

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

.....\*\*\*.....

**PHẠM THẾ XUYÊN**

**THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI DÂN  
TỪ 45 - 64 TUỔI TẠI HUYỆN ĐIỆN BIÊN,  
TỈNH ĐIỆN BIÊN VÀ CHI PHÍ HIỆU QUẢ  
CỦA BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

**Chuyên ngành: Y tế Công cộng**

**Mã số: 62 72 03 01**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HÀ NỘI - 2019**

**Công trình được hoàn thành tại:**  
**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

1. TS. NGUYỄN THỊ BẠCH YẾN
2. PGS.TS. DƯƠNG THỊ HỒNG

**Phản biện 1:**

**Phản biện 2:**

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện, tổ chức tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương Vào hồi giờ ngày tháng năm 2019

Có thể tham khảo Luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

### CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BMI	: Chỉ số khối cơ thể	HATTr	: Huyết áp tâm trương
CSHQ	: Chỉ số hiệu quả	HQCT	: Hiệu quả can thiệp
CT	: Can thiệp	ICER	: Tỷ số Chi phí gia tăng/hiệu quả gia tăng)
ĐC	: Đối chứng	QALY	: Số năm sống chất lượng được điều chỉnh
HAMT	: Huyết áp mục tiêu	WHO	: Tổ chức Y tế thế giới
HATT	: Huyết áp tâm thu		

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tăng huyết áp (THA) là một trong 8 nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong toàn cầu, ước tính hàng năm có khoảng 7,1 triệu người tử vong do THA. Cũng theo báo cáo của WHO, số lượng người trưởng thành có THA tăng từ 594 triệu người năm 1975 lên hơn 1 tỷ người năm 2013, ước tính trên toàn thế giới sẽ có khoảng 1,56 tỷ người bị THA vào năm 2025. Ở Việt Nam, theo Báo cáo của Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai năm 2013, tổng số người được phát hiện THA qua khám sàng lọc là 143.210 người, tỷ lệ mắc THA ở người từ 40 tuổi trở lên là 25,1%.

THA là bệnh mãn tính, quá trình điều trị lâu dài, thậm chí là cả đời. Ước tính trên thế giới, THA sẽ tiêu tốn gần 1 nghìn tỷ đô la Mỹ và nếu THA không được điều trị, chi phí có thể lên tới 3,6 nghìn tỷ đô la Mỹ hàng năm. Ở Việt Nam, THA đã tạo ra một gánh nặng lớn không chỉ về bệnh tật mà cả về kinh tế và xã hội. Đã có một số nghiên cứu đánh giá kinh tế được thực hiện và đã chỉ ra chi phí - hiệu quả của các can thiệp nhằm quản lý và kiểm soát THA như: Nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế cho thấy, can thiệp dùng thuốc đối với bệnh nhân THA độ I là 195.843 đồng/người/năm; can thiệp

điều trị THA độ II và III là 570.609 đồng/người/năm, các can thiệp đều đạt chi phí - hiệu quả. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan cho thấy, khám sàng lọc và quản lý điều trị THA trong vòng 10 năm đạt chi phí - hiệu quả với chi phí/1 QALY là nhỏ hơn 15.883 đô la Mỹ.

Tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, theo kết quả khám ban đầu chuẩn bị thực hiện chương trình mục tiêu (2012), THA chiếm tỷ lệ 22,86% ở đối tượng từ 40 tuổi trở lên, THA đã là vấn đề y tế công cộng đáng quan tâm, song đến thời điểm này chưa có nghiên cứu nào chỉ ra thực trạng và hiệu quả của can thiệp THA như thế nào, mối quan hệ giữa chi phí và hiệu quả của can thiệp quản lý, điều trị THA tại huyện Điện Biên ra sao. Nhằm cung cấp bằng chứng cho các nhà quản lý y tế ở địa phương về thực trạng, hiệu quả các can thiệp và chi phí - hiệu quả của can thiệp quản lý điều trị THA chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "**Thực trạng tăng huyết áp ở người dân từ 45-64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp**" với các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, 2014.

2. Phân tích chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, 2015 - 2016.

## **NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

Nghiên cứu đã mô tả thực trạng THA ở đối tượng 45 - 64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên có tỷ lệ hiện mắc THA là khá cao (35,5%) so với tỷ lệ chung ở người trưởng

thành của Việt Nam (25,1%), tỷ lệ THA nam cao hơn nữ. Trong số những người THA có tới 31,3% không biết mình bị THA. NC cho thấy chế độ ăn, tình trạng cân nặng, nhóm tuổi cao và hút thuốc lá có liên quan tới THA. NC cũng chỉ ra rằng cùng với can thiệp từ chương trình mục tiêu thì can thiệp bổ sung phù hợp tại mỗi địa bàn như ở Điện Biên đã mang lại hiệu quả trong quản lý điều trị THA, đã thay đổi kiến thức đúng của người dân về bệnh THA; tăng tỷ lệ đạt chỉ số HAMT; Quản lý điều trị THA có bổ sung can thiệp phối hợp so với quản lý điều trị THA theo hướng dẫn chung của Chương trình mục tiêu y tế ở nhóm tuổi 45-64 đạt chi phí - hiệu quả: Chi phí để giảm 1 mmHg là 156,7 nghìn đồng, thấp hơn quản lý THA theo hướng dẫn chung của chương trình có chi phí là 230,9 nghìn đồng để giảm 1 mmHg. Chi phí thêm 130,5 nghìn đồng thì sẽ giảm thêm được 1 mmHg. So với can thiệp theo chương trình mục tiêu y tế, thì đầu tư thêm 488.416,9 nghìn đồng để làm can thiệp bổ sung sẽ đạt được thêm 1 năm sống đã được điều chỉnh về chất lượng (1 QALY).

**BỘ CỤC CỦA LUẬN ÁN:** Luận án gồm 124 trang và được chia thành các phần: Đặt vấn đề (02 trang); Tổng quan tài liệu (37 trang); Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (22 trang); Kết quả nghiên cứu (28 trang); Bàn luận (32 trang); Kết luận (2 trang); Khuyến nghị (01 trang). Luận án gồm 34 bảng và 06 biểu đồ và có 126 tài liệu tham khảo (59 tài liệu tiếng Việt và 67 tài liệu tiếng Anh) cùng các phụ lục liên quan.

## **Chương 1: TỔNG QUAN**

### **1.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp trên Thế giới và ở Việt Nam**

### ***1.1.1. Thực trạng tăng huyết áp***

\* *Trên Thế giới:* Theo báo cáo của WHO, tỷ lệ THA trên Thế giới từ 10-30% đối với người trên 18 tuổi, WHO xác định THA: “Kê sát nhân thầm lặng, cuộc khủng hoảng sức khỏe cộng đồng toàn cầu”, vào thế kỷ 21.

\* *Tại Việt Nam:* Tỷ lệ THA ở người trưởng thành là 25,1%, có gần 50% bệnh nhân THA trong cộng đồng không biết mình bị THA. Như vậy Tăng huyết áp đã trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng.

\* *Tại Điện Biên:* Khảo sát trên đối tượng từ 40 tuổi trở lên năm 2012, THA chiếm tỷ lệ 22,86%; khám, điều trị và quản lý người ở bệnh viện đa khoa tỉnh và huyện; bước đầu áp dụng mô hình quản lý THA đã được thực hiện thí điểm tại một số xã.

### ***1.1.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp***

Theo WHO, các yếu tố nguy cơ của bệnh THA được chia thành 3 nhóm: Hành vi lối sống, môi trường và các yếu tố sinh học. Đỗ Thái Hoà và cộng sự (2013) nghiên cứu tại Thanh Hóa, thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ THA và nhóm tuổi, giới tính, chỉ số BMI, số đo vòng hông với các OR từ 1,84 - 2,24,  $p < 0,05$ . Những người hút thuốc có nguy cơ mắc bệnh mạch vành gấp 2 - 4 lần và tử vong nhiều hơn khoảng 70% do bệnh này. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Nguyễn Văn Hiến (2013) nghiên cứu tại Hà Nam cũng cho thấy uống rượu có mối liên quan với THA (OR = 1,19; CI95%: 0,85-1,67). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh một số yếu tố liên quan đến THA như: Chế độ ăn uống không hợp lý: ăn nhiều muối, ăn ít rau, quả, ít hoạt động thể lực.

## **1.2. Phân tích chi phí - hiệu quả quản lý điều trị bệnh Tăng huyết áp**

\* *Khái niệm:* Phân tích chi phí hiệu quả là phương pháp đánh giá kinh tế xem xét đến chi phí và kết quả của các phương án khác nhau nhằm đạt được một mục tiêu. Kết quả được biểu thị bằng chi phí/một đơn vị hiệu quả của từng phương án, và chi phí - hiệu quả của các phương án này được so sánh với nhau. Phương án có chi phí/một đơn vị hiệu quả thấp nhất được coi là phương án hiệu quả nhất.

\* *Trên Thế giới:* Phân tích chi phí - hiệu quả (CEA) được sử dụng rộng rãi trong đánh giá tác động của các can thiệp phòng và chống THA và các biến chứng do THA. Không có một tiêu chí riêng nào cho tỷ suất chi phí - hiệu quả mà dựa vào đó can thiệp cần phải tuân theo. Đa số các nghiên cứu CEA được thực hiện trên quan điểm xã hội và quan điểm của hệ thống y tế.

\* *Ở Việt Nam:* Một số nghiên cứu CEA được triển khai ở Việt Nam, trong đó: Nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, phân tích chi phí - hiệu quả của các can thiệp phòng, chống THA tại Việt Nam cho thấy, can thiệp dùng thuốc đối với bệnh nhân THA độ I là 195.843 đồng/người/năm; can thiệp điều trị THA độ II và III là 570.609 đồng/người/năm, các can thiệp đều rất chi phí - hiệu quả. Phân tích chi phí hiệu quả cho khám sàng lọc và quản lý THA trong dự phòng bệnh tim mạch ở miền Bắc Việt Nam, kết quả cho thấy trong vòng 10 năm chi phí/1 QALY đạt được là 758.695 đô la Mỹ. Phân tích chi phí - hiệu quả của can thiệp dự phòng bệnh tim mạch ở Việt Nam của Hà Anh Đức cho thấy ít tốn kém nhất là một chương trình GDSK bằng truyền thông đại chúng để giảm lượng muối ăn với chi phí tương đương 0,06 USD/1 người. Chi phí/1 DALY dự phòng được là 118 USD.

\* *Ở Điện Biên:* Chưa có nghiên cứu nào đánh giá về chi phí

hiệu quả của các biện pháp can thiệp phòng, chống THA.

## **Chương 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu**

#### **2.1.1. Đối tượng nghiên cứu**

\* *Mục tiêu 1:* Là người dân đang sinh sống tại huyện Điện Biên, đảm bảo các tiêu chí sau: Nam và nữ ở độ tuổi từ 45 đến 64, tính đến thời điểm điều tra; Có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại các xã thuộc huyện Điện Biên; có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi; đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* *Mục tiêu 2:* Là người từ 45- 64 tuổi được chẩn đoán là THA và có chỉ định điều trị, đang sinh sống tại 02 xã Noong Hẹt và Thanh Luông, huyện Điện Biên; đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Địa điểm nghiên cứu:** Huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên.

**2.1.3. Thời gian nghiên cứu:** 04 năm (12/2014-12/2018)

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

\* *Mục tiêu 1:* Mô tả cắt ngang.

\* *Mục tiêu 2:* Bao gồm hai thiết kế nghiên cứu: (i) Thiết kế nghiên cứu can thiệp: Là nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng, dựa trên nghiên cứu cắt ngang lặp lại. (ii) Thiết kế nghiên cứu phân tích chi phí - hiệu quả: Sử dụng tỷ số chi phí/1 đơn vị hiệu quả để so sánh hai phương án: (a) Chỉ thực hiện các hoạt động can thiệp thường quy của chương trình mục tiêu y tế đang triển khai tại địa phương đối với quản lý điều trị THA; (b) Thực hiện các hoạt động can thiệp thường quy của chương trình mục tiêu y tế quốc gia bổ sung thêm một can thiệp phối hợp một số hoạt động hỗ trợ phù hợp với điều kiện



của địa phương trong quản lý và điều trị THA. Phương án nào có tỷ số chi phí/1 đơn vị hiệu quả thấp hơn thì được coi là chi phí - hiệu quả hơn. NC được thực hiện trên quan điểm của chương trình, của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế công. Khung thời gian phân tích là 01 năm, sau 1 năm thực hiện can thiệp.

### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

\* **Mục tiêu 1:** Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể, được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1 - p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; Z Là hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất  $\alpha = 5\%$ , có  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$   $\varepsilon$  là Độ chính xác tương đối, lấy  $\varepsilon = 0,13$ . P là Tỷ lệ hiện mắc THA của đối tượng 45 - 64 tuổi tại huyện Điện Biên (áp dụng kết quả điều tra thí điểm tại một số xã của tỉnh Điện Biên, có tỷ lệ THA là 22,86%), do đó chọn  $p = 0,228$ . Cỡ mẫu tính được  $n = 393$  người, dự phòng 15%,  $n = 452$  người, làm tròn thành **460** người.

- Chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Chọn xã: bốc thăm ngẫu nhiên, đã chọn được 4 xã (Thanh Nưa, Thanh Luông, Noong Hẹt, Sam Mứn). Cỡ mẫu được phân bổ đều cho 4 xã, mỗi xã 115 người. Chọn ĐTNC: Tại mỗi xã tiến hành lập danh sách đối tượng từ 45 - 64 tuổi đủ tiêu chuẩn, lựa chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống chọn được 460 người, thực tế đã điều tra được 459 người.

\* **Mục tiêu 2:** Cỡ mẫu: áp dụng cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng, theo công thức sau:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left[ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:  $n_1$ : Cỡ mẫu cần cho nhóm can thiệp,  $n_2$ : Cỡ mẫu cần cho nhóm đối chứng.  $p_1$ : Tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở nhóm can thiệp trước can thiệp, lấy  $p_1 = 0,107$ .  $p_2$ : Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu mong đợi ở nhóm can thiệp sau CT, lấy  $p_2 = 0,19$ .  $\bar{P} = (0,107 + 0,1885)/2 = 0,147$ . Lấy  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  (ứng với  $\alpha = 0,05$ ). Lấy  $Z_{1-\beta} = 1,282$  (ứng với  $\beta = 0,1$ ). Cỡ mẫu tính được là 301, dự phòng 5%, tính được  $n_1 = n_2 = 316$ , làm tròn thành 320. Trên thực tế thực hiện  $n_1 = n_2 = 320$ .

- Phương pháp và quy trình chọn mẫu: (1). Chọn xã: Từ danh sách các xã đã tham gia nghiên cứu giai đoạn 1 của huyện Điện Biên, chọn chủ đích hai xã, đảm bảo tương đồng về kinh tế, xã hội, dân số và tỷ lệ người mắc THA. Khoảng cách 02 xã này cách nhau 10 km để hạn chế những ảnh hưởng của can thiệp tới xã đối chứng. Kết quả chọn được xã Noong Hẹt (CT), xã Thanh Luông (ĐC); (2). Chọn đối tượng THA: Tại xã CT và xã ĐC, dựa trên danh sách các đối tượng có nhóm tuổi từ 45 – 64 đã được xác định trong nghiên cứu ở mục tiêu 1, cùng với những đối tượng đã được xác định THA theo mục tiêu 1, dựa trên tiêu chí nghiên cứu, nhóm nghiên cứu tiến hành đo HA và phỏng vấn các đối tượng khác trong 2 xã để tiếp tục lựa chọn và mời các đối tượng cho tới khi đủ cỡ mẫu tham gia nghiên cứu. Các đối tượng được lựa chọn mời tham gia nghiên cứu của hai nhóm đảm bảo nguyên tắc tương đồng về tuổi, giới, mức độ THA và đáp ứng các tiêu chí NC. Thực tế trong quá trình NC, cả hai nhóm không có đối tượng nào bỏ cuộc.

**2.2.3. Mô tả nội dung can thiệp:** Tổ chức 03 lớp tập huấn cập nhật kiến thức quản lý, điều trị THA tại tuyến xã, tuyến huyện và kỹ năng truyền thông GDSK cho 27 cán bộ y tế tuyến xã và nhân

viên y tế thôn, bản; Tổ chức câu lạc bộ sức khỏe cho 320 ĐTNC; Lập hồ sơ quản lý, theo dõi tại tuyến xã, hồ sơ điều trị tại BVĐK huyện; Giám sát hỗ trợ các hoạt động can thiệp.

**2.3. Phương pháp thu thập thông tin:** Phiếu phỏng vấn; đo nhân trắc, đo HA; các số liệu thứ cấp, hồ sơ. Thu thập thông tin về chi phí: Tất cả các thông tin liên quan tới chi phí trực tiếp đã được thu thập gồm: Các chi phí cho các hoạt động can thiệp; số liệu sử dụng để tính chi phí cho một lần khám bệnh; thông tin để tính chi phí cho đợt điều trị ngoại trú THA.

**2.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu:** (i) Thông tin chung về ĐTNC; (ii) Nhóm chỉ số các YTNC: BMI, vòng eo, sử dụng đồ uống có cồn, mức độ ăn rau, quả, hút thuốc, hoạt động thể lực, tuân thủ điều trị. (iii) Nhóm chỉ số HA: Phân độ THA, trị số HA trung bình. (iv) Nhóm chỉ số hiệu quả can thiệp về kiến thức, thực hành của ĐTNC về phòng chống THA trước, sau can thiệp. (v) Nhóm chỉ số về chi phí: Chi phí cho nhóm CT gồm chi phí cho các hoạt động CT và chi phí cho điều trị THA; chi phí cho nhóm chứng chỉ gồm CP cho điều trị THA.

**2.5. Tính chi phí, đo lường hiệu quả, tính tỉ số chi phí - hiệu quả**

**2.5.1. Tính chi phí:** Chi phí (CP) trực tiếp cho cả nhóm CT và nhóm chứng được tính từ quan điểm cung cấp dịch vụ y tế. Tất cả các CP sử dụng nguồn lực đã được điều chỉnh ở mức năm 2016 và được trình bày bằng tiền Việt Nam và đô la Mỹ.

- **Chi phí cho nhóm can thiệp** = Tổng CP cho các hoạt động can thiệp + Tổng chi phí cho khám định kỳ và cấp thuốc. CP cho các hoạt động can thiệp:

Chi phí tập huấn, chi phí truyền thông (gồm chi phí tài liệu truyền thông và chi phí tổ chức câu lạc bộ sức khỏe cho ĐTNC). Chi phí hỗ trợ tiền công giám sát cho cán bộ y tế cơ sở.

Chi phí cho dịch vụ điều trị ngoại trú THA/1 người/1 năm = Chi phí TB của 1 lần khám X tổng số lần khám thực tế + chi phí cho thuốc, cho XN, chẩn đoán hình ảnh... của bệnh nhân đó trong năm. Phương pháp tính chi phí bệnh viện (hospital-based costing) được sử dụng để tính chi phí cho khám bệnh. Chi phí cho một lượt điều trị ngoại trú = CP khám + CP xét nghiệm + CP thuốc + CP chẩn đoán hình ảnh + CP khác.

- **Chi phí cho nhóm chứng** = Tổng chi phí cho điều trị bệnh nhân ngoại trú = số bệnh nhân x tổng chi phí.

### 2.5.2. Đo lường hiệu quả

2.5.2.1. *Những thay đổi về kiến thức, thực hành trong quản lý điều trị tăng huyết áp*

Áp dụng theo công thức sau:  $Q = d_1 - d_2$ , trong đó:

	Xã can thiệp	Xã chứng
<b>Trước can thiệp</b>		
Cỡ mẫu	$n_1$	$n_2$
Số ca THA	$x_1$	$x_2$
Tỉ lệ mắc THA	$p_1$	$p_2$
<b>Sau can thiệp</b>		
Cỡ mẫu	$m_1$	$m_2$
Số ca THA	$y_1$	$y_2$
Tỉ lệ mắc THA	$q_1$	$q_2$
<b>Phân tích</b>		
Hiệu số trước và sau can thiệp	$d_1 = q_1 - p_1$	$d_2 = q_2 - p_2$
Hiệu quả	$Q = d_1 - d_2$	
Phương sai của Q	$Var(Q)$	

$$* (p_1 = x_1/n_1, p_2 = x_2/n_2; q_1 = y_1/m_1; q_2 = y_2/m_2)$$

2.5.2.2. *Thay đổi về chỉ số huyết áp và chất lượng cuộc sống*

\* Về chỉ số HA: Đo HA 3 lần, cách nhau 15 phút, lấy số trung bình của 3 lần đo làm kết quả để so sánh với bảng sau:

Phân độ THA	Huyết áp (mmHg)		
	Tâm thu		Tâm trương
Không tăng (HAMT)	< 120 - 139	Và	< 80 - 89

THA giai đoạn 1 (độ 1)	140 - 159	Và/hoặc	90 - 99
THA giai đoạn 2 (độ 2, độ 3)	≥ 160	Và/hoặc	≥ 100

\* Về chỉ số chất lượng cuộc sống (QALY): Sử dụng kết quả NC của Nguyễn Thị Phương Lan và cộng sự về “Độ thỏa dụng của bệnh nhân THA ở miền Bắc Việt Nam”. Theo đó, nếu một người hoàn toàn khoẻ mạnh có chất lượng cuộc sống tương đương với 1 QALY thì người THA ở mỗi mức độ huyết áp mục tiêu, THA giai đoạn 1, THA giai đoạn 2 trở lên có chất lượng cuộc sống lần lượt tương đương với 0,734 QALY, 0,726 QALY và 0,712 QALY ở nhóm CT và nhóm chứng.

**2.5.3. Chi phí - hiệu quả:** (i) Tính tỷ số chi phí/hiệu quả mỗi nhóm: Chi phí/1mmHg giảm đi = Tổng CP/tổng số mmHg giảm đi ở mỗi nhóm; chi phí/1 QALY đạt được = Tổng CP/tổng số QALY đạt được ở mỗi nhóm. (ii) Chi phí gia tăng = Tổng CP nhóm CT - Tổng CP nhóm chứng. (iii) Hiệu quả gia tăng = Tổng hiệu quả CT - Tổng hiệu quả không CT. (iv) Tỷ suất chi phí gia tăng/hiệu quả gia tăng (ICER) = Tổng chi phí gia tăng/Tổng hiệu quả gia tăng.

**2.6. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1; phân tích bằng phần mềm STATA 16.0; phân tích kinh tế bằng EXCEL.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được Hội đồng đạo đức nghiên cứu - Viện VSDT Trung ương thông qua trước khi triển khai; địa phương, Sở Y tế Điện Biên đồng ý cho triển khai; ĐTNB được giải thích rõ về NC và hoàn toàn tự nguyện.

### **Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

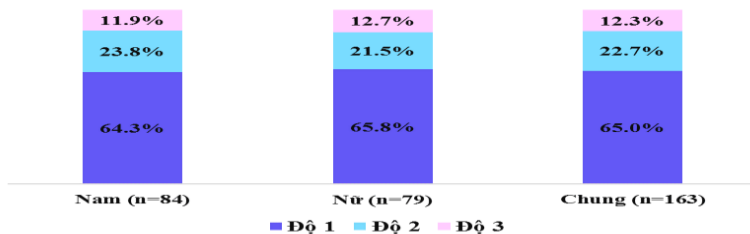
**3.1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện**

## Biên, 2014

*Bảng 3.2. Tỷ lệ THA theo giới tính, nhóm tuổi, dân tộc và tiền sử THA của đối tượng nghiên cứu (n=459)*

Đặc điểm	Tăng huyết áp	
	Số mắc	Tỷ lệ %
<b>Giới tính</b>		
Nam (n=226)	84	37,2
Nữ (n=233)	79	33,9
<b>Nhóm tuổi</b>		
45- 54 (n=232)	11	4,7
55- 64 (n=227)	152	66,9
<b>Dân tộc</b>		
Thái (n=358)	127	35,5
Kinh và các dân tộc khác (n=101)	36	35,6
<b>Có Tiền sử THA</b>		
Có (n=91)	45	49,5
Không (n=368)	118	32,1
<b>Tổng số (459)</b>	<b>163</b>	<b>35,5</b>

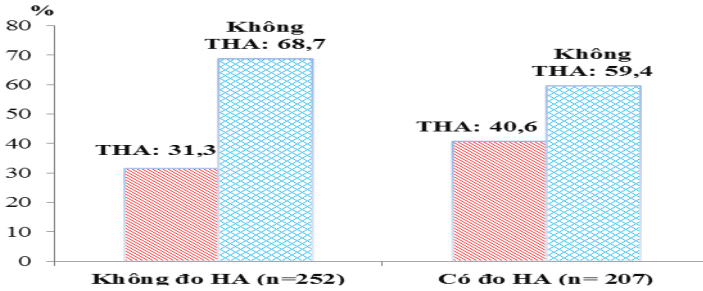
Tỷ lệ mắc THA của ĐTNC là 35,5%, tỷ lệ THA ở nam giới là 37,2%, ở nữ giới là 33,9%, ở nhóm tuổi 55 - 64 là 65,5%, ở nhóm tuổi 45-54 là 4,8%. Ở nhóm dân tộc Thái có tỷ lệ THA là 35,5%, nhóm người Kinh và các dân tộc khác có tỷ lệ mắc THA là 35,6%. Trong số đối tượng không có tiền sử THA, qua điều tra phát hiện 32,1% mắc THA.



*Biểu đồ 3.1. Phân độ THA theo giới tính trong số đối tượng nghiên cứu bị tăng huyết áp (n=163)*

Tỷ lệ mắc THA giai đoạn 1 (độ 1) chiếm 65,0%, THA giai đoạn 2 (độ 2, độ 3) chiếm 35,0%. Ở nam có tỷ lệ mắc THA giai

đoạn 1 là 64,3%, THA giai đoạn 2 là 35,7%. Ở nữ có tỷ lệ mắc THA giai đoạn 1 là 65,8%, THA giai đoạn 2 là 34,2%.



*Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNC được đo và không được đo huyết áp trong 12 tháng qua (n=459)*

Trong 12 tháng qua, có 252 ĐTNC không đo HA (54,9%). Trong số này phát hiện 79 người THA (31,3%).

*Bảng 3.8. Mối liên quan giữa một số yếu tố với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu chung cho hai giới (n=459)*

Yếu tố nguy cơ	Mô hình hồi quy đa biến Mắc THA		P
	OR	CI 95%	
<b>An rau quả</b>			
Không theo chuẩn (<5ĐV)	1,92	1,01 – 3,65	0,0087
Theo chuẩn (≥ 5 ĐV)	1	-	
<b>Hút thuốc lá</b>			
Có	4,08	1,99 – 8,36	0,0002
Không	1	-	
<b>BMI</b>			
Thừa cân, béo phì	3,89	2,22 – 6,82	0,0012
Bình thường	1	-	
<b>Lạm dụng rượu/bia</b>			
Có	1,23	0,69– 2,18	0,0746
Không	1	-	
<b>Tiền sử THA</b>			
Có	1,47	0,79 - 2,75	0,2268
Không	1	-	
<b>Giới tính</b>			
Nam	0,46	0,22 - 0,94	0,0678
Nữ	1	-	
<b>Dân tộc</b>			

Yếu tố nguy cơ	Mô hình hồi quy đa biến Mắc THA		P
	OR	CI 95%	
Thái	0,97	0,51 - 1,87	0,0952
Kinh	1	-	
<b>Nhóm tuổi</b>			
55-64	37,28	18,19 - 76,4	0,0087
45-54	1	-	
<b>Hoạt động thể lực thấp</b>			
Có	1,56	0,79 - 3,07	0,2006
Không	1	-	
Kiểm định sự phù hợp của mô hình hồi quy: $\chi^2 = 13,5$ ; $p = 0,094$ ; $df = 8$			

Ở những người ăn rau, quả <5 đơn vị (theo chuẩn của WHO)/ngày có nguy cơ mắc THA cao hơn người ăn rau, quả  $\geq 5$  đơn vị/ngày gấp 1,92 lần; Nhóm 55 - 64 tuổi có nguy cơ mắc THA cao gấp 37,3 lần nhóm tuổi 45 - 54. Những người thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc THA cao gấp 3,89 lần so với những người bình thường. Những người có hành vi hút thuốc có nguy cơ mắc THA gấp 4,08 lần so với người không hút thuốc.

### 3.2. Chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, 2015 – 2016

*Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức chung của ĐTNC ở hai xã về THA, các YTNC, các biến chứng và cách phòng, chống THA*

Kiến thức chung của ĐTNC		Trước CT (n= 320)		Sau CT (n= 320)		Hiệu số SCT-TCT (%)	Hiệu quả (%)
		SL	%	SL	%		
<b>Đạt</b>	Xã CT	145	45,3	293	91,6	46,3	44,2
	Xã ĐC	148	46,3	155	48,4	2,1	
<b>Không đạt</b>	Xã CT	175	54,7	27	8,4	46,3	44,1
	Xã ĐC	172	53,8	165	51,6	2,2	

Sau can thiệp, tỷ lệ ĐTNC có kiến thức “đạt” về THA, các YTNC, các biến chứng và cách phòng, chống THA ở hai xã đều tăng lên. Hiệu quả can thiệp đạt 44,2%.



*Bảng 3.23. Hiệu quả can thiệp đối với tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu và giai đoạn THA của đối tượng nghiên cứu*

Huyết áp mục tiêu và phân độ THA		Trước CT n= 320		Sau CT (n=320)		Hiệu số SCT-TCT (%)	Hiệu quả (%)
		SL	%	SL	%		
HAMT	Xã CT	32	10,0	179	55,9	45,9	29,6
	Xã ĐC	23	7,2	75	23,4	16,3	
THA GD 1	Xã CT	230	71,9	104	32,5	39,4	31,9
	Xã ĐC	240	75,0	216	67,5	7,5	
THA GD 2	Xã CT	58	18,1	37	11,6	6,6	2,2
	Xã ĐC	57	17,8	29	9,1	8,8	

Sau CT tỷ lệ đạt HAMT của xã can thiệp cao hơn nhiều so với xã chứng (55,9% và 23,4%). HQCT là 29,6%.

*Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp đối với số mmHg giảm đi của đối tượng nghiên cứu*

Hai xã	Huyết áp	Trước CT (n=320)	Sau CT (n=320)	Hiệu số TCT - SCT
Xã CT	Tâm thu	47.423	44.775	2.648
	Tâm trương	28.141	27.437	704
	<b>Tổng số</b>	<b>75.564</b>	<b>72.212</b>	<b>3.352</b>
Xã chứng	Tâm thu	47.515	46.704	811
	Tâm trương	28.129	28.065	64
	<b>Tổng số</b>	<b>75.644</b>	<b>74.769</b>	<b>875</b>

(Đơn vị tính: mmHg)

Sau can thiệp xã CT giảm đi 3.352 mmHg, trong đó 2.648 mmHg của HA tâm thu, 704 mmHg của HA tâm trương, xã ĐC giảm đi 875 mmHg, trong đó 811 mmHg của HA tâm thu, 64 mmHg của HA tâm trương.

*Bảng 3.26. Hiệu quả can thiệp đối với số năm sống đã được điều chỉnh chất lượng (QALY) ở hai nhóm*

HAI NHÓM		HAMT	THA GD1	THA GD2	Tổng
<b>NHÓM CAN THIỆP</b>					
<b>Trước CT</b>	Số người	32	230	58	320
	Tổng QALY	23,488	166,98	41,296	231,764
<b>Sau CT</b>	Số người	179	104	37	320
	Tổng QALY	131,386	75,504	26,344	233,234
<b>Thay đổi trước sau CT</b> (Số người)		147	-126	-21	
<b>Tổng QALY tăng thêm</b>		<b>107,898</b>	<b>-91,476</b>	<b>-14,952</b>	<b>1,47</b>
<b>NHÓM ĐỐI CHỨNG</b>					
<b>Trước CT</b>	Số người	23	240	57	320
	Tổng QALY	16,882	174,24	40,584	231,706
<b>Sau CT</b>	Số người	75	216	29	320
	Tổng QALY	55,05	156,816	20,648	232,514
<b>Thay đổi trước sau CT</b> (Số người)		52	-24	-28	
<b>Tổng QALY tăng thêm</b>		<b>38,168</b>	<b>-17,424</b>	<b>-19,936</b>	<b>0,808</b>
<b>SO SÁNH CAN THIỆP VÀ ĐỐI CHỨNG</b>					
Hiệu quả can thiệp (QALY tăng thêm): <b>1,47 - 0,808 = 0,662</b>					

Ở nhóm can thiệp có số QALY tăng thêm là 1,47. Ở nhóm đối chứng có số QALY tăng thêm là 0,808. Hiệu quả can thiệp với số QALY tăng thêm là 0,662.

*Bảng 3.27. Chi phí quản lý, điều trị tăng huyết áp ở 2 xã trong 1 năm*

Loại chi phí	Nhóm CT		Nhóm chứng	
	Chi phí	%	Chi phí	%
<b>(i) Chi phí cho các hoạt động can thiệp</b>	93.529	<b>17,8</b>	-	-
- Chi cho các hoạt động truyền thông	48.104	9,2	-	-

Loại chi phí	Nhóm CT		Nhóm chứng	
	Chi phí	%	Chi phí	%
- Chi cho tập huấn CBYT	7.025	1,3	-	-
- Tăng cường các HĐ quản lý THA	38.400	7,3	-	-
<b>(ii) Chi phí cho điều trị</b>	431.86 9	<b>82,2</b>	202.066	
+ Tiền khám	38.107	8,8*	17.822	8,8*
+ Tiền thuốc	285.03 2	66,0*	133.235	66,0*
+ Tiền XN, CDHA, VTTH	108.73 1	25,2*	51.010	25,2*
<b>(iii) Tổng chi phí</b>	525.39 8	<b>100</b>	202.066	100
Số người tham gia điều trị	320		129	
Số người được theo dõi	320		320	
<b>(iv) Chi phí trung bình/1 người</b>	1.641,9		631,5	

(\* Tỷ lệ % trong tổng chi phí cho điều trị; đơn vị tính chi phí: Nghìn đồng;  
XN - Xét nghiệm; CDHA - Chẩn đoán hình ảnh; VTTH - Vật tư tiêu hao)

Tổng chi phí trực tiếp của xã can thiệp là 525.389 nghìn đồng, xã ĐC là 202.066 nghìn đồng. Chi phí trung bình/1 bệnh nhân ở nhóm can thiệp và nhóm chứng chênh lệch một cách đáng kể, 1.641,9 nghìn đồng ở nhóm can thiệp và 631,5 nghìn đồng ở nhóm chứng.

*Bảng 3.32. Tỷ số chi phí/hiệu quả với số mmHg giảm đi, số QALY đạt được của hai xã*

Chi phí, hiệu quả	Hai xã	
	Xã CT	Xã ĐC
Tổng chi phí (Nghìn đồng)	525.398	202.066
Tổng hiệu quả		
Số mmHg giảm	3.352	875
Số QALY tăng thêm	1,47	0,808
Tỷ số chi phí (nghìn đồng)/hiệu quả		
CP/1 mmHg giảm	156,7	230,9
CP/1 QALY tăng thêm	357.413,6	250.081,7

Ở xã can thiệp có CP trung bình/1 mmHg giảm đi 156,7 nghìn đồng, thấp hơn so với xã chứng có CP trung bình/mmHg giảm đi là 230,9 nghìn đồng. Chi phí trung bình/1 QALY tăng thêm ở xã CT và xã chứng lần lượt là 357.413,6 nghìn đồng và 250.081,7 nghìn đồng.

*Bảng 3.33. Chi phí gia tăng, hiệu quả gia tăng và tỷ số chi phí gia tăng/hiệu quả gia tăng (ICER)*

Xã	Tổng Chi phí	CP gia tăng	Hiệu quả gia tăng		Chi phí giá tăng/Hiệu quả gia tăng	
			Số mmHg giảm gia tăng	Số QALY gia tăng	CP gia tăng/1 mmHg giảm đi gia tăng	CP gia tăng/1 QALY gia tăng
CT	525.398	323.332	2.477	0,662	130,5	488.416,9
ĐC	202.066	-	-	-	-	-

Ở xã can thiệp có chi phí gia tăng so với xã đối chứng là 323.332,0 nghìn đồng, có hiệu quả gia tăng là 2.477 mmHg giảm đi và 0,662 QALY tăng thêm. Tỷ số chi phí gia tăng/hiệu quả gia tăng là 130,5 nghìn đồng/1 mmHg giảm đi gia tăng và 488.416,9 nghìn đồng/1 QALY gia tăng.

#### **Chương 4: BÀN LUẬN**

#### **4.1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, 2014**

##### **4.1.1. Thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ THA trong ĐTNB là khá cao, 35,5%, tỷ lệ THA nam giới chiếm 37,2%, nữ 33,9%. Ở nhóm tuổi 55 - 64 chiếm 65,5%, ở nhóm tuổi 45-54 chiếm tỷ lệ 4,8%. Ở nhóm dân tộc Thái chiếm 35,5%, nhóm người Kinh và các dân tộc khác 35,6%. Tỷ lệ phát hiện THA qua điều tra là 32,1%. Trong tổng số 163 người mắc THA thì tỷ lệ mắc THA giai đoạn (độ 1), giai

đoạn 2 (độ 2, độ 3) lần lượt là 65,0% và 35,0%. Tỷ lệ THA ở nghiên cứu này cũng tương tự và cao hơn một số nghiên cứu ở các vùng khác của Việt Nam của một số tác giả, như: Nghiên cứu của Lê Ngọc Cường và cộng sự (2013), Đỗ Thái Hòa, Trương Việt Dũng (2013), Đặng Thanh Nhân, Đặng Bích Thủy và Nguyễn Thị Xuân (2014), Ngô Trí Tuấn, Hoàng Văn Minh và cộng sự (2011). Nghiên cứu này cho thấy mặc dù tỷ lệ mắc THA khá cao, song chủ yếu là THA giai đoạn 1 (độ 1), vì vậy triển khai các biện pháp can thiệp kịp thời ở giai đoạn này sẽ mang lại hiệu quả tốt hơn. Trong số ĐTNC thì chỉ có 45,1% được đo huyết áp trong 12 tháng qua, số người không được đo HA chiếm tỷ lệ 54,8%, qua đó những người này sẽ không biết số đo huyết áp của mình. Bên cạnh đó, trong 368 đối tượng được hỏi, không có tiền sử THA, khi đo lại phát hiện tới 118 người THA, chiếm tỷ 32,1%. Qua đây cho thấy, tỷ lệ người bệnh THA được phát hiện, quản lý và điều trị trong cộng đồng tại Điện Biên còn rất thấp, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tình trạng chung ở cộng đồng Việt Nam theo báo cáo, đánh giá của Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai năm 2013.

#### ***4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu***

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đã xác định được có tới một nửa số đối tượng là chưa ăn đủ rau, quả theo khuyến nghị mặc dù là vùng nông thôn, nơi mà rau quả là một trong những nông sản chủ yếu. Nghiên cứu thấy, ở những người ăn rau, quả <5 đơn vị (theo chuẩn của WHO)/ngày có nguy cơ THA cao hơn người ăn rau, quả  $\geq 5$  đơn vị/ngày gấp 1,92 lần. Vì vậy, bảo đảm cung cấp đủ rau quả sạch và khuyến khích người dân tăng cường ăn rau, quả là một nội dung quan trọng

cần triển khai trên địa bàn nghiên cứu trong tương lai.

Những người thuộc nhóm 55 - 64 tuổi có nguy cơ mắc THA cao gấp 37,3 lần nhóm tuổi 45 -54. Những người thừa cân, béo phì có tình trạng mắc THA cao gấp 3,89 lần so với những người bình thường. Một số nghiên cứu đã chứng minh: Những người có BMI>30 có nguy cơ bị THA cao gấp 4 lần so với người có BMI<25, còn người có BMI từ 25 - <30 có nguy cơ THA cao gấp 2 lần. Kết quả nghiên cứu của Đào Thu Giang cho thấy BMI và béo bụng có liên quan thuận khá chặt chẽ với THA nguyên phát.

Những người có hành vi hút thuốc có nguy cơ mắc THA gấp 4,08 lần so với người không hút thuốc. Ngoại trừ yếu tố về tuổi, thì ở nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người hút thuốc cao, tỷ lệ mắc THA trong nhóm hút thuốc cũng khá cao, đây là vấn đề đáng ngại của địa phương do đặc thù vùng dân tộc thiểu số, nhiều dân tộc duy trì thói quen hút thuốc (lá, lào) không chỉ ở nam giới mà cả nữ giới. Jose và cộng sự đã nghiên cứu trên 2.021 người ở độ tuổi 34 - 64 ở Tây Ban Nha cho thấy hút thuốc lá có liên quan đến THA có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Các thống kê dịch tễ học cũng cho thấy ở nam giới hút 1 bao thuốc/ngày thì tỷ lệ tử vong tăng 70% và nguy cơ bệnh động mạch vành tăng gấp 3 đến 5 lần so với những người không hút thuốc. Nhiều nghiên cứu ở Việt Nam và Thế giới đã chứng minh một số yếu tố liên quan đến THA: người cao tuổi; hút thuốc; ăn uống không hợp lý; ít hoạt động thể lực; thừa cân, béo phì. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với khuyến cáo của WHO và cảnh báo của Chính phủ Việt Nam, về các yếu tố liên quan đến THA.

#### **4.2. Chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện**

## **Biên, tỉnh Điện Biên, 2015 - 2016**

Sau 1 năm thực hiện các biện pháp can thiệp quản lý điều trị tại xã can thiệp đã cho thấy hiệu quả có cải thiện rõ rệt so với xã đối chứng không có can thiệp bổ sung. Tỷ lệ đạt HAMT của xã CT cao hơn nhiều so với xã chứng (55,9% và 23,4%). HQCT là 29,6%. Can thiệp cũng đã có tác động làm giảm HA trung bình kể cả tâm thu và tâm trương, lần lượt là 7,3 mmHg và 1,5mmHg. Cho tới nay, WHO vẫn tiếp tục khẳng định vai trò của việc duy trì huyết áp trong giới hạn cho phép (huyết áp mục tiêu) nhằm hạn chế tai biến bệnh mạch vành và đột quỵ não, hạn chế những gánh nặng bệnh tật của THA. Hiệu quả can thiệp với số QALY tăng thêm là 0,662. Trong nghiên cứu này, hiệu quả can thiệp khi quy đổi sang QALY thì còn khiêm tốn, điều này có thể do thời gian thực hiện các can thiệp ngắn (1 năm) và trên số lượng người nhận can thiệp ít (320 người), qua đây cũng gợi ý cần đánh giá thêm các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động can thiệp, nhất là các yếu tố để duy trì sự phối hợp giữa đối tượng cần quản lý (người THA) và phía nhà cung cấp dịch vụ (cán bộ y tế và cơ sở y tế).

Về tỷ suất chi phí/hiệu quả, ở nhóm CT có chi phí trung bình là 156,7 nghìn đồng/1 mmHg giảm đi, nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Yamin Bai và cộng sự (2013), ở Trung Quốc, tỷ số chi phí - hiệu quả 0,73 USD/1 mmHg giảm đi. Nghiên cứu cũng cho thấy tiềm năng lớn trong việc giảm chi phí và tăng mức giảm HATT và HATT<sub>r</sub> nếu triển khai rộng ra cộng đồng. Chi phí của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan (2016), ở Việt Nam và nghiên cứu của Andrew E. Moran và cộng sự (2015) tại Mỹ. Tỷ số chi phí/hiệu quả ở nhóm ĐC là 230,9 nghìn đồng/1

mmHg giảm đi, cao gấp 1,47 lần so với nhóm can thiệp có chi phí 156,7 nghìn đồng/1 mmHg giảm đi. Về tỷ số chi phí gia tăng/hiệu quả gia tăng (ICER) là 130,5 nghìn đồng/1mmHg giảm đi và 488.416,9 nghìn đồng/1 QALY tăng thêm. Kết quả này có thể do việc phân tích trong 1 năm, nếu phân tích trong 10 năm hoặc toàn bộ cuộc đời thì CP có thể giảm đi.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, 2014**

1.1. Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở nhóm tuổi 45-64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, năm 2014 khá cao, chiếm 35,5%. Trong đó tỷ lệ tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ: 37,2% ở nam và 33,9% ở nữ. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi 55 - 64 là 66,9%, cao hơn ở nhóm tuổi 45 - 54 có tỷ lệ tăng huyết áp là 4,7%. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở nhóm dân tộc Thái là 35,5%, nhóm người Kinh và các dân tộc khác là 35,6%. Tăng huyết áp giai đoạn I là chủ yếu (65%), tăng huyết áp giai đoạn II là 35%. Trong số những người mắc tăng huyết áp có 31,3% số đối tượng tăng huyết áp không biết mình bị tăng huyết áp.

1.2. Nhóm tuổi; thừa cân, béo phì; ăn ít rau quả và hút thuốc có liên quan với THA với OR (CI95%) lần lượt là: 37,7; 4,29; 2,2 và 2,59.

### **2. Chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp ở nhóm tuổi 45 - 64 tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên, 2015 - 2016**

2.1. Quản lý điều trị tăng huyết áp trong Chương trình mục tiêu y tế trên nhóm tuổi 45 - 64 tại hai xã Noong Hẹt và Thanh Luông, huyện Điện Biên sau 1 năm triển khai đã đạt được hiệu quả bước



đầu trong việc: (i) Thay đổi kiến thức đúng của người dân về bệnh tăng huyết áp: Hiệu quả can thiệp là 44,2%, trong đó, xã có can thiệp phối hợp bổ sung đạt hiệu quả 46,3%, cao hơn nhiều so với xã chứng không có can thiệp bổ sung chỉ đạt hiệu quả 2,1%. (ii) Tăng tỷ lệ đạt chỉ số huyết áp mục tiêu: Xã can thiệp có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 45,9%, cao hơn nhiều so với xã chứng có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 16,3%, hiệu quả can thiệp là 29,6%. (iii) Giảm chỉ số huyết áp tâm thu trung bình: Hiệu quả can thiệp là 5,5 mmHg; giảm chỉ số huyết áp tâm trương trung bình, hiệu quả can thiệp là 1,2 mmHg.

2.2. Quản lý điều trị THA có bổ sung can thiệp phối hợp so với quản lý điều trị THA theo hướng dẫn chung của Chương trình mục tiêu y tế ở nhóm tuổi 45-64 đạt chi phí - hiệu quả: Chi phí để giảm 1 mmHg là 156,7 nghìn đồng, thấp hơn quản lý THA theo hướng dẫn chung của chương trình có chi phí là 230,9 nghìn đồng để giảm 1 mmHg. Chi phí tăng thêm để giảm thêm 1 mmHg là 130,5 nghìn đồng. So với can thiệp theo chương trình mục tiêu y tế, thì đầu tư thêm 488.416,9 nghìn đồng để làm can thiệp bổ sung sẽ đạt được thêm 1 năm sống đã được điều chỉnh về chất lượng (1 QALY).

### **NHỮNG HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU**

Đề tài mới chỉ nghiên cứu ở một nhóm đối tượng thuộc nhóm tuổi 45 - 64 và tiến hành nghiên cứu tại 1 huyện nên kết quả nghiên cứu chưa toàn diện và tính đại diện chưa cao. Về đánh giá hành vi, lối sống của ĐTNC trong việc phòng, chống bệnh THA mới chỉ thực hiện được qua phỏng vấn đối tượng, chưa có điều kiện quan sát trực tiếp, theo dõi được người bệnh định kỳ, chưa làm được các XN liên quan. Nghiên cứu cũng chỉ dừng lại việc đo lường chi phí cho điều trị HA trong khuôn khổ

của Bệnh viện, chưa theo dõi được việc điều trị của nhóm chứng nên có thể sự chênh lệch của kết quả chịu ảnh hưởng từ việc người bệnh sử dụng thuốc tự mua hoặc các hình thức khác. Nghiên cứu đánh giá kết quả ban đầu sau 1 năm can thiệp nên chỉ có thể sử dụng chỉ số HA là kết quả trung gian của can thiệp, đồng thời sử dụng kết quả nghiên cứu về độ thoả dụng từ nghiên cứu khác để chuyển đổi sang chỉ số đo lường kết quả cuối cùng của can thiệp, bên cạnh đó, phân tích chi phí trong nghiên cứu này có phạm vi tương đối hẹp (về thời gian) cho nên có thể ước tính không đầy đủ giá trị của can thiệp, những yếu tố trên có thể ảnh hưởng ít, nhiều tới tính đầy đủ của KQNC.

### **KHUYẾN NGHỊ**

1. Xem xét mở rộng diện can thiệp tại các xã trong huyện và các địa phương khác có điều kiện tương đồng để có thể tăng cường hiệu quả và tính bền vững của biện pháp can thiệp, tuy nhiên trong đó cũng cần xem xét tới một số yếu tố trong lập kế hoạch mở rộng can thiệp như theo dõi huyết áp, làm các xét nghiệm bổ sung. Chủ động trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe để giảm yếu tố nguy cơ trong phòng, chống THA.
2. Cần tăng cường quản lý điều trị đối với bệnh nhân THA tại tuyến xã để đạt huyết áp mục tiêu.
3. Nên triển khai mở rộng các đánh giá kinh tế y tế can thiệp phòng, chống THA trong phạm vi lớn hơn để có thể đưa ra được bằng chứng về gánh nặng kinh tế thực sự của bệnh cũng như quyết định phân bổ nguồn lực, phát triển can thiệp hiệu quả về chi phí để kiểm soát huyết áp trong tương lai.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Phạm Thế Xuyên, Nguyễn Thị Bạch Yến, Dương Thị Hồng, Trần Thị Lành (2017), "Thực trạng tăng huyết áp ở người 45-64 tuổi tại huyện Điện Biên năm 2014", Tạp chí Y học Dự phòng, tập 27, số 7-2017, tr.67-73.
2. Phạm Thế Xuyên, Nguyễn Thị Bạch Yến, Dương Thị Hồng, Trần Thị Lành (2017), "Phân tích chi phí điều trị nội trú, ngoại trú bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa huyện Điện Biên năm 2016", Tạp chí Y học Dự phòng, tập 27, số 9-2017, tr.89-97.
3. Phạm Thế Xuyên, Nguyễn Thị Bạch Yến, Dương Thị Hồng, Nguyễn Thị Phương Lan (2018), "Chi phí - hiệu quả của can thiệp cộng đồng trong điều trị bệnh tăng huyết áp cho nhóm 45 - 64 tại huyện Điện Biên năm 2016", Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 28, số 11-2018, tr.189-199.