	< 0,05
Không	122 (30,5)	131 (32,8)		161 (40,2)	125 (31,2)	

Tỷ lệ điều trị rối loạn lipid máu						
Có	34 (12,2)	50 (18,6)	< 0,05	40 (16,7)	22 (8,0)	< 0,05
Không	244 (87,8)	219 (81,4)		199 (83,3)	253 (92,0)	
Tỷ lệ bệnh nhân đi khám định kỳ						
Có	15 (5,4)	13 (4,8)	> 0,05	18 (7,5)	16 (5,8)	> 0,05
Không	263 (94,6)	256 (95,2)		221 (92,5)	259 (94,2)	
Thay đổi chỉ số lipid máu						
Cholesterol-TP	4,88 ± 1,02	4,72 1,10	< 0,05	5,00 ± 0,92	5,04 ± 0,97	> 0,05
Cholesterol-HDL	1,43 ± 0,37	1,39 ± 0,39	> 0,05	1,44 ± 0,43	1,27 ± 0,28	< 0,05
Cholesterol-LDL	3,41 ± 1,04	3,27 ± 0,96	< 0,05	3,22 ± 0,80	3,37 ± 0,89	< 0,05
Triglycerid	1,99 ± 1,67	1,80 ± 1,49	> 0,05	1,68 ± 1,48	1,79 ± 1,12	> 0,05
Cholesterol/HDL	3,64 ± 1,28	3,68 ± 1,37	> 0,05	3,69 ± 1,14	4,14 ± 1,13	< 0,05

Ở nhóm chứng, tỷ lệ mắc sau 1 năm tăng, nhóm can thiệp tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu trước - sau can thiệp không thay đổi. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người dân mắc rối loạn lipid máu có điều trị ở sau can thiệp gia tăng so với trước can thiệp. Ở nhóm chứng, giảm so với trước can thiệp. Chỉ số Cholesterol - LDL tăng và Cholesterol - HDL giảm ở nhóm chứng.

3.4. Thay đổi mức độ nguy cơ hiện tại và tỷ lệ dự báo 10 năm tới

Bảng 8. Thay đổi mức độ nguy cơ hiện tại ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

Mức độ nguy cơ	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n(%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n(%)	p
Cao	48 (12,0)	19 (4,7)	<0,05	50 (12,5)	35 (8,7)	> 0,05
Trung bình	98 (24,5)	130 (32,5)		87 (21,8)	102 (25,5)	
Thấp	254 (63,5)	251 (62,8)		263 (65,8)	263 (65,8)	

Ở nhóm can thiệp, mức độ nguy cơ hiện tại cao sau can thiệp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 9. Thay đổi mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới nhóm can thiệp và nhóm chứng

Dự báo nguy cơ	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng		
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	Cùng kỳ TCT n (%)	Cùng kỳ SCT n (%)	p
Mức độ dự báo 10 năm tới						
Cao và rất cao	41 (10,2)	25 (6,2)	< 0,05	34 (8,5)	43 (10,8)	> 0,05
Trung bình	32 (8,0)	35 (8,8)		26 (6,5)	34 (8,5)	
Thấp	327 (81,8)	340 (85,0)		340 (85,0)	323 (80,8)	
Tỷ lệ dự báo 10 năm tới trung bình						
Tỷ lệ	5,24 ± 6,76 (0 - 41,5)	4,36 ± 5,02 (0 - 26,6)	< 0,05	4,78 ± 6,17 (0 - 39,0)	5,29 ± 6,21 (0 - 34,9)	> 0,05

Ở nhóm can thiệp, mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ và tỷ lệ dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới trung bình sau can thiệp giảm so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 10. Chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp

Chỉ số	Nhóm CT (A)		Nhóm chứng (B)		CSHQ		HQCT (%)
	TCT (%)	SCT (%)	Cùng kỳ TCT (%)	Cùng kỳ SCT (%)	A (%)	B (%)	
Mức độ nguy cơ đột quỵ hiện tại cao	12,0	4,7	12,5	8,7	0,8	30,4	30,4
Dự báo nguy cơ đột quỵ cao và rất cao	10,2	6,2	8,5	10,8	9,2	-27,1	66,3

CSHQ: Chỉ số hiệu quả; HQCT: Hiệu quả can thiệp

Hiệu quả can thiệp rất tốt ở trên dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới và tốt ở trên mức độ nguy cơ đột quỵ hiện tại.

4. BÀN LUẬN

Từ các yếu tố nguy cơ liên quan có thể thay đổi được bao gồm yếu tố hành vi lối sống, bệnh lý nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hành vi tiếp cận dịch vụ thăm khám, điều trị, theo dõi các bệnh lý nguy cơ; các giải pháp can thiệp được áp dụng cho cộng đồng các xã/phường can thiệp bao gồm truyền thông thay đổi hành vi và giảm các rào cản để người dân dễ dàng thực hiện hành vi của mình bằng cách tổ chức một số dịch vụ trong điều kiện có thể đáp ứng được, hướng dẫn cho Trạm Y tế cung cấp, tổ chức dịch vụ đáp ứng cho người dân; Trên cơ sở đó giảm tỷ lệ dự báo nguy cơ cao và rất cao trong 10 năm tới và giảm tỷ lệ mức độ nguy cơ cao đột quỵ hiện tại.

Kết quả can thiệp đã cải thiện được thói quen hút thuốc lá, chế độ ăn nhiều muối, chế độ ăn đủ rau xanh và duy trì được tỷ lệ cao có mức độ hoạt động thể lực cao và tỷ lệ thấp thói quen uống rượu mức độ có hại cho sức khỏe; Cải thiện được hành vi thăm khám, kiểm tra, xét nghiệm và điều trị một số bệnh lý nguy cơ: khám, xét nghiệm kiểm tra đường huyết định kỳ, điều trị đái tháo đường, kiểm tra và điều trị tăng huyết áp, tỷ lệ người được điều trị rối loạn lipid máu. Hiệu quả can thiệp rất tốt ở các nhóm chỉ số; Do đó ở xã/phường can thiệp mức độ nguy cơ cao đột quỵ hiện tại giảm từ 12% xuống 4,7%. Tỷ lệ có mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ mức cao và rất cao trong 10 năm tới giảm từ 10,2% xuống 6,2% và tỷ lệ dự báo nguy cơ trung bình 10 năm giảm từ $5,24 \pm 6,76$ (0 - 41,5) xuống $4,36 \pm 5,02$ (0 - 26,6). Ở nhóm chứng không thay đổi. Chỉ số hiệu quả cho thấy can thiệp có hiệu quả cao.

Như vậy, giải pháp kết hợp can thiệp thay đổi hành vi lối sống, theo một số tác giả trong thực tiễn

rất khó mang lại hiệu quả, trong nghiên cứu này can thiệp thay đổi hành vi kết hợp các giải pháp cung cấp dịch vụ, nhằm giảm những rào cản môi trường và xã hội đã mang lại hiệu quả can thiệp [9]. Kết quả cải thiện việc quản lý các yếu tố nguy cơ thói quen lối sống, bệnh lý nguy cơ có thể thay đổi gây ra đột quỵ là bằng chứng giảm mức độ nguy cơ cao đột quỵ hiện tại và dự báo nguy cơ đột quỵ trong 10 năm tới; kết quả cũng được xác định qua một số nghiên cứu ở một số quốc gia trên thế giới [5], [11].

5. KẾT LUẬN

Các tác động can thiệp bao gồm truyền thông thay đổi hành vi và cung cấp, mở rộng dịch vụ tại các Trạm Y tế xã/phường, cụm dân cư, giảm một số rào cản thực hiện hành vi đã tỷ lệ người ăn mặn, giảm tỷ lệ hút thuốc và mức độ hút, duy trì mức hoạt động thể lực cao và tỷ lệ cao sử dụng thức uống có cồn mức không có hại; Thay đổi hành vi thăm khám và điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường và tăng tỷ lệ điều trị rối loạn lipid máu, và do đó đã giảm được tỷ lệ mức độ dự báo nguy cơ đột quỵ mức cao và rất cao trong 10 năm tới và mức độ nguy cơ cao hiện tại. Hiệu quả can thiệp rất cao đối với giảm mức độ nguy cơ cao và rất cao theo dự báo nguy cơ đột quỵ 10 năm tới, và hiệu quả cao đối với giảm mức độ nguy cơ đột quỵ hiện tại.

Lời cảm ơn: Đây là kết quả của đề tài khoa học và công nghệ cấp tỉnh được ngân sách nhà nước tỉnh Thừa Thiên Huế đầu tư. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ủy ban nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế, Sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Thừa Thiên Huế đã tạo điều kiện để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hương, Dương Thị Phượng và cộng sự (2016), "Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013-2014 và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 104(6).
2. Bejot Y., et al (2016), "Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century", *Presse Med.* 45(12 Pt 2), pp. e391-e398.
3. Benjamin E. J., et al (2017), "Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association", *Circulation*. 135(10), pp. e146-e603.
4. Benjamin E. J., et al (2019), "Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association", *Circulation*. 139(10), pp. e56-e528.
5. Bridgwood B., et al (2018), "Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke", *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5).
6. Hippisley-Cox J., Coupland C. and Brindle P. (2013), "Derivation and validation of QStroke score for predicting risk of ischaemic stroke in primary care and comparison with other risk scores: a prospective open cohort study", *Bmj*. 346, p. f2573.
7. New Zealand Guidelines Groups (2005), *The management of people with atrial fibrillation and flutter*.
8. New Zealand Guidelines Groups (2009), *New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook: A summary resource for primary care practitioners*, 2nd ed.
9. Salinas J., Schwamm L. H. (2017), "Behavioral Interventions for Stroke Prevention: The Need for a New Conceptual Model", *Stroke*. 48(6), pp. 1706-1714.
10. Stevens E., et al (2017), *The Burden of Stroke in Europe*, Stroke Alliance for Europe.
11. Toell T., et al (2018), "Pragmatic trial of multifaceted intervention (STROKE-CARD care) to reduce cardiovascular risk and improve quality-of-life after ischaemic stroke and transient ischaemic attack -study protocol", *BMC Neurol*. 18(1), p. 187.