



**INCCI
HAERZ
ZENTER**

institut national
de chirurgie
cardiaque et
de cardiologie
interventionnelle

MÔ HÌNH QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN THẾ GIỚI

Các yếu tố thành công và bài học có thể áp dụng cho Việt Nam

GS Atul PATHAK (MD, TS)

Tổng Giám đốc kiêm Giám đốc Y khoa, Trưởng khoa Tim mạch

Bệnh viện Tim mạch Quốc gia

Đại học Luxembourg

Viện Y tế Luxembourg



**OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ**



**LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH**

VN_HTN_2732_VN

Gánh nặng bệnh THA trên toàn cầu

1,4 tỷ

(BN THA trưởng thành (30–79 tuổi),
2024)

>1.5 tỷ vào năm 2030

650 triệu vào
năm 1990

1990

Tác động: 11 triệu ca tử vong/năm.

Gánh nặng bệnh ĐTD trên toàn cầu

589 triệu

(BN ĐTD trưởng thành, 2024)

Dự báo đạt 853 triệu
vào năm 2050

**Tác động: >50% số ca bệnh không
được chẩn đoán tại các quốc gia có
thu nhập thấp và trung bình.**

Tác động của THA không kiểm soát đối với hệ tim mạch

“53% số ca tử vong toàn cầu do bệnh tim và đột quỵ có liên quan trực tiếp đến THA”

x 7

Đột quỵ

x 2 - 4

Suy tim

x 3

Bệnh mạch vành

x 2

Bệnh động mạch chi dưới

Dịch tễ học đái tháo đường type 2:

nguy cơ tim mạch tăng cao so với dân số chung¹

Nguyên nhân tử vong hàng đầu

- Khoảng 1/2 số ca tử vong là do bệnh tim mạch?²



X 1,6

Đối với ĐỘT QUỴ

(17 148
ca nhập viện/năm)



X 2,2

Đối với NHỒI MÁU CƠ TIM

(11 737
ca nhập viện/năm)



X 7

Đối với CẮT CỤT CHI DƯỚI

(7 749
ca nhập viện/năm)

1.Romon I et al. Entred 2001. Bull Epidémiol Hebd 2009;(42-43):469-472. 2. Morrish NJ et al. Diabetologia 2001;44 (Suppl2):S14-S21. 3. Emerging Risk Factors Collaboration. NEJM 2011;364:829-841

1.HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Octobre 2014.

Nghịch lý

- Chúng ta có:

Khuyến cáo vững chắc

Thuốc điều trị hiệu quả

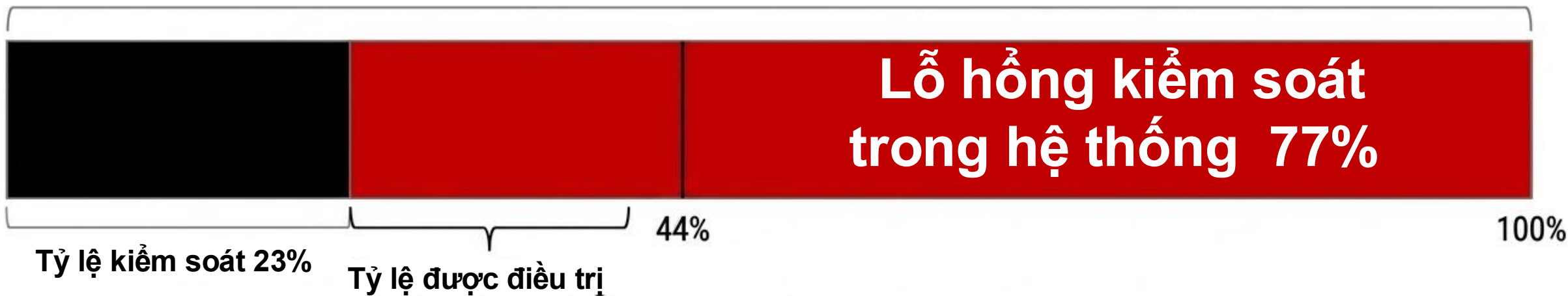
Công cụ chẩn đoán đơn giản



- **Nhưng tỷ lệ kiểm soát vẫn còn thấp.**

Báo cáo tóm tắt

1,4 tỷ bệnh nhân tha trưởng thành dẫn đến nhiều người bệnh không được chữa trị



Tỷ lệ mắc trên toàn cầu: ~33% BN trưởng thành trong độ tuổi 30-79 (dữ liệu 2024).

Gánh nặng lớn: ~1.4 tỷ BN trưởng thành; dự báo vượt 1,5 tỷ vào năm 2030 nếu không có biện pháp can thiệp mang tính hệ thống.

Tỷ lệ được điều trị: Chỉ ~44% BN THA trên toàn cầu được điều trị.

Tỷ lệ kiểm soát: Lỗ hổng lớn – chỉ ~23% BN THA đạt mức huyết áp mục tiêu.

Tác động lâm sàng: Số lượng lớn BN chưa được điều trị và chưa được kiểm soát vẫn là nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch.

589 triệu BN ĐTĐ cho thấy tỷ lệ người bệnh được điều trị kiểm soát đường huyết quá thấp



Tỷ lệ mắc trên toàn cầu: ~589 triệu BN trưởng thành (2024), có xu hướng tăng mạnh cho đến năm 2050.

Tỷ lệ chưa được chẩn đoán: Trên 50% tại nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình (LMIC).

Điều trị & kiểm soát: Tỷ lệ kiểm soát đường huyết ở các quốc gia LMIC thường <30%.

Tác động lâm sàng: Tỷ lệ đồng mắc cao với bệnh THA đòi hỏi phải lập tức chuyển sang các phác đồ lâm sàng tích hợp, thay vì chỉ điều trị riêng lẻ, tách biệt.

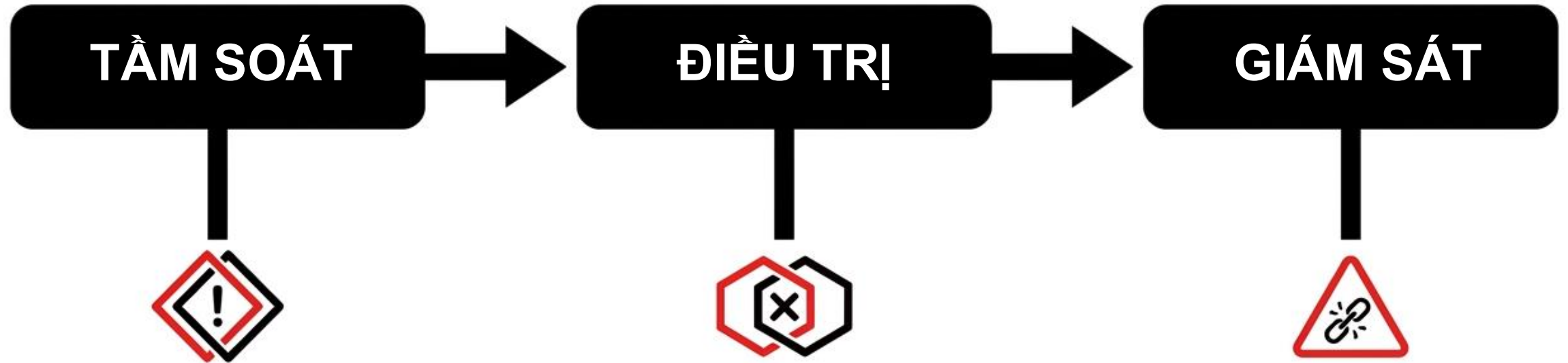
Nghịch lý

- Chúng ta có:
Khuyến cáo vững chắc
Thuốc điều trị hiệu quả
Công cụ chẩn đoán đơn giản
- Nhưng tỷ lệ kiểm soát vẫn còn thấp.

% BN THA được kiểm soát

- Canada **~68%**
- Hàn Quốc **~62%**
- Mỹ **~50%**
- Châu Âu **45–55%**
- Ấn Độ **15–20%**

Các động lực cấu trúc thúc đẩy đại dịch toàn cầu



Lỗ hổng trong sàng lọc & phác đồ: Chưa chủ động tầm soát đối với các bệnh tiến triển âm thầm tại tuyến cơ sở, đồng thời các hướng dẫn điều trị bị phân mảnh và tồn tại tình trạng trì trệ trong thực hành lâm sàng.

Thiếu hụt nguồn lực & nhân lực: Thiếu hụt nghiêm trọng năng lực đáp ứng của tuyến cơ sở, khả năng tiếp cận các thuốc thiết yếu còn hạn chế và chưa ứng dụng được các khung phân công nhiệm vụ.

Rào cản dữ liệu & bệnh nhân: Khả năng liên thông của hồ sơ bệnh án điện tử còn yếu, hiệu quả theo dõi vòng đời chưa cao, kiến thức sức khỏe của người dân còn thấp và tỷ lệ tự theo dõi còn ở mức tối thiểu.

Tại sao một số quốc gia lại thành công?

- Sự khác biệt chủ yếu nằm ở:
 - **Tổ chức hệ thống y tế**
 - **Tâm soát**
 - **Tuân thủ điều trị**
 - **Đơn giản hóa phác đồ điều trị**

Trường hợp Canada

- Khuyến cáo đơn giản
- Chăm sóc sức khỏe ban đầu vững mạnh
- Kiểm tra và phản hồi



Trường hợp Canada

- **Hạ ngưỡng chẩn đoán & mục tiêu điều trị :** Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp và mục tiêu điều trị chuẩn được quy định là <130/80 mmHg. Cách tiếp cận chủ động này giúp giảm thiểu các nguy cơ tim mạch lớn trước khi xảy ra tổn thương nghiêm trọng đối với cơ quan đích.
- **Liệu pháp phối hợp thuốc liều thấp:** Điều trị ban đầu thường sử dụng 1 viên phối hợp liều cố định chứa 2 loại thuốc khác nhau ở liều thấp. Phương pháp này giúp tối đa hóa hiệu quả điều trị, đồng thời giảm thiểu các tác dụng phụ bất lợi so với khi sử dụng 1 loại thuốc duy nhất ở liều cao.
- **Giảm thiểu tình trạng trì trệ trong điều trị:** Các hướng dẫn khuyến cáo không trì hoãn điều trị hoặc chậm tăng liều, thiếu hiệu quả; thay vào đó, khuyến khích kiểm soát huyết áp nhanh chóng và hiệu quả.
- **Tập trung vào chăm sóc ban đầu:** Khung hướng dẫn được tinh chỉnh cụ thể nhằm đảm bảo tính khả thi cao cho các bác sĩ tuyến cơ sở, những người trực tiếp quản lý phần lớn các ca bệnh tăng huyết áp.

Trường hợp Hàn Quốc

- Bảo hiểm y tế toàn dân
- Chương trình tầm soát quốc gia
- Giảm lượng muối tiêu thụ
- Phác đồ chuẩn hóa
- Tỷ lệ kiểm soát THA **~62%**

Trường hợp Hàn Quốc

- **Nhắm vào giai đoạn Tiền tăng huyết áp:** Khác với nhiều nước phương Tây, Hội Huyết học Hàn Quốc (KSH) chính thức giữ **phân loại tiền tăng huyết áp (130–139/80–89 mmHg)**. Điều này cho phép thực hiện các biện pháp can thiệp lối sống mang tính phòng ngừa sớm (như chế độ ăn uống và tập luyện) nhằm ngăn ngừa các biến cố tim mạch trước khi bệnh tiến triển thành tăng huyết áp thực sự.
- **Tập trung vào người trẻ tuổi:** Trọng tâm của hướng dẫn này tìm hiểu tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp còn thấp ở nhóm người trẻ và trung niên bằng cách tiếp tục tập trung vào riêng các nhóm nhân khẩu học này.
- **Đột phá công nghệ:** KSH đã tạo nên bước ngoặt lịch sử khi là đơn vị đầu tiên trên toàn cầu tích hợp thiết bị đo huyết áp không băng quấn dạng nhẫn. Thiết bị này cho phép theo dõi huyết áp liên tục 24 giờ cả khi ngủ và khi thức, giúp nâng cao đáng kể mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân và chẩn đoán hiệu quả tình trạng tăng huyết áp “ẩn giấu”.
- **Theo dõi huyết áp tại nhà (HBPM):** Kể từ năm 2007, các hướng dẫn đã khuyến khích tự đo huyết áp tại nhà nhằm ngăn hội chứng "áo choàng trắng" tại nơi thăm khám, từ đó đảm bảo quả điều trị cá nhân hóa và có độ chính xác cao.
- **Phối hợp điều trị tích cực:** Khung hướng dẫn này theo dõi sát sao và điều trị đồng thời các nguy cơ tim mạch chéo, trong đó mạnh mẽ khuyến nghị sử dụng viên phối hợp liều cố định gồm 2 và 3 loại thuốc. Dữ liệu cho thấy hơn 60% BN tăng huyết áp đang điều trị đang phối hợp điều trị đồng thời bệnh rối loạn lipid máu.

Yếu tố 1: Phát hiện

THA = kẻ giết người thầm lặng

Phát hiện sớm thông qua:

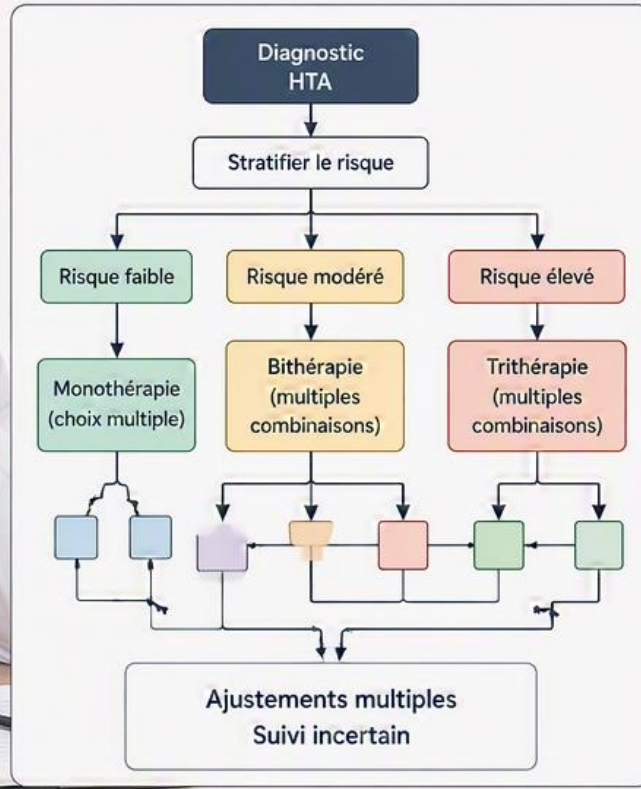
- Nhà thuốc
- Doanh nghiệp
- Chương trình cộng đồng



Yếu tố 2: Đơn giản hóa

ALGORITHMME COMPLEXE

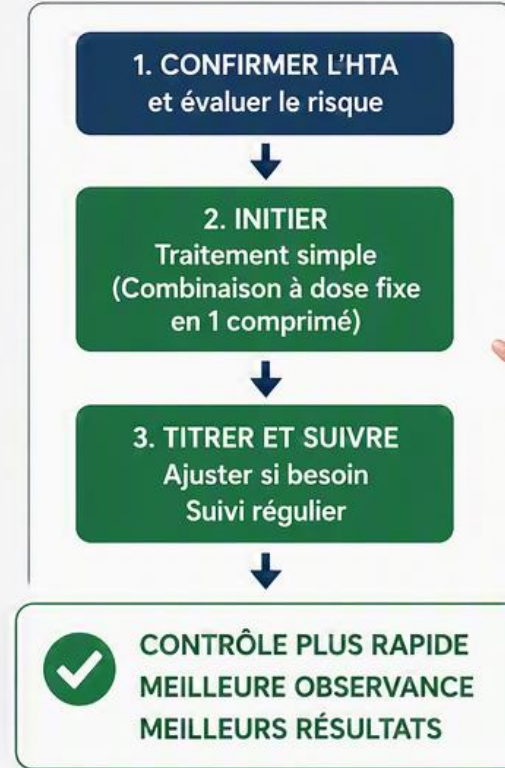
Trop de choix, difficile à appliquer



Complexité = moins d'action
Contrôle plus lent

ALGORITHMME SIMPLIFIÉ

Étapes simples, faciles à appliquer



Combinaisons
en 1 comprimé



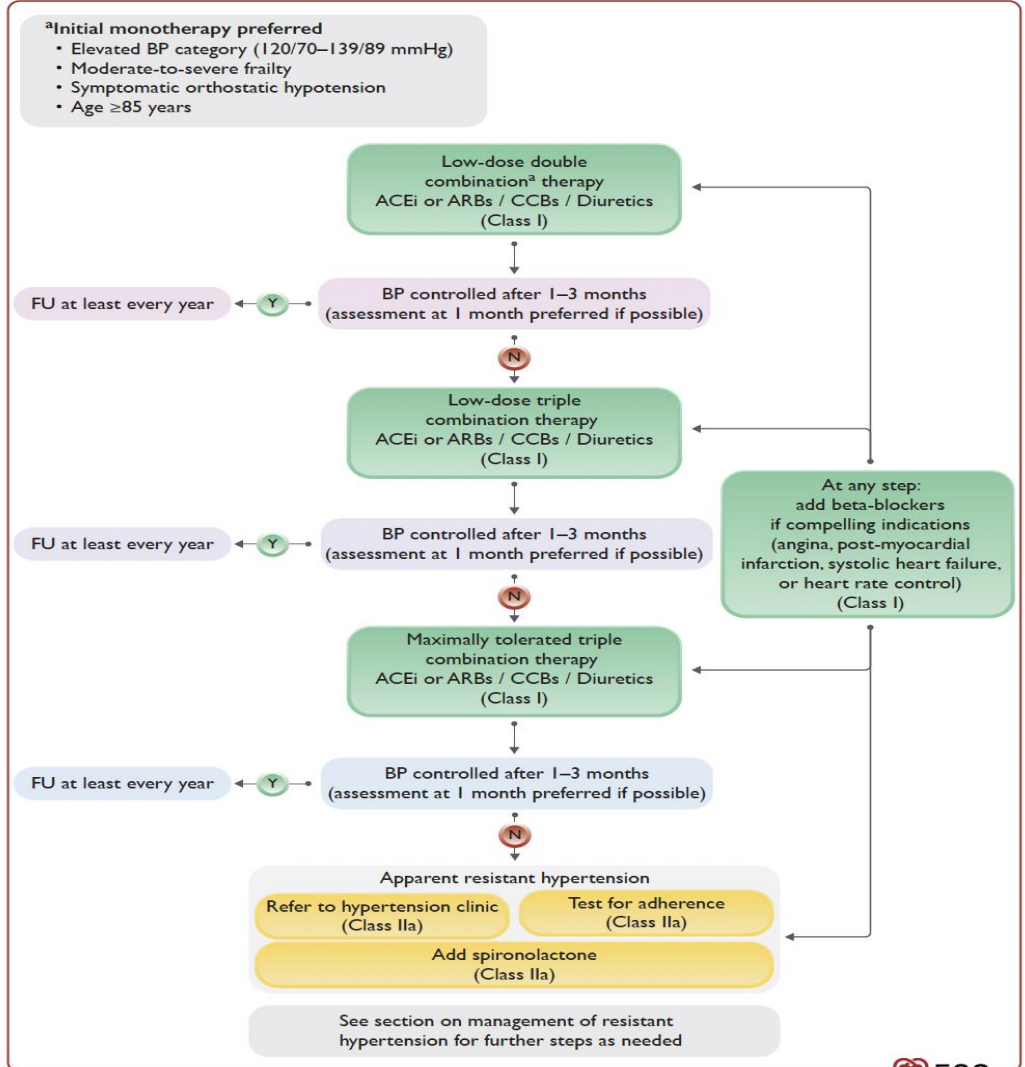
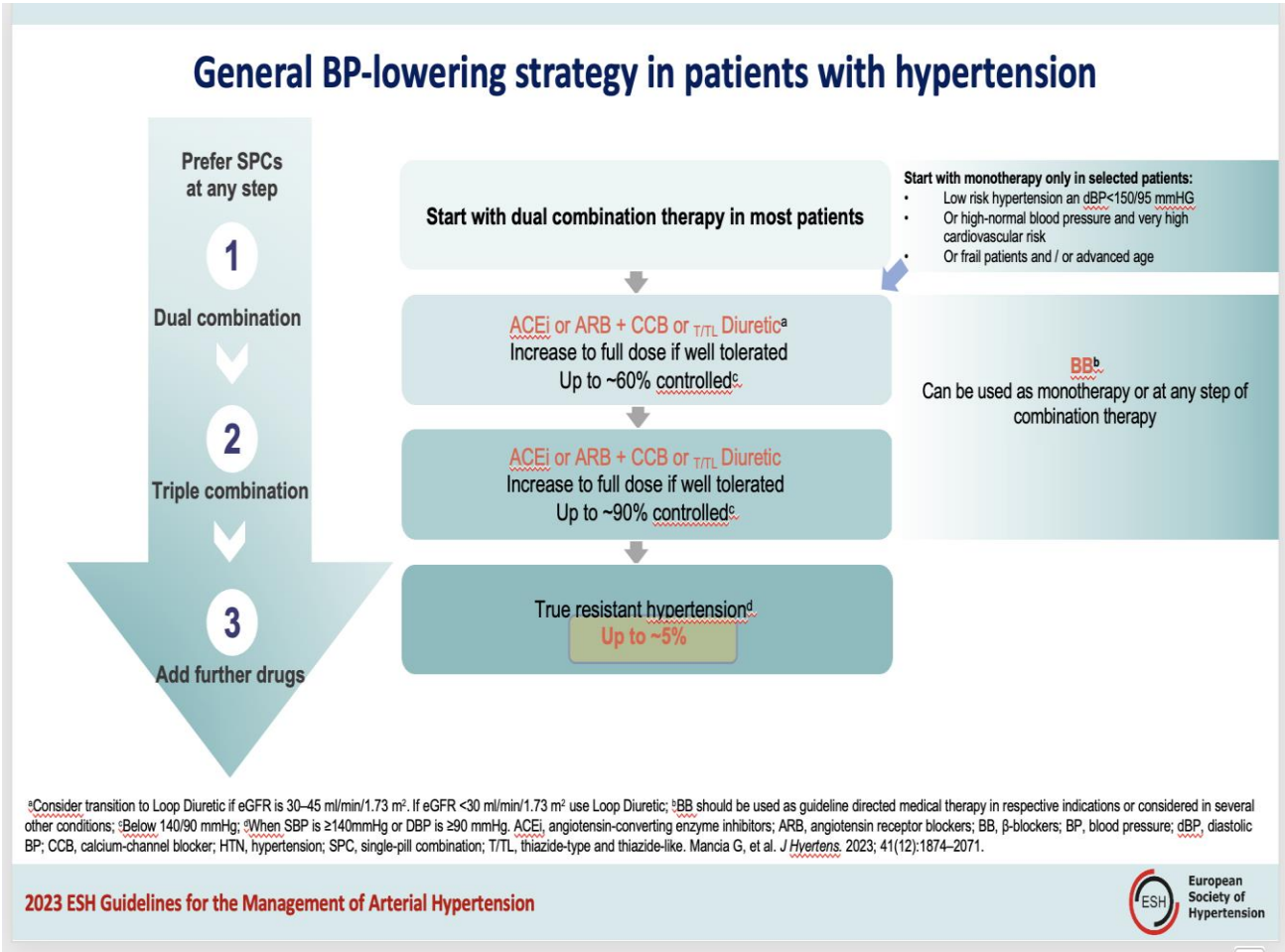
Algorithmes
simples



Contrôle
plus rapide



Viên phối hợp liều cố định (SPCs) được chứng minh hiệu quả: ở mỗi bước điều trị, trên mọi dạng BN và bất cứ thời điểm nào



Mối liên quan giữa việc sử dụng Viên phối hợp liều cố định (SPCs) và hiệu quả bảo vệ tim mạch

Adherence to antihypertensive treatment (in the whole population)

HR (95% CI)

Very low

1.00 (Ref.)

Low

1.21 (0.93 to 1.58)

Intermediate

0.92 (0.85 to 1.00)

High

0.74 (0.68 to 0.80)



JOURNAL OF HYPERTENSION

Biến cố tim mạch có mối liên quan chặt chẽ đến việc tuân trị của bệnh nhân, điều này cải thiện rõ khi chuyển đổi sang viên phối hợp liều cố định.

Phân tích gộp đã chứng minh hiệu quả rõ vai trò của việc tuân thủ điều trị trên tỷ lệ biến cố: rất thấp (PDC < 25%), thấp (25% ≤ PDC < 50%), trung bình (50 ≤ PDC ≤ 75%), và cao (PDC > 75%).

Nghiên cứu ngẫu nhiên tại Sri Lanka: So sánh hiệu quả của viên phối hợp liều cố định (SPCs) với điều trị thông thường trên nhóm BN THA nhẹ và trung bình

POPULATION

297 Men
403 Women



Patients with systolic BP >140 and/or diastolic BP >90 mm Hg (or >130 and/or >80 mm Hg in patients with diabetes or chronic kidney disease) requiring initial or escalation therapy

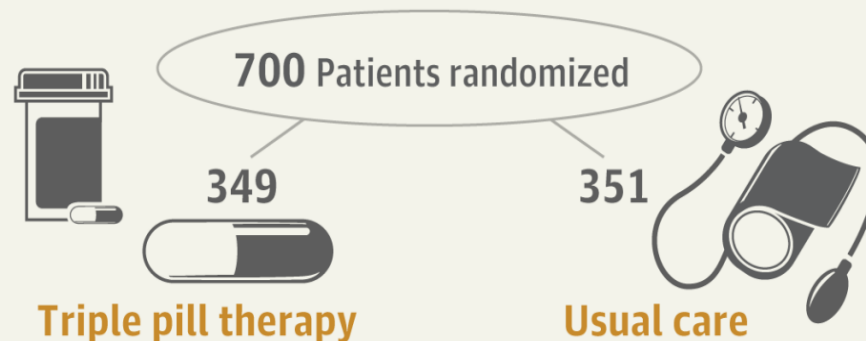
Mean age: 56 years

LOCATIONS

11 Urban clinics
in Sri Lanka



INTERVENTION



Once-daily fixed dose contains
20 mg of telmisartan
2.5 mg of amlodipine
12.5 mg of chlorthalidone

PRIMARY OUTCOME

Proportion achieving target systolic/diastolic BP at 6 months (<140/90 mm Hg or <130/80 mm Hg in patients with diabetes or chronic kidney disease)

FINDINGS

Patients achieving target BP at 6 months

Triple pill
221 Patients



Usual care
182 Patients



Risk difference between groups:

12.7%

(95% CI, 3.2% to 22.0%)

Yếu tố 3: Sự trì trệ điều trị

Vấn đề lớn trên toàn cầu

Giải pháp:

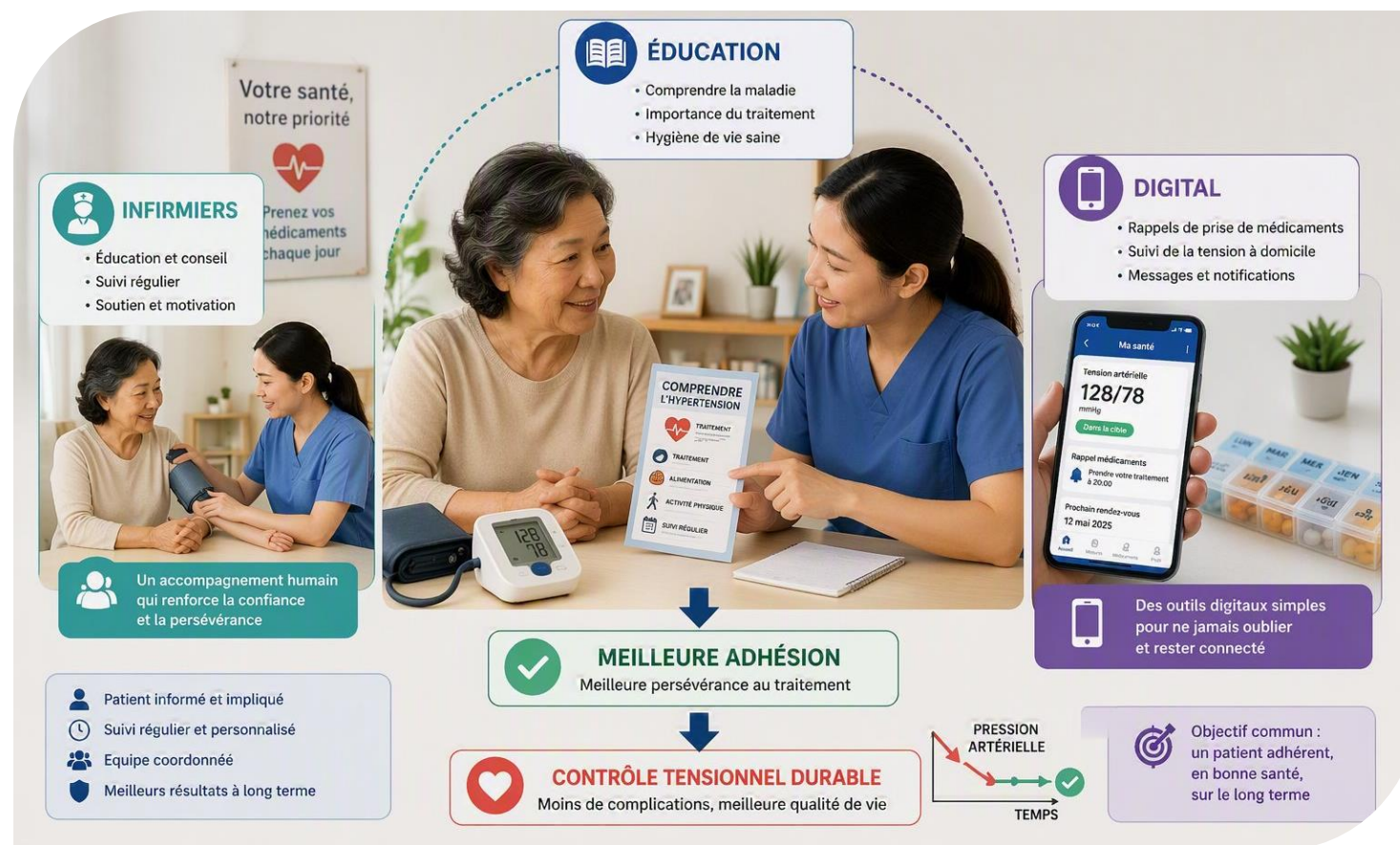
- Phác đồ
- Tăng liều/leo thang điều trị nhanh chóng

Yếu tố 4: Tuân thủ điều trị

30–50% ngừng điều trị sau 1 năm

Cải thiện thông qua:

- Giáo dục sức khỏe
- Y tế số
- Điều dưỡng



Yếu tố 5: Chung tay cùng 1 team (team-based care)

Le médecin seul ne suffit pas – Équipe multidisciplinaire



Yếu tố 6: Chuyển đổi số trong Y tế



TENSIOMÈTRES CONNECTÉS

Mesure automatique,
transmission sécurisée



TÉLÉMÉDECINE

Consultation à distance,
suivi continu du patient



IA

Analyse des données,
détection des risques,
aide à la décision

Việt Nam có thể học hỏi gì từ các nước thành công?

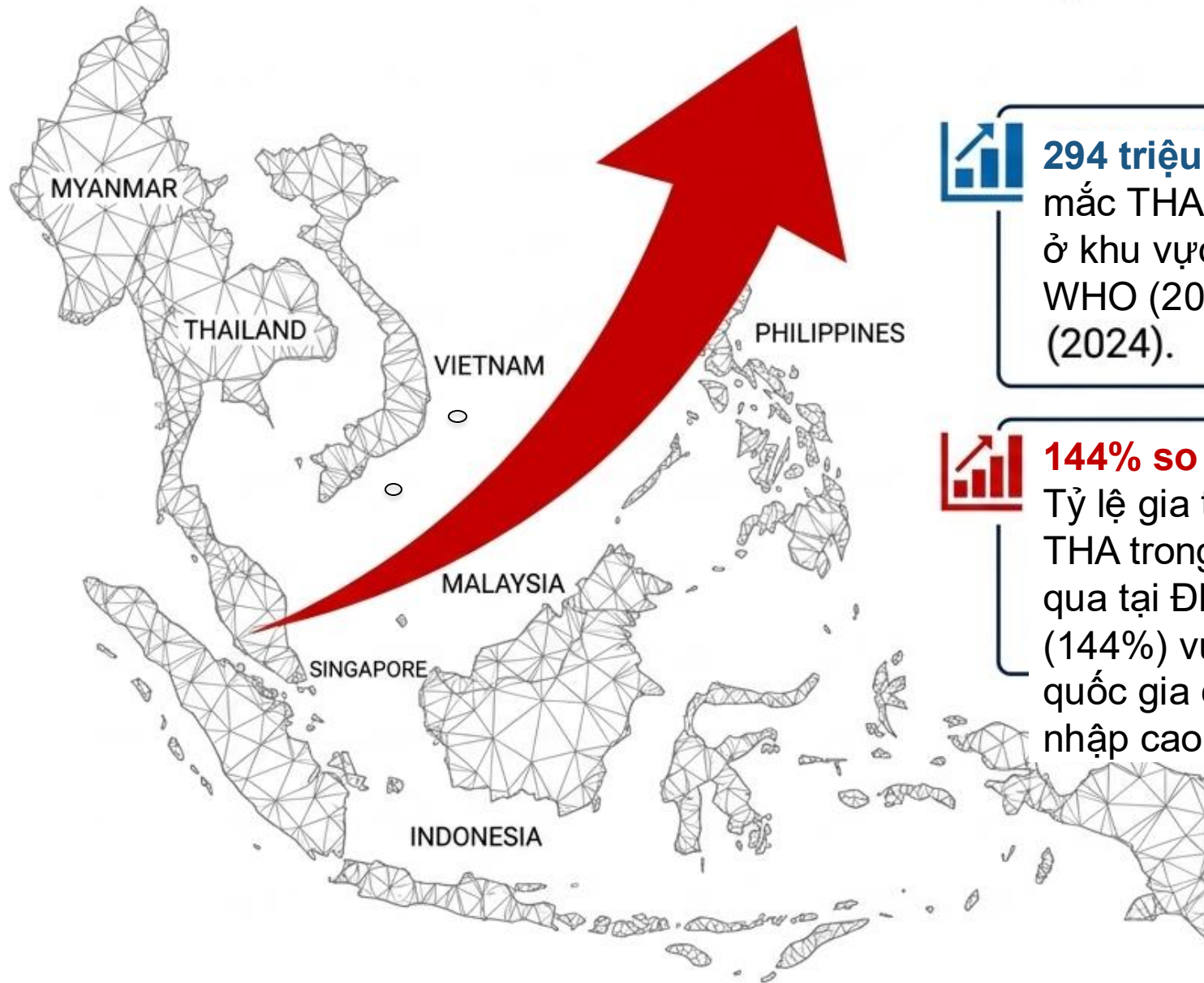
Thành công dựa trên:

- **Hệ thống tổ chức**
- **Phòng ngừa**
- **Đo lường, giám sát**
- **Ý chí chính trị**

Việt Nam: Thời điểm then chốt

- **ĐÔ THỊ HÓA NHANH CHÓNG** Đô thị hóa nhanh chóng đang làm thay đổi lối sống với ít hoạt động thể chất hơn và nhiều căng thẳng hơn, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh không lây nhiễm.
- **DÂN SỐ GIÀ HÓA** Lão hóa nhanh chóng làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm liên quan đến tuổi tác, chẳng hạn như tăng huyết áp và bệnh tim mạch.
- **LỐI SỐNG ÍT VẬN ĐỘNG Ở GIỚI TRẺ** Hơn 80% thanh thiếu niên thiếu hoạt động thể chất, dẫn đến các yếu tố nguy cơ như béo phì và tăng huyết áp.
- **GÁNH NẶNG CAO CỦA CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM** Các bệnh không lây nhiễm gây ra khoảng 80% số ca tử vong ở Việt Nam, ảnh hưởng nghiêm trọng đến hệ thống y tế và nền kinh tế.

Chênh lệch tại Đông Nam Á



294 triệu: Số ca mắc THA ước tính ở khu vực ĐNÁ – WHO (2024). (2024).



144% so với 41%: Tỷ lệ gia tăng bệnh THA trong 30 năm qua tại ĐNÁ (144%) vượt xa các quốc gia có thu nhập cao (41%).

Cạm bẫy bệnh đồng mắc

294,4% - 93.4% BN ĐTD tại ĐNÁ đồng mắc bệnh THA (đa số >70%).

Báo cáo tóm tắt tại ĐNÁ
(Tệ hơn mức trung bình toàn cầu)

1/4 BN trưởng thành mắc bệnh

1/3 được điều trị

Chỉ 1/10 được kiểm soát

5 YẾU TỐ QUAN TRỌNG TRONG MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH ĐÃ ĐƯỢC KIỂM CHỨNG TẠI CÁC QUỐC GIA THU NHẬP THẤP VÀ TRUNG BÌNH



**CHƯƠNG
TRÌNH QUỐC
GIA THỐNG
NHẤT**



**CHUYỂN ĐỔI SỐ
TẠI TUYẾN CƠ
SỞ, TRIỂN KHAI
LINH HOẠT
PHI TẬP TRUNG**



**CAN THIỆP
CỘNG ĐỒNG
PHỐI HỢP LIÊN
NGÀNH**

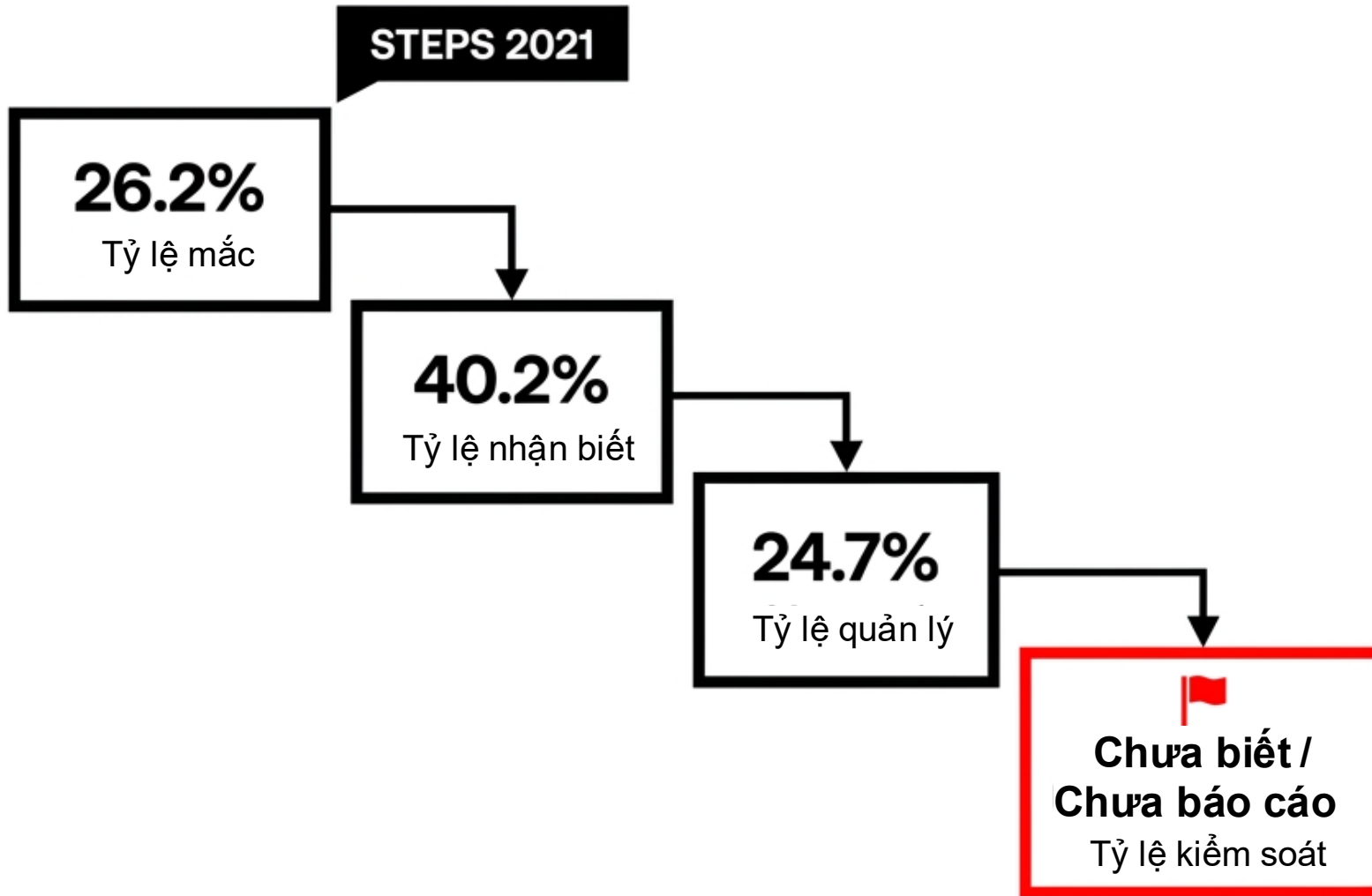


**PHÂN CÔNG
NHIỆM VỤ &
ĐƠN GIẢN HÓA
QUY TRÌNH**



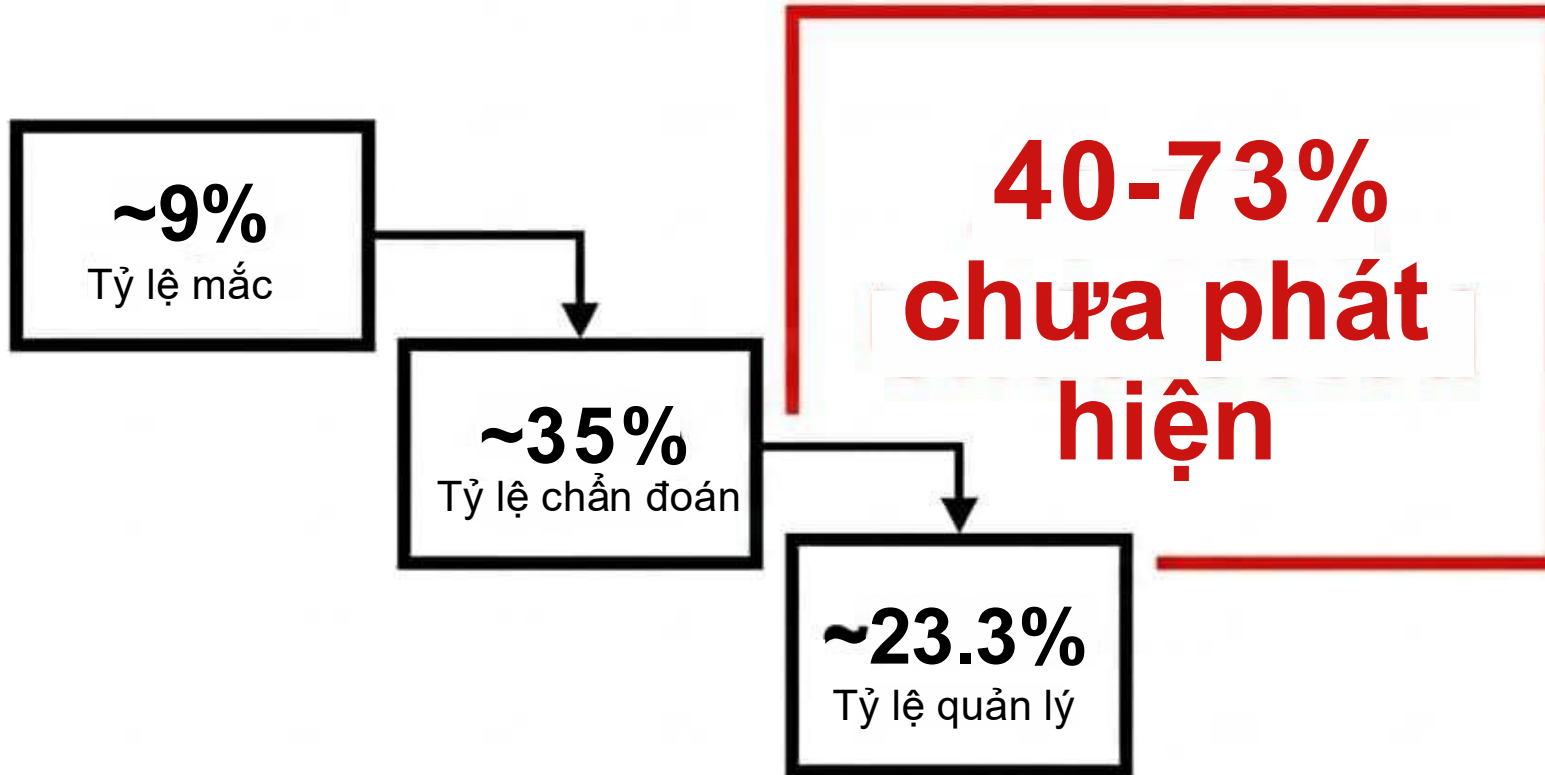
**Y TẾ TỪ XA
& GIÁM SÁT
TỪ XA**

Phân tích sâu về Việt Nam: mô hình bậc thang quản lý THA



- **Tỷ lệ mắc trong nước ngày càng tăng:** Tổng tỷ lệ mắc THA tăng từ 18,9% (2015) lên 26,2% (theo STEPS, 2021), nghĩa là cứ khoảng 4 người trưởng thành thì có 1 người mắc bệnh.
- **Khoảng trống trong nhận thức và quản lý bệnh:** Chỉ có ~40% BN THA nhận biết được tình trạng bệnh của mình, chỉ có ~24,7% được quản lý, điều trị tích cực tại cơ sở y tế.
- **Điểm nghẽn mang tính hệ thống:** **Năng lực của tuyến cơ sở** còn chịu nhiều hạn chế lớn, dẫn đến tình trạng phụ thuộc quá mức vào các bệnh viện tuyến trên, cùng với sự chênh lệch rõ rệt giữa thành thị và nông thôn.

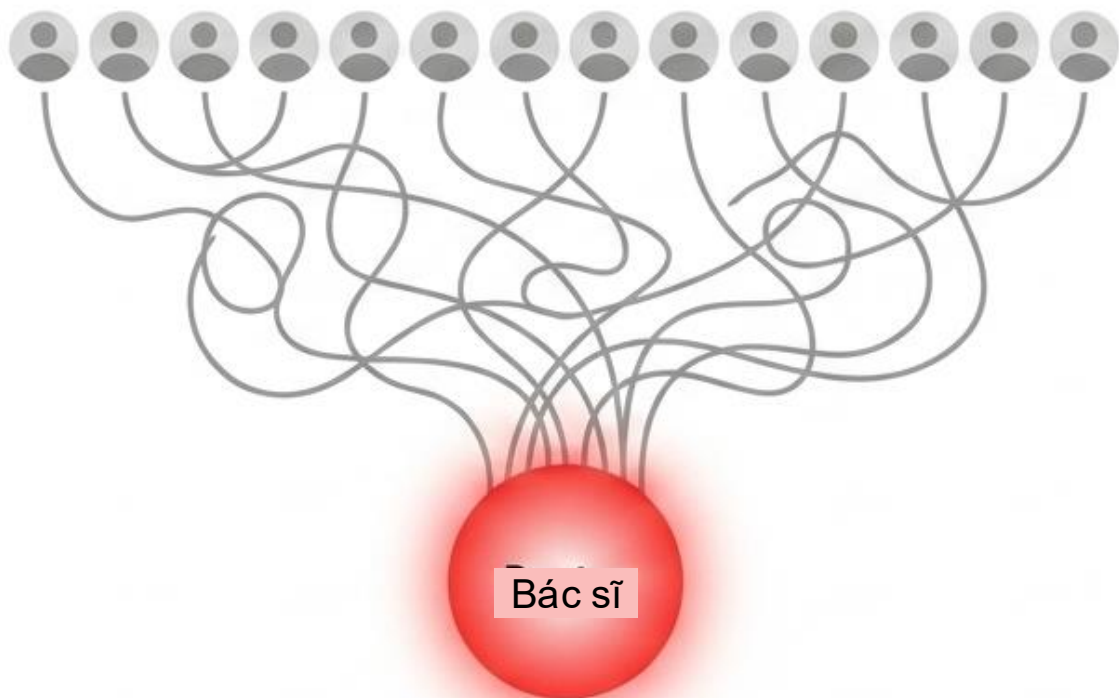
Phân tích sâu về Việt Nam: mô hình bậc thang quản lý ĐTĐ



- **Xu hướng gia tăng mạnh mẽ:** Tỷ lệ gộp bệnh ĐTĐ loại 2 đã tăng gấp 3 lần từ năm 2000 đến 2020 (~9%), trong đó tỷ lệ người có chỉ số đường huyết lúc đói (FBG) cao đã tăng vọt từ 4,1% lên 7,1% (theo STEPS 2021).
- **Tỷ lệ chưa được phát hiện ở mức cao:** Trong lịch sử ghi nhận, có tới 40-73% số ca mắc ĐTĐ hoàn toàn chưa được phát hiện trong cộng đồng.
- **Hệ thống chăm sóc sức khỏe chưa đồng bộ:** Chỉ có ~23,3% số ca bệnh được quản lý tại các cơ sở y tế; điều đáng quan ngại là công tác quản lý chủ yếu vẫn ở cấp quận/tỉnh thay vì được phân về cơ sở y tế cấp xã.

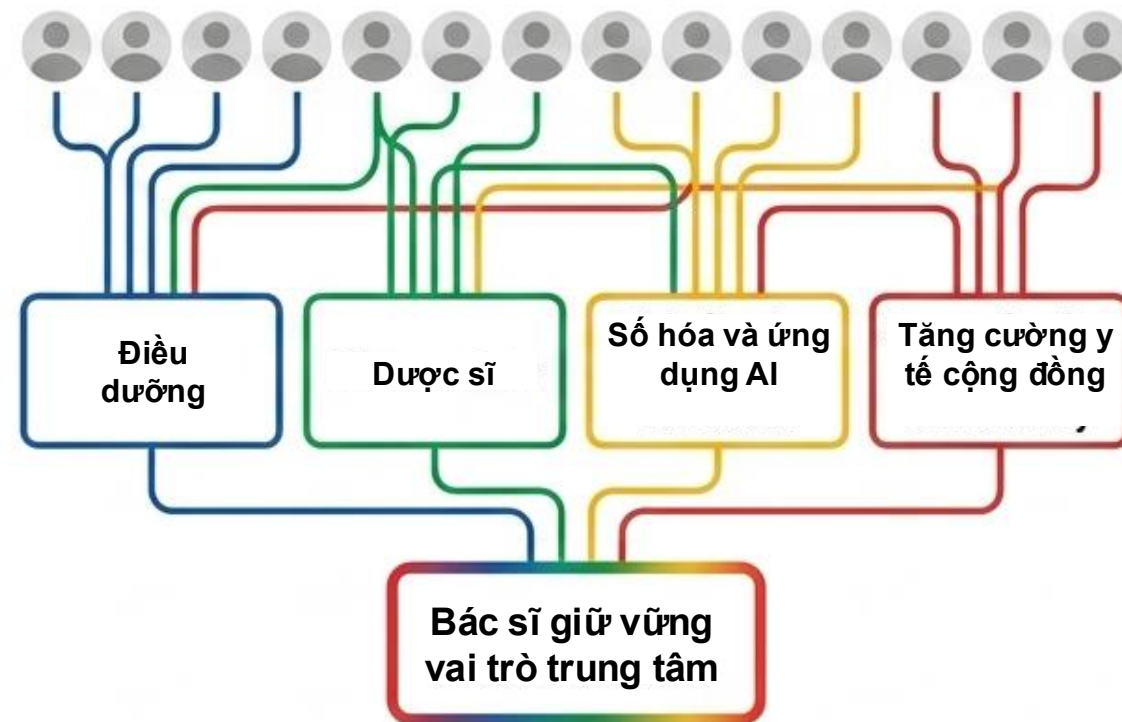
Giải quyết điểm nghẽn tại tuyến cơ sở

Hiện trạng: Điểm nghẽn

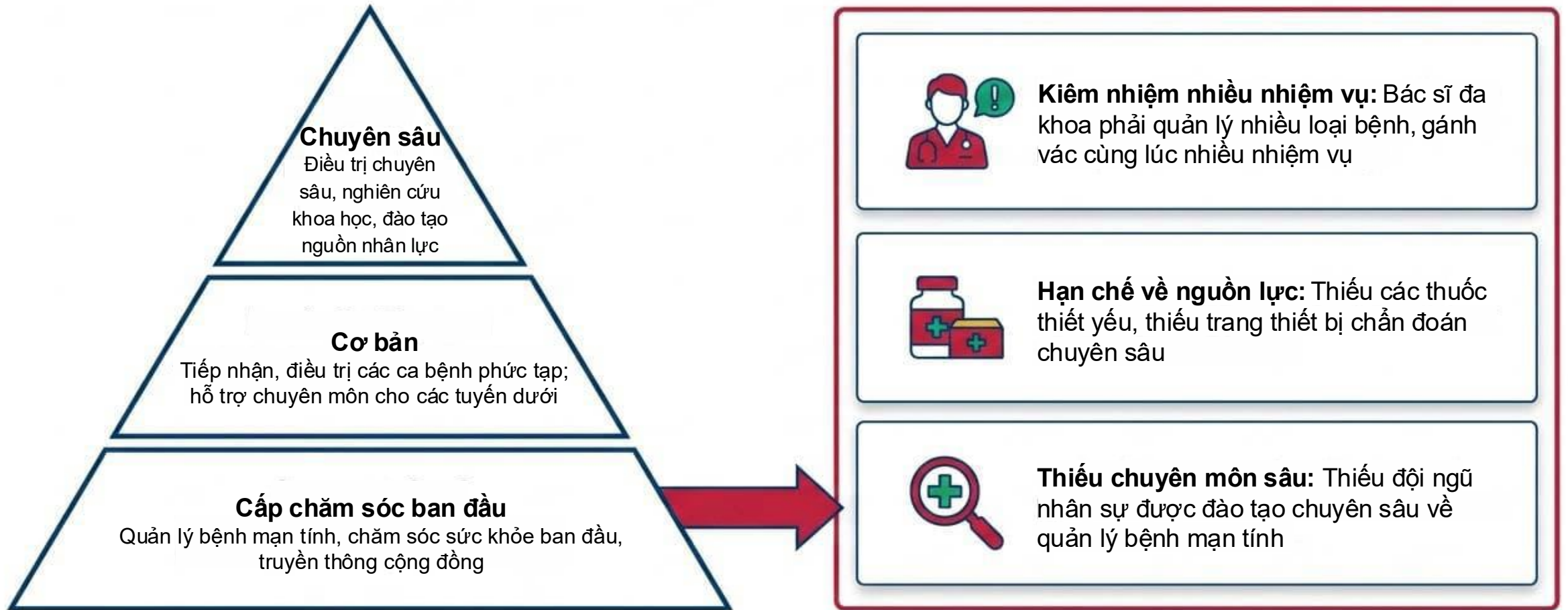


Phụ thuộc quá mức vào bác sĩ..

Tương lai: Phối hợp đa phương thức



Vai trò của hệ thống chăm sóc và những điểm nghẽn tại tuyến cơ sở



AS ONE: 4 trụ cột chiến lược (2026-2030)

Mục tiêu chung: Nâng tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị > 50% vào năm 2030

Trụ cột 1: Nâng cao năng lực chuyên môn

- Đào tạo dựa trên năng lực chuyên môn hiện có, chức năng nhiệm vụ và nhu cầu của CSKCB theo 3 cấp KBCB: ban đầu – cơ bản – chuyên sâu

Trụ cột 2: Nâng cao năng lực quản lý

- Chuẩn hoá tiêu chuẩn quản lý chất lượng chuyên môn, kỹ thuật trong khám, chữa bệnh THA & ĐTD.
- Tổ chức triển khai áp dụng tiêu chuẩn quản lý chất lượng thành các quy trình, hoạt động chuyên môn cụ thể.
- Đào tạo lãnh đạo CSKCB về quản lý và triển khai hiệu quả - bền vững mô hình bệnh tật.

Trụ cột 3: Truyền thông y tế

- Đào tạo, bồi dưỡng nhân viên y tế về truyền thông, giáo dục sức khỏe và tư vấn cho người bệnh, người dân
- Tổ chức các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng
Thực hiện hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh về tuân thủ điều trị, thay đổi hành vi và tự quản lý bệnh.

Trụ cột 4: Giám sát & nghiên cứu

- Chuẩn hoá giám sát điều trị và quản lý bệnh nhân THA & ĐTD tại cơ sở KCB.
- Đánh giá hiệu quả, khả năng triển khai bền vững và nhân rộng của mô hình.

Thông điệp mang về

Thành công dựa trên:

1 Phát hiện

2 Đơn giản hóa

3 Đẩy mạnh điều trị

4 Tuân thủ

5 Đo lường

6 Vai trò lãnh đạo

Xin chân thành cảm ơn!

*“Thành công trong tương lai của công tác kiểm soát
tăng huyết áp và đái tháo đường
sẽ không được quyết định bởi các hướng dẫn,
mà nằm ở **năng lực triển khai.**”*

CÙNG MỤC TIÊU. CÙNG HƯỚNG ĐI. CÙNG HỆ THỐNG. CÙNG CHUNG TAY (AS ONE).



Một hệ sinh thái y tế toàn diện, được quản lý tập trung ở cấp trung ương và không ngừng phát triển dựa trên phối hợp đa phương thức.