

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

**HỒ THỊ BẢO YẾN**

**NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN  
TRONG ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI DÂN  
VÀ KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG CỦA THẦY THUỐC TRÊN ĐỊA BÀN  
MỘT SỐ XÃ THUỘC HUYỆN NGHI XUÂN TỈNH HÀ TĨNH**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2017**

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

**HỒ THỊ BẢO YẾN**

**NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN  
TRONG ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI DÂN  
VÀ KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG CỦA THẦY THUỐC TRÊN ĐỊA BÀN  
MỘT SỐ XÃ THUỘC HUYỆN NGHI XUÂN TỈNH HÀ TĨNH**

Chuyên ngành: Y HỌC CỔ TRUYỀN

Mã số : 60 72 02 01

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

1. TS. Đoàn Quang Huy
2. PGS.TS. Lê Thị Tuyết

**Hà Nội - 2017**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Hồ Thị Bảo Yên, học viên cao học khóa 08 Học viện Y dược Học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Đoàn Quang Huy và PGS.TS. Lê Thị Tuyết.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, ngày tháng năm 2017*  
Người viết cam đoan ký và ghi rõ họ tên

Hồ Thị Bảo Yên

## LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành tốt luận văn này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình và vô cùng quý báu của các thầy cô, gia đình, bạn bè. Với tấm lòng biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn: Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng đào tạo sau đại học, cùng các thầy cô của Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. Đoàn Quang Huy và PGS.TS. Lê Thị Tuyết - những người thầy đã dành nhiều tâm huyết của mình giúp đỡ tôi trong quá trình hoàn thành luận văn này.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn tới các thầy cô trong Hội đồng chấm luận văn vì những góp ý chuyên môn giúp tôi hoàn thiện luận văn này một cách tốt nhất.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo BVĐK thành phố Vinh (Nghệ An), Khoa Y học cổ truyền - BVĐK thành phố Vinh cùng bạn bè đồng nghiệp nơi tôi đang làm việc luôn động viên và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian học tập.

Xin được cảm ơn Chính quyền địa phương, lãnh đạo ngành y tế tỉnh Hà Tĩnh, huyện Nghi Xuân và 4 xã Xuân Giang, Xuân An, Tiên Điền và thị trấn Nghi Xuân cùng toàn thể người dân tại 4 xã trên đã tạo điều kiện và hỗ trợ tôi rất nhiều trong quá trình thu thập số liệu tại thực địa.

Lời cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới gia đình, người thân và bạn bè - những người đã luôn ở bên tôi, động viên và khích lệ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn./.

*Hà Nội, tháng 11 năm 2017*  
**Hồ Thị Bảo Yên**

## **DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

HGD : Hộ gia đình

NCT : Người cao tuổi

TCAM : Thuốc bổ sung và thay thế (Complementary and Alternative  
Medicine)

THA : Tăng huyết áp

TYT : Trạm Y tế

YHCT : Y học cổ truyền

# MỤC LỤC

Lời cảm ơn	
Danh mục các chữ viết tắt	
Danh mục bảng	
Danh mục biểu đồ	
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU.....	3
1.2. TÌNH HÌNH MẮC BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM .	4
1.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẠN TÍNH BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN..	10
1.4. NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI DÂN .....	15
1.4.1. Một số nghiên cứu trên thế giới.....	15
1.4.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam.....	17
1.5. GIỚI THIỆU VÀI NÉT VỀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU .....	19
<b>Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>21</b>
2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA BÀN VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU .....	21
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu .....	21
2.1.2. Địa bàn nghiên cứu .....	21
2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	21
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	21
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu .....	21
2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu .....	21
2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu .....	23
2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu .....	24
2.2.5. Nội dung, chỉ số nghiên cứu chính .....	24
2.2.6. Biện pháp hạn chế sai số.....	26
2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU .....	26
2.5. HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU .....	26

<b>Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>28</b>
3.1. THỰC TRẠNG MẮC BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI .....	28
3.1.1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu .....	28
3.1.2. Tình hình mắc và điều trị bệnh mạn tính.....	30
3.2. NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI ĐỀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẠN TÍNH.....	39
<b>Chương 4. BÀN LUẬN .....</b>	<b>44</b>
4.1. THỰC TRẠNG MẮC BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI .....	44
4.1.1. Tình hình mắc bệnh mạn tính .....	45
4.1.2. Thực trạng điều trị bệnh mạn tính .....	51
4.2. NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI ĐỀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẠN TÍNH.....	55
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>60</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>62</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO .....</b>	<b>63</b>
<b>PHỤ LỤC. PHIẾU PHỎNG VẤN NGƯỜI DÂN MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐIỀU TRA TẠI THỰC ĐỊA</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	28
Bảng 3.2. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu.....	29
Bảng 3.3. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	29
Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo số bệnh mạn tính đang bị mắc.....	30
Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh mạn tính người dân đang bị mắc theo số năm mắc.....	31
Bảng 3.6. Nhóm bệnh mạn tính đang bị mắc của đối tượng nghiên cứu.....	32
Bảng 3.7. Tên bệnh mạn tính đang bị mắc của đối tượng nghiên cứu.....	33
Bảng 3.8. Địa điểm điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất.....	34
Bảng 3.9. Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất.....	35
Bảng 3.10. Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất theo từng bệnh.....	36
Bảng 3.11. Lý do sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất.....	37
Bảng 3.12. Lý do không sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính.....	38
Bảng 3.13. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo đặc điểm giới tính.....	39
Bảng 3.14. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo đặc điểm độ tuổi.....	40
Bảng 3.15. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo đặc điểm nghề nghiệp.....	40
Bảng 3.16. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo điều kiện kinh tế hộ gia đình.....	41
Bảng 3.17. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo số bệnh mạn tính hiện mắc.....	41
Bảng 3.18. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo nhóm bệnh mạn tính đang bị mắc.....	42
Bảng 3.19. Hình thức sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính người cao tuổi mong muốn.....	42
Bảng 3.20. Địa điểm người cao tuổi muốn điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT.....	43



## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=474) .....	28
Biểu đồ 3.2. Điều kiện kinh tế hộ gia đình năm 2017 (n=474) .....	30
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo số bệnh mạn tính đang bị mắc chia theo giới tính .....	31
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh mạn tính người dân đang bị mắc theo số năm mắc.....	32
Biểu đồ 3.5. Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất (n=907).....	35
Biểu đồ 3.6. Lý do sử dụng thuốc YHCT điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất.....	38
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ người cao tuổi muốn dùng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính (n=474).....	39

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Bộ Y tế, có sự gia tăng nhanh tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm (trong đó đa phần là các bệnh mạn tính) trong thời gian gần đây. Từ năm 1976 đến năm 2012, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do các bệnh không lây nhiễm tăng từ 42,6% lên 66,3%, trong khi tỷ lệ nhóm các bệnh lây nhiễm giảm từ 55,5% xuống 22,9% và nhóm các bệnh do tai nạn, ngộ độc, chấn thương, tai nạn duy trì ở tỷ lệ trên 10%. Gánh nặng do các bệnh không lây nhiễm cũng tăng từ 45,5% năm 1990 lên 66,2% năm 2012. Bên cạnh đó, tỷ lệ người cao tuổi ở nước ta cũng tăng nhanh liên tục từ 7,1% năm 1989 lên 10,2% năm 2014 [6]. Tỷ lệ dân số cao tuổi càng cao, gánh nặng bệnh tật và tử vong, nhất là với các bệnh không lây nhiễm càng lớn. Mười nguyên nhân gây số năm sống tàn tật lớn nhất ở người cao tuổi gây ra 64% tổng số năm sống tàn tật, chủ yếu là do các bệnh/chứng bệnh mạn tính không lây nhiễm như các rối loạn thính giác và tầm nhìn, bệnh xương khớp, bệnh tim mạch (tăng huyết áp, tai biến mạch máu não, bệnh tim thiếu máu cục bộ), ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, các bệnh lý tâm thần, thần kinh (tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm, rối loạn do lạm dụng rượu, bia và ma túy) [5].

Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thuốc y học cổ truyền có giá trị đặc biệt trong một số bệnh mạn tính như bệnh đường tiêu hoá, bệnh đường hô hấp trên, bệnh đường tiết niệu và bệnh ngoài da, v.v... [2]. Xu hướng sử dụng thuốc y học cổ truyền cũng cao hơn ở nhóm bị mắc bệnh mạn tính đặc biệt là các bệnh về thần kinh, cơ xương khớp và rối loạn chuyển hóa. Người bị mắc càng nhiều bệnh mạn tính thì tỷ lệ sử dụng thuốc y học cổ truyền càng cao [49], [56]. Bên cạnh đó, chi phí điều trị bằng các phương pháp y học cổ truyền đã Tổ chức Y tế Thế giới nhận định rằng “Ở các nước phát triển, chi phí điều trị bằng y học cổ truyền thường cao hơn so với phương pháp y học hiện đại do đó những người có thu nhập thấp ở các nước này ít có cơ hội tiếp cận với y học cổ truyền. Ngược lại, ở các nước đang phát triển việc sử dụng y

học cổ truyền được phổ cập nhiều hơn và tầng lớp thu nhập thấp ở các nước này được tiếp cận nhiều hơn với y học cổ truyền” [33]. Điều trị các bệnh mạn tính bằng thuốc y học cổ truyền cũng đã được chứng minh là có tính an toàn và làm giảm nguy cơ các biến chứng [33], [55]. Do đó, việc sử dụng thuốc y học cổ truyền trong điều trị bệnh nói chung và bệnh mạn tính nói riêng đặc biệt là đối với người cao tuổi, sống ở nông thôn nơi có điều kiện kinh tế còn khó khăn sẽ giúp cải thiện sức khỏe và giảm gánh nặng chi phí điều trị bệnh.

Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Nhu cầu sử dụng thuốc y học cổ truyền trong điều trị một số bệnh mạn tính của người dân và khả năng đáp ứng của thầy thuốc trên địa bàn một số xã thuộc huyện Nghi Xuân tỉnh Hà Tĩnh*” với hai mục tiêu sau đây:

- 1. Thực trạng mắc bệnh mạn tính của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh năm 2017.**
- 2. Nhu cầu sử dụng thuốc YHCT của người cao tuổi để điều trị các bệnh mạn tính tại huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh năm 2017.**

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU**

*Thuốc y học cổ truyền* (bao gồm cả vị thuốc y học cổ truyền và thuốc thang) là thuốc có thành phần là dược liệu được chế biến, bào chế hoặc phối ngũ theo lý luận và phương pháp của y học cổ truyền hoặc theo kinh nghiệm dân gian thành chế phẩm có dạng bào chế truyền thống hoặc hiện đại [4].

*Vị thuốc y học cổ truyền* là một loại dược liệu được chế biến theo lý luận và phương pháp của y học cổ truyền dùng để sản xuất thuốc cổ truyền hoặc dùng để phòng bệnh, chữa bệnh [4].

*Thuốc thang* là một dạng thuốc cổ truyền gồm có một hoặc nhiều vị thuốc cổ truyền kết hợp với nhau theo lý luận của y học cổ truyền hoặc theo kinh nghiệm dân gian được đóng gói theo liều sử dụng [4].

*Thuốc thành phẩm y học cổ truyền* (thuốc đông y, thuốc từ dược liệu) là dạng thuốc y học cổ truyền đã qua tất cả các giai đoạn sản xuất, kể cả đóng gói và dán nhãn, bao gồm: Thuốc dạng viên, thuốc dạng nước, thuốc dạng chè, thuốc dạng bột, thuốc dạng cao và các dạng thuốc khác [4].

*Thầy thuốc y học cổ truyền* trong nghiên cứu này bao gồm tất cả những người đang làm việc trong lĩnh vực y học cổ truyền bao gồm bác sĩ, y sĩ, lương y, người có bài thuốc gia truyền, ông lang, bà lang.

*Lương y* là người có hiểu biết về lý luận y dược học cổ truyền, có kinh nghiệm khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp y dược học cổ truyền có dùng thuốc hoặc không dùng thuốc được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế công nhận sau khi có ý kiến của Hội đông y trung ương hoặc Hội đông y cấp tỉnh [26].

*Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền* là người sở hữu bài thuốc hoặc phương pháp chữa bệnh theo kinh nghiệm lâu đời do dòng tộc, gia đình truyền lại, điều trị có hiệu quả đối với một

hoặc vài bệnh, chúng nhất định được Sở Y tế công nhận sau khi có ý kiến của Hội đông y cấp tỉnh [26].

*Ông lang, bà lang* trong nghiên cứu này được hiểu là những người dân sinh sống tại địa phương có kinh nghiệm sử dụng cây thuốc trong phòng và chữa một số chứng bệnh được mọi người dân tin tưởng đến khám và lấy thuốc để chữa bệnh.

*Bệnh mạn tính:* Hiện nay có rất nhiều định nghĩa về bệnh mạn tính, chủ yếu là do sự khác nhau về thời gian mắc bệnh, mức độ cần chăm sóc y tế, khả năng ảnh hưởng đến chức năng, khả năng không điều trị được,... [50]. Trong phạm vi nghiên cứu này, bệnh mạn tính được tham khảo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới, theo đó bệnh mạn tính là những bệnh diễn biến chậm, kéo dài [69], thời gian mắc bệnh từ 3 tháng trở lên và đã được cán bộ y tế chẩn đoán.

*Người cao tuổi:* Theo Liên hợp quốc, người cao tuổi là những người từ 60 tuổi trở lên. Trong nghiên cứu này, khái niệm người cao tuổi theo quy định tại Luật Người cao tuổi ở Việt Nam là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên [27].

## **1.2. TÌNH HÌNH MẮC BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM**

Trong hơn 50 năm qua, tuổi thọ của người dân ở Việt Nam đã được nâng cao từ 44,4 tuổi năm 1960 lên 73,2 tuổi năm 2014, bên cạnh đó mức sinh giảm rõ rệt từ 7 xuống 2,09 con [37] dẫn đến quy mô và cơ cấu tuổi của dân số Việt Nam đã có những biến động mạnh mẽ. Trong đó, số người cao tuổi (NCT) tăng từ dưới 4 triệu (6,9% dân số) năm 1979 đã tăng lên 10,35 triệu (11,3% dân số) năm 2015. Đặc biệt, từ năm 2012 Việt Nam đã bước vào giai đoạn già khi số người từ 60 tuổi trở lên chiếm đến 10,2% tổng dân số [36] và dự báo sẽ trở thành nước có dân số già năm 2038 với tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên đạt 20,1% [38]. Dự báo đến năm 2049, tỷ lệ người cao tuổi sẽ chiếm 25% dân số, tức cứ 4 người dân sẽ có 1 người cao tuổi. Khi đó, tỷ lệ người trong độ tuổi lao động (15-59 tuổi) sẽ giảm từ 65% năm 2015 xuống còn 57% năm 2049 [7].

Mặc dù tuổi thọ gia tăng trong những năm gần đây, tuy nhiên theo số liệu của WHO, chênh lệch giữa tuổi thọ và tuổi khoẻ mạnh ở Việt Nam, tức số năm trung bình sống có bệnh tật tương đối cao trong đó nữ có bệnh tật trung bình khoảng 11 năm và nam giới khoảng 8 năm [7]. Điều tra năm 2011 cho thấy có tới 65,4% NCT ở Việt Nam tự đánh giá sức khoẻ của mức yếu và rất yếu; 29,8% đánh giá ở mức bình thường và 4,8% tự đánh giá ở mức tốt và rất tốt. Tỷ lệ tự đánh giá sức khoẻ không tốt (rất yếu và yếu) cao hơn đáng kể ở nhóm NCT có độ tuổi cao, là phụ nữ và sống ở nông thôn [43]. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 cũng cho thấy có khoảng 40% và 46% nữ NCT cho biết có gặp khó khăn với ít nhất một trong 4 chức năng nhìn, nghe, vận động, tập trung/ghi nhớ, trong đó 24% nam và 32% nữ có khó khăn với từ 2 chức năng trở lên [35].

Các nghiên cứu, báo cáo cũng chỉ ra rằng người cao tuổi ở Việt Nam thường mắc các bệnh không lây nhiễm và thường mắc đồng thời nhiều bệnh. Kết quả điều tra trên 1.305 người cao tuổi tại 3 xã/phường thuộc 3 miền Bắc, Trung, Nam năm 2007 cho thấy trung bình một người cao tuổi mắc 2,69 bệnh với các nhóm bệnh thường gặp theo thứ tự giảm dần là bệnh về giác quan, tim mạch, xương khớp, nội tiết-chuyển hoá, tiêu hoá, tâm thần kinh, hô hấp, thận tiết niệu [22].

Còn theo kết quả điều tra năm 2011 cho thấy đau khớp, chóng mặt và đau đầu là các triệu chứng thường gặp nhất ở NCT, tiếp đến là ho, khó thở, đau ngực với tỷ lệ mắc cao hơn rõ rệt ở nhóm từ 80 tuổi trở lên và ở nữ giới cao tuổi [43]. Kết quả còn cho thấy các bệnh huyết áp, viêm khớp và phổi là những bệnh phổ biến ở NCT với gần 46% người cao tuổi được chẩn đoán mắc tăng huyết áp; 34% được chẩn đoán viêm khớp và tỷ lệ mắc bệnh này cũng tăng theo lứa tuổi. Một số bệnh khác như tim mạch, răng miệng, viêm phế quản hoặc bệnh phổi mạn tính cũng là những bệnh hay gặp ở người cao tuổi (khoảng 20%). Phụ nữ cao tuổi có tỷ lệ mắc tăng huyết áp, viêm khớp và

bệnh tim cao hơn so với nam giới. Các bệnh viêm phế quản, bệnh phổi mạn tính hay gặp hơn ở người cao tuổi khu vực nông thôn.

Kết quả điều tra y tế hộ gia đình năm 2015 với cỡ mẫu đại diện toàn quốc cũng cho thấy các triệu chứng/bệnh do người cao tuổi tự báo cáo nhiều nhất là tăng huyết áp (30%), bệnh lý cơ xương khớp (10,0%) và bệnh đường hô hấp (7,6%) [46].

Tại các cơ sở y tế, số liệu thống kê cho thấy hai nhóm bệnh thường gặp nhất ở NCT đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế từ tuyến xã đến tuyến trung ương là tăng huyết áp và viêm phế quản cấp. Đây là hay bệnh phổi biến có nhu cầu quản lý (tăng huyết áp) hoặc khám và điều trị (viêm phế quản cấp tính). Bệnh đái tháo đường chỉ gặp trong nhóm 10 bệnh hay gặp ở bệnh nhân cao tuổi tại các bệnh viện tuyến huyện trở lên. Một số bệnh khác cũng hay gặp ở người cao tuổi tại các cơ sở y tế gồm viêm dạ dày tá tràng, bệnh liên quan đến tim mạch, xương khớp [42].

Số liệu thống kê ở bệnh viện Lão khoa trung ương cho thấy 10 bệnh thường gặp nhất ở NCT chiếm 56,9% tổng số người cao tuổi đến khám chữa bệnh năm 2008. Trong đó, chỉ có 2 bệnh truyền nhiễm (viêm phổi và viêm phế quản) chiếm gần 10% tổng số lượt khám chữa bệnh của người cao tuổi. Bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ lớn nhất gồm tai biến mạch máu não (21,9%), tăng huyết áp (7,7%) và suy tim (2,4%). Các bệnh hay gặp còn lại là đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, parkinson, hội chứng tiền đình, loãng xương [42].

Tại tuyến y tế cơ sở, số liệu điều tra tại 4 tỉnh đại diện năm 2014 cho thấy các bệnh thường gặp nhất là tăng huyết áp chiếm 49,5% tổng số lượt khám chữa bệnh cho người cao tuổi tại tuyến xã, 15,4% lượt khám ngoại trú và 12,5% lượt điều trị nội trú tại bệnh viện huyện. Các bệnh cơ xương khớp cũng hay gặp, chiếm 6,1% bệnh nhân cao tuổi ở tuyến xã, 9,4% bệnh nhân ngoại trú và 5,0% nội trú tại bệnh viện huyện. Ngoài ra, trong số 10 bệnh hay

gặp ở NCT tại tuyến xã còn có thêm rối loạn chức năng tiền đình và các bệnh khác của mô mềm; tại tuyến huyện có thêm bệnh đái tháo đường và rối loạn chức năng tiền đình ở bệnh nhân ngoại trú, và bệnh suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh lý dạ dày thần kinh ở bệnh nhân nội trú [7].

Các bệnh mạn tính hay gặp ở người cao tuổi có thể kể đến bao gồm tăng huyết áp và bệnh tim mạch, bệnh đái tháo đường, bệnh cơ xương khớp, bệnh phổi mạn tính, bệnh ung thư, bệnh tâm thần - thần kinh.

#### *Tăng huyết áp (THA) và bệnh tim mạch*

Tăng huyết áp vừa được coi là bệnh nhưng đồng thời cũng là một yếu tố nguy cơ chuyển hoá trung gian của một số bệnh, đặc biệt là tim mạch. Tăng huyết áp là một vấn đề sức khoẻ người gặp và có xu hướng ngày càng tăng ở người cao tuổi. Đồng thời bệnh tim mạch là nhóm bệnh có tỷ lệ cao nhất trong gánh nặng bệnh tật ở người cao tuổi Việt Nam. Kết quả tổng hợp một số nghiên cứu về tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc THA thường cao hơn tỷ lệ người cao tuổi đã được chẩn đoán trước và tự khai bệnh, do nhiều người mắc THA chưa được chẩn đoán [7]. Hầu hết các nghiên cứu về THA ở người cao tuổi Việt Nam đều cho thấy có khoảng 50% số người cao tuổi mắc bệnh THA đang cần được quản lý bệnh hàng ngày. Tỷ lệ mắc THA trong đối tượng đang khám chữa bệnh tại bệnh viện thấp, có thể do khi bệnh nhân mắc bệnh tim mạch đến bệnh viện chuyên khoa tim mạch không khám tại bệnh viện Lão khoa, hoặc trong những người đến khám tại bệnh viện Lão khoa có nhiều bệnh nhân đang quản lý bệnh THA nên đo huyết áp thấy ở mức bình thường do đã uống thuốc [9], [19], [43], [46].

Bệnh tim do THA (hypertensive heart disease) là một loại bệnh theo ICD-10. Trong nghiên cứu gánh nặng bệnh tật, gánh nặng của THA chủ yếu được tính qua sự đóng góp của THA như là một yếu tố nguy cơ trung gian của nhiều loại bệnh nguy hiểm khác như bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não và suy thận. Theo kết quả nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ bệnh



không lây nhiễm, khoảng 23% DALY (năm sống hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật) do bệnh không lây nhiễm ở NCT liên quan đến tăng huyết áp [7].

Quản lý THA nhằm mục đích giảm gánh nặng bệnh tật do bệnh tim mạch. Xu hướng gánh nặng bệnh tật do nhóm các loại bệnh tim mạch (chủ yếu bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não) gia tăng theo tuổi, từ khoảng 25% gánh nặng bệnh tật ở nhóm 60-64 tuổi, đến khoảng 38% ở nhóm 80 tuổi trở lên. Ước tính tổng số tử vong do bệnh tim mạch ở NCT 60 tuổi trở lên là 188.917 người, chiếm 42,8% tổng số tử vong ở NCT [53].

#### *Đái tháo đường*

Tỷ lệ mắc đái tháo đường ở NCT dao động rất nhiều giữa các nghiên cứu cho nên khó phát hiện xu hướng theo thời gian. Theo các nghiên cứu ở Việt Nam, tỷ lệ NCT mắc đái tháo đường thấp nhất là 4,15% và cao nhất là 14,59%. Tỷ lệ mắc đái tháo đường ở NCT giảm khi tuổi tăng, tỷ lệ ở nữ cao hơn nam, ở thành thị cao hơn ở nông thôn, ở đồng bằng cao hơn ở miền trung du và núi, và ở dân tộc Kinh cao hơn dân tộc thiểu số [19], [46].

#### *Bệnh cơ xương khớp*

Bệnh hoặc triệu chứng đau cơ xương khớp cũng hay gặp ở NCT. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ được chẩn đoán viêm khớp khoảng 34%, trong khi tỷ lệ khai có triệu chứng đau lưng, đau khớp dao động từ khoảng 20%-69%. Tỷ lệ mắc bệnh viêm khớp ở nữ cao hơn nam giới. Không có sự khác biệt lớn về tỷ lệ mắc bệnh/triệu chứng cơ xương khớp theo nhóm tuổi. Đau cột sống thắt lưng chiếm 36% gánh nặng bệnh tật do nhóm bệnh cơ xương khớp ở NCT Việt Nam. Các bệnh gây gánh nặng bệnh tật quan trọng tiếp theo trong nhóm bệnh xương khớp là đau vùng cổ (22%), viêm/thoái hoá xương khớp (15%), bệnh thấp khớp (3%) và bệnh gút (2%) [7], [43], [46].

Bệnh cơ xương khớp chủ yếu do gây ra gánh nặng do khuyết tật. Tỷ trọng gánh nặng bệnh tật của nhóm bệnh cơ xương khớp giảm dần theo độ tuổi và đang có xu hướng ngày càng, đặc biệt ở các nhóm trẻ hơn. Năm 2015,

bệnh cơ xương khớp chiếm một tỷ lệ nhỏ trong nguyên nhân tử vong ở NCT (ước tính khoảng 354 người, chiếm <1% tổng số NCT tử vong) [53].

#### *Bệnh phổi mạn tính*

Các bệnh phổi mạn tính phổ biến ở Việt Nam chủ yếu là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Tỷ lệ mắc những bệnh phổi mạn tính ở NCT tương đối cao, dao động từ 10% đến 20%. Không có xu hướng rõ ràng về tỷ lệ mắc bệnh phổi mạn tính theo tuổi, một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng trong khi nghiên cứu khác lại thấy tỷ lệ giảm theo tuổi [43], [46]. Năm 2015, ước tính có khoảng 35,3 nghìn người tử vong liên quan bệnh phổi mạn tính [53].

#### *Bệnh ung thư*

Điều tra tại cộng đồng cho thấy khoảng 1,1% số NCT ở Việt Nam mắc ung thư. Tỷ lệ này ở người sau 70 tuổi cao hơn nhóm 60-69 tuổi, nam mắc nhiều hơn nữ; thành thị nhiều hơn nông thôn [43]. Tỷ lệ mắc các bệnh về khối u trong số bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa trung ương năm 2008 là 6,4% [42]. Dù bệnh ung thư là một nhóm bệnh phổ biến ở NCT nhưng ở Việt Nam rất ít nghiên cứu đánh giá tỷ lệ mắc các loại ung thư.

Theo số liệu ước tính của Globocan, ở Việt Nam có khoảng 38,6 nghìn NCT mắc mới ung thư các loại vào năm 2012; nam gấp 1,5 lần nữ [54]; ung thư phổi, ung thư gan và ung thư dạ dày là 3 loại ung thư mới mắc phổ biến nhất ở cả hai giới, chiếm một nửa số ung thư ở nữ và gần ba phần tư ung thư ở nam giới. Ngoài ra, ung thư vú và ung thư cổ tử cung chiếm gần một phần năm các loại ung thư mới mắc ở nữ. Số NCT tử vong do ung thư năm 2012 là khoảng 40 nghìn theo số liệu của Globocan. Do bệnh nhân ung thư ở Việt Nam thường được phát hiện muộn nên mô hình tử vong do các loại ung thư tương đối giống mô hình mới mắc.

#### *Bệnh tâm thần – thần kinh*

Bệnh thần kinh bao gồm những bệnh phổ biến như Alzheimer, Parkinson, động kinh, đau nửa đầu. Bệnh tâm thần bao gồm những bệnh như

trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt và rối loạn tâm thần do rượu. Các bệnh này cũng khá phổ biến ở NCT ở Việt Nam. Một số bệnh tật phát sinh liên quan với lối sống như sa sút tâm thần và trầm cảm có xu hướng tăng và tỷ lệ NCT mắc các bệnh này tăng lên theo lứa tuổi. Kết quả tổng hợp một số nghiên cứu về bệnh tâm thần-thần kinh ở NCT Việt Nam cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm dao động từ 0,5%-2,3% và tỷ lệ trầm cảm tăng theo nhóm tuổi. Về sa sút trí tuệ, tỷ lệ mắc dao động từ khoảng 3% đến 10% NCT, và tỷ lệ mắc có tăng rõ rệt theo nhóm tuổi. Tỷ lệ ở nữ giới và người nông thôn cao hơn nam giới và người thành thị. Tỷ lệ mắc Parkinson được ước tính khoảng 1,3% và mất trí nhớ (mức nặng của sa sút trí tuệ) có tỷ lệ 0,78% [7].

Năm 2015, ước tính khoảng 23 nghìn trường hợp tử vong do bệnh Alzheimer, chủ yếu là NCT. Khoảng 98% người tử vong do Alzheimer's là NCT từ 60 tuổi trở lên; 78% trong nhóm 80 tuổi trở lên [53]. Các rối loạn trầm cảm đóng vai trò quan trọng thứ hai, chiếm 17% gánh nặng bệnh tật. Các loại bệnh còn lại đóng góp từ 5% gánh nặng bệnh tật trở xuống như bệnh đau nửa đầu, động kinh, Parkinson, bệnh tâm thần phân liệt và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

### **1.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẠN TÍNH BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN**

Với những tiến bộ về khoa học kỹ thuật của nền y học hiện đại kết hợp với y học cổ truyền (YHCT), ngoài tác dụng điều trị các bệnh thông thường, nhiều bài thuốc y học cổ truyền đã được chứng minh có đóng góp một phần tích cực trong quá trình điều trị và phục hồi sức khỏe của những bệnh nhân gặp phải các căn bệnh mạn tính.

Nghiên cứu của tác giả Klepser và cộng sự đã cho thấy rằng thuốc YHCT có giá trị đặc biệt trong một số bệnh mạn tính như bệnh đường tiêu hoá, bệnh đường hô hấp trên, bệnh đường tiết niệu và bệnh ngoài da [2].

Tác giả Chu Thái Vân, Đường Kim Dương (2010) tiến hành nghiên cứu lâm sàng của Tứ diệu tiêu tý thang (kim ngân hoa, đương quy, huyền

sâm, sinh cam thảo, bạch hoa xà thiệt thảo, sơn từ cô, hy thiêm thảo, hổ trượng, thổ phục linh, bạch thược, uy linh tiên, tỳ giải) trong điều trị viêm khớp dạng thấp. Kết quả cho thấy sau 12 tuần điều trị, nhóm dùng Tứ diệu tiêu tý thang sắc ngày 1 thang cho hiệu quả điều trị sớm hơn nhóm dùng Methotrexat 10mg/tuần) ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm dùng Tứ diệu tiêu tý thang có 19/60 bệnh nhân (31,7%) kết quả tốt, 48,3% khá, 20% kém. Cũng nghiên cứu trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, tác giả Chúc Truyền Tùng và Trần Gia Mẫn (2013) đã cho thấy sau 3 tháng, nhóm bệnh nhân dùng Quế chi thược dược tri mẫu thang (quế chi, bạch thược, cam thảo, ma hoàng, phòng phong, phụ tử chế, bạch truật, tri mẫu, sinh khương) kết hợp thuốc giảm đau chống viêm và DMARDs cho kết quả cao hơn nhóm bệnh nhân chỉ dùng giảm đau chống viêm và DMARDs [41].

Đánh giá tác dụng của pháp ích khí hóa đàm trên bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn cuối, tác giả Nguyễn Thị Thu Hằng (2012) đã tiến hành nghiên cứu trên 90 bệnh nhân trên 65 tuổi được chia 3 nhóm: nhóm nghiên cứu dùng bài thuốc YHCT đơn thuần (Đảng sâm 25g, Phục linh 25g, Miêu trảo thảo 30g, Chi xác 15g, Tam thất 10g, Tỳ bà diệp 10g, Tiên hạc thảo 15g, Thổ bối mẫu 15g, Thủ cung 5g, Trích cam thảo 6g), nhóm đối chứng dùng hóa trị liệu đơn thuần và nhóm kết hợp hóa trị liệu với bài thuốc YHCT. Kết quả cho thấy bài thuốc có tác dụng cải thiện triệu chứng lâm sàng, giảm tác dụng không mong muốn của hóa trị liệu, nâng cao chất lượng cuộc sống [44].

Năm 2012, tác giả Nguyễn Tuấn Lượng và Trịnh Hoài Nam nghiên cứu tác dụng điều trị viêm tiền liệt tuyến mạn tính của bài thuốc CP1 cho thấy thuốc CP1 có tác dụng điều trị viêm tiền liệt tuyến mạn tính thông qua giảm thời gian hóa lỏng tinh dịch giảm so với trước điều trị  $7,25 \pm 7,72$  phút, tỷ lệ tinh trùng tiến tới thẳng tăng  $13,87 \pm 12,27\%$  so với trước điều trị. Cải thiện điểm CPSI với mức giảm trung bình  $7,2 \pm 2,1$  điểm và giảm trọng lượng TLT

với mức giảm trung bình  $2,87 \pm 1,82$  g ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu cũng cho thấy thuốc CP1 không có các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và trên chức năng gan thận [20].

Nghiên cứu của tác giả Đặng Trúc Quỳnh (2014) đã chỉ ra rằng bài thuốc Cát căn thang có tác dụng trong điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân điều trị bằng Cát căn thang kết hợp điện châm có kết quả giảm đau rõ rệt và giảm hạn chế tầm vận động cột sống cổ, giảm ảnh hưởng khả năng sinh hoạt hàng ngày cao hơn so với nhóm điện châm đơn thuần. Về kết quả điều trị chung, 100% bệnh nhân có thời gian đau dưới 7 ngày ở nhóm điều trị bằng Cát căn thang kết hợp điện châm đều có kết quả điều trị loại tốt, tỷ lệ này ở nhóm điện châm đơn thuần chỉ đạt 80% ( $p < 0,05$ ) [28].

Tác giả Lê Tư trong nghiên cứu của mình cũng cho thấy thuốc sắc BỔ dương hoàn ngũ thang (Sinh Hoàng kỳ 40g, Quy vĩ 8g, Xích thược 6g, Địa long 4g, Xuyên khung 4g, Đào nhân 4g và Hồng hoa 4g) có tác dụng giúp giảm đau, giảm hạn chế tầm vận động cột sống cổ và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Sau 20 ngày điều trị, 80,0% bệnh nhân ở nhóm điều trị bằng phương pháp kết hợp thuốc sắc BỔ dương hoàn ngũ thang kết hợp xoa bóp bấm huyệt có kết quả điều trị tốt, cao hơn có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) so với nhóm điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt đơn thuần (57,1%) [40]. Năm 2014, tác giả Quan Thế Dân đã tiến hành nghiên cứu tác dụng của bài thuốc BỔ dương hoàn ngũ điều trị đái tháo đường typ 2 có biến chứng thận giai đoạn 2 và 3. Kết quả do thấy bài thuốc BỔ dương hoàn ngũ thang (Sinh Hoàng kỳ (100g, Quy vĩ 8g, Xích thược 6g, Xuyên khung 4g, Đào nhân 4g, Hồng hoa 4g và Địa long 4g) sau 30 ngày điều trị có tác dụng cải thiện các triệu chứng cơ năng, cải thiện mức độ kiểm soát glucose máu, giảm LDL-C, tăng HDL-C, giảm protein niệu. Cụ thể: Cải thiện rõ các triệu chứng cơ năng như các dấu hiệu mệt mỏi,

khát nước, tiểu đêm, đói, ra mồ hôi, táo bón; cải thiện tốt mức độ kiểm soát đường máu với mức độ kiểm soát tốt tăng được 13,3%, mức độ kiểm soát kém giảm được 16,7%; giảm 19,54% LDL-C, tăng 33,68% HDL-C; và giảm 72,14% protein niệu, nhưng chưa làm thay đổi mức lọc cầu thận [8].

Nghiên cứu tác dụng của cao lỏng Vị quân khang trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính helicobacter pylori dương tính, tác giả Vũ Minh Hoàn (2014) đã cho thấy Vị quân khang có tác dụng cải thiện các triệu chứng trên lâm sàng như: đau thượng vị, ợ hơi ợ chua, cải thiện triệu chứng ăn kém. Sự khác biệt về hiệu quả trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Trên nội soi và mô bệnh học: Sau điều trị hình ảnh nội soi trở về bình thường 68,1% bệnh nhân, trên mô bệnh học mức độ viêm không hoạt động 61,7% và kết quả diệt helicobacter pylori đạt 72,3%. Vị quân khang có tác dụng điều trị với cả hai thể bệnh Khí trệ và Hỏa uất của y học cổ truyền [12]. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng đã chỉ ra rằng thuốc y học cổ truyền vừa có hiệu quả điều trị bệnh lý dạ dày có nhiễm helicobacter pylori so với nhóm chứng điều trị thuốc y học hiện đại. Các tác dụng phụ của thuốc YHCT lại ít và giá thành lại rẻ dễ dàng được bệnh nhân chấp nhận và thuốc YHCT có một triển vọng ứng dụng rộng rãi.

Tác giả Thế Lộc và Phạm Viết Dự trong nghiên cứu của mình cũng đã chỉ ra rằng thuốc MD 07 (Hồng sâm 12g, Hoàng kỳ 15g, Nhục quế 4g, Đương quy 15, Cam thảo 4g, Sa nhân 6g, Thiên hoa phấn 15g, Huyền sâm 10g, Chỉ thực 8g, Ngũ vị tử 12g, Sinh địa 12, Mạch môn 10g, Lô hội 4g, Kim ngân hoa 12g, Cỏ lười rắn 10g, Phi đao kiếm 10g) bước đầu có tác dụng hỗ trợ điều trị ở bệnh nhân HIV/AIDS. Bệnh nhân sử dụng thuốc MD 07 kết hợp ARV bậc 1 có các triệu chứng lâm sàng chỉ điểm AIDS đều giảm, 100% bệnh nhân tăng cân (có 53,3% tăng trên một kg), chỉ số khối cơ thể BMI tăng  $0,7\text{kg/m}^2$ , hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,001$ ). Số lượng tế bào TCD4 cũng tăng hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,01$ ). Tế bào CD4 trung bình tăng gấp 2,5 lần so với trước điều trị

( $p < 0,001$ ). Một số chỉ tiêu khác như công thức máu, chức năng gan đều được cải thiện sau điều trị [18].

Nhận xét bước đầu tác dụng điều trị của thuốc TP3 qua 40 trường hợp viêm gan virus B mạn tính, tác giả Bùi Minh Sang cho thấy sau 12 tháng điều trị, men gan ALT giảm từ  $165 \pm 58,6 \text{U/L}$  xuống còn  $50,3 \pm 34,8 \text{U/L}$ , hàm lượng HBV-DNA giảm xuống dưới ngưỡng phát hiện ( $< 2000 \text{copies/ml}$ ) là 57,5%, tỷ lệ chuyển đảo huyết thanh HBeAg đạt 50,0%. Trong thời gian nghiên cứu, chưa thấy bệnh nhân xuất hiện các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc TP3. Từ kết quả nghiên cứu tác giả đã đưa ra kết luận thuốc TP3 có tác dụng điều trị viêm gan virus B mạn tính [29].

Nhóm tác giả Nguyễn Thị Phương và Phan Anh Tuấn theo dõi tác dụng điều trị trên 40 bệnh nhân viêm đại tràng mạn tính mức độ nhẹ và vừa bằng thực giữ thuốc TA3 ngày 1 lần x 250ml x 10 lần một liệu trình cho kết quả: tốt đạt 87,5%, khá đạt 7,5%, trung bình đạt 5%, không có bệnh nhân nào cho kết quả ở mức kém. Trong quá trình nghiên cứu các tác giả đã không phát hiện thấy tác dụng phụ không mong muốn, thuốc không gây ảnh hưởng đến chức năng gan thận của bệnh nhân nghiên cứu [25].

Hoàng Thị Quế, Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Trần Thị Giáng Hương (2011) nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Tam tý thang gia giảm (độc hoạt, phòng phong, tần giao, bạch thược, xuyên khung, ngưu tất, quế chi, cam thảo, đương quy, hoàng kỳ, tục đoạn, đẳng sâm, phục linh, thực địa, tế tân, đỗ trọng) trong điều trị viêm khớp dạng thấp. Kết quả: sau 30 ngày điều trị, bài thuốc có tác dụng cải thiện về thời gian cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, đau, chỉ số ritchie giảm có ý nghĩa sau điều trị. Tỷ lệ cải thiện theo ACR20, 50, 70 tương ứng là 87,27%, 56,36% và 9,09% [41].

Như vậy, có thể thấy rằng các nghiên cứu thực nghiệm đã cung cấp các bằng chứng chứng minh vai trò quan trọng của việc sử dụng thuốc y học cổ truyền trong điều trị các bệnh mạn tính.

## **1.4. NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI DÂN**

### **1.4.1. Một số nghiên cứu trên thế giới**

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân mắc bệnh mạn tính có xu hướng sử dụng y học cổ truyền/thuốc bổ sung và thay thế cao hơn nhóm không bị mắc bệnh mạn tính [47], [49], [67], người dùng các loại thuốc YHCT, thuốc bổ sung và thay thế (TCAM-traditional, complementary and alternative medicine) có nhiều khả năng bị một hoặc nhiều bệnh mạn tính, đặc biệt là các bệnh về thần kinh, cơ xương khớp và rối loạn chuyển hóa.

Nghiên cứu của tác giả Karl và cộng sự về việc sử dụng TCAM trên 4799 bệnh nhân có độ tuổi trung bình 52,3 tuổi mắc bệnh mạn tính ở ba nước Campuchia, Việt Nam và Thái Lan đã cho thấy: tỷ lệ người bệnh đã sử dụng TCAM trong vòng 1 năm qua là 26,0% trong đó cao nhất ở Campuchia (27,0%), tiếp đến là Thái Lan (26,3%) và Việt Nam (23,9%). Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân có tuổi cao hơn, sống ở nông thôn và mắc từ hai bệnh mạn tính trở lên có xu hướng sử dụng TCAM cao hơn các nhóm tương ứng còn lại [56].

Kết quả một số nghiên cứu khác tại các nước vùng hạ lưu sông Mê Kông cũng cho thấy tỷ lệ cao người bệnh sử dụng TCAM để điều trị các bệnh mạn tính khác nhau như ung thư, tiểu đường, cao huyết áp, hen suyễn và rối loạn tâm thần. Ví dụ, tỷ lệ sử dụng thuốc bổ sung và thay thế chiếm trên 60% trong số bệnh nhân ung thư [60], [65], 47,8% bệnh nhân tiểu đường ở Thái Lan [59], 45% bệnh nhân bệnh thận mạn tính [66] và 76.9% bệnh nhân bị tâm thần phân liệt) ở Campuchia [48]. Tác giả Lee và cộng sự [57] ước tính có khoảng 22,7% bệnh nhân mắc bệnh mạn tính ở phòng khám đa khoa của Singapore sử dụng TCAM trong vòng 1 năm. Hasan và cộng sự [51] đã cho thấy 63,9% sử dụng thuốc bổ sung và thay thế trong năm qua ở những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính ở Malaysia. Wazaify và cộng sự [68] cho thấy có



khoảng 11,6% bệnh nhân mắc bệnh mạn tính tại Jordan sử dụng thuốc bổ sung và thay thế.

Tại Trung Quốc, theo số liệu giám sát quốc gia về dịch vụ y học cổ truyền Trung Quốc cho thấy 5 loại bệnh đứng đầu trong những bệnh được các bệnh viện y học cổ truyền tiếp nhận điều trị năm 2008 gồm: tai biến mạch máu não, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, trĩ, bệnh tim thiếu máu cục bộ và tăng huyết áp nguyên phát [71]. Các số liệu thống kê cũng cho thấy bệnh nhân mắc bệnh mạn tính ở Trung Quốc có xu hướng điều trị tại bệnh viện y học cổ truyền hoặc khoa y học cổ truyền tại bệnh viện đa khoa [55]. Tại Hàn Quốc, kết quả báo cáo chỉ ra rằng những bệnh hàng đầu được các bệnh viện y học cổ truyền Hàn Quốc nhận chữa trị năm 2011 gồm các rối loạn về hệ xương, khớp và cơ, chứng khó tiêu, viêm khớp gối mạn tính [61]. Ở Pháp, bệnh nhân bị rối loạn cơ-xương-khớp mạn tính (phần lớn là đau lưng và viêm xương khớp) tìm đến các bác sĩ điều trị bằng liệu pháp thay thế nhiều hơn là đến bác sĩ y học chính thống [62]. Tại Thổ Nhĩ Kỳ, tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh xơ cứng tìm đến các phương pháp điều trị theo y học bổ sung và thay thế (CAM-Complementary and Alternative Medicine): tỷ lệ sử dụng phổ biến chiếm 41%, ở Canada là 70% và ở Australia là 82% [34], [64].

Nghiên cứu của các nhà khoa học Nhật Bản cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc bổ sung và thay thế trong những bệnh nhân ung thư là 44,6% (1.382/3.100) so với 25,5% bệnh nhân không ung thư/có khối u lành tính (92/361) [52]. Một khảo sát khác tại một số nước châu Âu đã chỉ ra rằng tỷ lệ sử dụng CAM khá phổ biến ở những bệnh nhân ung thư (35,9%) với mức dao động từ 14,8% đến 73,1%, tỷ lệ cụ thể đối với một số loại ung thư: 22,7% ở những bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ, 26,6% đối với bệnh nhân ung thư phổi và 56,3% ở những bệnh nhân ung thư tuyến tụy [58]. Nghiên cứu hồi cứu trong giai đoạn từ 1996-2010 tại Đài Loan cho thấy tỷ lệ sử dụng y học cổ truyền Trung Quốc ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi là 31,17% [70]. Tương

tự, nghiên cứu trên 116 bệnh nhân từ 21-67 tuổi được phát hiện mắc ung thư vú trong vòng 2 năm đang điều trị tại hai bệnh viện ở Malaysia đã cho thấy có tới 64% người bệnh cho biết đã từng sử dụng CAM để điều trị bệnh trong đó đa số sử dụng trong thời gian trên 1 năm. 32% người bệnh cho biết mức chi phí hàng tháng cho việc sử dụng thuốc bổ sung và thay thế dao động từ 31,88 USD đến 47,5 USD [63]

Nghiên cứu của tác giả Mehta và cộng sự (2007) ở nhóm người Mỹ gốc Á cho thấy người mắc một bệnh mạn tính và mắc ít nhất hai bệnh mạn tính có xu hướng sử dụng thuốc bổ sung và thay thế cao hơn 1,26 lần (95%CI: 1,20-1,32) và 1,29 lần (95%CI: 1,00-1,65) theo thứ tự so với nhóm không mắc bệnh mạn tính [49].

#### **1.4.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam**

Theo tìm hiểu của tác giả, hầu hết các nghiên cứu về sử dụng thuốc y học cổ truyền tại Việt Nam đề cập đến nhu cầu và thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe nói chung mà chưa có nghiên cứu nào phân tích cụ thể trong điều trị các bệnh mạn tính. Nhu cầu và thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền đối với các bệnh mạn tính thường nằm trong các nội dung khác của nghiên cứu.

Tác giả Hồ Duy Thương (2015), nghiên cứu về nhu cầu và thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền của người dân tại 4 xã huyện Hương Sơn tỉnh Hà Tĩnh đã chỉ ra rằng có 17,4% trong số 723 người có điều trị bệnh trong 6 tháng qua là điều trị các bệnh cơ xương khớp, 8,3% điều trị bệnh tim mạch, 6,2% điều trị các bệnh về thần kinh. Nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ khá cao người dân sử dụng thuốc y học cổ truyền để điều trị các bệnh về hô hấp, cơ xương khớp, thần kinh, suy nhược cơ thể và các chứng đau (dao động từ 61,7% đến 83,0%). Lý do chính người dân lựa chọn thuốc y học cổ truyền để điều trị là do bệnh mạn tính (75,8%). Về nhu cầu, 55,8% người dân được phỏng vấn muốn được sử dụng y học cổ truyền để chữa bệnh/nâng cao sức

khỏe. Địa điểm người dân muốn đến khám và chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các CSYT nhà nước trong đó chủ yếu là tại trạm y tế xã (33,2%), tiếp đến là khoa YHCT của bệnh viện huyện (22,0%), bệnh viện chuyên khoa YHCT (16,7%), ông lang bà mẹ (14,5%), y tế tư nhân (11,9%) [33].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Nga (2014), về tình hình bệnh tật và thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền của huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa cho thấy trong 6 tháng trước khi điều tra đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh về cơ xương khớp chiếm tỷ lệ nhiều nhất (36,4%) trong đó phổ biến là đau lưng, đau các khớp gối, cổ chân, bàn chân, cổ tay, bàn tay, đau vai gáy. Kết quả cũng đã chỉ ra rằng có 58,3% người dân mong muốn sử dụng thuốc y học cổ truyền để chữa bệnh và nâng cao sức khỏe trong đó phương pháp y học cổ truyền đơn thuần chiếm 37,7% và kết hợp hai phương pháp y học cổ truyền và y học hiện đại là 21,2%. Địa điểm người dân muốn khám chữa bệnh bằng YHCT trước tiên là tại trạm y tế (40,6%), tiếp đến là tại nhà các ông lang, bà mẹ (19,5%), khoa y học cổ truyền bệnh viện huyện (14,6%), tự chữa tại nhà (15%), bệnh viện chuyên khoa YHCT (11,4%), y tế tư nhân (4,1%) và ở các cơ sở khác (2,9%) [22].

Năm 2014, tác giả Nguyễn Trung Kiên nghiên cứu thực trạng y học cổ truyền tại tuyến xã huyện Can Lộc tỉnh Hà Tĩnh cho thấy trong số 302 người phải điều trị thì tỷ lệ điều trị các bệnh về cơ xương khớp chiếm cao nhất (30,1%), tiếp đến là các bệnh về hô hấp (22,2%), các bệnh về thần kinh (17,5%), suy nhược cơ thể (11,6%), v.v... Nghiên cứu cũng cho thấy trừ bệnh hô hấp (26,9%), tỷ lệ sử dụng thuốc YHCT để điều trị các bệnh còn lại khá cao với tỷ lệ dao động từ 97,8%-100,0%. Trong số các lý do người dân đưa ra về việc lựa chọn thuốc y học cổ truyền, có 48,0% cho rằng do bệnh mạn tính [17].

Cũng trong năm 2014, tác giả Nguyễn Thị Thu Trang thực hiện đề tài nghiên cứu thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại huyện Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa năm 2014. Kết quả cho thấy, trong số 869 người bị mắc bệnh

trong vòng 6 tháng tính từ thời điểm điều tra thì tỷ lệ mắc các bệnh cơ xương khớp cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (27,2%), tiếp đó là các bệnh về hô hấp (17,0%), bệnh tiêu hóa (12,1%). Bên cạnh đó, 36,1% người dân mong muốn sử dụng thuốc y học cổ truyền để điều trị bệnh và bồi bổ sức khỏe [39].

Nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Đức và cộng sự năm 2013 về mô hình bệnh tật và nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi đến điều trị tại bệnh viện huyện Phú Vang cho thấy: tỷ lệ mắc bệnh của người cao tuổi rất cao, đa dạng và phức tạp. Các bệnh thường gặp và có tỷ lệ lớn thuộc nhóm bệnh xương khớp (17,2%), hệ tim mạch (16,9%), hệ tiêu hóa (16,4%), nhóm rối loạn chuyển hóa (14,3%), hệ hô hấp (8,8%). Ngoài ra các, nhóm bệnh thỉnh thoảng gặp cần kể đến là bệnh thuộc hệ tiết niệu 5,1%, răng hàm mất 7,1%, mắt 4,1%, tai mũi họng 2,4%, da liễu 1,2%. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có 15,4% người cao tuổi mong muốn được sử dụng phương pháp y học cổ truyền để điều trị bệnh [10].

## **1.5. GIỚI THIỆU VÀI NÉT VỀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU**

### ***Tỉnh Hà Tĩnh***

Hà Tĩnh là một tỉnh ven biển thuộc khu vực Bắc Trung Bộ, phía Bắc giáp tỉnh Nghệ An, phía Nam giáp tỉnh Quảng Bình, phía Tây giáp Lào và phía Đông giáp biển Đông. Theo số liệu niên giám thống kê năm 2013, diện tích tự nhiên toàn tỉnh là 5.997,3 km<sup>2</sup> với dân số trung bình là 1.242.007 người, mật độ dân số là 207 người/km<sup>2</sup>. Toàn tỉnh có 362.740,9 ha rừng và đất lâm nghiệp, chiếm 60,2% diện tích tự nhiên của tỉnh với thảm thực vật đa dạng và phong phú. Đơn vị hành chính của tỉnh gồm 1 thành phố Hà Tĩnh, 1 thị xã Hồng Lĩnh và 10 huyện và 262 xã/phường. Tỷ lệ hộ nghèo năm 2013 tính chung là 16,1%. Theo kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2012, thu nhập bình quân đầu người/tháng tại tỉnh là 1.298,9 nghìn đồng, trong đó nhóm nghèo nhất là 417,7 nghìn đồng còn nhóm giàu nhất là 2.862 nghìn đồng (chênh lệch gần 7 lần).

Tỉnh hiện có 276.003 ha rừng, trong đó rừng tự nhiên 199.847 ha, trữ lượng 21,13 triệu m<sup>3</sup>, rừng trồng 76.156 ha, trữ lượng 2,01 triệu m<sup>3</sup>, độ che phủ của rừng đạt 45%. Thảm thực vật rừng Hà Tĩnh cũng rất đa dạng, có trên 86 họ và 500 loài cây gỗ.

### ***Huyện Nghi Xuân***

Huyện Nghi Xuân là một huyện ven biển, hữu ngạn sông Lam, phía Đông Bắc của tỉnh Hà Tĩnh. Phía Tây Nam giáp thị xã Hồng Lĩnh, phía Nam giáp huyện Can Lộc và huyện Lộc Hà, phía Bắc giáp Thị xã Cửa Lò, huyện Nghi Lộc (Nghệ An), phía Tây Bắc giáp huyện Hưng Nguyên và thành phố Vinh, phía Đông giáp biển Đông. Huyện cách thủ đô Hà Nội 310 km về phía Nam. Huyện Nghi Xuân hiện nay có 2 thị trấn là Nghi Xuân (huyện lỵ), Xuân An và 17 xã: Cổ Đạm, Cương Gián, Tiên Điền, Xuân Đan, Xuân Giang, Xuân Hải, Xuân Phổ, Xuân Hồng, Xuân Lam, Xuân Liên, Xuân Lĩnh, Xuân Mỹ, Xuân Hội, Xuân Thành, Xuân Trường, Xuân Viên và Xuân Yên. Diện tích tự nhiên toàn huyện 218km<sup>2</sup> với dân số 100.300 người trong đó chủ yếu là dân tộc Kinh.

Theo báo cáo tại kỳ họp thứ 10 hội đồng nhân dân huyện Nghi Xuân khóa XIX Với những cố gắng, nỗ lực của Đảng bộ và nhân dân, bức tranh kinh tế - xã hội của Nghi Xuân đã có nhiều khởi sắc, phát triển đồng đều và có tốc độ nhanh trên các lĩnh vực; đời sống vật chất, tinh thần của nhân dân không ngừng được nâng lên: Tăng trưởng giá trị sản xuất giai đoạn 2011-2016 đạt 15,53%; cơ cấu kinh tế chuyển dịch theo hướng theo hướng tích cực. Đến cuối năm 2015, thu nhập bình quân đầu người đạt 28,02 triệu đồng/người/năm. Về y tế, cũng giống như các huyện khác, mô hình y tế huyện Nghi Xuân được tách ra thành 3 đơn vị độc lập là Phòng Y tế, Trung tâm y tế dự phòng, bệnh viện đa khoa huyện và 19 TYT xã/thị trấn đảm nhiệm các chứng năng và nhiệm vụ theo quy định hiện hành.

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA BÀN VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng trong nghiên cứu này là người dân tại cộng đồng

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên
- Có điều trị ít nhất một bệnh mạn tính (đã được cán bộ y tế chẩn đoán)

trong vòng 12 tháng tính từ thời điểm điều tra.

- Có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu
- Tiếp cận được tại thời điểm điều tra và đồng ý tham gia nghiên cứu
- Có khả năng nghe và trả lời câu hỏi.

##### 2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Địa bàn nghiên cứu là tại các hộ gia đình thuộc 4 xã/thị trấn bao gồm Xuân Giang, Xuân An, Tiên Điền và thị trấn Nghi Xuân thuộc huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh.

##### 2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017

#### 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

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

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức:

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

Trong đó:

$n$  là cỡ mẫu cần cho nghiên cứu

$Z$  là hệ số tin cậy được lấy dựa vào ngưỡng xác suất  $\alpha$ . Trong đề tài này ngưỡng xác suất  $\alpha$  được lấy là 0,05  $\rightarrow Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$

$p$  là tỷ lệ người dân mắc bệnh mạn tính sử dụng thuốc y học cổ truyền để điều trị. Trong đề tài này chúng tôi lấy  $p=23,9\%$  là tỷ lệ người mắc bệnh mạn tính có sử dụng thuốc YHCT, thuốc bổ sung và thay thế trong 1 năm qua theo nghiên cứu của Karl Peltzer và cộng sự năm 2016 tại Việt Nam [56].

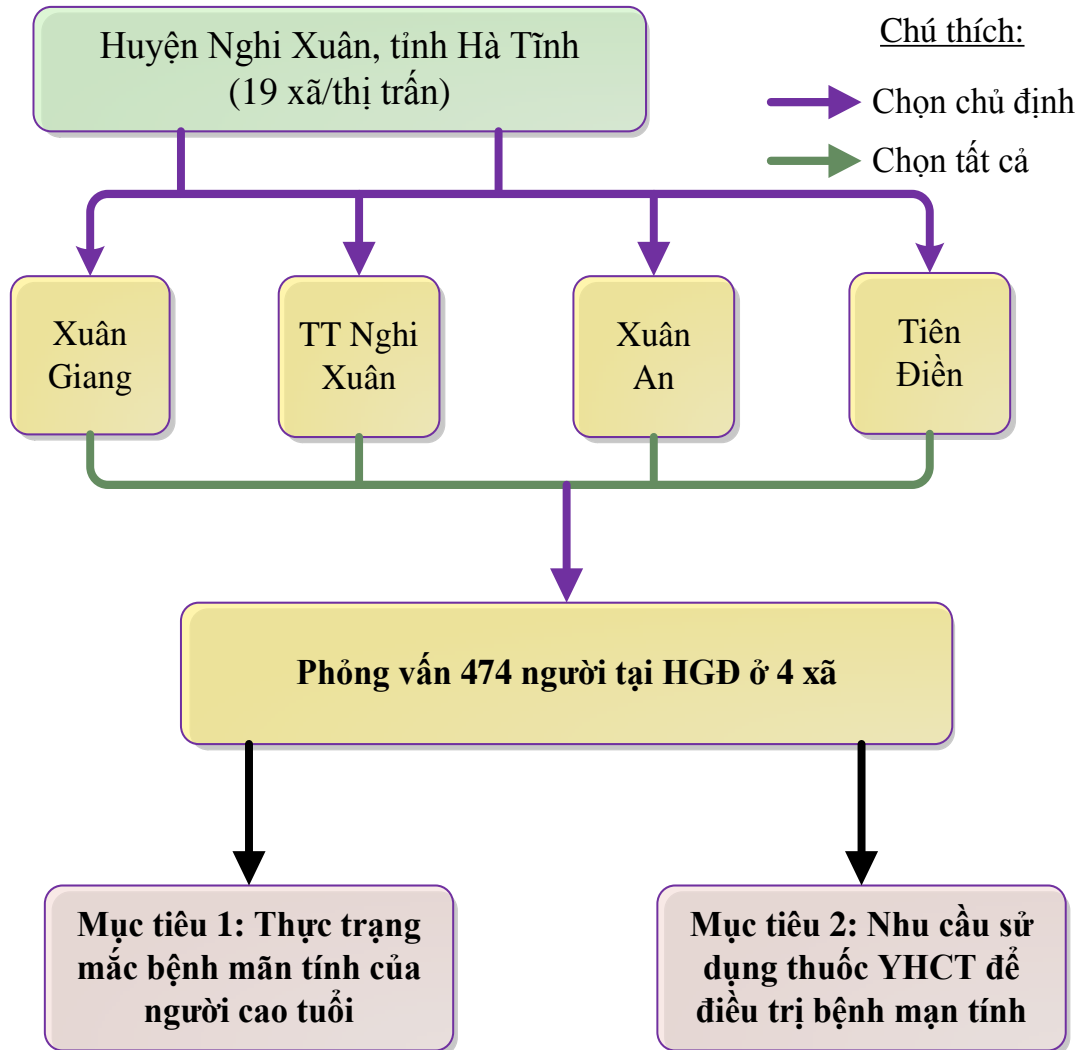
$d$  là sai số mong muốn,  $d$  được ước tính bằng 0,04

Thay số vào công thức trên ta có  $n=437$ , làm tròn lên 440 người. Đây là cỡ mẫu cho 4 xã được chọn, như vậy mỗi xã điều tra 110 người. Trên thực tế chúng tôi đã phỏng vấn được 474 người dân tại 4 xã.

#### Chọn mẫu:

- Chọn tỉnh: Chọn chủ định tỉnh Hà Tĩnh.
- Chọn huyện: Chọn chủ định huyện Nghi Xuân.
- Chọn xã: Chọn chủ định 4 xã từ 19 xã/thị trấn trên địa bàn huyện, bao gồm Xuân Giang, Xuân An, Tiên Điền và thị trấn Nghi Xuân.
- Chọn thôn: Tại mỗi xã chọn 3 thôn bằng phương pháp bắt thăm ngẫu nhiên để tiến hành phỏng vấn. Việc chọn thôn được tiến hành tại trạm y tế trước khi bắt đầu cuộc phỏng vấn, có sự chứng kiến của học viên, điều tra viên và lãnh đạo trạm y tế. Mỗi thôn phỏng vấn 33-34 người.
- Chọn hộ gia đình: Chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình trong danh sách HGD của thôn để tiến hành sàng lọc và phỏng vấn.
- Chọn đối tượng phỏng vấn: Tại mỗi HGD, trước tiên điều tra viên tiến hành sàng lọc xem HGD được chọn có đối tượng đích cần nghiên cứu không (từ 60 tuổi trở lên, có điều trị ít nhất một bệnh mạn tính trong vòng 12 tháng tính từ thời điểm điều tra, có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại địa

phương, có khả năng nghe và trả lời câu hỏi). Nếu HGD có đối tượng đích, điều tra viên tiếp cận đối tượng và giải thích về mục đích nghiên cứu, nếu đối tượng đồng ý tiến hành phỏng vấn, nếu đối tượng từ chối thì chuyển sang HGD khác để sàng lọc và phỏng vấn theo phương pháp cổng liền cổng.



### Tóm tắt sơ đồ nghiên cứu đã thực hiện

#### 2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng phương pháp phỏng vấn định lượng người dân tại hộ gia đình bằng phiếu phỏng vấn có cấu trúc được thiết kế sẵn (Phiếu số 1 trong Phụ lục). Mỗi hộ gia đình chỉ lựa chọn 1 người để phỏng vấn. Địa điểm phỏng vấn được thực hiện tại hộ gia đình được lựa chọn.



- Người dẫn đường cho điều tra viên là cán bộ trạm y tế xã (để giúp khẳng định thêm người được phỏng vấn có điều trị bệnh mạn tính trong vòng 12 tháng tính từ thời điểm điều tra).

- Trong quá trình phỏng vấn chỉ có điều tra viên và đối tượng được phỏng vấn và hai người ngồi đối diện nhau, không có người thứ ba.

- Nếu đối tượng từ chối nghiên cứu thì điều tra viên chuyển sang hộ gia đình khác để sàng lọc và phỏng vấn.

#### **2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu**

- Toàn bộ số phiếu phỏng vấn định lượng hộ gia đình thu được từ thực địa trước khi nhập số liệu vào máy tính được làm sạch nhằm hạn chế sai sót.

- Số liệu được nhập vào máy tính bằng chương trình Epidata 3.1. Sau đó sử dụng chương trình kiểm tra phát hiện và sửa những sai sót do nhập số liệu.

- Sử dụng chương trình SPSS 17.0 để phân tích số liệu. Các thông số được tính toán và trình bày bằng các bảng, biểu đồ.

#### **2.2.5. Nội dung, chỉ số nghiên cứu chính**

**Bảng 2.1. Các nội dung, chỉ số nghiên cứu chính**

<b>Nội dung/chỉ số nghiên cứu</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>Mục tiêu 1: Thực trạng mắc bệnh mạn tính của người cao tuổi tại 4 xã thuộc huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh năm 2017</b>	
<i>Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu</i>	
Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu	Phỏng vấn HGD
Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu	Phỏng vấn HGD
Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu	Phỏng vấn HGD
Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu	Phỏng vấn HGD
Điều kiện kinh tế hộ gia đình	Phỏng vấn HGD

Nội dung/chỉ số nghiên cứu	Phương pháp thu thập
<b><i>Tình hình mắc và điều trị bệnh mạn tính của đối tượng</i></b>	
Tỷ lệ đối tượng theo số bệnh mạn tính đang bị mắc	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ bệnh mạn tính đang bị mắc theo số năm mắc	Phỏng vấn HGD
Nhóm/loại bệnh mạn tính đang bị mắc	Phỏng vấn HGD
Địa điểm điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất	Phỏng vấn HGD
Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất	Phỏng vấn HGD
Lý do sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính	Phỏng vấn HGD
Lý do không sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính	Phỏng vấn HGD
<b>Mục tiêu 2: Nhu cầu sử dụng thuốc YHCT của người cao tuổi để điều trị các bệnh mạn tính tại huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh năm 2017</b>	
Tỷ lệ người cao tuổi muốn dùng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo giới tính	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo độ tuổi	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo nghề nghiệp	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ người dân muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo điều kiện kinh tế hộ gia đình	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo số bệnh mạn tính hiện mắc	Phỏng vấn HGD
Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo loại bệnh mạn tính hiện mắc	Phỏng vấn HGD
Hình thức sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính người cao tuổi mong muốn	Phỏng vấn HGD
Địa điểm người cao tuổi muốn điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT	Phỏng vấn HGD

### **2.2.6. Biện pháp hạn chế sai số**

- Thiết kế công cụ thu nhập số liệu đầy đủ và mang tính logic, thực hiện điều tra thử sau đó chỉnh phiếu phỏng vấn cho phù hợp.

- Lựa chọn các điều tra viên là những người có trình độ, có kinh nghiệm điều tra thực tế và điều tra viên được tập huấn kỹ về phương pháp thu thập số liệu từ phiếu phỏng vấn.

- Quá trình điều tra được kiểm tra và giám sát bởi học viên và người hướng dẫn khoa học. Học viên vừa trực tiếp tham gia điều tra, vừa giám sát và kiểm tra sai sót ngay tại thực địa.

- Đối với một số trường hợp, khoảng thời gian giữa thời điểm phỏng vấn và thời điểm phát hiện bệnh có thể cách nhau khá xa, hoặc người bệnh cao tuổi. Chính vì vậy, khi phỏng vấn gặp phải sai số nhớ lại. Với các trường hợp này, khi phỏng vấn điều tra viên dành thời gian nhiều hơn để người dân nhớ lại các sự kiện đã được diễn ra liên quan đến việc phát hiện bệnh.

### **2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU**

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự cho phép của hội đồng Khoa học Đào tạo, hội đồng thông qua đề cương luận văn cao học và Lãnh đạo Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam; Lãnh đạo Phòng Y tế huyện Nghi Xuân tỉnh Hà Tĩnh và 4 TYT xã nghiên cứu.

- Tất cả đối tượng nghiên cứu đều được điều tra viên giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ khi nào.

- Các thông tin thu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

### **2.5. HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU**

Do hạn chế về thời gian và nguồn lực, nghiên cứu chỉ được tiến hành tại 4 xã của huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh, trên đối tượng là người từ 60

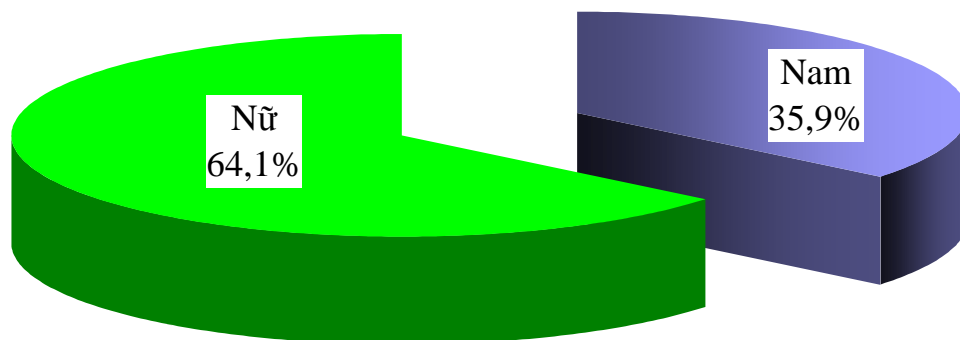
tuổi trở lên và với cỡ mẫu 474 người. Chính vì vậy, kết quả chỉ phản ánh thực trạng của nhóm đối tượng tại địa bàn nghiên cứu, có thể tham khảo cho các địa bàn có điều kiện tương đồng chứ không được phép suy rộng.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. THỰC TRẠNG MẮC BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

#### 3.1.1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=474)**

Nhận xét: Trong số 474 người dân được phỏng vấn tại 4 xã, có gần 2/3 (64,1%) đối tượng là nữ giới. Chỉ có 35,9% còn lại là nam giới.

**Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi	Tần suất	Tỷ lệ %
Từ 60 tuổi đến 64 tuổi	85	17,9
Từ 65 tuổi đến 69 tuổi	209	44,1
Từ 70 tuổi đến 74 tuổi	106	22,4
Từ 75 tuổi đến 79 tuổi	71	15,0
Từ 80 tuổi trở lên	3	0,6
Tổng	474	100,0
Độ tuổi trung bình ( $\pm$ SD)	68,6 $\pm$ 4,8	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là 68,6 tuổi, trong đó nhóm từ 65-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,1%), tiếp đến là nhóm từ 70-74 tuổi (22,4%) và thấp nhất là nhóm từ 80 tuổi trở lên (0,6%).

**Bảng 3.2. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu**

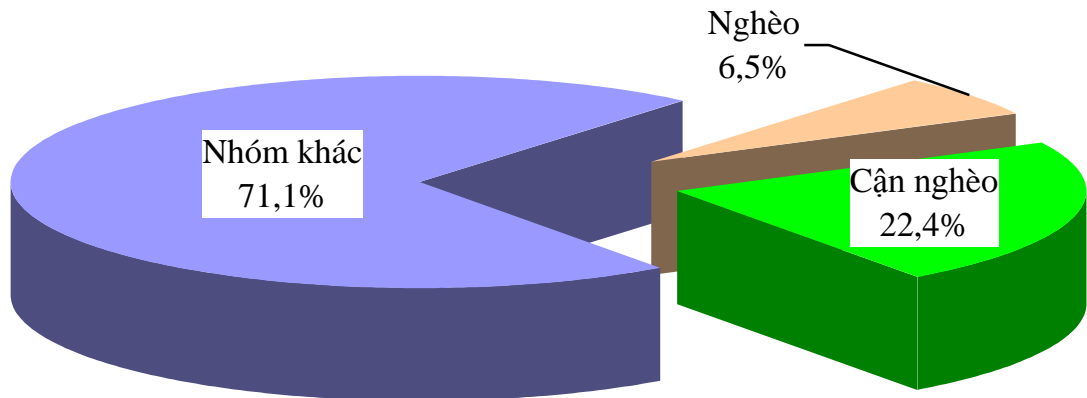
Trình độ học vấn	Tần suất	Tỷ lệ %
Không đi học/biết đọc, biết viết	43	9,1
Tiểu học	94	19,8
Trung học cơ sở	213	44,9
Phổ thông trung học	50	10,5
Trung học chuyên nghiệp trở lên	74	15,6
Tổng	474	100,0

Nhận xét: Kết quả phỏng vấn 474 người cao tuổi cho thấy trình độ học vấn chiếm tỷ lệ cao nhất là trung học cơ sở (44,9%), tiếp đến là tiểu học (19,8%). Tỷ lệ đối tượng có trình độ từ trung học phổ thông trở lên chỉ chiếm 15,6% trong khi vẫn còn 9,1% không đi học/biết đọc, biết viết.

**Bảng 3.3. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu**

Nghề nghiệp	Tần suất	Tỷ lệ %
Già/không còn khả năng lao động	283	59,7
Nghỉ hưu	122	25,7
Nông/lâm/ngư nghiệp	48	10,1
Làm công việc tự do	9	1,9
Buôn bán/kinh doanh	6	1,3
Lao động thủ công	4	0,8
Công chức/viên chức	2	0,4
Tổng	474	100,0

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu là người già hoặc không còn khả năng lao động (59,7%), có 25,7% đối tượng là hưu trí, nhóm nông/lâm/ngư nghiệp chỉ chiếm 10,1% và các nghề khác chiếm 4,4%.



**Biểu đồ 3.2. Điều kiện kinh tế hộ gia đình năm 2017 (n=474)**

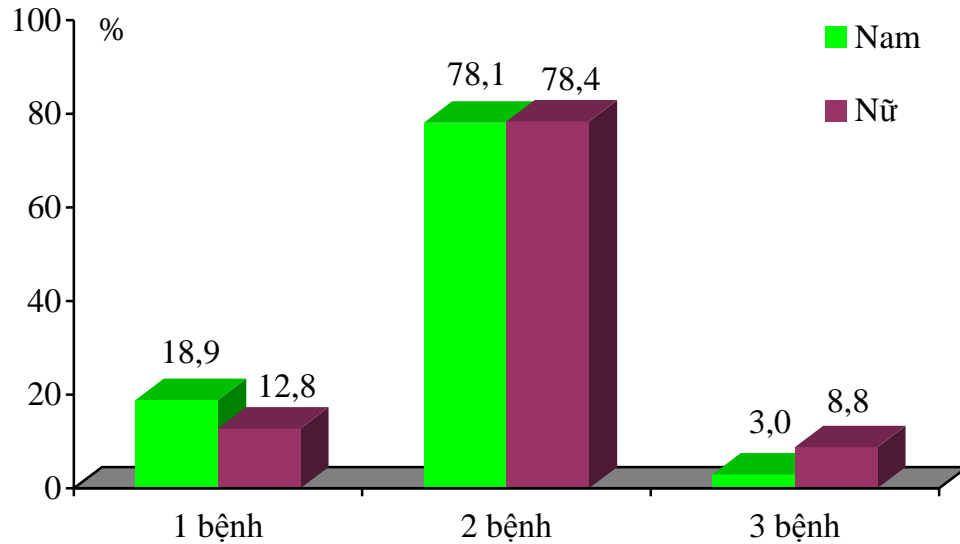
**Nhận xét:** Số liệu từ biểu đồ trên cho thấy kinh tế hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu phần lớn là không nghèo (71,1%). Tỷ lệ đối tượng thuộc gia đình cận nghèo là 22,4% và nghèo là 6,5%.

### 3.1.2. Tình hình mắc và điều trị bệnh mạn tính

**Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo số bệnh mạn tính đang bị mắc**

Số lượng bệnh	Tần suất	Tỷ lệ %
Một bệnh	71	15,0
Hai bệnh	371	78,3
Ba bệnh	32	6,8
Tổng	474	100,0
Số bệnh mắc trung bình ( $\pm$ SD)	1,92 $\pm$ 0,46	

**Nhận xét:** Kết quả bảng trên cho thấy số bệnh mạn tính đang mắc trung bình của đối tượng nghiên cứu là 1,92 bệnh, trong đó phần lớn mắc 2 bệnh mạn tính (78,3%). Tỷ lệ người cao tuổi mắc một hoặc ba bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ lần lượt là 15,0% và 6,8%.



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo số bệnh mạn tính đang bị mắc chia theo giới tính**

**Nhận xét:** Kết quả biểu đồ trên cho thấy không có sự chênh lệch giữa nhóm nam giới và nữ giới về tỷ lệ bị mắc hai bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ nữ giới bị mắc 3 bệnh lại cao hơn đáng kể so với nhóm nam giới (8,8% so với 3,0%,  $p < 0,05$ ), ngược lại tỷ lệ mắc 1 bệnh lại thấp hơn (12,8% và 18,9%).

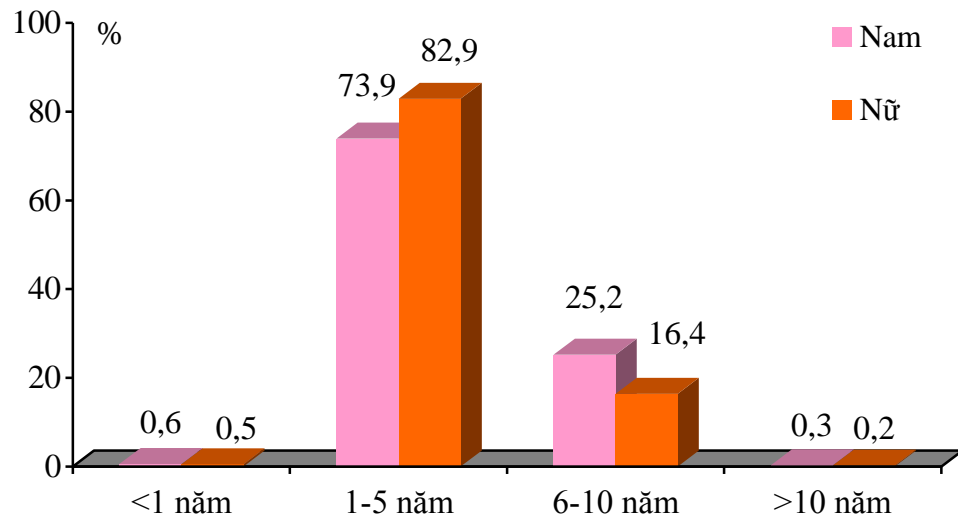
**Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh mạn tính người dân đang bị mắc theo số năm mắc**

Số năm mắc bệnh	Tần suất	Tỷ lệ %
Dưới 1 năm	5	0,6
Từ 1 - 5 năm	732	79,8
Từ 6 - 10 năm	178	19,4
Trên 10 năm	2	0,2
Tổng số lượt bệnh mạn tính	917	100,0
Thời gian mắc bệnh trung bình ( $\pm$ SD)	4,23 $\pm$ 1,93	

**Nhận xét:** Thời gian mắc bệnh mạn tính của đối tượng trong nghiên cứu này đa số từ 1-5 năm (79,8%), tiếp đến là từ 6-10 năm (19,4%). Tỷ lệ người



cao tuổi mắc bệnh mạn tính dưới 1 năm hoặc trên 10 năm chiếm tỷ lệ không đáng kể (0,6% và 0,2%). Thời gian mắc bệnh trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là 4,23 năm.



**Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh mạn tính người dân đang bị mắc theo số năm mắc**

Nhận xét: Cả hai nhóm nam giới và nữ giới đa số có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm, trong ở nhóm nữ giới cao hơn có ý nghĩa so với nhóm nam giới (82,9% và 73,9%,  $p<0,01$ ). Ngược lại, thời gian mắc bệnh từ 6-10 năm ở nhóm nam giới lại cao hơn so với nữ giới (25,2% so với 16,4%,  $p<0,01$ ).

**Bảng 3.6. Nhóm bệnh mạn tính đang bị mắc của đối tượng nghiên cứu**

Tên nhóm bệnh	Số người (n=474)		Số lượt (n=917)	
	Tần suất	%	Tần suất	%
Cơ xương khớp	304	64,1	373	40,7
Thần kinh	176	37,1	193	21,0
Tiêu hoá	133	28,1	144	15,7
Tim mạch	101	21,3	115	12,5
Hô hấp	43	9,1	43	4,7
Bệnh chuyển hóa	40	8,4	40	4,4
Sinh dục - Tiết niệu	4	0,8	4	0,4
Suy nhược cơ thể	3	0,6	3	0,3
U bướu	1	0,2	1	0,1
Rối loạn tâm thần	1	0,2	1	0,1

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy nhóm bệnh cơ xương khớp có tỷ lệ đối tượng bị mắc nhiều nhất (chiếm 64,1% trong số 474 người được khảo sát và 40,7% trong số 917 lượt bệnh xuất hiện). Tiếp theo là nhóm bệnh về hệ thần kinh (37,1% và 21,0% theo thứ tự), tiêu hoá (lần lượt là 28,1% và 15,7%), tim mạch (21,3% và 12,5%). Các nhóm bệnh khác như hô hấp, bệnh chuyển hoá, sinh dục-tiết niệu, suy nhược cơ thể, u bướu, rối loạn tâm thần ở mức thấp (dưới 10%).

**Bảng 3.7. Tên bệnh mạn tính đang bị mắc của đối tượng nghiên cứu**

Tên bệnh	Số người (n=474)		Số lượt (n=917)	
	Tần suất	%	Tần suất	%
Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ	123	25,9	123	13,4
Tăng huyết áp	98	20,7	98	10,7
Hội chứng dạ dày - tá tràng	75	15,8	75	8,2
Đau thần kinh toạ	72	15,2	72	7,9
Thoái hoá khớp	71	15,0	71	7,7
Thấp khớp	56	11,8	56	6,1
Đau đầu	56	11,8	56	6,1
Rối loạn tiền đình	56	11,8	56	6,1
Viêm khớp dạng thấp	50	10,5	50	5,5
Viêm quanh khớp vai	45	9,5	45	4,9
Hen phế quản	42	8,9	42	4,6
Viêm gan	40	8,4	40	4,4
Đái tháo đường typ 2	40	8,4	40	4,4
Sỏi mật	26	5,5	26	2,8
Loãng xương	6	1,3	6	0,7
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	4	0,8	4	0,4
Suy nhược cơ thể người già	3	0,6	3	0,3
Các bệnh khác	54	11,4	54	5,9

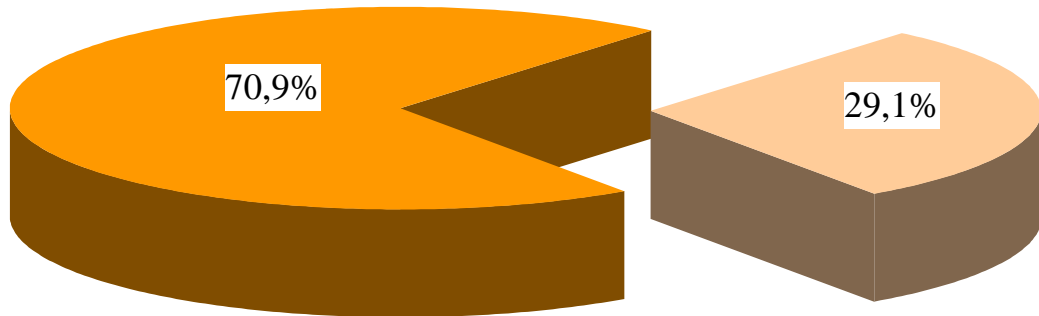
Nhận xét: Tính trên số người, bệnh đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ mắc nhiều nhất (lần lượt là 25,9% và 20,7%). Tiếp đến là các bệnh hội chứng dạ dày-tá tràng, đau thần kinh tọa, thoái hoá khớp (dao động từ 15,0% đến 15,8%) và các bệnh đau đầu, rối loạn tiền đình và viêm khớp dạng thấp đều chiếm 11,8%. Các bệnh khác như viêm quanh khớp vai, hen phế quản, đái tháo đường typ 2, viêm gan, sỏi mật, loãng xương.... ở mức thấp (dao động từ 0,6-10,5%). Ngoài ra, còn có 11,6% đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh mạn tính khác như mất ngủ kéo dài, tai biến mạch máu não, tim thiếu máu cục bộ, sỏi thận, thoái hoá cột sống lưng, sỏi thận, parkinson/alzheimer,...

**Bảng 3.8. Địa điểm điều trị bệnh mạn tính gần nhất**

Địa điểm điều trị	Tần suất (n=917)	Tỷ lệ %
Khoa đông y của bệnh viện đa khoa	404	44,1
Phòng chẩn trị YHCT	145	15,8
Người có bài thuốc gia truyền	58	6,3
Lương y	31	3,4
Khoa khác của bệnh viện đa khoa	190	20,7
Trạm y tế xã	72	7,9
Phòng khám đa khoa tư nhân	1	0,1
Tự điều trị	6	0,7
Không điều trị gì	10	1,1

Nhận xét: Địa điểm điều trị bệnh mạn tính gần đây nhất của đối tượng nghiên cứu chủ yếu tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa (44,1%), tiếp đến là khoa khác của bệnh viện đa khoa (20,7%) và phòng chẩn trị YHCT (15,8%). Có 7,9% đối tượng nghiên cứu điều trị bệnh mạn tính tại trạm y tế xã. Vẫn còn 1,1% người bị bệnh mạn tính nhưng không điều trị gì và 0,7% tự điều trị tại nhà. Không có đối tượng nào trong nghiên cứu này tìm đến bệnh viện chuyên khoa YHCT để điều trị các bệnh mạn tính.

■ Thuốc tân dược đơn thuần ■ Thuốc YHCT (đơn thuần, kết hợp)



**Biểu đồ 3.5. Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất (n=907)**

*Ghi chú: Trừ 10 bệnh không điều trị gì*

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy có 70,9% bệnh mạn tính được người cao tuổi điều trị bằng thuốc YHCT (đơn thuần, kết hợp). 29,1% còn lại sử dụng thuốc tân dược đơn thuần.

**Bảng 3.9. Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất**

Phương pháp điều trị	Tần suất (n=907)	Tỷ lệ %
Thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT, thuốc tân dược	390	43,0
Thuốc thang	175	19,3
Bài thuốc gia truyền	59	6,5
Thuốc thành phẩm YHCT	14	1,5
Thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược	1	0,1
Phương pháp khác (châm cứu+uống thuốc YHCT; uống nghệ mật ong, tỵ lấy cây thuốc; uống nghệ đen)	4	0,4
Thuốc tân dược	264	29,1

Nhận xét: Trong số 907 lượt người điều trị bệnh mạn tính gần đây nhất bằng phương pháp YHCT, đa số các đối tượng điều trị bằng phương pháp kết

hợp thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược (43%). Tiếp theo là điều trị bằng thuốc tân dược (29,1%), thuốc thang (19,3%). Các phương pháp điều trị bằng bài thuốc gia truyền, thuốc thành phẩm YHCT, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược và phương pháp khác như châm cứu, uống nghệ mật ong, nghệ đen... chiếm tỷ lệ không đáng kể (dao động từ 0,1%-6,5%).

**Bảng 3.10. Phương pháp điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất theo từng bệnh**

Tên bệnh	Thuốc YHCT (đơn thuần, kết hợp)		Thuốc tân dược đơn thuần		Số có điều trị
	Tần suất	%	Tần suất	%	
Đau vai gáy do thoái hoá CSC	118	97,5	3	2,5	121
Tăng huyết áp	9	9,2	89	90,8	98
Hội chứng dạ dày - tá tràng	50	69,4	22	30,6	72
Đau thần kinh toạ	72	100,0	0	0,0	72
Thoái hoá khớp	69	97,2	2	2,8	71
Thấp khớp	54	96,4	2	3,6	56
Đau đầu	40	71,4	16	28,6	56
Rối loạn tiền đình	45	80,4	11	19,6	56
Viêm khớp dạng thấp	49	98,0	1	2,0	50
Viêm quanh khớp vai	45	100,0	0	0,0	45
Hen phế quản	1	2,4	41	97,6	42
Viêm gan	38	95,0	2	5,0	40
Đái tháo đường typ 2	1	2,6	37	97,4	38
Sỏi mật	2	8,3	22	91,7	24
Loãng xương	3	50,0	3	50,0	6
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	0	0,0	4	100,0	4
Suy nhược cơ thể người già	3	100,0	0	0,0	3
Các bệnh khác	44	83,0	9	17,0	53
Tổng	643	70,9	264	29,1	907

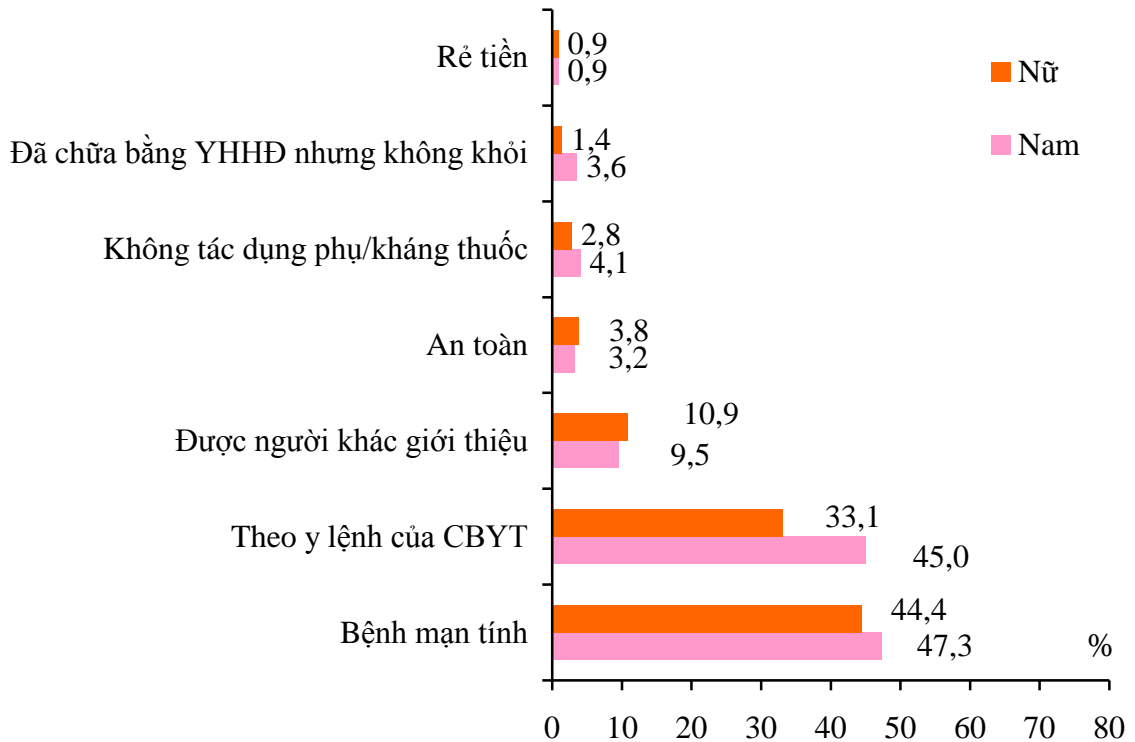
Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy các bệnh có tỷ lệ cao được điều trị bằng thuốc y học cổ truyền là đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ, đau thần kinh tọa, thoái hoá khớp, thấp khớp, rối loạn tiền đình, viêm khớp dạng thấp, viêm quanh khớp vai, viêm gan, suy ngược cơ thể người già (dao động từ 80,4-100%).

Ngược lại, các bệnh có tỷ lệ thấp sử dụng thuốc YHCT bao gồm tăng huyết áp (9,2%-sử dụng phương pháp kết hợp thuốc YHCT và thuốc tân dược), hen phế quản (2,4%), đái tháo đường typ 2 (2,6%-sử dụng phương pháp kết hợp) và sỏi mật (8,3%).

**Bảng 3.11. Lý do sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất**

Lý do sử dụng thuốc YHCT	Tần suất (n=643)	Tỷ lệ %
Bệnh mạn tính	292	45,4
Theo y lệnh của cán bộ y tế	239	37,2
Được người khác giới thiệu	67	10,4
An toàn	23	3,6
Không tác dụng phụ/kháng thuốc	21	3,3
Đã chữa bằng YHHĐ nhưng không khỏi	14	2,2
Rẻ tiền	6	0,9

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy, đa số người dân đưa ra lý do lựa chọn thuốc YHCT là do bệnh mạn tính (45,4%), bên cạnh đó là do theo y lệnh của cán bộ y tế (37,2%), được người khác giới thiệu (10,4%). Các lý do khác như an toàn, không tác dụng phụ/kháng thuốc, rẻ tiền hoặc đã chữa bằng YHHĐ nhưng không khỏi chiếm tỷ lệ thấp (0,9% đến 3,6%).



**Biểu đồ 3.6. Lý do sử dụng thuốc YHCT điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất**

Nhận xét: Nhìn chung không có sự khác biệt về lý do sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính lần gần nhất giữa nhóm nam và nữ. Riêng lý do theo y lệnh của cán bộ y tế ở nhóm nam cao hơn so với nhóm nữ (45,0% so với 33,1%,  $p < 0,05$ ).

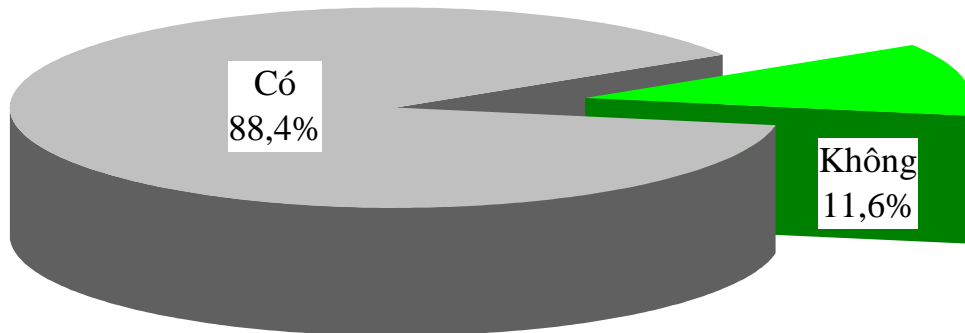
**Bảng 3.12. Lý do không sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính**

Lý do không sử dụng thuốc YHCT	Tần suất (n=264)	Tỷ lệ %
Không tin tưởng	167	63,3
Lâu khỏi/không tác dụng	131	49,6
Giá thành đắt hơn phương pháp y học hiện đại	9	3,4
Bất tiện khi sử dụng	33	12,5
Không biết thông tin về thuốc YHCT	11	4,2

Nhận xét: Bảng trên cho thấy lý do không sử dụng thuốc YHCT được nhiều đối tượng đưa ra nhất là do không tin tưởng thuốc YHCT (63,3%), tiếp đến là do lâu khỏi/không tác dụng (49,6%) và bất tiện khi sử dụng (12,5%).

Các lý do như giá thành đắt hơn phương pháp y học hiện đại và không biết thông tin về thuốc YHCT chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt là 3,4% và 4,2%).

### 3.2. NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI ĐỂ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẠN TÍNH



**Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ người cao tuổi muốn dùng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính (n=474)**

Nhận xét: Trong số 474 người được phỏng vấn có 88,4% đối tượng mong muốn dùng phương pháp điều trị bằng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính. Chỉ có 11,6% đối tượng không muốn sử dụng thuốc YHCT.

**Bảng 3.13. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo đặc điểm giới tính**

Giới tính	Muốn sử dụng		Không muốn sử dụng		p
	Tần suất	%	Tần suất	%	
Nam (n=170)	153	90,0	17	10,0	>0,05
Nữ (n=304)	266	87,5	38	12,5	
Tổng (n=474)	419	88,4	55	11,6	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ nam giới và nữ giới muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ rất cao (90,0% và



87,6%). Không có sự khác biệt về nhu cầu muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo giới tính ( $p>0,05$ ).

**Bảng 3.14. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo đặc điểm độ tuổi**

Độ tuổi	Muốn sử dụng		Không muốn		p
	Tần suất	%	Tần suất	%	
Từ 60-69 tuổi (n=294)	260	88,4	34	11,6	>0,05
Từ 70 tuổi trở lên (n=180)	159	88,3	21	11,7	
Tổng (n=474)	419	88,4	55	11,6	

Nhận xét: Tỷ lệ người dân muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính ở hai nhóm tuổi từ 60-69 tuổi và từ 70 tuổi trở lên tương đương nhau (88,4% và 88,3%,  $p>0,05$ ).

**Bảng 3.15. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo đặc điểm nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Muốn sử dụng		Không muốn		p
	Tần suất	%	Tần suất	%	
Già/không còn khả năng lao động (n=283) <sup>1</sup>	249	88,0	34	12,0	p <sub>2,3</sub> <0,05
Nghỉ hưu (n=122) <sup>2</sup>	103	84,4	19	15,6	
Nông/lâm/ngư nghiệp (n=48) <sup>3</sup>	46	95,8	2	4,2	
Các nghề khác (n=21) <sup>4</sup>	21	100,0	0	0,0	
Tổng (n=474)	419	88,4	55	11,6	

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy tất cả những người làm nghề như buôn bán, công chức/viên chức, lao động tự do, lao động thủ công đều muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính (100%). Tỷ lệ tương ứng ở nhóm làm nông/lâm/ngư nghiệp là 95,8%, người già/không còn khả năng lao động là 88,0% và nhóm nghỉ hưu là 84,4%.

**Bảng 3.16. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo điều kiện kinh tế hộ gia đình**

Điều kiện kinh tế HGĐ	Muốn sử dụng		Không muốn		p
	Tần suất	%	Tần suất	%	
Nghèo (n=31)	28	90,3	3	9,7	>0,05
Cận nghèo (n=106)	94	88,7	12	11,3	
Không nghèo (n=337)	297	88,1	40	11,9	
Tổng (n=474)	419	88,4	55	11,6	

Nhận xét: Tỷ lệ người dân thuộc hộ gia đình có điều kiện kinh tế ở mức nghèo muốn sử dụng thuốc y học cổ truyền để điều trị bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ 90,3%, tỷ lệ tương ứng ở nhóm cận nghèo là 88,7% và nhóm không nghèo là 88,1%.

**Bảng 3.17. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo số bệnh mạn tính hiện mắc**

Số lượng bệnh mạn tính hiện mắc	Muốn sử dụng		Không muốn		p
	Tần suất	%	Tần suất	%	
Một bệnh (n=71) <sup>1</sup>	68	95,8	3	4,2	p <sub>1,3</sub> <0,05; p <sub>2,3</sub> <0,01
Hai bệnh (n=371) <sup>2</sup>	327	88,1	44	11,9	
Ba bệnh (n=32) <sup>3</sup>	24	75,0	8	25,0	
Tổng (n=474)	419	88,4	55	11,6	

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy những người mắc một hoặc hai bệnh mạn tính muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính hơn so với nhóm người mắc ba bệnh mạn tính (95,8% và 88,1% so với 75,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 và p<0,01 theo thứ tự.

**Bảng 3.18. Tỷ lệ người cao tuổi muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính theo nhóm bệnh mạn tính đang bị mắc**

Tên nhóm bệnh	Muốn sử dụng		Không muốn	
	Tần suất	%	Tần suất	%
Tim mạch (n=101)	81	80,2	20	19,8
Cơ xương khớp (n=304)	288	94,7	16	5,3
Thần kinh (n=176)	162	92,0	14	8,0
Rối loạn tâm thần (n=1)	1	100,0	0	0,0
Tiêu hoá (n=133)	113	85,0	20	15,0
Hô hấp (n=43)	28	65,1	15	34,9
U bướu (n=1)	1	100,0	0	0,0
Bệnh chuyển hóa (n=40)	21	52,5	19	47,5
Sinh dục-Tiết niệu (n=4)	2	50,0	2	50,0
Suy nhược cơ thể (n=3)	3	100,0	0	0,0

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy có trên 90% đối tượng bị các bệnh thuộc nhóm bệnh cơ xương khớp, thần kinh, rối loạn tâm thần, u bướu và suy nhược cơ thể muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh (dao động từ 92% đến 100%). Nhóm bị mắc các bệnh tiêu hoá đạt 85,0% và bệnh tim mạch đạt 80,2%. Các bệnh hô hấp, bệnh chuyển hóa, sinh dục -tiết niệu chiếm tỷ lệ thấp hơn (dao động từ 50% đến 65,1%).

**Bảng 3.19. Hình thức sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính người cao tuổi mong muốn**

Hình thức sử dụng thuốc YHCT	Tần suất (n=419)	Tỷ lệ %
Thuốc thành phẩm YHCT	348	83,1
Thuốc thang	44	10,5
Thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT, thuốc tân dược	13	3,1
Bài thuốc gia truyền	10	2,4
Thuốc thang và thuốc tân dược	2	0,5
Thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược	2	0,5

Nhận xét: Hình thức sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính người dân mong muốn nhất là thuốc thành phẩm YHCT (83,1%). Tiếp theo là điều trị bằng thuốc thang (10,5%). Các hình thức điều trị khác bằng kết hợp thuốc YHCT như thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược, bài thuốc gia truyền, thuốc thang và tân dược, hay thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược chiếm tỷ lệ không đáng kể (dao động từ 0,5% đến 3,1%).

**Bảng 3.20. Địa điểm người cao tuổi muốn điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT**

Địa điểm điều trị	Tần suất (n=419)	Tỷ lệ %
Khoa đông y của bệnh viện đa khoa	211	50,4
Bệnh viện chuyên khoa YHCT	157	37,5
Phòng chẩn trị YHCT	42	10,0
Lương y	8	1,9
Người có bài thuốc gia truyền	1	0,2
Trạm y tế xã	0	0,0

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ khá cao đối tượng được phỏng vấn mong muốn điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa (50,4%). Tiếp theo là điều trị tại bệnh viện chuyên khoa YHCT (37,5%) và phòng chẩn trị YHCT (10,0%). Chỉ có 2,1% đối tượng có mong muốn điều trị ở lương y và người có bài thuốc gia truyền. Đặc biệt trong nghiên cứu này không có đối tượng nào muốn đến TYT xã để điều trị điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

Nhằm tìm hiểu thực trạng mắc bệnh mạn tính và nhu cầu sử dụng thuốc y học cổ truyền trong điều trị một số bệnh mạn tính của người cao tuổi, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 474 người từ 60 tuổi trở lên tại 4 xã Xuân Giang, Xuân An, Tiên Điền và thị trấn Nghi Xuân của huyện Nghi Xuân tỉnh Hà Tĩnh. Độ tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là 68,6 tuổi, với nhóm tuổi thường gặp nhất là 65-69 chiếm 44,1%. Tỷ lệ đối tượng là nữ giới chiếm cao hơn so với nam giới (64,1% và 35,9%). Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trung học cơ sở (44,9%). Trên một nửa (59,7%) đối tượng là người già/không còn khả năng lao động, chỉ có 25,7% đối tượng là hưu trí. Tỷ lệ đối tượng thuộc gia đình cận nghèo và nghèo lần lượt là 22,4% và 6,5%. Đặc điểm về nhóm đối tượng nghiên cứu đã phản ánh đúng thực trạng đặc điểm của nhóm mắc, điều trị bệnh mạn tính. Bệnh mạn tính thường có xu hướng mắc nhiều ở những người lớn tuổi. Đây cũng là nhóm tuổi mà có trình độ học vấn hạn chế, do thời điểm những năm 50-60 của thế kỷ 20 thì vấn đề học tập của người dân còn gặp rất nhiều khó khăn, đặc biệt là những huyện nông nghiệp và nghèo như Nghi Xuân.

#### **4.1. THỰC TRẠNG MẮC BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI**

Nghiên cứu đã tiến hành khảo sát tình hình mắc và điều trị bệnh mạn tính của đối tượng được phỏng vấn. Việc khảo sát này sẽ giúp lượng giá nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế cũng như nhu cầu sử dụng phương thức điều trị bệnh của người dân. Trong cộng đồng, nếu tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn chắc chắn nhu cầu chăm sóc sức khỏe sẽ cao hơn. Bên cạnh đó, việc có được bức tranh toàn cảnh về mô hình bệnh mạn tính của người cao tuổi cũng giúp ngành y tế chủ động trong công tác xây dựng dự án, kế hoạch chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và người cao tuổi nói riêng một cách toàn diện. Hoạt động đầu tư

cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và có trọng điểm, có chiến lược đầu tư kỹ thuật chuyên môn, trang thiết bị hiện đại, nhằm đưa ra các giải pháp chăm sóc bảo vệ sức khỏe cho nhân dân ngày một hiệu quả tốt hơn.

#### **4.1.1. Tình hình mắc bệnh mạn tính**

Sức khỏe là tiêu chí quan trọng nhất khi phân tích thực trạng về phúc lợi của người cao tuổi. Trong những năm gần đây, do đời sống vật chất và tinh thần được cải thiện cùng với những tiến bộ nhất định của hệ thống y tế, sức khỏe của người cao tuổi Việt Nam nhìn chung đã được cải thiện. Tuy nhiên, còn nhiều thách thức về chăm sóc sức khỏe của NCT Việt Nam.

Tình trạng sức khỏe của người cao tuổi phụ thuộc rất nhiều vào tuổi tác. Khi tuổi cao, sức chống đỡ và sự chịu đựng của con người trước các yếu tố và tác nhân bên ngoài cũng như bên trong kém đi rất nhiều. Đó chính là điều kiện thuận lợi để bệnh tật phát sinh và phát triển. Khảo sát của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội năm 2012 cho thấy có tới 95% người cao tuổi Việt Nam có bệnh và chủ yếu là bệnh mạn tính không lây nhiễm như: xương khớp; tim mạch và huyết áp; tiền liệt tuyến; và rối loạn tiểu tiện. Đồng thời, những bệnh tật phát sinh do thay đổi lối sống như sa sút tâm thần và trầm cảm có xu hướng tăng và tăng khi tuổi cao [7]. Mô hình bệnh tật của người cao tuổi chuyển từ bệnh lây nhiễm sang không lây nhiễm-bệnh mạn tính đang là thách thức lớn cho Việt Nam vì các bệnh không lây nhiễm có thời gian tiềm tàng kéo dài.

Ngoài ra, ở người cao tuổi bệnh thường phát triển chậm, âm thầm khó phát hiện và khi mắc bệnh thường mắc nhiều bệnh cùng một lúc, gây suy sụp sức khỏe rất nhanh chóng.

Trong nghiên cứu này, trung bình mỗi người dân được phỏng vấn hiện mắc 1,92 bệnh mạn tính, trong đó phần lớn mắc 2 bệnh (78,3%). Tỷ lệ mắc một hoặc ba bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ lần lượt là 15,0% và 6,8%. Một số nghiên cứu trước đó cũng đã chỉ ra rằng đa số người cao tuổi thường mắc

nhiều bệnh cùng một lúc, Nguyễn Minh Thành tại huyện Củ Chi trung bình một người cao tuổi mắc 2,43 bệnh đồng thời [30], của Trương Văn Hiếu tại xã Phú Diên 1,97 bệnh [10], của Trần Văn Thanh Phong tại bệnh viện Chợ Rẫy (trung bình gần 2 bệnh) [24] cũng như của tác giả Hoàng Trung Kiên tại Hà Nội (2,28 bệnh) [16]. Đặc biệt, theo số liệu báo cáo của Quỹ dân số Liên hợp quốc (UNFPA) tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính ở người cao tuổi khá cao và thường mắc nhiều bệnh đồng thời với tỷ lệ trung bình một người mắc gần 2,7 bệnh [13]. Nghiên cứu của chúng tôi tìm hiểu bệnh tật của người dân qua hỏi tiền sử bệnh thấy rằng người dân thường phối hợp đan xen giữa bệnh mới trên nền của bệnh cũ, hoặc là bệnh cũ tái phát. Cũng chính vì mắc nhiều bệnh cùng một lúc nên triệu chứng thường không điển hình, chẩn đoán phức tạp, phải dùng nhiều loại thuốc làm tăng nguy cơ tai biến do điều trị.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy thời gian mắc bệnh mạn tính trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là 4,23 năm, với độ tuổi là 68,6 tuổi có thể suy luận ra bệnh mạn tính thường xuất hiện vào độ tuổi ngoài 60 tuổi. Hiện nay, tuổi thọ trung bình của người dân là 73,2 tuổi [6] thì mỗi người cao tuổi phải “sống chung” với bệnh tật khoảng 10 năm. Cùng với sự xuất hiện đồng thời của nhiều bệnh lý trên người cao tuổi đã làm gánh nặng cho cá nhân, gia đình, xã hội và hệ thống y tế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc kéo dài, tốn kém cho người cao tuổi. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, mức độ hiểu biết về chăm sóc sức khỏe và tự chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi còn thấp, phần lớn người cao tuổi không biết các biểu hiện hoặc cách phòng chống các bệnh thường gặp. Bên cạnh đó, khả năng và tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa các nhóm người cao tuổi hết sức khác nhau và đây là một nguyên nhân khiến cho một bộ phận không nhỏ người cao tuổi không được điều trị, chăm sóc đầy đủ ngay cả khi phát hiện ra bệnh tật.

Nhóm bệnh cơ xương khớp có tỷ lệ đối tượng hiện bị mắc nhiều nhất (chiếm 64,1% trong số 474 người được phỏng vấn), tiếp theo là nhóm bệnh về

hệ thần kinh (37,1%), tiêu hoá (28,1%), tim mạch (21,3%). Về tên bệnh cụ thể, bệnh đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất (lần lượt là 25,9% và 20,7%). Tiếp đến là các bệnh hội chứng dạ dày-tá tràng, đau thần kinh tọa, thoái hoá khớp (15,0%-15,8%), các bệnh đau đầu, rối loạn tiền đình và viêm khớp dạng thấp cùng chiếm 11,8%. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường tít 2 trong nghiên cứu này là 8,4%. Các nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên [17], Nguyễn Thị Quỳnh Nga [22], Nguyễn Thị Thu Trang [39], Lê Xuân Đức [10] và Trần Văn Long [19], v.v... cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ cao người dân, đặc biệt là người cao tuổi bị mắc các bệnh về cơ xương khớp. Một đặc điểm chung của các nghiên cứu này là địa bàn điều tra là vùng nông thôn với cơ cấu nghề nghiệp chủ yếu là nông nghiệp, cộng với cuộc sống lao động thủ công, do vậy tác động lên hệ xương khớp lớn hơn nên tỷ lệ mắc các bệnh về cơ xương khớp ở mức cao. Tuy nhiên, về tỷ lệ mắc thì kết quả nghiên cứu này cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước. Trong nghiên cứu này tỷ lệ người mắc bệnh mạn tính ở nhóm cơ xương khớp chiếm 64,1%, nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên là 30,1% [17], của Nguyễn Thị Quỳnh Nga là 36,4% [22], Nguyễn Thị Thu Trang là 27,2% [39]. Điều này hoàn toàn hợp lý vì đối tượng của các nghiên cứu trước đó là người dân nói chung còn đối tượng trong nghiên cứu này tập trung vào những người từ 60 tuổi trở lên và có điều trị ít nhất 1 bệnh mạn tính trong 12 tháng qua. Từ các kết quả điều tra trên cũng cho thấy nhu cầu chăm sóc và điều trị bệnh của người dân nói chung và người già nói riêng là khá cao, đặc biệt là đối với bệnh về nhóm cơ xương khớp, hệ thần kinh, tiêu hoá, tim mạch,...

Những thông tin về tỷ lệ bệnh tật của người cao tuổi trên đây cho thấy nhu cầu cao về chăm sóc sức khỏe. Để đáp ứng nhu cầu này, cần phải có những chính sách, giải pháp phù hợp, sự đáp ứng hiệu quả từ hệ thống y tế, sự hỗ trợ và quan tâm thỏa đáng của cộng đồng đối với người cao tuổi.



Ở Việt Nam nói chung và huyện Nghi Xuân nói riêng, người cao tuổi tập trung chủ yếu ở nông thôn, với đa số đã từng làm việc trong lĩnh vực nông nghiệp. Do những điều kiện mang tính lịch sử, trình độ học vấn của người cao tuổi còn thấp nên những hiểu biết về bệnh tật, biện pháp phòng bệnh, tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế. Một khảo sát được thực hiện năm 2015 cho thấy, vẫn còn 50,3% người có tăng huyết áp và 47% người có bệnh đái tháo đường không biết về các yếu tố nguy cơ của bệnh [45]. Tương tự, điều tra năm 2016 với 45,5% bệnh nhân có kiến thức chưa đạt về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Kiến thức của người dân về các dấu hiệu cảnh báo nguy cơ ung thư còn khá hạn chế với chỉ 22,3% người dân biết được từ 4 dấu hiệu cảnh báo nguy cơ ung thư trở lên. Có tới 19,7% không kể được bất kỳ dấu hiệu nào cảnh báo nguy cơ ung thư [7]. Điều này cho thấy, công tác truyền thông, hướng dẫn chăm sóc sức khỏe đối với người cao tuổi là một nhu cầu rất chính đáng. Cho dù các phương tiện truyền thông đại chúng hiện nay đã phát triển, song không phải lúc nào cũng dễ hiểu và dễ thực hiện, dẫn đến người cao tuổi gặp khó khăn trong thực hành tự chăm sóc sức khỏe. Việc truyền thông trực tiếp thông qua các buổi gặp gỡ, nói chuyện, tư vấn cán bộ y tế sẽ thực sự hữu ích và đem lại hiệu quả cao. Ngoài ra, hoạt động truyền thông thông qua hình thức sinh hoạt các câu lạc bộ NCT (như câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau, câu lạc bộ người cao tuổi giúp người cao tuổi) cũng là nguồn cung cấp kiến thức hữu hiệu cho NCT trong việc phòng bệnh, nâng cao sức khỏe. Luật Người cao tuổi và Thông tư 35/2011/TT-BYT đã hướng dẫn các địa phương cần thực hiện trách nhiệm nâng cao sức khỏe NCT bằng truyền thông giáo dục sức khỏe. Cụ thể địa phương có nhiệm vụ “Tuyên truyền phổ biến kiến thức về rèn luyện thân thể, tăng cường sức khỏe và phòng bệnh, đặc biệt là các bệnh thường gặp ở người cao tuổi để người cao tuổi tự phòng bệnh. Tùy theo điều kiện của từng địa phương để lựa chọn hình thức tuyên truyền phù hợp,... Hướng dẫn người cao tuổi các kỹ năng phòng bệnh, chữa bệnh và tự chăm sóc sức khỏe”.

Một điều cần lưu ý đó là mặc dù thay đổi hành vi và môi trường sống cũng như quản lý các yếu tố nguy cơ chuyển hóa ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên có thể giúp cải thiện sức khỏe người cao tuổi, nhưng giảm các yếu tố nguy cơ sức khỏe từ khi còn trẻ sẽ hiệu quả hơn trong việc giúp già hóa khỏe mạnh. Các yếu tố nguy cơ sức khỏe bao gồm (i) các yếu tố liên quan đến chuyển hóa; (ii) các yếu tố liên quan đến vệ sinh, môi trường; và (iii) các yếu tố liên quan đến hành vi. Hiện nay, gánh nặng bệnh tật và tử vong ở người cao tuổi chủ yếu do các bệnh không lây nhiễm và tình trạng khuyết tật gây ra. Phần lớn nguy cơ đối với sức khỏe NCT là do tác động tích lũy của nhiều yếu tố đã có từ khi còn trẻ như hút thuốc, uống rượu, chế độ ăn và tập thể dục, môi trường làm việc. Các yếu tố về chuyển hóa có thể tác động từ giai đoạn trung tuổi nếu không được phát hiện sớm và quản lý như tăng huyết áp tâm thu và tăng đường huyết [7].

Còn theo Tổ chức Y tế Thế giới, già hóa dân số đang là xu thế chính trong thế kỷ XXI và việc tăng tuổi thọ đánh dấu một thành tựu quan trọng của quá trình phát triển của nhân loại. Và để đạt mục tiêu “già hoá khỏe mạnh” đòi hỏi phải có những can thiệp phù hợp tác động vào quá trình già hóa, nâng cao năng lực nội tại và khả năng hoạt động [7]. Một trong số đó là can thiệp về dịch vụ y tế bao gồm các can thiệp cung cấp dịch vụ y tế dự phòng, chẩn đoán sớm và kiểm soát bệnh mạn tính ở giai đoạn 1 của quá trình già hóa (giai đoạn năng lực tốt và ổn định) nhằm đảo ngược, hoặc làm chậm sự suy giảm năng lực ở giai đoạn 2 (giai đoạn suy giảm năng lực) và quản lý các bệnh mạn tính đã tiến triển ở giai đoạn cuối.

Như vậy, bên cạnh hoạt động truyền thông, việc tổ chức các hoạt động khám sức khỏe định kỳ, khám chữa bệnh nhân đạo, từ thiện sẽ giúp phát hiện sớm điều trị bệnh kịp thời. Các báo cáo đã chỉ ra rằng hiện nay người cao tuổi ở nước ta vẫn chưa có thói quen đi khám bệnh định kỳ. Vì vậy khi phát hiện bệnh thường ở giai đoạn muộn, khiến việc chữa trị gặp nhiều khó khăn. Việc

phát hiện sớm các bệnh, sơ cứu, cấp cứu kịp thời không chỉ giúp cho công tác điều trị bệnh thuận lợi hơn mà còn giúp làm giảm các biến chứng do bệnh gây ra. Trong nhiệm vụ này, nỗ lực chính tập trung vào việc sàng lọc, kiểm soát, quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng để đối phó với sự gia tăng nhanh của bệnh không lây nhiễm, làm giảm nguy cơ xuất hiện các cơn cấp tính; ngăn ngừa, phát hiện biến chứng của bệnh. Ngoài ra, còn thực hiện việc tư vấn sức khỏe và phục hồi chức năng tại cộng đồng góp phần làm giảm gánh nặng bệnh tật, tăng chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Luật Người cao tuổi và Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi cũng đã nêu rõ, ngoài hoạt động dự phòng, ngành y tế còn có trách nhiệm thực hiện hoạt động phát hiện và điều trị sớm các bệnh liên quan người cao tuổi. Bộ Y tế đã xây dựng và phê duyệt Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2016-2020. Mục tiêu của dự án là hạn chế sự gia tăng tỷ lệ người tiền bệnh, mắc bệnh, tàn tật và tử vong sớm tại cộng đồng do bệnh không lây nhiễm. Bên cạnh đó là “Đề án chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017 - 2025” với nội dung tập trung vào các hoạt động như: (i) tăng cường truyền thông giáo dục thay đổi hành vi nâng cao nhận thức, tạo môi trường xã hội đồng thuận tham gia chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; (ii) xây dựng, phát triển phong trào chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; (iii) củng cố, hoàn thiện hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám chữa bệnh cho người cao tuổi; (iv) nâng cao năng lực cho y tế cơ sở bao gồm cả trạm y tế xã, phường, thị trấn trong thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người cao tuổi. Hi vọng với sự nỗ lực của ngành y tế và các ban ngành liên quan khác trong việc triển khai các dự án/đề án này sẽ giúp nâng cao sức khỏe người cao tuổi, tiến tới việc thực hiện “già hoá khoẻ mạnh”.

#### 4.1.2. Thực trạng điều trị bệnh mạn tính

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là quyền của NCT được quy định cụ thể trong Điều 13 của Luật Người cao tuổi [27] và được hướng dẫn chi tiết trong Thông tư số 35/2011/TT-BYT của Bộ Y tế. Trạm y tế xã là cơ sở y tế chính có trách nhiệm quản lý sức khỏe của NCT thông qua tuyên truyền giáo dục sức khỏe, lập hồ sơ theo dõi quản lý sức khỏe NCT, khám chữa bệnh phù hợp với phân tuyến kỹ thuật và phối hợp với cơ sở khám chữa bệnh tuyến trên để tổ chức kiểm tra sức khỏe định kỳ cho NCT. Tuy nhiên, hiện nay công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho NCT hiện nay còn nhiều khó khăn do chưa bố trí được kinh phí thực hiện thông tư cho NCT tại trạm y tế xã phường. Thêm vào đó, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, bác sỹ, điều dưỡng còn thiếu và yếu nên khó khăn trong khám sức khỏe định kỳ, tư vấn, tuyên truyền và phổ biến kiến thức phòng và chữa bệnh cho người cao tuổi tại cộng đồng. Chính tình trạng này dẫn đến tỷ lệ cao người cao tuổi bị mắc các bệnh mạn tính và mắc cùng lúc nhiều loại bệnh khiến cho việc điều trị mất nhiều thời gian và tốn kém chi phí. Đặc biệt, nếu người cao tuổi nằm điều trị tại một khoa theo bệnh mắc thì dễ bị bỏ sót bệnh, hội chứng hoặc điều trị không hiệu quả các bệnh đồng mắc hoặc sử dụng quá nhiều loại thuốc cùng một lúc có nguy cơ tương tác thuốc hoặc gây suy giảm chức năng, đặc biệt chức năng gan, thận và tuần hoàn [7].

Trong tổng số 917 bệnh mạn tính người dân hiện đang mắc, vẫn còn 10 đối tượng (1,8%) không điều trị gì hoặc tự điều trị tại nhà. Tính trong số 709 bệnh được điều trị, tỷ lệ được điều trị bằng phương pháp sử dụng thuốc YHCT là 70,9% (bao gồm cả đơn thuần và kết hợp), 29,1% còn lại sử dụng thuốc tân dược đơn thuần. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu tác giả Karl tại Việt Nam (23,9% người có sử dụng TCAM để điều trị bệnh mạn tính trong 12 tháng qua [56]). Vai trò của thuốc YHCT trong điều trị bệnh đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Nguyễn

Trung Kiên có 81,4% người dân đã sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh [17]), tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Khanh tại Hà Tây là 72,9% [15]. Từ các kết quả này cho thấy vai trò của thuốc YHCT trong điều trị bệnh nói chung và bệnh mạn tính nói riêng.

Tính theo từng bệnh, các bệnh đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ, đau thần kinh tọa, thoái hoá khớp, thấp khớp, rối loạn tiền đình, viêm khớp dạng thấp, viêm quanh khớp vai, viêm gan, suy nhược cơ thể người già có tỷ lệ điều trị bằng thuốc YHCT khá cao (dao động từ 80,4-100%). Ngược lại, các bệnh có tỷ lệ thấp sử dụng thuốc YHCT bao gồm tăng huyết áp (9,2%-sử dụng phương pháp kết hợp thuốc YHCT và thuốc tân dược), hen phế quản (2,4%), đái tháo đường typ 2 (2,6%-sử dụng phương pháp kết hợp) và sỏi mật (8,3%). Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, đặc biệt là các bệnh về thần kinh, cơ xương khớp và rối loạn chuyển hóa có xu hướng sử dụng y học cổ truyền/thuốc bổ sung và thay thế [47], [49], [67]. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy những bệnh hàng đầu được các bệnh viên y học cổ truyền Hàn Quốc là các bệnh về rối loạn về hệ xương, khớp và cơ, chứng khó tiêu, viêm khớp gôi mạn tính [61]. Kết quả tương tự cũng tìm thấy ở Pháp với tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn cơ-xương-khớp mạn tính được điều trị bằng liệu pháp thay thế [62].

Phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền phổ biến nhất đang được người dân sử dụng là kết hợp thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược (43,0%), tỷ lệ sử dụng thuốc thang chiếm 19,3%. Các phương pháp điều trị bằng bài thuốc gia truyền, thuốc thành phẩm YHCT, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược và phương pháp khác như châm cứu, uống nghệ mật ong, nghệ đen... chiếm tỷ lệ không đáng kể (0,1%-6,5%). Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đó với tỷ lệ cao hơn người dân sử dụng phương pháp kết hợp điều trị bằng y học cổ truyền và y học hiện đại so với phương pháp điều trị đơn thuần [15], [17], [22], [39]. Việc

sử dụng kết hợp YHCT và y học hiện đại trong điều trị bệnh của người dân hoàn toàn phù hợp với định hướng của nhà nước về phát triển YHCT cho chăm sóc sức khỏe trong nhân dân đó là “Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong khám bệnh, chữa bệnh theo nguyên tắc kết hợp khám bệnh, chẩn đoán, chữa bệnh y học cổ truyền với phương pháp khám bệnh, chẩn đoán, chữa bệnh của y học hiện đại và ngược lại” (Thông tư số 50/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010) [3]. Chính vì vậy, việc tiếp tục tìm ra những phương hướng thích hợp để hiện đại hóa y học cổ truyền và kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại vẫn đang là vấn đề mang tính chiến lược hiện nay.

Địa điểm được người dân lựa chọn nhiều nhất để điều trị bệnh mạn tính bằng phương pháp y học cổ truyền là tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa (44,1%), tiếp đến là phòng chẩn trị YHCT (15,8%). Tỷ lệ đối tượng điều trị tại TYT xã ở mức thấp (7,9%), tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lê Hoa [11]. Việc các đối tượng đến điều trị tại TYT xã thấp có thể do điều kiện kinh tế của người dân hiện nay đã được cải thiện và việc đi lại thuận tiện hơn. Bên cạnh đó, hiện nay việc thanh toán bảo hiểm y tế tại tuyến xã mới chú trọng chi trả cho các danh mục thuốc y học hiện đại, các loại thuốc YHCT hiện có tại các TYT cũng không nhiều, chủ yếu là sử dụng các loại cây thuốc được trồng tại TYT xã và điều trị các bệnh thông thường. Thực tế hiện nay cho thấy việc khám chữa bệnh bằng thuốc YHCT tại các trạm y tế xã còn nhiều hạn chế do vấn đề thiếu nhân lực, cộng thêm với tình trạng thiếu thuốc YHCT, chế độ thanh toán bảo hiểm y tế, cơ sở vật chất, trang thiết bị còn thiếu thốn, v.v... Để đạt được mục tiêu đến năm 2020 tỷ lệ sử dụng YHCT tại tuyến xã đạt 40% theo “Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020” [32] thì ngành y tế nói chung và ngành y tế huyện Nghi Xuân nói riêng cần phải xây dựng những giải pháp cụ thể và thích hợp để tăng cường năng lực khám chữa bệnh đặc biệt là khám chữa bệnh bằng phương pháp y học cổ truyền cho các TYT xã. Các giải pháp

cụ thể như: khảo sát, xây dựng và ban hành quy định về nhân lực và trang thiết bị để thực hiện các nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và phục hồi chức năng cho người cao tuổi; tổ chức tập huấn nâng cao năng lực về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho cán bộ y tế,...

Khi được hỏi về lý do người dân lựa chọn thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính, có 45,4% cho biết là do bệnh mạn tính, bên cạnh đó là do theo y lệnh của cán bộ y tế (37,2%), được người khác giới thiệu (10,4%). Các lý do khác như an toàn, không tác dụng phụ/kháng thuốc, rẻ tiền hoặc đã chữa bằng YHĐD nhưng không khỏi dao động từ 0,9% đến 3,6%. Một điều khá trùng hợp là một số nghiên cứu khác khi hỏi về lý do người dân sử dụng thuốc YHCT để điều trị các bệnh nói chung (không riêng gì bệnh mạn tính) thì đa số cũng cho biết là do bệnh mạn tính. Nghiên cứu về tình hình sử dụng thuốc YHCT của người Cao Lan ở Tuyên Quang cũng đã chỉ ra rằng đồng bào ưa dùng thuốc YHCT để chữa các bệnh mạn tính như bệnh gan phù, gan vàng, trĩ, đẹn vàng trẻ em, bệnh đậu lào, bệnh não giật, bệnh não mạn tính [31]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Nga tại Gia Lâm, Hà Nội [23] cho thấy có tới 53,4% người dân cho biết lý do sử dụng y học cổ truyền là do bệnh mạn tính. Nghiên cứu của tác giả Phạm Vũ Khánh tại Hải Dương [14] cũng chỉ ra rằng các bệnh mạn tính được người dân lựa chọn sử dụng YHCT với tỷ lệ 61%, trong đó hầu hết người dân cho rằng hiệu quả điều trị của thuốc YHĐD hạn chế trong điều trị bệnh mạn tính. Các nghiên cứu của Hồ Duy Thương, Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Nguyễn Trung Kiên cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ dao động từ 48,0%-75,8% [17], [22], [33]. Các nghiên cứu lâm sàng gần đây cũng đã chứng minh rằng sử dụng phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền (bao gồm cả đơn thuần và kết hợp) không chỉ có tác dụng trong việc điều trị những chứng bệnh thông thường mà còn điều trị những bệnh phức tạp, mạn tính và cả những bệnh hiểm nghèo như ung thư, HIV/AIDS (điều trị hỗ trợ).

Ngược lại, trong số 264 bệnh mạn tính lần gần nhất không được điều trị bằng thuốc YHCT, lý do được nhiều đối tượng đưa ra nhất là do không tin tưởng thuốc YHCT (63,3%), tiếp đến là do lâu khỏi/không tác dụng (49,6%) và bất tiện khi sử dụng (12,5%). Các lý do như giá thành đắt hơn phương pháp y học hiện đại và không biết thông tin về thuốc YHCT chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt là 3,4% và 4,2%). Đây đa số là những người trường hợp đang mắc các bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường typ II đang được điều trị bằng thuốc tân dược tại các CSYT theo chương trình mục tiêu y tế quốc gia mà chưa sử dụng thuốc YHCT. Do đó, họ cho rằng thuốc y học cổ truyền không điều trị được những bệnh này, và/hoặc nếu điều trị thì lâu khỏi/không có tác dụng.

#### **4.2. NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI ĐỂ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẠN TÍNH**

Kết quả phỏng vấn cho thấy có 88,4% đối tượng mong muốn dùng phương pháp điều trị bằng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính. Kết quả một số nghiên cứu trước đó cũng cho thấy nhu cầu sử dụng thuốc YHCT của người dân trong điều trị bệnh nói chung là khá cao. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Nga với 58,3% người dân mong muốn sử dụng thuốc y học cổ truyền để chữa bệnh và nâng cao sức khỏe [22].

Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt về nhu cầu sử dụng thuốc YHCT trong điều trị bệnh mạn tính về giới tính, nhóm tuổi. Tuy nhiên, tỷ lệ này ở nhóm có nghề nghiệp làm nông/lâm/ngư nghiệp cao hơn so với nhóm nghỉ hưu (95,8% so với 84,4%,  $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó, tỷ lệ muốn sử dụng YHCT trong điều trị bệnh mạn tính ở nhóm chỉ mắc một hoặc hai bệnh cao hơn nhóm mắc ba bệnh (95,8% và 88,1% so với 75,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và  $p < 0,01$ . Giải thích cho kết quả của nghiên cứu là do nhóm mắc từ 3 bệnh trở lên là những người đang mắc các bệnh tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường hiện đang điều trị bằng thuốc tân dược nên không có nhu cầu sử dụng thuốc YHCT. Tuy nhiên, các tài liệu chuyên ngành



cũng như các nghiên cứu lâm sàng đã cho thấy có thể sử dụng các bài thuốc YHCT để điều trị các bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường typ 2 [1], [8], [21]. Do vậy, cần phổ biến rộng rãi các bài thuốc YHCT này nhằm gia tăng tỷ lệ người dân sử dụng trong điều trị các bệnh trên.

Cũng tương tự với thực trạng điều trị bệnh mạn tính, hầu hết người dân mắc các bệnh thuộc nhóm bệnh cơ xương khớp, thần kinh, rối loạn tâm thần, u bướu và suy nhược cơ thể muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh (92% đến 100%). Nhóm bị mắc các bệnh tiêu hoá đạt 85,0% và bệnh tim mạch đạt 80,2%. Các bệnh hô hấp, bệnh chuyển hóa, sinh dục -tiết niệu chiếm tỷ lệ dao động từ 50% đến 65,1%. Điều này cho thấy vai trò của thuốc y học cổ truyền đối với việc điều trị hầu hết các bệnh mạn tính mà người dân tại địa bàn nghiên cứu mắc phải. Qua đây cũng cho thấy việc đào tạo nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế cần phải dựa vào mô hình bệnh tật của địa phương cũng như phương thức điều trị được người dân lựa chọn để xác định các vấn đề sức khoẻ ưu tiên và nội dung đào tạo nhằm mang lại hiệu quả đào tạo cao hơn. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy cần triển khai thêm các nghiên cứu tìm hiểu về tỷ lệ sử dụng thuốc YHCT và lý do sử dụng trong điều trị bệnh mạn tính tại cộng đồng ở các địa phương khác nhau nhằm xây dựng định hướng phát triển y học cổ truyền phù hợp và hiệu quả.

Hình thức sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính người dân mong muốn nhất là thuốc thành phẩm YHCT (83,1%). Tiếp theo là điều trị bằng thuốc thang (10,5%). Các hình thức điều trị khác bằng kết hợp thuốc YHCT như thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược, bài thuốc gia truyền, thuốc thang và tân dược, hay thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược chiếm tỷ lệ thấp (0,5%-3,1%). Các nghiên cứu trước đó đã chỉ ra rằng một trong các lý do người dân không sử dụng thuốc YHCT là do bất tiện. Trong khi đó hiện nay thuốc tân dược một mặt rất sẵn có, mặt khác lại rất tiện lợi trong việc sử dụng. Ngược lại, mặc dù các loại dược liệu trong

YHCT đã được đầu tư để cải tiến hình thức sử dụng nhưng việc sử dụng các loại dược liệu, thuốc YHCT vẫn còn nhiều những hạn chế, rườm rà bởi đa phần khi sử dụng thuốc y học cổ truyền phải thực hiện việc sao/sắc/đun nấu. Có một số sản phẩm, vị thuốc được bào chế bằng viên nang, tễ nhưng chưa nhiều và sử dụng với liều lượng lớn. Từ nhu cầu của người dân trong nghiên cứu này cho thấy việc nghiên cứu chế tạo các chế phẩm sử dụng an toàn, có hiệu quả, tiện lợi trong điều trị bệnh mạn tính như vậy sẽ thuận tiện hơn cho bệnh nhân trong quá trình điều trị, đặc biệt là trong bối cảnh công nghiệp hoá, hiện đại hoá hiện nay là hết sức cần thiết.

Đa số đối tượng được phỏng vấn mong muốn điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa (50,4%), tiếp đến là tại bệnh viện chuyên khoa YHCT (37,5%) và phòng chẩn trị YHCT (10,0%). Chỉ có 2,1% đối tượng có mong muốn điều trị ở lương y và người có bài thuốc gia truyền. Đặc biệt trong nghiên cứu này không có đối tượng nào muốn đến TYT xã để điều trị điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT. Kết quả này hoàn toàn trái ngược với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Nga với tỷ lệ người dân mong muốn được điều trị bệnh bằng thuốc YHCT tại TYT xã chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%), tiếp đến là tại nhà các ông lang, bà mẹ (19,5%), trong khi tại khoa y học cổ truyền bệnh viện huyện chỉ chiếm 14,6% và bệnh viện chuyên khoa YHCT là 11,4% [22]. Có thể giải thích cho tình trạng này là do: thứ nhất, đối tượng của nghiên cứu là những người bị mắc bệnh mạn tính trong khi của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Nga là người dân nói chung, do vậy việc điều trị bệnh mạn tính cần đến các loại thuốc đa dạng hơn, điều trị lâu hơn mà tại TYT không đáp ứng được. Thứ hai, thời điểm giữa 2 nghiên cứu cách nhau 3 năm, các chính sách về bảo hiểm y tế đã có sự thay đổi, cộng với địa điểm nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Nga là tại 4 xã thuộc khu vực miền núi huyện Như

Xuân, Thanh Hoá nơi có điều kiện kinh tế thấp hơn nên người dân sẽ ưu tiên lựa chọn TYT để khám chữa bệnh trước tiên.

Không chỉ riêng tại các TYT xã, năng lực đáp ứng khám chữa bệnh bằng thuốc y học cổ truyền tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân vẫn còn nhiều hạn chế. Kết quả trao đổi với lãnh đạo bệnh viện đa khoa huyện cho thấy hiện nay về cơ bản bệnh viện đã có đủ các dụng cụ và thuốc phục vụ cho việc điều trị nội trú về y học cổ truyền. Tuy nhiên, việc triển khai hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT vẫn còn khó khăn. Thứ nhất, nhân lực khám chữa bệnh YHCT tại đơn vị chủ yếu vẫn là nhóm cán bộ có trình độ y sĩ. Tính trên dân số, mỗi bác sĩ YHCT phải phục vụ hàng chục nghìn dân, trong khi cán bộ hiện đang rất thiếu kiến thức chuyên môn về lão khoa, về phát hiện, tư vấn, dự phòng và quản lý bệnh không lây nhiễm. Thứ hai, việc thanh toán bảo hiểm y tế cho bệnh nhân điều trị bằng thuốc y học cổ truyền còn nhiều hạn chế nên đã ảnh hưởng tới việc khám chữa bệnh của người dân đặc biệt đối với người nghèo/cận nghèo. Thứ ba, bệnh viện hiện vẫn chưa có phòng khám đông y riêng biệt để phục vụ khám chữa bệnh ngoại trú cho người dân. Trong khi người cao tuổi rất mong muốn được điều trị bệnh mạn tính tại bệnh viện huyện thì rất cần thiết phải nâng cao năng lực khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền trong đó ưu tiên vào việc tăng cường công tác đào tạo nâng cao trình độ cho đội ngũ cán bộ làm công tác y học cổ truyền thông qua các khoá đào tạo ngắn hạn, dài hạn.

Báo cáo của Bộ Y tế đã chỉ rõ, nhu cầu sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của NCT hiện nay là rất lớn, chủ yếu ở tuyến cơ sở, tập trung vào việc dự phòng, nâng cao sức khoẻ, sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị các bệnh không lây nhiễm. Tuy nhiên, hiện nay quy mô tổ chức của mạng lưới lão khoa còn hết sức khiêm tốn, nguồn nhân lực còn rất hạn chế. Trong khi đó, tổ chức và cơ chế hoạt động của hệ thống y tế còn thiếu sự kết nối ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc sức khoẻ toàn diện, liên tục cho người cao tuổi. Y tế

cơ sở và y tế dự phòng chưa được chuẩn bị đầy đủ để đáp ứng với nhu cầu chăm sóc sức khoẻ ngày càng tăng của NCT; chưa được đào tạo kiến thức và kỹ năng về chăm sóc sức khoẻ cho NCT; năng lực trong việc cung cấp các dịch vụ dự phòng, khám sức khoẻ định kỳ, khám sàng lọc phát hiện và quản lý điều trị nhằm kiểm soát các bệnh không lây nhiễm nói chung còn hạn chế,... Bởi vậy, bên cạnh việc tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cho NCT thì các biện pháp bảo vệ về tài chính nhằm nâng cao khả năng tiếp cận sử dụng các dịch vụ y tế và giảm nguy cơ chi phí thảm hoạ và nghèo hoá do chi tiêu y tế ở các hộ gia đình có NCT cũng cần phải được quan tâm [7].

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng mắc bệnh mạn tính của người cao tuổi

Trung bình mỗi NCT đang bị mắc 1,92 bệnh mạn tính, trong đó phần lớn mắc 2 bệnh (78,3%). Thời gian mắc bệnh mạn tính từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (79,8%), với thời gian mắc bệnh trung bình là 4,23 năm.

Nhóm bệnh cơ xương khớp có tỷ lệ bị mắc nhiều nhất (64,1%), tiếp theo là bệnh về hệ thần kinh (37,1%), tiêu hoá (28,1%), tim mạch (21,3%). Bệnh đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ và tăng huyết áp có tỷ lệ mắc nhiều nhất (25,9 % và 20,7%).

Địa điểm điều trị bệnh mạn tính gần đây nhất của NCT chủ yếu tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa (44,1%), tiếp đến là khoa khác của bệnh viện đa khoa (20,7%) và phòng chẩn trị YHCT (15,8%).

Tỷ lệ bệnh mạn tính được NCT sử dụng thuốc YHCT để điều trị lần gần nhất là 70,9%. Đa số các đối tượng điều trị bằng phương pháp kết hợp thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược (43,0%), điều trị bằng thuốc tân dược chiếm 29,1%, và thuốc thang chiếm 19,3%.

Lý do NCT lựa chọn thuốc YHCT là do bệnh mạn tính (45,4%), theo y lệnh của cán bộ y tế (37,2%), được người khác giới thiệu (10,4%). Ngược lại, lý do không sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính là không tin tưởng thuốc YHCT (63,3%), lâu khỏi/không tác dụng (49,6%), bất tiện khi sử dụng (12,5%).

### 2. Nhu cầu sử dụng thuốc YHCT của người cao tuổi để điều trị các bệnh mạn tính

Phần lớn (88,4%) NCT mong muốn dùng phương pháp điều trị bằng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính. Nhóm mắc một hoặc hai bệnh mạn tính muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính hơn so với nhóm người mắc ba bệnh mạn tính (95,8% và 88,1% so với 75,0%).

Có trên 90% người bị bệnh thuộc nhóm cơ xương khớp, thần kinh, rối loạn tâm thần, u bướu và suy nhược cơ thể muốn sử dụng thuốc YHCT (92% đến 100%). Nhóm bệnh tiêu hoá đạt 85,0% và bệnh tim mạch đạt 80,2%. Các bệnh hô hấp, bệnh chuyển hóa, sinh dục - tiết niệu từ 50% đến 65,1%.

Hình thức sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính NCT mong muốn nhất là thuốc thành phẩm YHCT (83,1%), tiếp theo là thuốc thang (10,5%).

Đa số NCT muốn điều trị bệnh mạn tính bằng thuốc YHCT tại khoa đông y của bệnh viện đa khoa (50,4%), 37,5% muốn điều trị tại bệnh viện chuyên khoa YHCT và 10,0% tại phòng chẩn trị YHCT.

## KHUYẾN NGHỊ

Từ các kết quả nghiên cứu trên đây, chúng tôi rút ra một số khuyến nghị như sau:

1. Các chương trình y tế cần quan tâm hơn nữa đến công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, tập trung vào các nhóm bệnh cơ xương khớp, thần kinh, tiêu hoá và tim mạch. Các hoạt động can thiệp có thể bao gồm:

- Triển khai các hình thức tuyên truyền, phổ biến kiến thức phổ thông về chăm sóc sức khỏe; hướng dẫn người cao tuổi kỹ năng phòng bệnh, chữa bệnh và tự chăm sóc sức khỏe;

- Tổ chức các chiến dịch chăm sóc sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi để khám sàng lọc một số bệnh thường gặp ở người cao tuổi và lập hồ sơ theo dõi sức khỏe cho người cao tuổi.

2. Nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ điều trị bệnh mạn tính của người cao tuổi nói chung và điều trị bằng phương pháp y học cổ truyền nói riêng, ưu tiên trạm y tế xã và bệnh viện đa khoa huyện.

3. Tiếp tục nghiên cứu và chế biến các dạng thuốc thành phẩm y học cổ truyền nhằm đáp ứng nhu cầu sử dụng của người dân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tài liệu tiếng Việt

1. **Nguyễn Thị Bay (2007)**, *Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp đông-tây y)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2007.
2. **Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2002)**, “Vấn đề sử dụng hợp lý và an toàn thuốc y học cổ truyền”, *Tạp chí Dược học*, số 5, tr.4-7.
3. **Bộ Y tế (2010)**, Thông tư *Hướng dẫn kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh*, số 50/2010/TT-BYT, ngày 31/12/2010.
4. **Bộ Y tế (2016)**, Thông tư *Quy định về kê đơn thuốc y học cổ truyền, kê đơn thuốc y học cổ truyền kết hợp với thuốc tân dược trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, số 01/2016/TT-BYT, ngày 05/1/2016.
5. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2015)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014- Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*.
6. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2016)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015-Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*.
7. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2017)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016-Hướng tới mục tiêu già hoá khỏe mạnh ở Việt Nam*.
8. **Quan Thế Dân (2014)**, *Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ điều trị đái tháo đường týp 2 có biến chứng thận trong thực nghiệm và trên lâm sàng*, Luận án tiến sĩ YHCT, trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Dự án quản trị và tài chính y tế (2015)**, *Điều tra khảo sát về sử dụng quỹ BHYT tại 6 tỉnh năm 2014*.
10. **Lê Xuân Đức và cộng sự (2013)**, *Báo cáo kết quả Nghiên cứu mô hình bệnh tật và nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi đến điều trị tại bệnh viện huyện Phú Vang năm 2013*.



11. **Nguyễn Thị Lê Hoa (2015)**, “*Nghiên cứu thực trạng y học cổ truyền ở huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An*”, Luận văn Thạc Sĩ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
12. **Vũ Minh Hoàn (2014)**, *Nghiên cứu tác dụng của cao lỏng Vị quản kháng trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính helicobacter pylori dương tính*, Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
13. **Lê Văn Khảm (2014)**, “*Vấn đề người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay*”, *Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam*, 7(80), tr.77-87.
14. **Phạm Vũ Khánh và cộng sự (2013)**, “*Thực trạng sử dụng y học cổ truyền tại tuyến xã ở tỉnh Hải Dương*”, *Tạp chí y học thực hành*, 865(4), tr.14-17.
15. **Trần Văn Khanh (2006)**, *Thực trạng sử dụng y học cổ truyền của người dân tỉnh Hà Tây năm 2006*, Luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
16. **Hoàng Trung Kiên (2014)**, *Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội*, Luận án tiến sĩ y học, chuyên ngành Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
17. **Nguyễn Trung Kiên (2014)**, *Thực trạng y học cổ truyền tại tuyến xã huyện Can Lộc tỉnh Hà Tĩnh năm 2014*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
18. **Thế Lộc, Phạm Viết Dự (2012)**, “*Nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của bài thuốc MD-07 và đánh giá bước đầu tác dụng hỗ trợ điều trị của thuốc MD-07 ở bệnh nhân HIV/AIDS*”, *Tạp chí y dược học cổ truyền Quân sự*, số 1/2012.

19. **Trần Văn Long (2015)**, *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức-thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011-2012*, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, trường Đại học Y tế công cộng.
20. **Nguyễn Tuấn Lượng, Trịnh Hoài Nam (2012)**, *Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm tiền liệt tuyến mạn tính của bài thuốc CPI*, Tạp chí y dược học cổ truyền Quân sự, số 3/2012.
21. **Trương Tuyết Mai, Phạm Thị Lan Anh và cộng sự (2012)**, “Khả năng kiểm soát đường huyết sau ăn của sản phẩm VOSCAP chiết tách từ lá vối, lá ổi, lá sen trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Hà Nội”, *tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 8(3), tr.18-25.
22. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga (2014)**, *Tình hình bệnh tật và thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền của huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa năm 2014*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam.
23. **Nguyễn Thị Thu Nga (2012)**, *Thực trạng cung cấp và sử dụng y học cổ truyền tại tuyến xã của huyện Gia Lâm, Hà Nội năm 2011*, Luận văn thạc sĩ, trường Đại học Y tế công cộng.
24. **Trần Văn Thanh Phong và Nguyễn Văn Trí ( 2012)**, “Mô hình bệnh tật ở người cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2009”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16 (1), tr.248 -252.
25. **Nguyễn Thị Phương, Phan Anh Tuấn (2013)**, “Đánh giá tác dụng của bài thuốc “TA3” trên bệnh nhân viêm đại tràng mạn tính mức độ nhẹ và vừa bằng phương pháp thực giữ”, *Tạp chí y dược học cổ truyền Quân sự*, (2), tr.35-40.
26. **Quốc hội (2009)**, *Luật khám bệnh, chữa bệnh*, số 40/2009/QH12.
27. **Quốc hội (2009)**, *Luật người cao tuổi*, số 29/2009/QH12.

28. **Đặng Trúc Quỳnh (2014)**, *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Cát căn thang điều trị bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
29. **Bùi Minh Sang (2013)**, “Nhận xét bước đầu tác dụng điều trị của thuốc ‘TP3’ qua 40 trường hợp viêm gan virus B mạn tính”, *Tạp chí y dược học cổ truyền Quân sự*, (2), tr.28-30.
30. **Dương Thị Minh Tâm (2010)**, “Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ của người cao tuổi tại huyện Cần Đước, tỉnh Long An”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 2, tr.92 -99.
31. **Đặng Kim Thanh, Ty Thị Hoàn (2008)**, “Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc y học cổ truyền của người Cao Lan tại xã Đội Cấn, huyện Yên Sơn, tỉnh Tuyên Quang”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tr.48-52.
32. **Thủ tướng Chính phủ (2010)**, Quyết định về việc ban hành *Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020*, số 2166/QĐ-TTg, ngày 30/11/2010.
33. **Hồ Duy Thương (2015)**, *Nhu cầu và thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền của người dân tại 4 xã huyện Hương Sơn tỉnh Hà Tĩnh năm 2014*, Luận văn thạc sĩ y học cổ truyền, Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam.
34. **Tổ chức Y tế Thế giới (2013)**, *Chiến lược Y học cổ truyền của Tổ chức Y tế Thế giới: 2014-2023*.
35. **Tổng cục Thống kê (2010)**, *Tổng điều tra Dân số và nhà ở năm 2009, các kết quả chủ yếu*.
36. **Tổng cục Thống kê (2013)**, *Điều tra biến động Dân số và Kế hoạch hoá gia đình thời điểm 1/4/2012. Các kết quả chủ yếu*.
37. **Tổng cục Thống kê (2014)**, *Báo cáo kết quả chủ yếu điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ thời điểm 1/4/2014*.

38. **Tổng cục Thống kê và Quỹ Dân số Liên hợp quốc (2016)** Dự báo Dân số Việt Nam 2014-2049, *Nhà xuất bản Thông tấn*, Hà Nội.
39. **Nguyễn Thị Thu Trang (2014)**, *Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại huyện Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa năm 2014*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
40. **Lê Tư (2015)**, *Đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc bổ dương hoàn ngũ thang trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn thạc sĩ y học cổ truyền, Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam.
41. **Nguyễn Thị Thanh Tú (2015)**, *Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của viên nang cứng Hoàng Kinh trong điều trị viêm khớp dạng thấp*, Luận văn tiến sĩ Y học chuyên ngành Y học cổ truyền, trường Đại học Y Hà Nội.
42. **Lê Văn Tuấn, Nguyễn Hải Hằng, Phạm Thắng (2009)**, *Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại Viện Lão khoa quốc gia năm 2008*, Tạp chí Y học thực hành, 6(666).
43. **Ủy ban quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2012)**, *Điều tra về người cao tuổi Việt Nam năm 2011. Kết quả chủ yếu*.
44. **Trần Thị Hải Vân (2016)**, *Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng kháng u sarcoma 180 của cốm cây sói rừng *Sarcandra glabra* (Thunb.) Nakai trên thực nghiệm*, Luận văn tiến sĩ Y học chuyên ngành Y học cổ truyền, trường Đại học Y Hà Nội.
45. **Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2016)**, *Điều tra hộ gia đình năm 2015*.
46. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2016)**, *Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt về thực trạng sức khỏe, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tại 6 tỉnh thuộc 6 vùng kinh tế xã hội của Việt Nam năm 2014-2015*.

## Tài liệu tiếng Anh

47. **Chun-Chuan Shih, et al (2012)**, “The association between socioeconomic status and traditional chinese medicine use among children in Taiwan”, *BMC Health Services Research*, **12**:27.
48. **Coton X. and et al. (2008)**, “The healthcare-seeking behaviour of schizophrenic patients in Cambodia”, *Int J Soc Psychiatry*, 54(4), pp.328-337.
49. **Darshan H. Mehta, et al (2007)**, “Use of Complementary and Alternative Therapies by Asian Americans. Results from the National Health Interview Survey”, *Society of General Internal Medicine*, 22, pp.762-767.
50. **Goodman RA. and et al. (2013)**, “Defining and Measuring Chronic Conditions: Imperatives for Research, Policy, Program, and Practice”, *Prev Chronic Dis.*, 10:120239.
51. **Hasan SS. and et al. (2009)**, “Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases at outpatient clinics”, *Complement Ther Clin Pract.*, 15(3), pp.152-157.
52. **Ichinosuke Hyodo, et al (2005)**, “Nationwide Survey on Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients in Japan”, *J Clin Oncol*, 23(12), pp.2645-2654.
53. **Institute for Health Metrics and Evaluation (2016)**, *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results*. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
54. **International Agency for Research on Cancer (2012)**, *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*.

55. **Jiang M. and et al. (2011)**, “The Role of Chinese Medicine in the Treatment of Chronic Diseases in China”, *Planta Med.*, 77, pp.873-881.
56. **Karl Peltzer and et al. (2016)**, “The utilization of traditional, complementary and alternative medicine for non-communicable diseases and mental disorders in health care patients in Cambodia, Thailand and Vietnam”, *MC Complementary and Alternative Medicine*, pp.16:92.
57. **Lee GB. and et al. (2004)**, “Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated with perceived quality of care and cultural beliefs”, *Fam Pract.*, 21(6), pp.654-660.
58. **Molassiotis A., et al (2005)**, “Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey”, *Annals of Oncology*, 16, pp.655-663.
59. **Moolasarn S. and et al. (2005)**, “Usage of and cost of complementary/alternative medicine in diabetic patients”, *J Med Assoc Thai*, 88(11), pp.1630-1637.
60. **Puataweepong P. and et al. (2012)**, “A survey of complementary and alternative medicine use in cancer patients treated with radiotherapy in Thailand”, *Evid Based Complement Alternat Med.*, 2012:670408.
61. **Rawlins M. (2008)**, “De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions”, *Clinical Medicine*, 8(6), pp.579-588.
62. **Rossignol M. and et al. (2011)**, “Who seeks primary care for musculoskeletal disorders with physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3-LASER survey in France”, *BMC Musculoskeletal Disorder*, (12), pp.21-26.
63. **Shaharudin SH. and et al. (2011)**, “The use of complementary and alternative medicine among Malay breast cancer survivors”, *Altern Ther Health Med.*, 17(1), pp.50-56.

64. **Skovgaard L. and et al. (2012)**, “Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in the Nordic Countries”, *Autoimmune Diseases*, 841085, doi: 10.1155/2012/841085.
65. **Supoken A. and et al. (2009)**, “Proportion of gynecologic cancer patients using complementary and alternative medicine”, *Asian Pac J Cancer Prev*, 10(5), pp.779-782.
66. **Tangkiatkumjai M. and et al. (2013)**, “Prevalence of herbal and dietary supplement usage in Thai outpatients with chronic kidney disease: a cross-sectional survey”, *BMC Complement Altern Med.*, 13:153.
67. **Vincent CH Chung, et al (2009)**, “Age, chronic non-communicable disease and choice of traditional Chinese and western medicine outpatient services in a Chinese population”, *BMC Health Services Research*, 9:207.
68. **Wazaify M. and et al. (2013)**, “Complementary and alternative medicine (CAM) use among Jordanian patients with chronic diseases”, *Complement Ther Clin Pract.*, 19(3), pp.153-157.
69. **WHO**, *Chronic diseases*, [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/).
70. **Yueh Hsiang Liao, et al (2013)**, “Distributions of Usage and the Costs of Conventional Medicine and Traditional Chinese Medicine for Lung Cancer Patients in Taiwan”, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 984876, 11 pages.
71. **Zhang Q. and et al. (2011)**, “*The importance of traditional Chinese medicine services in health care provision in China.*”, *Universitas Forum*, 2(2), pp.1-8.

**PHỤ LỤC**  
**PHIẾU PHÒNG VẤN NGƯỜI DÂN**

Mã phiếu:.....

**PHIẾU PHÒNG VẤN VỀ TÌNH HÌNH MẮC BỆNH MẠN TÍNH VÀ NHU CẦU  
SỬ DỤNG THUỐC YHCT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI DÂN**

1. Xã:.....Mã số <input type="text"/>	2. Ngày phỏng vấn: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /2017
3. Họ và tên người được phỏng vấn:.....SĐT.....	
4. Họ và tên ĐTV:.....Ký tên.....	

**Xin chào Ông/bà!** Tôi tên là..... học viên cao học-Học Viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam. Tôi đang thực hiện đề tài luận văn thạc sĩ của mình với tên “Nhu cầu sử dụng thuốc y học cổ truyền trong điều trị một số bệnh mạn tính của người dân và khả năng đáp ứng của thầy thuốc trên địa bàn một số xã thuộc huyện Nghi Xuân tỉnh Hà Tĩnh”.

Một hoạt động chính của luận văn là thu thập thông tin của người dân. Chúng tôi sẽ có một số câu hỏi về tình hình sức khỏe, hành vi khám điều trị bệnh và nhu cầu sử dụng thuốc YHCT trong điều trị muốn xin ý kiến của Ông/bà. Sự tham gia của Ông/bà vào nghiên cứu góp phần quan trọng trong việc cung cấp thông tin nhằm đưa một số giải pháp tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng thuốc YHCT trong điều trị bệnh mạn tính của người dân trên địa bàn.

Chúng tôi mong rằng Ông/bà hợp tác và cung cấp thông tin chính xác nhất để đảm bảo chất lượng nghiên cứu. Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Trong khi phỏng vấn, nếu Ông/bà thấy không thoải mái với bất kỳ câu hỏi nào, Ông/bà có quyền từ chối trả lời. Tất cả những thông tin Ông/bà cung cấp sẽ được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**PHẦN 1: THÔNG TIN CHUNG CỦA NGƯỜI TRẢ LỜI PHÒNG VẤN**

**C1.** Ông/bà sinh năm bao nhiêu?  (lưu ý: năm sinh từ 1957 trở về trước)

**C2.** Giới tính?

1. Nam

2. Nữ

**C3.** Ông/bà là người dân tộc nào?

1. Kinh

2. Dân tộc khác (ghi rõ):.....

**C4.** Trình độ học vấn cao nhất của Ông/bà?

1. Không đi học/biết đọc, biết viết

5. Trung học chuyên nghiệp

2. Tiểu học

6. Cao đẳng

3. Trung học cơ sở

7. Đại học trở lên

4. Trung học phổ thông



**C5.** Nghề nghiệp chính hiện nay của Ông/bà là gì?

- |                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| 1. Nông/lâm/ngư nghiệp | 5. Nghề tự do (ghi rõ):.....       |
| 2. Lao động thủ công   | 6. Nghỉ hưu                        |
| 3. Buôn bán/kinh doanh | 7. Già/không còn khả năng lao động |
| 4. Công chức/viên chức | 8. Khác (ghi rõ):.....             |

**C6.** Điều kiện kinh tế HGĐ năm 2017 theo phân loại của UBND xã?

- |          |              |                |
|----------|--------------|----------------|
| 1. Nghèo | 2. Cận nghèo | 3. Không nghèo |
|----------|--------------|----------------|

**PHẦN 2: TÌNH HÌNH MẮC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI DÂN**

**C7.** Hiện nay Ông/bà đang bị mắc các bệnh mạn tính nào? thời gian mắc được bao nhiêu năm? và lần điều trị gần đây nhất cách đây bao nhiêu tháng?

*Bệnh mạn tính là những bệnh diễn biến chậm, kéo dài, thời gian mắc bệnh  $\geq 3$  tháng và đã được CBYT chẩn đoán; Thời gian bị bệnh được tính từ khi được CBYT chẩn đoán đến thời điểm phỏng vấn, nếu thời gian mắc dưới 1 năm ghi số 0. Nếu đang điều trị ghi rõ “đang điều trị”*

Nhóm bệnh	Tên bệnh	Thời gian bị bệnh (năm)	Thời gian điều trị lần gần nhất cách đây... tháng
Tim mạch	1. Tăng huyết áp		
	2. Tai biến mạch máu não		
	3. Bệnh tim thiếu máu cục bộ		
	4. Khác (ghi rõ):.....		
Cơ xương khớp	5. Viêm khớp dạng thấp		
	6. Viêm quanh khớp vai		
	7. Thoái hoá khớp		
	8. Loãng xương		
	9. Thấp khớp		
	10. Đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ		
	11. Khác (ghi rõ):.....		
Thần kinh	12. Đau đầu		
	13. Rối loạn tiền đình		
	14. Đau thần kinh tọa		
	15. Parkinson/Alzheimer		
	16. Khác (ghi rõ):.....		
	Rối loạn tâm thần	17. Sa sút trí tuệ	
18. Rối loạn tâm thần			
19. Khác (ghi rõ):.....			
Tiêu hoá	20. Rối loạn tiêu hóa		
	21. Hội chứng dạ dày - tá tràng		

Nhóm bệnh	Tên bệnh	Thời gian bị bệnh (năm)	Thời gian điều trị lần gần nhất cách đây... tháng
	22. Sởi mạt		
	23. Trĩ		
	24. Viêm gan		
	25. Khác (ghi rõ):.....		
Hô hấp	26. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính		
	27. Hen phế quản		
	28. Lao phổi		
	29. Khác (ghi rõ):.....		
U bướu	30. Ung thư gan		
	31. Ung thư phổi		
	32. Ung thư dạ dày		
	33. Khác (ghi rõ):.....		
Bệnh chuyển hóa	34. Đái tháo đường typ 2		
	35. Khác (ghi rõ):.....		
Sinh dục - Tiết niệu	36. Suy thận		
	37. Khác (ghi rõ):.....		
Suy nhược cơ thể	38. Suy nhược cơ thể người già		
Da liễu	39. Nấm da		
	40. Phong		
	41. Khác (ghi rõ):.....		
Khác:.....	42. ....		

**C8. Lần gần đây nhất, Ông/bà đã điều trị (các) bệnh mạn tính này ở đâu?**

*Ghi đúng số thứ tự bệnh tương ứng ở câu C7. Khoanh tròn vào **một số duy nhất** với mỗi loại bệnh.*

Nếu người bệnh có nhiều hơn 5 bệnh mạn tính thì ĐTV viết sang bên cạnh

Địa điểm điều trị	Tên bệnh, ghi đúng số thứ tự bệnh ở câu C7				
	.....	.....	.....	.....	.....
Bệnh viện chuyên khoa YHCT	1	1	1	1	1
Khoa đông y của bệnh viện đa khoa	2	2	2	2	2
Phòng chẩn trị YHCT	3	3	3	3	3
Trạm y tế xã	4	4	4	4	4
Lương y	5	5	5	5	5
Người có bài thuốc gia truyền	6	6	6	6	6
Địa điểm khác (ghi rõ):.....	7	7	7	7	7

**C9. Lần gần đây nhất, Ông/bà đã điều trị (các) bệnh mạn tính này bằng phương pháp nào?**

*Ghi đúng số thứ tự bệnh tương ứng ở câu C7. Khoanh tròn vào **một số** duy nhất với mỗi loại bệnh.*

Phương pháp điều trị	Tên bệnh, ghi đúng số thứ tự bệnh ở câu C7				
	.....	.....	.....	.....	.....
Thuốc tân dược	1	1	1	1	1
Thuốc thang	2	2	2	2	2
Thuốc thành phẩm YHCT	3	3	3	3	3
Bài thuốc gia truyền	4	4	4	4	4
Thuốc thang và thuốc tân dược	5	5	5	5	5
Thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược	6	6	6	6	6
Thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược	7	7	7	7	7
Phương pháp khác (ghi rõ):.....	8	8	8	8	8

**C10. Lý do sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính là gì?**

*Ghi đúng số thứ tự bệnh tương ứng ở câu C7. Khoanh tròn vào **các số** phù hợp với mỗi loại bệnh.*

Lý do sử dụng thuốc YHCT	Tên bệnh, ghi đúng số thứ tự bệnh ở câu C7				
	.....	.....	.....	.....	.....
Bệnh mạn tính	1	1	1	1	1
An toàn	2	2	2	2	2
Không tác dụng phụ/kháng thuốc	3	3	3	3	3
Theo y lệnh của cán bộ y tế	4	4	4	4	4
Rẻ tiền	5	5	5	5	5
Được người khác giới thiệu	6	6	6	6	6
Đã chữa bằng YHHĐ nhưng không khỏi	7	7	7	7	7
Lý do khác (ghi rõ):.....	8	8	8	8	8
Chỉ điều trị bệnh bằng thuốc tân dược	9	9	9	9	9

**C11. Ông/bà cho biết kết quả của lần điều trị gần đây nhất bằng thuốc YHCT?**

*Ghi đúng số thứ tự bệnh tương ứng ở câu C7. Khoanh tròn vào **một số** duy nhất với mỗi loại bệnh.*

Kết quả điều trị	Tên bệnh, ghi đúng số thứ tự bệnh ở câu C7				
	.....	.....	.....	.....	.....
Khỏi	1	1	1	1	1
Đỡ	2	2	2	2	2
Nặng hơn	3	3	3	3	3
Không thay đổi	4	4	4	4	4
Chỉ điều trị bệnh bằng thuốc tân dược	5	5	5	5	5

**C12.** Ông/bà cho biết lý do không sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính?

Ghi đúng số thứ tự bệnh tương ứng ở câu C7. Khoanh tròn vào các số phù hợp với mỗi loại bệnh.

Lý do không sử dụng thuốc YHCT	Tên bệnh, ghi đúng số thứ tự bệnh ở câu C7				
	.....	.....	.....	.....	.....
Không tin tưởng	1	1	1	1	1
Lâu khỏi/không tác dụng	2	2	2	2	2
Giá thành đắt hơn phương pháp y học hiện đại	3	3	3	3	3
Bất tiện khi sử dụng	4	4	4	4	4
Không biết thông tin về thuốc YHCT	5	5	5	5	5
Lý do khác (ghi rõ):.....	6	6	6	6	6
Câu hỏi không phù hợp (Câu C9 chọn 2-7)	7	7	7	7	7

**PHẦN 3: NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC YHCT ĐỂ ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH**

**C13.** Ông/bà có muốn sử dụng thuốc YHCT để điều trị bệnh mạn tính không?

1. Có                      2. Không → **Kết thúc phỏng vấn**                      3. Không biết → **Kết thúc phỏng vấn**

**C14.** Ông/bà muốn sử dụng thuốc YHCT bằng hình thức nào? (Chỉ khoanh tròn 1 số thích hợp)

1. Thuốc thang
2. Thuốc thành phẩm YHCT
3. Bài thuốc gia truyền
4. Thuốc thang và thuốc tân dược
5. Thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược
6. Thuốc thang, thuốc thành phẩm YHCT và thuốc tân dược
7. Hình thức khác (ghi rõ):.....

**C15.** Ông/bà muốn dùng thuốc YHCT ở đâu? (Chỉ khoanh tròn 1 số thích hợp)

1. Bệnh viện chuyên khoa YHCT
2. Khoa đông y của bệnh viện đa khoa
3. Phòng chẩn trị YHCT
4. Trạm y tế xã
5. Lương y
6. Người có bài thuốc gia truyền
7. Địa điểm khác (ghi rõ):.....

**Xin trân trọng cảm ơn Ông/bà!**

## MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐIỀU TRA TẠI THỰC ĐỊA



Phòng văn giám đốc Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân BSKII: Hà Thanh Sơn







SƠ ĐỒ MANG LƯỚI CSSK BAN ĐẦU  
THỊ TRẤN XUÂN AN

ĐẢNG ỦY - HĐND - UBND THỊ TRẤN XUÂN AN

TRUNG TÂM YẾNGHĨ XUÂN AN

**TRẠM Y TẾ THỊ TRẤN XUÂN AN**

TỔ 2	TỔ 3	TỔ 4	TỔ 5	TỔ 6	TỔ 7	TỔ 8A	TỔ 8B	TỔ 9	TỔ 10	TỔ 11
ĐÀN 677 - ĐÀN 775	ĐÀN 745	ĐÀN 511	ĐÀN 919	ĐÀN 806	ĐÀN 652	ĐÀN 629	ĐÀN 753	ĐÀN 791	ĐÀN 60	
SỐ NH: 209	SỐ NH: 193	SỐ NH: 211	SỐ NH: 249	SỐ NH: 21	SỐ NH: 139	SỐ NH: 135	SỐ NH: 210	SỐ NH: 192	SỐ NH: 1	
TIẾ < NH: 85	TIẾ < NH: 50	TIẾ < NH: 105	TIẾ < NH: 84	TIẾ < NH: 52	TIẾ < NH: 70	TIẾ < NH: 71	TIẾ < NH: 91	TIẾ < NH: 159	TIẾ < NH: 15	
TIẾ LINH	TIẾ HƯƠNG	TIẾ LỤC	TIẾ GIỖN	TIẾ MẠO	TIẾ NÊN	TIẾ THỦY	TIẾ TUYẾN	TIẾ CỬ	TIẾ H	

THUỐC	BỆNH XÃ HỘI									
	LAO		BIỂU CỐ		SỐT RẾT		TÂM THẦN		ĐỘNG KINH	
	TỔNG SỐ	ĐIỀU TRỊ	TỔNG SỐ	ĐIỀU TRỊ	TỔNG SỐ	ĐIỀU TRỊ	TỔNG SỐ	ĐIỀU TRỊ	TỔNG SỐ	ĐIỀU TRỊ
2-26/2020	0	0	0	0	0	0	13	13	8	8

Trạm y tế xã



Phòng vấn người dân