

SAFETY AND EFFICIENCY OF THE HEART FAILURE MANAGEMENT PROGRAM AT FAMILY MEDICINE CLINICS

Huynh Trung Son¹, Ha Ngoc Ban², Do Thi Nam Phuong², Pham Le An^{1*}

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Ho Chi Minh City Heart Institute - 4 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 28/04/2025

Revised: 18/05/2025; Accepted: 12/07/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the safety and effectiveness of an integrated heart failure management program at the family medicine (primary care) level by comparing clinical and paraclinical indicators of patients before and after participating in the program.

Material and methods: A prospective descriptive study was conducted on 108 patients with stable chronic heart failure receiving care at Family Medicine Clinics of District 2 and District 4 Hospitals, Ho Chi Minh City.

Results: Participants' socio-demographic characteristics and comorbidity profiles were comparable to those reported in previous studies. After intervention, clinical symptoms, left ventricular ejection fraction, and exercise capacity significantly improved.

Conclusion: These findings demonstrated that the integrated heart failure management model at the primary care level is safe, effective, and feasible for broader application.

Keywords: Family medicine, primary care, heart failure management, 6-minute walk test.

*Corresponding author

Email: phamlean@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 908153743 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2913**



TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ SUY TIM TẠI PHÒNG KHÁM Y HỌC GIA ĐÌNH

Huỳnh Trung Sơn¹, Hà Ngọc Bản², Đỗ Thị Nam Phương², Phạm Lê An^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh - 4 Đường Quang Trung, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 28/04/2025

Ngày sửa: 18/05/2025; Ngày đăng: 12/07/2025

ABSTRACT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của chương trình quản lý suy tim lồng ghép tại tuyến Y học gia đình (YHGD) bằng cách so sánh các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh trước và sau tham gia chương trình.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 108 người bệnh suy tim mạn ổn định đang điều trị tại các Phòng khám YHGD thuộc Bệnh viện Quận 2 và Bệnh viện Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Đặc điểm dân số - xã hội và bệnh đồng mắc của người bệnh tương đồng với các nghiên cứu trước. Sau can thiệp, các chỉ số lâm sàng, phân suất tổng máu và khả năng gắng sức đều được cải thiện.

Kết luận: Kết quả cho thấy mô hình quản lý suy tim lồng ghép YHGD tại tuyến chăm sóc ban đầu là an toàn, hiệu quả và có khả năng ứng dụng thực tiễn cao.

Từ khóa: Y học gia đình, chăm sóc ban đầu, quản lý suy tim, nghiệm pháp đi bộ 6 phút.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những nguyên nhân nhập viện phổ biến hàng đầu ở người trên 65 tuổi. Chăm sóc và quản lý suy tim đúng cách có thể làm giảm đáng kể nhập viện, cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ cho người bệnh. Mô hình quản lý suy tim (QLST) theo hướng tích hợp giữa chuyên khoa tim mạch và hệ thống chăm sóc ban đầu được đánh giá là mô hình hiệu quả và khả thi nhất do giúp giảm đáng kể tỷ lệ bệnh tật và tử vong [1-3].

Tại Việt Nam, cụ thể là tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM), chương trình QLST đã được triển khai từ năm 2016, tập trung vào việc tối ưu hóa điều trị suy tim theo hướng dẫn quốc tế, đồng thời nâng cao nhận thức và kiến thức cho người bệnh về quản lý suy tim [4]. Để giảm tải tuyến chuyên khoa, mở rộng mô hình ra tuyến cơ sở là cần thiết.

Theo Thông tư số 21/2019/TT-BYT Hướng dẫn thí điểm về hoạt động Y học gia đình (YHGD), Viện Tim TP.HCM đã phối hợp với Bệnh viện Quận 2 và Bệnh viện Quận 4 triển khai chương trình quản lý suy tim tại các Phòng khám YHGD. Việc đánh giá hiệu quả và tính an toàn của mô hình QLST ở tuyến chăm sóc ban đầu sẽ giúp củng cố cơ sở khoa học và thực tiễn

để nhân rộng mô hình này.

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của chương trình quản lý suy tim lồng ghép tại tuyến YHGD thông qua so sánh các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và khả năng gắng sức của người bệnh trước và sau can thiệp. Đồng thời, nghiên cứu cũng mô tả đặc điểm dân số - xã hội và bệnh đồng mắc của đối tượng tham gia chương trình. Ngoài ra, nghiên cứu còn mô tả đặc điểm dân số - xã hội và bệnh đồng mắc của đối tượng tham gia chương trình

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân suy tim mạn tính được tiếp nhận tại các phòng khám YHGD tại TP.HCM.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh*

+ Người bệnh suy tim mạn ổn định, từ 18 tuổi trở lên đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại Phòng

*Tác giả liên hệ

Email: phamlean@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 908153743 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2913>

khám (PK) YHGD thuộc Bệnh viện Quận 2, Bệnh viện Quận 4, TP.HCM.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu và hoàn tất đầy đủ các đánh giá theo quy trình nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Không hoàn tất nghiệm pháp đi bộ 6 phút vì lý do khác suy tim.

2.1.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc.

2.2.2 Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám YHGD tại BV Quận 2 và BV Quận 4, TP.HCM.

2.2.3 Mô hình quản lý suy tim tại Phòng khám Y học gia đình (PK YHGD):

Tổ chức hệ thống

- Mô hình được xây dựng trên cơ sở phối hợp giữa Viện Tim TP.HCM và các PK vệ tinh tại BV Quận 2 và BV Quận 4.

- Viện Tim thực hiện chỉ đạo tuyến theo Đề án 1816 (Quyết định 1816/QĐ-BYT ngày 26/5/2008), với việc cử bác sĩ hỗ trợ chuyên môn, đồng thời tổ chức quy trình chuyển tuyến hai chiều giữa Viện Tim và các bệnh viện quận. Cơ sở pháp lý cho việc triển khai mô hình dựa trên Thông tư 21/2019/TT-BYT Hướng dẫn thí điểm về hoạt động Y học gia đình.

Nhân sự tham gia

Mô hình huy động đội ngũ gồm:

- Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề Y học gia đình.

- Điều dưỡng gia đình.

- Thư ký y khoa đã qua đào tạo.

Cơ sở tài chính

Hoạt động tài chính được thực hiện theo Thông tư 43/2019/TT-BYT và dựa trên hợp đồng hợp tác giữa BV Quận 2, BV Quận 4 và Trung tâm Bác sĩ gia đình, đảm bảo cân đối thu chi cho nhân viên y tế và duy trì sự phát triển bền vững.

Quy trình khám và quản lý người bệnh

- Lần khám đầu tiên (tại Phòng khám có bác sĩ chuyên khoa tim mạch):

+ Ghi nhận chẩn đoán, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, thuốc điều trị.

+ Tư vấn, phát sổ tay theo dõi tại nhà, hướng dẫn người bệnh.

+ Điều dưỡng thu thập thêm thông tin nhân trắc học

và hướng dẫn thêm.

+ Thư ký y khoa nhập dữ liệu vào phần mềm quản lý.

- Các lần tái khám định kỳ (tại PK YHGD):

+ Bác sĩ gia đình tái đánh giá tình trạng suy tim, tối ưu hóa điều trị, tiếp tục tư vấn.

+ Kiểm tra và cập nhật sổ tay theo dõi tại nhà.

+ Thu thập dữ liệu mỗi 3 tháng, thư ký y khoa nhập liệu.

+ Chuyển tuyến lên Viện Tim khi cần thiết theo hướng dẫn.

2.2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi lựa chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Do chưa có số liệu công bố về tỷ lệ cải thiện các chỉ số lâm sàng hoặc cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim khi triển khai mô hình quản lý lồng ghép tại tuyến y học gia đình ở Việt Nam, chúng tôi lựa chọn tỷ lệ tử vong do suy tim sau 6 tháng là 6,4% dựa trên nghiên cứu của Đỗ Thị Nam Phương và cộng sự (4) làm cơ sở để ước lượng cỡ mẫu tối thiểu. Tỷ lệ này được xem là một trong những biến cố quan trọng phản ánh hiệu quả quản lý bệnh tại cộng đồng ở thời điểm thiết kế nghiên cứu. Công thức tính cỡ mẫu tối thiểu như sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 1,96^2 \frac{0,064 \times (1-0,064)}{0,05^2} = 92$$

Trong đó:

+ n: Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

+ α : Xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$

+ Z: Trị số từ phân phối chuẩn, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

+ d: Sai số cho phép, chọn $d = 0,05$

+ p: Chọn $p = 0,064$

Cỡ mẫu tối thiểu ước tính là 92. Trong thời gian nghiên cứu có 108 người bệnh đủ tiêu chuẩn và toàn bộ đều tham gia nghiên cứu và đưa vào phân tích.

2.2 Biến số và công cụ thu thập số liệu

Các biến số nghiên cứu gồm: đặc điểm dân số học (tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số thân nhân từng khám tại PK YHGD, nguồn giới thiệu), đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nghiệm pháp đi bộ 6 phút (NP6P). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và NP6P được đánh giá tại thời điểm ban đầu (T1) và tái khám (T2). Cụ thể:

- T1: thời điểm khám ban đầu của người bệnh khi tham gia nghiên cứu;

- T2: thời điểm tái khám cuối cùng của cùng trong

thời gian nghiên cứu (từ 9/2019 đến 9/2020).

Do lịch tái khám của từng người bệnh khác nhau và ảnh hưởng của dịch COVID-19, nên T2 không đồng nhất cho toàn bộ cỡ mẫu mà phụ thuộc vào lịch trình theo dõi thực tế của từng bệnh nhân. T2 không hoàn toàn trùng nhau ở tất cả bệnh nhân mà phụ thuộc vào thời điểm hoàn tất theo dõi cá nhân.

NP6P đo tổng quãng đường bệnh nhân đi được trong 6 phút và điểm Borg đánh giá mức độ khó thở, mệt mỏi (5). Quy trình bao gồm nghỉ ngơi 10 phút, đo sinh hiệu, đánh giá Borg trước và sau nghiệm pháp, hướng dẫn thực hiện, ghi nhận tổng quãng đường và xử lý các trường hợp ngừng sớm.

Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tiêu chuẩn và trích xuất từ bệnh án chương trình QLST của Viện Tim TP.HCM. Nghiên cứu viên chịu trách nhiệm hướng dẫn và ghi nhận số liệu.

2.3 Phân tích số liệu

Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu không phân phối chuẩn. Phân tích dữ liệu được thực hiện bằng Stata 13.

2.4 Ý đức

Đề cương nghiên cứu đã được xét duyệt của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM số 468/ĐHYD-HĐĐĐ. Nghiên cứu được sự chấp thuận thực hiện của Viện Tim TP.HCM và các bệnh viện tham gia. Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của người tham gia nghiên cứu (N=108)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB±ĐLC)	58,5 ±16,6	
Nhóm tuổi		
< 60 tuổi	53	49,1
≥ 60 tuổi	55	50,9
Giới tính		
Nam	66	38,9
Nữ	42	61,1
BMI (TB±ĐLC)	23,7 ± 4,1	

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nơi cư ngụ		
TP.HCM	68	64,2
Tỉnh khác	38	35,8
Nơi điều trị		
Viện Tim	20	18,5
PK YHGD	88	81,5
Người thân có khám PK YHGD		
Cả nhà	6	7,9
Một số người	36	47,4
Không	34	44,7
Nguồn thông tin		
Bác sĩ tư vấn	26	24,1
Người thân, bạn bè	45	41,7
Internet	6	5,6
Số lần đã đến khám PK YHGD		
Đến khám lần 2	10	13,2
Đến khám lần 3	15	19,7
Đến khám lần 4	2	2,6
Đến khám lần 5	2	2,6
Đến khám nhiều hơn 5 lần	47	61,8
Sử dụng bảo hiểm y tế		
Có	43	42,7
Không	32	57,3

Những đặc điểm dân số học trong nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân chủ yếu là người lớn tuổi, với tuổi trung bình gần 60, và tỷ lệ $\geq$ 60 tuổi chiếm hơn một nửa. Đây là nhóm có nguy cơ cao mắc các bệnh lý mạn tính, đặc biệt là bệnh tim mạch, phù hợp với mục tiêu quản lý suy tim tại PK YHGD. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế cho thấy khả năng có sự khác biệt về mức độ tiếp cận hoặc nhu cầu chăm sóc sức khỏe giữa hai giới. Đa số người bệnh đến từ TP.HCM. Tỷ lệ lớn bệnh nhân từng khám nhiều lần tại PK YHGD (hơn 60% đã tái khám $>$ 5 lần) cho thấy mức độ gắn bó cao và khả năng tuân thủ theo dõi tích cực trong mô hình quản lý liên tục. Tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế thấp cho thấy cần tăng cường các chiến lược hỗ trợ tài chính để thúc đẩy tiếp cận dịch vụ bền vững hơn trong tương lai.

Bảng 2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch và một số bệnh đồng mắc

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá		
Đang hút	8	7,4
Đã ngưng	33	30,6
Sử dụng rượu		
Thỉnh thoảng	40	37,4
Đã từng	8	7,5
Bệnh lý động mạch		
<i>Bệnh mạch vành</i>		
Bệnh lý mạch vành mạn	42	38,9
Nhồi máu cơ tim	23	22,2

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tái thông mạch vành	26	24,1
<i>Bệnh lý động mạch ngoại biên</i>	6	5,6
<i>Nhồi máu não-cơ thiếu máu não thoáng qua</i>	4	3,7
Tăng huyết áp	61	56,5
Rối loạn lipid máu	66	61,1
Đái tháo đường	32	29,6
Bệnh thận mạn	13	12,1

Tỷ lệ bệnh nhân đã từng hút thuốc lá là 30,6%, trong khi 37,4% có sử dụng rượu thỉnh thoảng (Bảng 2). Các bệnh lý tim mạch đi kèm phổ biến nhất bao gồm bệnh mạch vành mạn (38,9%), tăng huyết áp (56,5%) và rối loạn lipid máu (61,1%). Bệnh đái tháo đường được ghi nhận ở 29,6% đối tượng, trong khi bệnh thận mạn chiếm 12,1%.

3.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thay đổi theo thời gian

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở 2 lần đánh giá

Đặc điểm	T1 (n=108)		T2 (n=78)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu sinh tồn				
Tần số tim (l/p) (TB±ĐLC)	77,6±13,1		78,4 ±14,0	
Huyết áp (mmHg) (TB±ĐLC)	119,5 ± 18,4/ 79,5 ± 15,2		121,9 ± 17,9/ 80,1 ± 13,4	
Dấu hiệu sung huyết	8	7,4	1	1,2
Khó thở	95	87,9	55	66,3
Khó thở khi nằm	22	20,4	4	4,8
Khó thở kịch phát về đêm	9	8,4	0	0
Phân độ NYHA				
Độ II	59	55,2	74	89,0
Độ III	48	44,8	9	10,8
Cận lâm sàng				
<i>Siêu âm tim</i>				
Phân suất tống máu (%) (TB±ĐLC)	39,2 ±14,8		48,9±16,3	
<i>Phân suất tống máu</i>				
< 40	58	53,7	16	26,7
40 – 50	27	25,0	11	18,3
≥ 50	23	21,3	33	55,0
Đường kính thất trái cuối tâm trương (mm)	59,5 ±11,6		55,7±10,5	
Đường kính thất trái cuối tâm thu (mm)	46,8± 13,0		42,6±13,5	
NT-proBNP (pg/ml)	993,7 (249-2296)		219,5 (143,1- 554)	
Creatinin huyết thanh (eGFR <60)	24	27,3	9	19,6

Có sự cải thiện về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ khó thở giảm từ 87,9% còn 66,3%, khó thở khi nằm giảm từ 20,4% xuống 4,8%, và khó thở kịch phát về đêm không còn được ghi nhận ở thời điểm tái khám. Phân độ NYHA cải thiện rõ rệt, với 89% người bệnh đạt NYHA độ II sau tái khám so với 55,2% ban đầu.

Về cận lâm sàng, phân suất tống máu thất trái trung bình tăng từ 39,2% lên 48,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tống máu $\geq 50\%$ tăng từ 21,3% lên 55%. Đường kính thất trái cuối tâm trương và cuối tâm thu đều giảm. NT-proBNP giảm từ trung vị 993,7 pg/ml xuống còn 219,5 pg/ml. Tỷ lệ bệnh nhân có eGFR < 60 mL/phút/ $1,73\text{m}^2$ cũng giảm từ 27,3% còn 19,6%.

3.3 Nghiệm pháp đi bộ 6 phút

Bảng 4. Nghiệm pháp đi bộ 6 phút

Đặc điểm	T1 (n=108)		T2 (n=76)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khoảng đường đi được (m) (TB $\pm$ ĐLC)	299,3 $\pm$ 119,1		349,6 $\pm$ 101,1	
≤ 300	41	40,6	27	35,1
>300	60	59,4	50	64,9
Điểm Borg (TB $\pm$ ĐLC)	2,1 $\pm$ 1,1		2 $\pm$ 1,7	
<4	89	88,1	73	96,1
≥ 4	12	11,9	3	1,9
Ngưng nghiệm pháp trước 6 phút	19	18,6	4	5,3

Khoảng đường đi được trung bình trong NP 6 phút tăng từ 299,3 $\pm$ 119,1 mét lên 349,6 $\pm$ 101,1 mét. Tỷ lệ bệnh nhân đi được trên 300 mét tăng từ 59,4% lên 64,9%. Điểm Borg đánh giá mức độ khó thở sau nghiệm pháp giảm nhẹ (từ 2,1 xuống 2,0). Tỷ lệ bệnh nhân phải ngưng nghiệm pháp trước 6 phút giảm từ 18,6% còn 5,3% sau can thiệp.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2019 đến 9/2020, trong bối cảnh đại dịch COVID-19, gây nhiều khó khăn cho tuyển chọn mẫu và khảo sát thực địa do yêu cầu giãn cách xã hội và kiểm soát dịch bệnh.

4.1 Bối cảnh tại thời điểm thực hiện nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu, chương trình quản lý suy tim (QLST) đã được triển khai rộng rãi tại nhiều quốc gia, với 26/43 nước châu Âu báo cáo có chương trình hoạt động, trong đó khoảng 50% tập trung tại khu vực ngoại trú. Tại Anh, 75% chương trình tích hợp chăm sóc nội trú và tại nhà, phản ánh xu hướng đa tầng trong quản lý suy tim [2,3].

Ở Việt Nam, các mô hình tối ưu hóa chăm sóc suy tim đã xuất hiện tại một số cơ sở y tế lớn từ năm 2015. Tuy nhiên, nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên triển khai mô hình QLST lồng ghép Y học Gia đình tại tuyến y tế cơ sở, kết hợp bác sĩ gia đình với bác sĩ chuyên khoa tim mạch tại PK YHGD.

Mô hình nghiên cứu có sự khác biệt so với quốc tế: thay vì dựa vào đội ngũ chuyên sâu như bác sĩ tim mạch, điều dưỡng chuyên ngành hay dược sĩ lâm sàng, mô hình sử dụng bác sĩ đa khoa có chứng chỉ YHGD, điều dưỡng gia đình và thư ký y khoa. Theo

đôi người bệnh dựa vào sổ tay và tái khám định kỳ, thay vì công nghệ cao như thiết bị đeo theo dõi từ xa.

Nhờ cấu trúc đơn giản, chi phí thấp và sử dụng nguồn lực y tế sẵn có, mô hình cho thấy tính khả thi cao tại khu vực nguồn lực hạn chế. Việc lồng ghép mô hình vào khung pháp lý hiện hành (Thông tư 21/2019/TT-BYT) cũng góp phần thuận lợi cho triển khai rộng rãi.

4.2 Đặc điểm người bệnh tham gia chương trình QLST

4.2.1 Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của người bệnh là 58,5 $\pm$ 16,6 tuổi, thấp hơn nghiên cứu trong nước của Đỗ Thị Nam Phương (64 tuổi) [7], phù hợp với xu hướng trẻ hóa bệnh nhân suy tim trên thế giới. Tình trạng này có thể làm tăng gánh nặng y tế và kinh tế, nhấn mạnh vai trò kiểm soát yếu tố nguy cơ và tối ưu hóa chăm sóc suy tim mạn.

Tỷ lệ người bệnh có thân nhân cùng tham gia khám tại PK YHGD là khá cao, tuy nhiên tỷ lệ cả gia đình tham gia chỉ đạt 7,9%. Nguồn tiếp cận dịch vụ chủ yếu từ người thân, bạn bè (41,7%), tương tự nghiên cứu của Trần Văn Khanh (6), cho thấy vai trò truyền miệng trong truyền thông y tế.

4.2.2 Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc

Bệnh mạch vành mạn tính và tăng huyết áp là hai bệnh đồng mắc phổ biến, phản ánh xu hướng dịch tễ học đang tiệm cận với các nước phát triển. Tỷ lệ rối loạn lipid máu (61,1%) cao hơn so với chương trình QLST tại Viện Tim TP.HCM (33%), có thể liên quan đến việc cập nhật tiêu chuẩn chẩn đoán mới từ các hội tim mạch quốc tế.

Tỷ lệ đái tháo đường đồng mắc đạt 30%, cao hơn mức 25% ghi nhận tại Viện Tim, phù hợp với nhận định đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh cơ tim. Điều này củng cố vai trò của bác sĩ gia đình trong việc điều phối chăm sóc đa chuyên khoa nhằm quản lý bệnh toàn diện.

4.3 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu sung huyết giảm từ 8% lúc đầu xuống 1% sau tái khám, cho thấy cải thiện lâm sàng rõ rệt. Phân suất tống máu (EF) trung bình tăng từ 39,2% lên 48,9% sau can thiệp, phản ánh hiệu quả điều trị.

Các chỉ số sinh hóa như creatinin huyết thanh và NT-proBNP cũng có xu hướng cải thiện. Sự đồng bộ giữa cải thiện lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy hiệu quả của mô hình quản lý suy tim lồng ghép giữa bác sĩ gia đình và bác sĩ chuyên khoa tim mạch tại tuyến chăm sóc ban đầu.

4.4 Nghiệm pháp đi bộ 6 phút (NP6P)

NP6P là phương pháp đánh giá khả năng gắng sức phổ biến, khả thi và dễ thực hiện tại tuyến cơ sở. Trong nghiên cứu, quãng đường đi bộ của bệnh nhân cải thiện đáng kể sau can thiệp, đồng thời phân độ NYHA cũng có xu hướng cải thiện, cho thấy tăng cường khả năng vận động và chất lượng cuộc sống.

Việc triển khai NP 6 phút giúp đơn vị tuyến dưới đánh giá hiệu quả quản lý bệnh nhân và xây dựng chương trình phục hồi chức năng tim mạch phù hợp. Qua kết quả này, mô hình QLST lồng ghép tại PK YHGD BV Quận 2 và BV Quận 4 đã chứng minh tính an toàn, hiệu quả và khả năng theo dõi bệnh nhân liên tục.

4.5 Điểm mạnh và hạn chế

Điểm mạnh đầu tiên là nghiên cứu này được triển khai trong điều kiện thực tiễn tại tuyến y tế cơ sở, qua đó bối cảnh hóa được giá trị ứng dụng và khả năng triển khai rộng rãi của mô hình quản lý suy tim tại trong chăm sóc ban đầu. Việc lồng ghép bác sĩ gia đình vào quy trình quản lý người bệnh suy tim là một đóng góp đáng kể, phù hợp với xu hướng phát triển hệ thống y tế bền vững. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa phân tích sâu các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp và chưa thực hiện phân tích đa biến để xác định yếu tố tiên lượng kết quả cải thiện. Bên cạnh đó, số liệu nghiên cứu được thu thập trong giai

đoạn 2019–2020, là giai đoạn đầu triển khai mô hình tại các phòng khám YHGD. Sau đó, do hạn chế về nguồn lực, nhóm tác giả chưa thể tiến hành thu thập thêm số liệu mới để cập nhật kết quả. Tuy nhiên, các kết quả này vẫn mang ý nghĩa tham khảo quan trọng và có thể xem là nền tảng cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn, cập nhật hơn trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy mô hình quản lý suy tim trong nghiên cứu là khả thi, an toàn thể hiện qua nguy hiểm pháp đi bộ 6 phút và có hiệu quả trong việc cải thiện phân suất tống máu, triệu chứng suy tim và khả năng gắng sức của người bệnh. Các kết quả này khẳng định giá trị của mô hình quản lý suy tim tại phòng khám y học gia đình và là cơ sở để mở rộng triển khai mô hình trong chăm sóc ban đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44(4):810-9.
- [2] Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56 742 patients. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2014;67(4):283-93.
- [3] Comín-Colet J, Enjuanes C, Verdú-Rotellar JM, Linas A, Ruiz-Rodriguez P, González-Robledo G, et al. Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare*. 2016;22(5):282-95.
- [4] Do TNP, Do QH, Cowie MR, Ha NB, Do VD, Do TH, et al. Effect of the Optimize Heart Failure Care Program on clinical and patient outcomes - The pilot implementation in Vietnam. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2019;22:169-73.
- [5] Giannitsi S, Bougiakli M, Bechlioulis A, Kotsia A, Michalis LK, Naka KK. 6-minute walking test: a useful tool in the management of heart failure patients. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2019;13:1753944719870084.
- [6] Trần VK, Huỳnh TS, Lê TT, Phạm LA. Mô hình Phòng khám thực hành Y học gia đình tại Bệnh viện Quận 2, Năm 2012-2015. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;532(1).