

Nghiên cứu, đề xuất mô hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế xã phường thị xã Bắc Kạn

1. Tên đề tài: Nghiên cứu, đề xuất mô hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế xã phường thị xã Bắc Kạn.

2. Tổ chức chủ trì đề tài: Sở Y tế tỉnh Bắc Kạn.

3. Chủ nhiệm đề tài: Ths. Hoàng Văn Linh.

4. Mục tiêu của đề tài:

- Xác định tỷ lệ tăng huyết áp, thực trạng quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến xã/phường thị xã Bắc Kạn.

- Đánh giá hiệu quả mô hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến xã phường thị xã Bắc Kạn.

5. Kết quả thực hiện:

5.1. Đề xuất mô hình quản lý tăng huyết áp:

Đề tài đã đề xuất mô hình quản lý bệnh THA:

- Khám sàng lọc;
- Xác định tỷ lệ THA, phân độ THA;
- Lập sổ theo dõi;
- Tổ chức truyền thông;
- Khám tư vấn cấp thuốc hàng tháng.

Kết quả cụ thể:

* Lập danh sách đối tượng nghiên cứu ≥ 25 tuổi tại 2 phường tổng số 1400.

- Phường Đức Xuân 700 (Nam 274 chiếm 39%; Nữ 426 chiếm 61%).

- Phường Phùng Chí Kiên 700 (Nam 301 chiếm 43%; Nữ 399 chiếm 57%).

* Tổ chức khám sàng lọc lần một trước can thiệp, lần hai sau can thiệp 1.400 đối tượng, xác định tỷ lệ THA 2 phường Đức Xuân và Chí Kiên thị xã Bắc Kạn:

Tỷ lệ tăng huyết áp trước can thiệp của 2 phường:

Bảng 5.1. Tỷ lệ THA theo nhóm tuổi và giới P. Đức Xuân:

TT	Kết quả Tuổi	Nam		Nữ		Cộng	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	25- 29	01	1.2	01	1.2	02	1.2
2	30 – 39	01	1.2	00	0.0	01	0.6
3	40- 49	10	11.6	13	15.3	23	13.5
4	50- 59	33	38.4	21	24.7	54	31.6
5	≥60	41	47.7	50	58.8	91	53.2
	Tổng	86	50,29	85	49,71	171	100.0

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi nhóm tuổi:

Ở nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ 53,2% là cao nhất chứng tỏ tuổi càng cao nguy cơ bị bệnh THA càng lớn phù hợp với các nghiên cứu khác.

Ở nhóm 25-29 tuổi chiếm 1,2% là thấp nhất chứng tỏ ở nhóm tuổi này ít mắc các bệnh về tim mạch cụ thể là THA.

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ được đề cập nghiên cứu nhiều nhất; Hầu hết các nghiên cứu cho thấy cả HATT và HATTr đều tăng theo sự gia tăng của tuổi. Có nghĩa là trong số THA ở độ tuổi 60 – 69 sẽ chiếm một phần ba; sẽ có gần một nửa số người cao tuổi ở độ tuổi 70 – 79 sẽ bị THA giảm dần sau tuổi 80 là do số người cao tuổi trên 80 đã giảm đi đáng kể và chết vì bệnh liên quan đến tuổi già trong đó có bệnh THA[10],[16]; Ở thời điểm đó HATTr đạt đến đỉnh cao và không tăng nữa, đôi khi giảm xuống, trong khi HATT tiếp tục tăng, đây là yếu tố tiên đoán nguy cơ bệnh lý mạch vành đáng tin cậy [16]. Về giới, ở nhiều nghiên cứu về vấn đề này người ta thấy: Trong giai đoạn sớm của cuộc đời, nam và nữ không có sự khác biệt về THA, nhưng từ thời thanh niên, nam giới có HA trung bình cao hơn nữ giới cả ở người bình thường và người THA. So với nữ, HATT trung bình của nam cao hơn từ 6-7 mmHg, và HATTr trung bình cao hơn từ 3-5 mmHg. Vì vậy, ở tuổi trung niên tỷ lệ THA ở nam cao hơn ở nữ. Nhưng sự khác biệt này giảm đi hay đôi khi đảo ngược lại sau thời kỳ mãn kinh, điều này là do giảm mức

estrogen. Một giả thuyết khác thì cho rằng đây là sự thể hiện của quá trình chọn lọc tự nhiên. Các nghiên cứu cũng cho thấy phụ nữ sau mãn kinh nhạy cảm với natri hơn nam giới. Nói chung, sự giảm các hormon sinh dục và sự tăng nhạy cảm với natri là các yếu tố quan trọng trong việc sinh ra THA ở phụ nữ sau mãn kinh [16].

Kết quả nghiên cứu cho thấy cả trị số HA trung bình của nam và nữ là tương đương nhau (50,29% và 49,71%); Như vậy tỷ số THA tại nghiên cứu chúng tôi nam/nữ xấp xỉ là 1/1. Tại Hy Lạp tỷ lệ THA là 40,2% ở nam và 38,9% ở nữ [16]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế [10] của người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên tỷ lệ THA ở nam giới là 29,7%, nữ giới là 26,9% tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi. So với nghiên cứu điều tra sức khỏe tim mạch của công an nhân dân (năm 1995) THA ở nam là 22% ở nữ là 19% thì tỷ lệ THA ở nam và nữ tại nghiên cứu chúng tôi cao hơn; so với nghiên cứu của Lục Thị Vượng (nữ 53, 8 nam 46,2) thì nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THA ở nữ thấp hơn. [20],[9]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trong nước [10],[9],[11],[21].

Bảng 5.2. Tỷ lệ THA theo tuổi và giới của P. Phùng Chí Kiên:

TT	Kết quả Tuổi	Nam		Nữ		Cộng	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	25- 29	0	0	0	0	0	0
2	30 – 39	0	0	3	4.7	3	2.6
3	40- 49	9	17.0	16	25.0	25	21.4
4	50- 59	27	50.9	21	37.5	48	41
5	≥60	17	32.1	24	37.5	41	35
6	Tổng	53	45.3	64	54.7	117	100

Nhận xét: Tỷ lệ THA ở nam là 45,3%; Tỷ lệ ở nữ (54,7%) cao tương đương nghiên cứu của Lục Thị Vượng tại TTYT Chợ Mới, thấp hơn với tác giả Nông Văn Quân tại Thị trấn Bằng Lũng huyện Chợ Đồn tỷ lệ THA ở nam cao hơn (nam 11,75, nữ 9,5%).

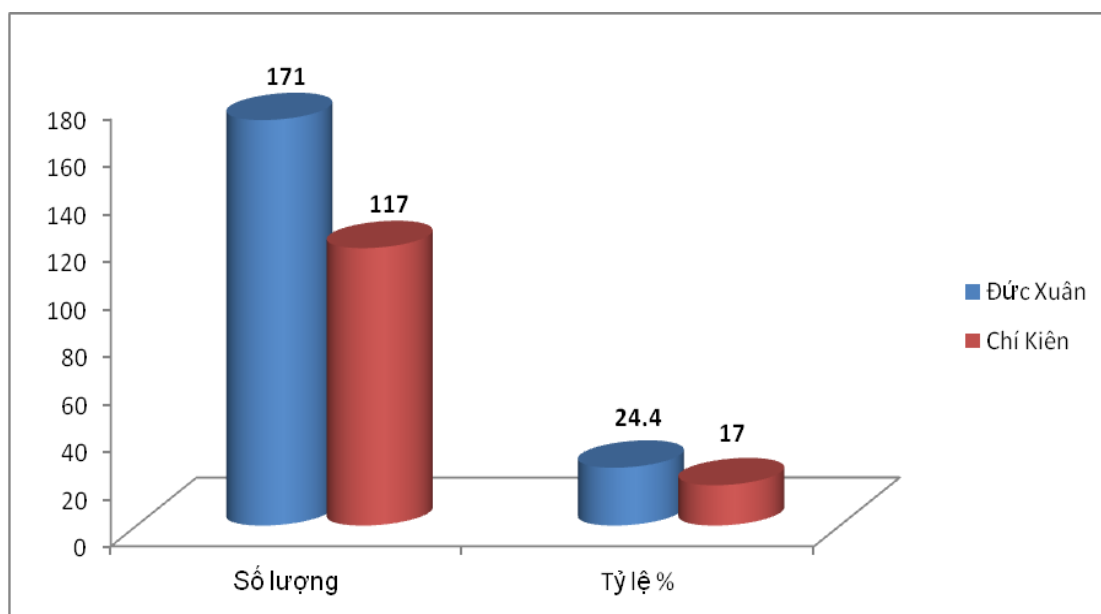
Tại phường Chí Kiên (Phường chứng) tỷ lệ mắc THA ở nhóm tuổi 50-59 đối với nam chiếm tỷ lệ cao nhất 50,9%; trong NC này từ 29-39 không có người mắc.

Thông thường giữa tuổi và con số HA có mối quan hệ mật thiết. Sự gia tăng của HA theo sự tăng của tuổi điều này có lẽ chịu ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường hơn là nguồn gốc sinh học. Tỷ lệ THA tăng dần theo từng nhóm tuổi cao hơn. Theo số liệu quốc gia của Hoa Kỳ, tỷ lệ THA tăng từ 4% ở nhóm tuổi dưới 30 lên đến 65% ở nhóm tuổi 70-75 [5],[6],[10].

Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Ké tại thị xã Hưng Yên thì ở nhóm tuổi 60 - 69 có tỷ lệ THA là 21,3%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) tuy nhiên đây là nghiên cứu ở đối tượng người cao tuổi.

Như vậy người tuổi càng cao thì khả năng mắc THA càng nhiều. Nghiên cứu của Bùi Thị Hà và cộng sự tại Hải Phòng cũng cho thấy, độ tuổi càng cao tỷ lệ THA càng tăng, đặc biệt lứa tuổi 55 trở lên sấp xỉ 1/3 số trường hợp bị THA và từ 65 tuổi trở lên số người mắc THA chiếm gần một nửa, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một đặc điểm chung là bệnh THA có xu hướng ngày càng gia tăng và có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan tới THA như môi trường sống, thói quen ăn uống, luyện tập, đặc điểm kinh tế, văn hóa...



Biểu đồ 5.1: Tỷ lệ THA của 2 phường nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ THA Phường Đức Xuân 24,4%, phường Chí Kiên là 17% ; Tỷ lệ THA ở phường Đức Xuân cao hơn ở phường Phường Chí Kiên; đây là phát hiện ngẫu nhiên. Tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu khác tại tỉnh Bắc Kạn; thị trấn Bằng Lũng 21,25%; phường Nguyễn Thị Minh Khai

(15,1%), cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Gia Khải tại Hà Nội 23,20%; thấp hơn so với cả nước (25%), và nghiên cứu của Chu Hồng Thắng tại xã Hóa Thượng huyện Đông Hỷ tỉnh Thái Nguyên 17,7% [18], [19], [9],[12]. Gần tương đương với tỷ lệ THA của 8 tỉnh thành phố theo nghiên cứu của Viện Tim mạch Việt Nam (25%) và nghiên cứu của Trần Thanh Thủy tại thành phố Hải phòng [21], [17].

So với các tác giả Nông Văn Quân và Lục Thị Vượng tỷ lệ này thấp hơn, nhưng lại cao hơn kết quả của Phùng Nguyễn Thị Minh Khai cùng thị xã (15,1%) [19], [20],[18]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác.

Bảng 3.3. Phân loại THA:

TT	Phường Độ THA	Đức Xuân		Chí Kiên	
		SL	%	SL	%
1	Độ I	87	12.43	75	10.71
2	Độ II	49	7.00	29	4.14
3	Độ III	35	5.00	13	1.86
4	Cộng	171	24.43	117	16.71

Nhận xét: Cả 2 phường chủ yếu là THA độ I (10,71-12,43%). Đây là phát hiện ngẫu nhiên vì hầu hết đối tượng nghiên cứu không biết mình bị THA và trước đó không hề có biểu hiện THA chỉ một số ít đã phát hiện đã đi khám trước khi chúng tôi tiến hành nghiên cứu này; tỷ lệ THA độ III chiếm tỷ lệ thấp chỉ từ 1,86% - 5% trong 700 đối tượng được nghiên cứu.

3.1.3. Tổ chức truyền thông thay đổi hành vi: 2 lớp.

Tại phường can thiệp, đã tập huấn được 2 lớp cho 120 người THA được phát hiện THA. Nội dung truyền thông tập trung vào cách phát hiện bệnh THA và kỹ năng tự quản lý, điều trị người THA tại cộng đồng và nâng cao sự hiểu biết về bệnh THA tại cộng đồng.

Hầu hết các trường hợp bị THA sau truyền thông đều có kiến thức, thái độ đúng và thực hành tốt về điều trị tăng huyết áp.

Đối với THA độ I can thiệp hiệu quả nhất, cụ thể là loại bỏ yếu tố nguy cơ, khi điều trị chủ yếu dùng một loại thuốc, điều trị tại nhà là chủ yếu, ít tốn kém cho người bệnh.

***Kiến thức bệnh THA**

Hầu hết các đối tượng được điều tra đều có kiến thức tốt về phòng chống bệnh THA; Phường Đức Xuân 99-100% có kiến thức tốt về THA; Phường Phùng Chí Kiên từ gần 93-100% trong đó có 92,8 % biết THA là bệnh không lây.

*** Thái độ về bệnh THA**

100% ĐTNC của phường can thiệp có thái độ đúng về THA tỷ lệ người dân có kiến thức tốt như vậy là do hiện nay chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống THA đã được Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh triển khai với các nội dung như tập huấn cho cán bộ Y tế của các xã phường tại thị xã, mở các hội nghị truyền thông về nâng cao kiến thức hiểu biết về bệnh THA; Vì vậy tỷ lệ nghiên cứu này là phù hợp

*** Thực hành về phòng chống THA**

Phần lớn các đối tượng nghiên cứu Thực hành đúng về phòng chống bệnh THA ; Phường Đức Xuân chiếm tỷ lệ 100 %, phường Chí Kiên chiếm tỷ lệ 95,29%);

Nhận xét kết quả nội dung 1

- Xác định được tỷ lệ THA của 2 phường
- Đề xuất mô hình cụ thể về quản lý, điều trị bệnh THA tại trạm Y tế xã phường.
- Lập sổ theo dõi cho 171 trường hợp bị THA tại Phường Đức Xuân giao cho Trạm Y tế quản lý.
- Tổ chức truyền thông về bệnh THA được 2 lớp với 120 người tham gia.
- Kết quả điều tra KAP về bệnh THA tại 2 phường.

5. 2. Triển khai các hoạt động can thiệp:

5.2.1. *Tập huấn cho điều tra viên:* 01 lớp vào ngày 3/8/2012 với số người tham dự: 20 học viên, cơ bản các học viên nắm vững kiến thức về THA và kỹ năng khám sàng lọc nhập phiếu khám.

5.2.2. *Xây dựng mô hình* quản lý điều trị bệnh nhân THA tại tuyến Y tế xã phường.

Bước 1: Khám Sàng lọc thụ động để phát hiện THA: Là bệnh nhân phải đến với thầy thuốc, gồm:

- + Bệnh nhân lần đầu có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ THA.
- + Bệnh nhân không có các triệu chứng các triệu chứng cơ năng của THA nhưng đo thì thấy huyết áp tăng.

+ Tình cờ đi khám bệnh khác, bác sỹ đo phát hiện THA.

Cách tổ chức: Thường xuyên tại phòng khám của các Trạm Y tế.

Bước 2: Phân độ THA:

Phân độ THA để quản lý, tư vấn, điều trị và tiên lượng cho từng người bệnh.

Cụ thể nếu THA độ 3 hoặc đã có tổn thương cơ quan đích kèm theo hoặc có bệnh khác phối hợp nên chuyển lên tuyến trên để khám lại và làm các xét nghiệm, THA Độ 1, độ 2 thì tư vấn, điều trị ngay tại xã, nếu cần thiết làm xét nghiệm thì gửi lên tuyến trên.

Bước 3: Lập sổ quản lý: Tất cả các người bệnh bị THA sau sàng được:

+ Lập danh sách khám định kỳ và sổ quản lý tại Trạm y tế: 171 trường hợp bị bệnh THA tại Phường Đức Xuân

+ Nhập vào sổ cái quản lý BN THA tại Trạm y tế

+ Vào sổ theo dõi quản lý, tư vấn điều trị bệnh THA của người bệnh.

Bước 4: Tổ chức truyền thông thay đổi hành vi có lợi cho sức khỏe để phòng chống THA cho người bệnh.

+ Lập kế hoạch tổ chức hội nghị truyền thông; Chuẩn bị đầy đủ nội dung.

+ Tổ chức hội nghị truyền thông.

+ Đánh giá kết quả hội nghị truyền thông.

Bước 5: Khám, tư vấn, điều trị THA hàng ngày tại Trạm y tế

+ Hoạt động khám chữa bệnh bình thường hàng ngày tại Trạm y tế

+ Nếu phát hiện bệnh nhân mới thì khám, tư vấn, điều trị bình thường

+ Sau đó vào sổ khám, tư vấn, điều trị bệnh THA của Trạm y tế và sổ của người bệnh.

5.2.3 . Các hoạt động can thiệp (Truyền thông, quản lý, điều trị):

* Truyền thông: Tổ chức 02 lớp bằng hình thức thuyết trình và bằng áp phích cơ bản buổi truyền thông nhằm nâng cao nhận thức từ đó thay đổi hành vi các đối tượng, mục đích để ĐTNC nắm bắt và hiểu biết được Bệnh THA là bệnh nguy hiểm là kẻ giết người thầm lặng, yêu cầu mọi người đều cần phòng tránh bằng uống thuốc thường xuyên, thay đổi hành vi tập quán sinh hoạt.

* Tổ chức hội thảo:

- Tổ chức hội thảo lần 1 theo công văn số 546/KH-BCNĐT ngày 4/6/2013

Nội dung: Kết quả điều khám sàng lọc, thực trạng, tỷ lệ THA của 2 phường Đức Xuân, Phường Phùng Chí Kiên; 01 lớp tổng số người tham dự: 22 người.

- Tổ chức hội thảo lần 2 theo công văn số 1246/KH-BCNĐT ngày 02/12/2013.

Nội dung: Thực trạng bệnh tăng huyết áp tại 02 phường Đức xuân - Chí Kiên năm 2013 sau khi can thiệp.

Tổng số người tham dự: 29 người Các đại biểu tham dự đều cho rằng bệnh tăng huyết áp là bệnh nguy hiểm gây hậu quả rất nghiêm trọng, đề nghị mọi người đều phải biết và phòng tránh bệnh tăng huyết áp bằng cách thay đổi hành vi, thói quen không tốt trong sinh hoạt.

*** Hiệu quả mô hình:**

Chuyên môn:

- Xác định được tỷ lệ THA của 2 phường.

Quản lý được bệnh nhân THA.

- Nâng cao năng lực cho y tế cơ sở về khám, chữa bệnh tăng huyết áp.

- Hạn chế chuyển tuyến góp phần giảm quá tải cho tuyến trên.

- Kiểm soát được HA đối với bệnh nhân bị THA, hạn chế tai biến do THA giảm chi phí điều trị.

Người bệnh:

- Có kiến thức về bệnh tăng huyết áp.

- Thay đổi hành vi cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Với mô hình này sẽ khắc phục được hạn chế của Đề tài Phòng chống THA đang triển khai tại Bắc Kạn là người bệnh đến khám cán bộ Y tế sàng lọc thụ động khi phát hiện các trường hợp bị THA thì lập sổ khám cho người bệnh và vào sổ quản lý của trạm. Với đề tài phòng chống THA cán bộ y tế chủ động đi khám sàng lọc như vậy tốn kém về nhân lực, thời gian và kinh phí.

Ưu điểm của mô hình là:

+ Phát hiện được các trường hợp bị THA ở người bệnh đến khám.

+ Quản lý và cấp thuốc tại các trạm Y tế.

+ Người bệnh được cấp thuốc, truyền thông tư vấn về bệnh THA ngay tại Trạm y tế để tự theo dõi và điều trị tại gia đình.

+ Không cần nhiều nhân lực, ít tốn kém về kinh phí.

Vì vậy chúng tôi đề xuất chọn mô hình này để áp dụng tại các Trạm y tế xã trên địa bàn toàn tỉnh.

5.3. Kết quả sau can thiệp

5.3.1. Tỷ lệ THA sau can thiệp:

*** Phường Đức Xuân:**

Tỷ lệ THA phường Đức Xuân sau can thiệp giảm khá nhiều so với trước can thiệp (trước 24,43%; sau 20,4% $P > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê). Tại nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng khi có tác động vào nhóm người mắc THA bằng các hình thức truyền thông, tư vấn trực thì sẽ nâng cao được kiến thức, thực hành về điều trị cho bệnh nhân THA từ đó tỷ lệ người đạt huyết áp mục tiêu sẽ tăng lên và giảm độ THA là đáng kể.

*** Phường Phùng Chí Kiên (phường đối chứng):**

Tỷ lệ mắc THA trước và sau không thay đổi tuy nhiên phát hiện 01 trường hợp mắc mới THA. Vì tại phường không có hoạt động can thiệp chính vì vậy tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu cũng như giảm độ huyết áp là không đáng kể điều này phù hợp vì thực tế các đối tượng ở phường này không được can thiệp điều trị.

Sau can thiệp người có chỉ số HA tăng của Phường Đức Xuân chủ yếu độ I (14,57%) không còn trường hợp THA độ III; Tại Phường Phùng Chí Kiên tỷ lệ phân độ THA không thay đổi. Về phân độ THA ở các độ tuổi tỷ lệ THA độ III không còn trường hợp nào chủ yếu THA trở về độ I và độ II. Tại Phường Đức Xuân chứng tỏ can thiệp có hiệu quả; THA độ I dễ kiểm soát, điều trị chỉ dùng một loại thuốc ít tốn kém cho người bệnh đồng thời người bị THA vừa điều trị vừa công tác, sản xuất và hoạt động bình thường.

Sau can thiệp người có thói quen ăn mặn, của Phường Đức Xuân giảm từ (26,43 % - 23,57%) , thói quen ít vận động cũng giảm (73,57% - 59,29%), Phường Phùng Chí Kiên không thay đổi.

Như vậy tại phường can thiệp người bị THA đã có thay đổi thói quen theo hướng có lợi đồng nghĩa người bệnh chấp hành tốt các chỉ dẫn của cán bộ y tế về điều trị bệnh THA bằng phương pháp không dùng thuốc, giúp hạn chế nguy cơ tai biến. Với Phường Chí Kiên những thói quen này không thay đổi do đối tượng nghiên cứu không được tư vấn (không can thiệp).

5.3.2. Kết quả điều tra KAP sau can thiệp:

Phường Đức Xuân:

Hầu hết các đối tượng tham gia nghiên cứu đều có kiến thức hiểu biết về THA, có thái độ đúng về THA.

Những kết quả trên cho thấy mô hình kiểm soát bệnh THA đã có tác dụng lớn đến việc nâng cao ý thức của người dân trong cộng đồng về kiểm soát bệnh THA.

Hầu hết các đối tượng thực hành đúng về THA. Sự thay đổi hành vi của con người đóng một vai trò rất quan trọng phòng chống bệnh tật nói chung và đặc biệt quan trọng đối với các bệnh mạn tính, trong đó có bệnh THA. Trong nghiên cứu này đã có kết quả rất tích cực cho thấy sự thay đổi một số hành vi của người dân ở phường được can thiệp có chiều hướng tích cực hơn rõ rệt so với xã phường đối chứng, đặc biệt là hành vi uống thuốc và thường xuyên theo dõi huyết áp. Tuy nhiên việc cải thiện các hành vi chưa thực sự thuyết phục vì để cải thiện một hành vi, thói quen đã có từ lâu đòi hỏi phải có thời gian và cần phải có các biện pháp hỗ trợ khác trong xã hội. Các hoạt động can thiệp như truyền thông tư vấn trực tiếp trong quá trình đi khám định kỳ đã làm thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người cao tuổi về bệnh, biến chứng của bệnh, về điều trị và dự phòng các yếu tố nguy cơ THA. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện KAP về phòng chống bệnh THA người dân đều cao hơn rất nhiều so với trước can thiệp, đặc biệt là đối với thực hành đo huyết áp thường xuyên đạt tới 100%.

Phường Phùng Chí Kiên:

Sau can thiệp truyền thông kiến thức về THA của đối tượng nghiên cứu đã thay đổi cụ thể là; Biết bệnh THA trước can thiệp là 73,71%, sau can thiệp là 97,86%); Số người biết bệnh THA là không lây nhiễm tăng từ 65,86-92,86%; Nếu không điều trị sẽ gây tai biến nguy hiểm thay đổi không đáng kể.

Để dự phòng THA và các tai biến của nó cần truyền thông để mọi người từ 25 tuổi trở lên được cung cấp thông tin về bệnh THA để tự bổ sung kiến thức dự phòng và điều trị hạn chế khi bị nặng mới vào viện tăng chi phí và nguy cơ tai biến để lại hậu quả xấu cho người bệnh và là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

5.3. Đánh giá kết quả thực hiện mô hình .

- Tỷ lệ THA phường Đức Xuân giảm từ 24,3% xuống còn 16,71%; Phường Phùng Chí Kiên không thay đổi.

- Phân độ THA sau can thiệp Phường Đức Xuân không còn trường hợp nào THA độ 3, phường Phùng Chí Kiên thay đổi không đáng kể.

- Thói quen sinh hoạt của 02 phường sau can thiệp thay đổi không đáng kể.

- Kết quả điều tra KAP, nhận thức, thái độ, thực hành về bệnh THA đều tốt các bảng (3.10;3.11;3.12).

6. Thời gian bắt đầu và kết thúc: 4/2012 - 7/2013.

7. Kinh phí thực hiện: Tổng số: 237,000,000 đồng, trong đó:

+ Kinh phí sự nghiệp khoa học: 237,000,000 đồng./.