

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

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



**PHẠM ANH HÙNG**

**THỰC TRẠNG MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ ĐIỀU TRỊ  
Y HỌC CỔ TRUYỀN, Y HỌC CỔ TRUYỀN - Y HỌC  
HIỆN ĐẠI TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN - PHỤC HỒI  
CHỨC NĂNG TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CẨM KHÊ  
TỈNH PHÚ THỌ GIAI ĐOẠN 2022 - 2024**

**LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA II**

**HÀ NỘI – 2025**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** **BỘ Y TẾ**  
**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**PHẠM ANH HÙNG**

**THỰC TRẠNG MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ ĐIỀU TRỊ  
Y HỌC CỔ TRUYỀN, Y HỌC CỔ TRUYỀN - Y HỌC  
HIỆN ĐẠI TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN - PHỤC HỒI  
CHỨC NĂNG TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CẨM KHÊ  
TỈNH PHÚ THỌ GIAI ĐOẠN 2022 - 2024**

**LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA II**

**Chuyên ngành : Y học cổ truyền**

**Người hướng dẫn khoa học: TS. Trần Thị Hồng Ngải**

**HÀ NỘI – 2025**

## LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên, tôi xin chân thành gửi lời cảm ơn đến Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau đại học – Học Viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt thời gian học tập và thực hiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn tới Lãnh đạo TTYT huyện Cẩm Khê, tập thể khoa Y học cổ truyền - PHCN nơi tôi công tác đã nhiệt tình giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập để nâng cao trình độ chuyên môn cũng như thu thập số liệu để thực hiện đề tài.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới **TS. Trần Thị Hồng Ngải** người Thầy đã tận tình hướng dẫn, hết lòng tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt thời gian kể từ khi xây dựng đề cương đến khi hoàn thành luận văn.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến các Quý thầy cô Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tận tình truyền đạt những kiến thức và kinh nghiệm quý báu trong hai năm qua, đó là cơ sở, nền tảng vững chắc giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Cuối cùng, tôi muốn bày tỏ tình yêu và sự biết ơn với gia đình luôn là hậu phương vững chắc để tôi yên tâm học tập.

*Hà Nội, ngày 1 tháng 12 năm 2025*

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Anh Hùng, học viên lớp CKII, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do tôi trực tiếp thực hiện tại TTYT huyện Cẩm Khê dưới sự hướng dẫn của TS. Trần Thị Hồng Ngai

2. Công trình này không trùng lặp với bất cứ 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 nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

*Hà Nội, ngày 01 tháng 12 năm 2025*

**Học viên**

## MỤC LỤC

|  |    |
|--|----|
| LỜI CẢM ƠN .....   |    |
| LỜI CAM ĐOAN .....   |    |
| ĐẶT VẤN ĐỀ.....  | 1  |
| CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....   | 3  |
| 1.1 Mô hình bệnh tật .....   | 3  |
| 1.1.1. Khái niệm .....   | 3  |
| 1.1.2. Phân loại mô hình bệnh tật.....   | 5  |
| 1.1.3. Vai trò của mô hình bệnh tật trong hoạch định các chính sách y tế<br>và quản lý công tác chuyên môn bệnh viện ..... | 11 |
| 1.1.4. Tình hình nghiên cứu về mô hình bệnh tật .....  | 11 |
| 1.2. Khám và điều trị bằng Y học cổ truyền .....   | 15 |
| 1.2.1. Khái niệm .....   | 15 |
| 1.2.2 Một số chỉ số điều trị bằng Y học cổ truyền .....  | 20 |
| 1.2.3. Tình hình nghiên cứu khám, điều trị bằng Y học cổ truyền trên thế<br>giới và Việt Nam.....                          | 22 |
| 1.3. Thông tin về địa điểm nghiên cứu .....  | 26 |
| 1.3.1. Huyện Cẩm Khê.....  | 26 |
| 1.3.2. Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê.....   | 26 |
| CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....   | 32 |
| 2.1. Đối tượng nghiên cứu.....   | 32 |
| 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn .....   | 32 |
| 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ .....   | 32 |
| 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....   | 32 |
| 2.3. Thiết kế nghiên cứu.....  | 33 |
| 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu .....  | 33 |
| 2.5 Biến số và chỉ số nghiên cứu.....  | 33 |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.6. Công cụ nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu .....   | 37        |
| 2.6.1. Công cụ nghiên cứu .....   | 37        |
| 2.6.2. Phương pháp thu thập số liệu.....  | 37        |
| 2.7. Quy trình nghiên cứu .....   | 37        |
| 2.8. Xử lý số liệu .....  | 38        |
| 2.9. Sai số và khống chế sai số.....  | 38        |
| 2.10. Đạo đức nghiên cứu .....  | 39        |
| <b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>   | <b>40</b> |
| 3.1. Mô hình bệnh tật tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024 .....  | 40        |
| 3.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân .....   | 40        |
| 3.1.2. Mô hình bệnh tật tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024 .....  | 42        |
| 3.2. Thực trạng điều trị bằng Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại tại khoa YHCT – PHCN, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ năm 2024. ....                       | 49        |
| 3.2.1. Tình hình điều trị.....  | 49        |
| 3.2.2. Hiệu quả điều trị.....   | 56        |
| 3.2.3. Tình hình điều trị kết hợp nội viện .....  | 57        |
| <b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....</b>  | <b>58</b> |
| 4.1. Mô hình bệnh tật tại khoa tại khoa y học cổ truyền và phục hồi chức năng, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022 – 2024.....  | 58        |
| 4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....  | 58        |
| 4.1.2. Mô hình bệnh tật tại khoa tại khoa y học cổ truyền và phục hồi chức năng, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022 – 2024 .....   | 62        |
| 4.2. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại tại khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, trung tâm y tế huyện Cẩm Khê - Phú Thọ năm 2024 ..... | 68        |

|   |    |
|---|----|
| 4.2.1. Thực trạng điều trị chung theo tháng và các hình thức điều trị.... | 68 |
| 4.2.2. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại .....   | 71 |
| 4.2.3. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền.....                           | 73 |
| 4.2.3. Kết quả điều trị.....  | 75 |
| 4.2.4. Tình hình điều trị kết hợp nội viện .....                          | 80 |
| KẾT LUẬN .....  | 82 |
| KHUYẾN NGHỊ.....  | 88 |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO  |    |
| PHỤ LỤC   |    |

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT

| Chữ viết tắt | Tiếng Việt                                  | Tiếng Anh  |
|--------------|---|--|
| ASEAN        | Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á            | Association of SouthEast Asian Nations                                       |
| BKLN         | Bệnh không lây nhiễm                        |  |
| BN           | Bệnh nhân                                   |  |
| BV           | Bệnh viện                                   |  |
| CSSK         | Chăm sóc sức khỏe                           |  |
| DALY         | Số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật        | Disability adjusted life years   |
| HIV/AIDS     | Hội chứng suy giảm miễn dịch                | Human immunodeficiency virus infection / acquired immuno deficiency syndrome |
| JAHR         | Báo cáo chung tổng quan ngành y tế hàng năm | Joint annual health review   |
| N/A          | Chưa có thông tin                           | Not Available  |
| WHO          | Tổ chức y tế thế giới                       | World health organization  |
| YDCT         | Y dược cổ truyền                            |  |
| YHCT         | Y học cổ truyền                             |  |
| YHHĐ         | Y học hiện đại                              |  |

## DANH MỤC BẢNG

|  |    |
|--|----|
| Bảng 1. 1: Một số chứng bệnh YHCT liên hệ với YHHD và ICD-10 .....   | 9  |
| Bảng 1.2: Mười nguyên nhân mắc bệnh và tử vong hàng đầu tại bệnh viện .....  | 12 |
| Bảng 1.3:Các bệnh mắc nhiều nhất ở cấp Quốc Gia năm 2020 .....   | 14 |
| Bảng 2.1: Biến số và chỉ số nghiên cứu .....   | 33 |
| Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính .....   | 40 |
| Bảng 3.2: Phân bố số bệnh nhân theo nhóm tuổi .....  | 41 |
| Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo địa dư.....   | 42 |
| Bảng 3.4: Số bệnh nhân điều trị tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024 ... | 43 |
| Bảng 3.5: Mô hình bệnh tật phân theo 3 nhóm bệnh ICD 10 năm 2022-2024.....   | 43 |
| Bảng 3.6: Mô hình bệnh tật phân theo các chương bệnh ICD 10 năm 2022-2024.   | 44 |
| Bảng 3.4: Tỷ lệ 10 bệnh chính thường gặp theo chứng bệnh y học cổ truyền giai đoạn năm 2022-2024 .....   | 48 |
| Bảng 3.9 . Tỷ lệ người bệnh điều trị tại Khoa YHCT – PHCN năm 2024 theo 3 nhóm.....  | 49 |
| Bảng 3.10. Số lượt người bệnh điều trị tại Khoa năm 2024 theo các tháng.   | 50 |
| Bảng 3.11. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp dùng thuốc YHCT tại Khoa năm 2024 .....   | 51 |
| Bảng 3.12. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp không dùng thuốc YHCT tại Khoa năm 2024.....  | 52 |
| Bảng 3.13. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp y học hiện đại tại Khoa năm 2024 .....  | 52 |
| Bảng 3.14. Thời gian điều trị theo chứng bệnh YHCT tại Khoa năm 2024.  | 53 |
| Bảng 3.15.Tình hình điều trị bằng thuốc thang YHCT theo chứng bệnh YHCT tại Khoa năm 2024 .....  | 53 |

|   |    |
|---|----|
| Bảng 3.16. Tình hình điều trị bằng Châm cứu, thuỷ châm và XBBH tại Khoa năm 2024 theo chứng bệnh YHCT ..... | 54 |
| Bảng 3.17. Công suất sử dụng giường bệnh nội trú theo tháng .....   | 55 |
| Bảng 3.18. Hiệu quả điều trị chung .....  | 56 |
| Bảng 3.19. Hiệu quả điều trị theo chứng bệnh YHCT .....   | 56 |
| Bảng 3.20 Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện với các Khoa phòng.....   | 57 |
| Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện theo các tháng .....   | 57 |

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

|   |    |
|---|----|
| Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm nghề nghiệp .....  | 41 |
| Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các nhóm bệnh thường gặp tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng, TTYT Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022-2024 theo ICD-10 ..... | 45 |
| Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại Khoa năm 2024 các tháng phân theo 3 nhóm.....   | 50 |
| Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện theo các tháng .....   | 51 |

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi người dân và công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là nhiệm vụ trọng tâm của toàn xã hội, với ngành Y tế giữ vai trò nòng cốt [1], [2]. Trong bối cảnh đó, việc nghiên cứu mô hình bệnh tật (MHBT) tại một địa phương cụ thể có ý nghĩa khoa học và thực tiễn sâu sắc, vì nó phản ánh trực tiếp tình hình sức khỏe cộng đồng, từ đó cung cấp bằng chứng cho việc hoạch định chính sách và phân bổ nguồn lực y tế một cách hiệu quả và phù hợp [3].

Nền Y học cổ truyền (YDCT) Việt Nam tự hào với bề dày lịch sử hàng ngàn năm, được vun đắp bởi kinh nghiệm và tri thức của các bậc danh y lỗi lạc không chỉ trong phạm vi quốc gia mà còn vươn tầm khu vực. Kho tàng kinh nghiệm quý báu này đã và đang được nền y học cách mạng tiếp thu, gìn giữ và phát triển trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe toàn dân. Ngay từ những ngày đầu lập quốc, Chủ tịch Hồ Chí Minh đã định hướng rõ ràng về đường lối xây dựng nền y tế xã hội chủ nghĩa dựa trên nguyên tắc: kế thừa, phát huy YHCT và kết hợp nhuần nhuyễn với y học hiện đại (YHHĐ) [1].

Trong giai đoạn hiện nay, vai trò của YHCT tiếp tục được Đảng và Nhà nước khẳng định thông qua các chính sách chiến lược. Cụ thể, Quyết định số 1893/QĐ-TTg (25/12/2019) của Thủ tướng Chính phủ về “Chương trình phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại đến năm 2030” đã đề ra mục tiêu phát triển toàn diện từ đào tạo, nghiên cứu, nuôi trồng dược liệu đến khám chữa bệnh. Các chỉ tiêu cụ thể đến năm 2030 bao gồm: 100% các bệnh viện (đa khoa, chuyên khoa, viện có giường bệnh) phải thiết lập Khoa YHCT; 100% trạm y tế cấp xã/phường triển khai hoạt động tư vấn và khám chữa bệnh bằng YHCT; về tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT, phấn đấu đạt 20% ở tuyến Trung ương, 25% ở tuyến Tỉnh, 30% ở tuyến Huyện và 40% tại tuyến Xã [4].

Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Cẩm Khê là đơn vị y tế hạng I của tỉnh Phú Thọ và khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng (YHCT-PHCN) tại Trung tâm là một trong những đơn vị đi đầu trong việc triển khai mô hình kết hợp YHHĐ và YHCT [5]. Việc đánh giá thực trạng hoạt động của khoa không chỉ phản ánh năng lực của đơn vị mà còn là một minh chứng thực tiễn cho việc thực thi các chính sách y tế quốc gia tại tuyến y tế cơ sở. Phân tích mô hình bệnh tật và tình hình điều trị giúp nhận diện các vấn đề sức khỏe chủ yếu, xu hướng bệnh tật và mức độ đáp ứng của dịch vụ y tế. Kết quả thu được là cơ sở quan trọng cho việc điều chỉnh kế hoạch chuyên môn, nâng cao chất lượng chăm sóc và hỗ trợ ra quyết định trong quản lý y tế.

Tuy nhiên đến nay, chưa có số liệu nghiên cứu đầy đủ phản ánh mô hình bệnh tật và hoạt động điều trị YHCT cũng như YHCT kết hợp YHHĐ tại TTYT huyện Cẩm Khê. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng mô hình bệnh tật và điều trị y học cổ truyền, y học cổ truyền - y học hiện đại tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, Tỉnh phú thọ giai đoạn 2022 - 2024”** với mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Mô tả mô hình bệnh tật tại khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024.
2. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại tại khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ năm 2024.

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1 Mô hình bệnh tật

##### 1.1.1. *Khái niệm*

- Mô hình: Là phương thức biểu đạt cô đọng các đặc tính cốt lõi của một đối tượng bằng một ngôn ngữ nhất định, phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Cơ cấu: Là cách thức tổ chức và sắp xếp các thành phần để đảm bảo thực hiện một chức năng cụ thể.

- Bệnh: Trạng thái hoạt động lệch lạc so với bình thường của cơ thể hoặc một bộ phận sinh học.

- Tật: Tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng của một bộ phận, có thể do bẩm sinh hoặc là di chứng của tai nạn, bệnh lý.

- Bệnh tật: Sự sắp xếp các đặc trưng chủ yếu về các loại hình bệnh và tật của con người trong một quần thể dân cư.

Cộng đồng: Tập hợp những cá nhân cùng chung sống, có các điểm tương đồng và gắn kết với nhau thành một khối thống nhất.

Mô hình bệnh tật là bức tranh phản ánh cơ cấu tỷ lệ phần trăm giữa các nhóm bệnh, các bệnh cụ thể và tỷ lệ tử vong tương ứng trong một cộng đồng tại một giai đoạn nhất định. Thông qua MHBТ, nhà quản lý xác định được các vấn đề sức khỏe ưu tiên (phổ biến nhất, tử vong cao nhất) để hoạch định chiến lược phòng chống ngắn hạn và dài hạn [6].

Mô hình bệnh tật không phải là một cấu trúc bất biến mà thay đổi theo thời gian và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như điều kiện địa lý, đặc điểm dân số, văn hóa – tập quán, tình hình kinh tế – xã hội và khả năng cung ứng dịch vụ y tế. Tại các cơ sở khám chữa bệnh, mô hình bệnh tật cũng có sự khác biệt đáng kể tùy theo đặc điểm tổ chức và chuyên môn. Cụ thể, giữa bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, giữa cơ sở công lập và tư nhân, hoặc giữa các

tuyến và hạng bệnh viện khác nhau, cơ cấu bệnh tật có thể biến đổi do quy định phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động. Đồng thời, những đơn vị có đội ngũ chuyên môn mạnh, kỹ thuật cao thường tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh phức tạp, trong đó tỷ lệ ca cấp cứu cũng chiếm phần lớn hơn [6], [7].

Ở tầm chính sách y tế vĩ mô, việc xác định các vấn đề sức khỏe ưu tiên chủ yếu dựa trên gánh nặng bệnh tật (DALY), tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong. Ở cấp độ bệnh viện, mô hình bệnh tật trở thành căn cứ quan trọng để lập kế hoạch hoạt động, phân bổ nguồn lực và tổ chức dịch vụ, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc người bệnh [6], [7].

### **Lịch sử phát triển của phân loại mô hình bệnh tật**

Mô hình bệnh tật được hình thành từ việc tổng hợp các hồ sơ bệnh án cá nhân, và hình thái của nó phụ thuộc đáng kể vào hệ thống phân loại được sử dụng trong từng thời kỳ. Lịch sử phân loại bệnh tật trải qua nhiều giai đoạn phát triển quan trọng.

**Thời cổ đại:** Aretaeus đề xuất cách phân loại bệnh dựa trên diễn biến (cấp tính, mạn tính), phạm vi ảnh hưởng (bệnh địa phương, bệnh lan rộng) và vị trí giải phẫu (bệnh nội, bệnh ngoại).

**Thế kỷ XVIII:** Hệ thống phân loại của William Cullen (1710–1790), công bố năm 1789 tại Edinburgh, trở thành một trong những phương pháp được áp dụng rộng rãi nhất thời kỳ này.

**Thế kỷ XIX:** Từ năm 1837, William Farr (1807–1883) phát triển một bảng phân loại mới với mục tiêu thống nhất việc ghi nhận bệnh tật trên toàn cầu. Tại Hội nghị Thống kê Quốc tế lần thứ 2 (Paris, 1855), ông trình bày hệ thống phân loại nguyên nhân tử vong gồm các nhóm: bệnh dịch, bệnh chung, bệnh khu trú theo vị trí cơ thể, bệnh do phát triển và bệnh do bạo lực.

**Thời kỳ hiện đại:** Nhằm chuẩn hóa thông tin y tế trên phạm vi thế giới, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng Bảng Phân loại Quốc tế về Bệnh tật (ICD). Quá trình hoàn thiện bộ phân loại hiện đại bắt đầu từ năm 1983 và bản

đầu tiên được phê duyệt năm 1990. Sau nhiều lần chỉnh sửa, phiên bản ICD-10 được chính thức công bố vào năm 1992 và được sử dụng rộng rãi trong thống kê y tế [6], [8], [9].

### ***1.1.2. Phân loại mô hình bệnh tật***

#### ***1.1.2.1. Phân loại bệnh tật theo ICD-10***

ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) là bảng phân loại quốc tế về bệnh tật và nguyên nhân tử vong, phiên bản sửa đổi lần thứ 10. Hệ thống này được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng và hoàn thiện nhằm thống nhất cách ghi nhận, mã hóa và báo cáo thông tin y tế. Hiện nay, ICD-10 được xem là công cụ chuẩn hóa toàn cầu và được WHO khuyến cáo áp dụng thống nhất tại các quốc gia [6], [8], [9].

Việc áp dụng ICD giúp chuẩn hóa thông tin bệnh tật, tạo điều kiện so sánh và đánh giá mô hình bệnh tật giữa các quốc gia, khu vực và cơ sở khám chữa bệnh. Tuy nhiên, do cấu trúc phân loại chi tiết, hệ thống này đòi hỏi bác sĩ chẩn đoán chính xác và nhân viên thống kê có kỹ năng mã hóa tốt. Những yêu cầu này có thể được đáp ứng thông qua đào tạo chuyên môn và tăng cường ứng dụng công nghệ số trong quản lý dữ liệu y tế [6], [8].

Toàn bộ danh mục của ICD – 10 được xếp thành 22 chương bệnh, kí hiệu từ I đến XXII theo các nhóm bệnh:

| <b>STT</b> | <b>Số chương</b> | <b>Mã</b> | <b>Tên bệnh</b>  |
|------------|------------------|-----------|--|
| 1          | Chương I         | A00 – B99 | Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng.   |
| 2          | Chương II        | C00 – D48 | U tân sinh   |
| 3          | Chương III       | D50 – D89 | Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch                              |
| 4          | Chương IV        | E00 – E90 | Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa.   |
| 5          | Chương V         | F00 – F99 | Bệnh rối loạn tâm thần và hành vi.   |
| 6          | Chương VI        | G00 – G99 | Bệnh hệ thần kinh.   |
| 7          | Chương VII       | H00 – H59 | Bệnh mắt và phần phụ của mắt   |
| 8          | Chương VIII      | H60 – H95 | Bệnh tai và xương chũm   |
| 9          | Chương IX        | I00 – I99 | Bệnh hệ tuần hoàn  |
| 10         | Chương X         | J00 – J99 | Bệnh hệ hô hấp   |
| 11         | Chương XI        | K00 – K93 | Bệnh hệ tiêu hóa   |
| 12         | Chương XII       | L00 – L99 | Bệnh da và tổ chức mô dưới da  |
| 13         | Chương XIII      | M00 – M99 | Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết   |
| 14         | Chương XIV       | N00 – N99 | Bệnh hệ tiết niệu, sinh dục  |
| 15         | Chương XV        | O00 – O99 | Mang thai, sinh đẻ và hậu sản  |
| 16         | Chương XVI       | P00 – P96 | Một số bệnh khởi phát trong thời kỳ chu sinh   |
| 17         | Chương XVII      | Q00 – Q99 | Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể.   |
| 18         | Chương XVIII     | R00-R99   | Các triệu chứng cơ năng, thực thể và bất thường về lâm sàng và cận lâm sàng không phân loại nơi khác |
| 19         | Chương XIX       | S00-T98   | Tổn thương, ngộ độc và một số hậu quả do nguyên nhân ngoại sinh                                      |
| 20         | Chương XX        | V01-Y98   | Các nguyên nhân ngoại sinh của bệnh tật và tử vong   |
| 21         | Chương XXI       | Z00-Z99   | Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế                                |
| 22         | Chương XXII      | U00-U99   | Mã dành cho những mục đích đặc biệt  |

### *1.1.2.2. Phân loại theo 3 nhóm bệnh*

Dựa trên phương pháp tiếp cận này, cấu trúc bệnh tật được chia thành 3 nhóm chủ đạo, phản ánh rõ nét mối tương quan với trình độ phát triển:

- Nhóm bệnh lây nhiễm: Đặc trưng cho các quốc gia và vùng lãnh thổ nghèo, nơi có nền kinh tế - xã hội thấp và hệ thống y tế chưa phát triển.

- Nhóm bệnh không lây nhiễm: Phổ biến tại các quốc gia có trình độ phát triển kinh tế - xã hội và y tế từ mức trung bình trở lên (đang phát triển và phát triển).

- Nhóm tai nạn - ngộ độc - chấn thương: Là vấn đề sức khỏe toàn cầu, hiện diện ở mọi quốc gia bất kể giàu hay nghèo.

Cách phân loại này cung cấp một cái nhìn vĩ mô và toàn diện về bức tranh sức khỏe của từng vùng miền, đặc biệt hữu ích trong việc nhận diện xu hướng chuyển dịch cơ cấu bệnh tật. Thực tế cho thấy, mô hình bệnh tật không đứng yên mà biến đổi song hành với sự thay đổi của môi trường, kinh tế và khoa học kỹ thuật. Do đó, thông qua tỷ lệ của 3 nhóm bệnh này, các nhà nghiên cứu có thể đánh giá sơ bộ được mức độ phát triển kinh tế - xã hội và năng lực của hệ thống y tế tại khu vực đó [6], [8].

### *1.1.2.3. Phân loại theo tỷ lệ mắc cao nhất của 10 bệnh và các nhóm bệnh*

Phân loại này tập trung vào việc nhận diện và xếp hạng những bệnh lý phổ biến nhất trong cộng đồng. Thông qua phân tích tỷ lệ mắc và tử vong, nhà quản lý có thể xác định thứ tự ưu tiên can thiệp và đánh giá mức độ nguy hiểm của từng bệnh, từ đó làm cơ sở xây dựng các chương trình đầu tư y tế trọng điểm nhằm giảm gánh nặng bệnh tật.

Về phương diện kỹ thuật, phương pháp này được đánh giá cao nhờ tính đơn giản, dễ áp dụng và khả năng tích hợp tốt với các hệ thống quản lý dữ liệu điện tử. Đồng thời, cách tiếp cận này phù hợp với quy định thống kê và báo cáo mô hình bệnh tật hiện hành của hệ thống y tế Việt Nam [8].

#### 1.1.2.4. Phân loại chứng bệnh theo Y học cổ truyền

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, YHCT là hệ thống tri thức, kỹ năng và thực hành hình thành từ nền tảng lý luận, tín ngưỡng và kinh nghiệm bản địa, được truyền lại qua nhiều thế hệ nhằm bảo vệ sức khỏe, phòng bệnh, chẩn đoán và điều trị các rối loạn thể chất và tinh thần [10].

Khác với Y học hiện đại, YHCT phát triển dựa trên các học thuyết triết học cổ phương Đông như Âm Dương, Ngũ Hành, Thiên nhân hợp nhất, Kinh lạc và Tạng tượng, trong đó sức khỏe được xem là trạng thái cân bằng của các yếu tố này. Hệ thống Tạng tượng (Tâm, Can, Tỳ, Phế, Thận) tuy có tên gọi tương đồng với cơ quan giải phẫu (Tim, Gan, Lách, Phổi, Thận) nhưng chủ yếu đại diện cho các chức năng sinh lý và mối liên hệ tổng thể của cơ thể, không hoàn toàn trùng khớp với cấu trúc giải phẫu trong YHHĐ [10], [11].

Trong YHCT, bệnh được tiếp cận theo “Hội chứng” dựa trên tổng hợp triệu chứng qua Tứ chẩn và Bát cương. Trên cơ sở đó, bệnh nội khoa được chia thành hai nhóm lớn: **Ngoại cảm thời bệnh** (liên quan học thuyết Thương hàn, Ôn bệnh; biện chứng theo Lục kinh và Vệ – Khí – Dinh – Huyết) và **Nội khoa tạp bệnh** (dựa trên Kim quỹ yếu lược và lý luận Tạng phủ), tương ứng lần lượt với nhiều bệnh cấp tính do nhiễm tác nhân và bệnh mạn tính trong YHHĐ [11].

Về mặt quản lý nhà nước, các danh mục kỹ thuật và bệnh lý này đã được Bộ Y tế chuẩn hóa qua Quyết định số 7603/QĐ-BYT (2018) để phục vụ công tác khám chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế [12].

*Bảng 1. 1: Một số chứng bệnh YHCT liên hệ với YHHD và ICD-10 [12]*

| <b>Tên Chứng bệnh YHCT</b>                                | <b>Bệnh theo YHHD</b>                              | <b>Mã bệnh ICD 10</b> | <b>Mã bệnh YHCT</b> |
|---|--|-----------------------|---------------------|
| Chứng tý  | Viêm khớp dạng thấp huyết thanh dương tính         | M05                   | U62.021             |
|   | Viêm khớp dạng thấp khác                           | M13                   | U62.031             |
|   | Bệnh viêm cột sống dính khớp                       | M45                   | U62.051             |
| Chứng tý, Bế cốt tý                                       | Các viêm khớp khác                                 | M13                   | U62.141             |
|   | Thoái hóa đa khớp                                  | M15                   | U62.151             |
|   | Thoái hóa khớp háng                                | M16                   | U62.161             |
|   | Thoái hóa khớp khác                                | M19                   | U62.171             |
| Hạc tất phong   | Thoái hóa khớp gối                                 | M17                   | U62.261             |
| Kiên tý   | Viêm quanh khớp vai                                | M75.5                 | U62.281.5           |
| Thống phong   | Gút  | M10                   | U62.371             |
| Hồng ban thảo sang, Hồng hồ điệp sang, Hồng ban lang sang | Lupus ban đỏ hệ thống                              | M32                   | U62.272             |
| Bì tê thư bệnh  | Xơ cứng bì toàn thể                                | M34                   | U62.011             |
| Yêu thống   | Đau lưng   | M54                   | U62.392.3           |
| Cân tý  | Bệnh gân – dây chằng ở chi dưới, không kể bàn chân | M76                   | U62.411             |
|   | Các bệnh gân - dây chằng khác                      | M77                   | U62.412             |
| Cốt tý  | Loãng xương không kèm gãy xương bệnh lý            | M81                   | U62.251             |
| Huyền vạng  | Tăng huyết áp, hội chứng tiền                      | I10, H81              | U58.091,            |

|                   |   |         |                     |
|-------------------|---|---------|---------------------|
|                   | đình.   |         | U57.011             |
| Thạch lâm         | Sỏi tiết niệu                                   | N20-N23 | U63.361,<br>U63.561 |
| Thất miên         | Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể | F51     | U54.211             |
| Khẩu nhãn oa tà   | Bệnh dây thần kinh mặt VII                      | G51     | U55.561             |
| Bán thân bất toại | Liệt nửa người                                  | G81     | U55.011             |
| Ấn chẩn           | Mề đay, dị ứng                                  | L50.0   | U61.012.0           |
| Hư lao            | Suy nhược cơ thể                                | R53     | U66.171             |
| Tỵ uyên           | Viêm mũi vận mạch và viêm mũi dị ứng            | J30-J39 | U59.402             |

Trong giai đoạn chiến lược 2002–2005, WHO đã ban hành các khuyến nghị toàn cầu nhằm thúc đẩy sự kết hợp giữa YHCT và YHHĐ trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Chiến lược này tập trung vào ba mục tiêu chung:

**Tích hợp chính sách:** Lồng ghép YHCT vào YHHĐ để xây dựng và hoàn thiện các chương trình y tế quốc gia một cách toàn diện.

**An toàn và Hiệu quả:** Đảm bảo việc ứng dụng YHCT, bao gồm cả dược liệu, phải đạt chuẩn an toàn, hiệu quả và phù hợp với người bệnh.

**Bảo tồn và Phát triển:** Đẩy mạnh nghiên cứu, đúc kết kinh nghiệm lâm sàng, đồng thời bảo tồn di sản YHCT và nâng cao chất lượng các phương pháp điều trị cổ truyền.

Mức độ thành công trong việc áp dụng các khuyến nghị này sẽ tùy thuộc vào bối cảnh thực tế của từng quốc gia. Tuy nhiên, điều kiện tiên quyết chung là các nước cần thiết lập hệ thống chính sách quản lý và tổ chức bài bản để hiện thực hóa các mục tiêu nêu trên [13].

### ***1.1.3. Vai trò của mô hình bệnh tật trong hoạch định các chính sách y tế và quản lý công tác chuyên môn bệnh viện***

#### ***1.1.3.1. Vai trò của mô hình bệnh tật trong xây dựng kế hoạch y tế***

Do nguồn lực tài chính y tế hiện nay chủ yếu phụ thuộc vào ngân sách nhà nước và còn nhiều hạn chế, việc xây dựng kế hoạch đầu tư đòi hỏi sự tính toán kỹ lưỡng về hiệu quả trên từng đơn vị vốn bỏ ra. Trong quá trình hoạch định chính sách, sự ưu tiên thường được dành cho các vấn đề sức khỏe trọng điểm của cộng đồng, vốn được xác định dựa trên các chỉ số về gánh nặng bệnh tật và tỷ lệ tử vong. Chính vì lý do đó, việc phân tích mô hình bệnh tật tại các bệnh viện – nơi trực tiếp phục vụ người dân – đóng vai trò then chốt và là dữ liệu quan trọng trong công tác quản lý y tế [14].

#### ***1.1.3.2. Vai trò của mô hình bệnh tật trong quản lý bệnh viện***

Quản lý chuyên môn trong môi trường bệnh viện được định nghĩa là việc tối ưu hóa mọi nguồn lực sẵn có nhằm đảm bảo quy trình khám, chẩn đoán, kê đơn, điều trị và chăm sóc bệnh nhân đạt chất lượng tốt nhất, đồng thời đảm bảo sự công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, công tác lập kế hoạch bệnh viện phải được xây dựng dựa trên các nền tảng cốt lõi: mô hình bệnh tật thực tế, nhu cầu của người bệnh, cùng với thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và năng lực chuyên môn của đội ngũ cán bộ [14].

### ***1.1.4. Tình hình nghiên cứu về mô hình bệnh tật***

#### ***1.1.4.1 Tình hình nghiên cứu mô hình bệnh tật trên Thế giới***

Mô hình bệnh tật trên phạm vi toàn cầu thay đổi liên tục dưới tác động của môi trường, đô thị hóa, già hóa dân số và tiến bộ khoa học kỹ thuật. Các báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho thấy xu hướng chuyển dịch rõ rệt từ bệnh truyền nhiễm sang bệnh không truyền nhiễm (NCDs). Năm 2000, NCDs chiếm khoảng 59,5% tổng số tử vong toàn cầu; đến năm 2019, tỷ lệ này đã tăng lên 73,9% [15]. Tại khu vực Tây Thái Bình Dương, NCDs chiếm tới gần 88% tổng tử vong, trong khi các bệnh truyền nhiễm chỉ còn khoảng 6%

[15]. Các nguyên nhân tử vong hàng đầu hiện nay bao gồm bệnh tim mạch, ung thư, bệnh hô hấp mạn tính và đái tháo đường, góp phần tạo nên phần lớn gánh nặng bệnh tật toàn cầu [15].

*Bảng 1.2: Mười nguyên nhân mắc bệnh và tử vong hàng đầu tại bệnh viện [11]*

| STT | 10 nguyên nhân mắc bệnh hàng đầu                           | 10 nguyên nhân tử vong hàng đầu |
|-----|--|---------------------------------|
| 1   | Tăng huyết áp nguyên phát                                  | Đột quy                         |
| 2   | Các bệnh viêm phổi   | Bệnh tim do thiếu máu cục bộ    |
| 3   | Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi | Ung thư phổi                    |
| 4   | Viêm họng và viêm amidan cấp                               | Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính    |
| 5   | Viêm dạ dày và tá tràng                                    | Alzheimer                       |
| 6   | Ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn    | Đái tháo đường                  |
| 7   | Viêm cấp đường hô hấp trên khác                            | Xơ gan                          |
| 8   | Viêm phế quản và viêm tiêu phế quản cấp                    | Tai nạn giao thông              |
| 9   | Bệnh của ruột thừa   | Nhiễm trùng đường hô hấp dưới   |
| 10  | Gãy các phần khác của chi: Do lao động và giao thông       | Lao                             |

Ở các quốc gia phát triển, việc kiểm soát hiệu quả bệnh truyền nhiễm khiến mô hình bệnh tật nghiêng chủ yếu về các bệnh mạn tính không lây. Ngược lại, tại nhiều quốc gia đang phát triển, sự cải thiện điều kiện sống làm giảm dần bệnh truyền nhiễm nhưng đồng thời lại làm gia tăng nhanh các bệnh mạn tính, tạo nên tình trạng “gánh nặng kép” — vừa phải xử lý tồn lưu bệnh nhiễm trùng, vừa đối mặt với sự gia tăng bệnh không lây [15], [16]. Xu hướng này đặt ra yêu cầu cấp thiết đối với hệ thống y tế: chuyển từ mô hình chăm

sóc chủ yếu cho bệnh cấp tính sang tăng cường quản lý bệnh mạn tính, dự phòng nguy cơ và tối ưu hóa phân bổ nguồn lực y tế phù hợp bối cảnh dịch tễ hiện nay.

#### *1.1.4.2. Tình hình nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Việt Nam*

Cấu trúc bệnh tật của mỗi quốc gia mang tính đặc thù, chịu tác động của nhiều yếu tố như nhân khẩu học, điều kiện địa lý, văn hóa – tập quán sinh hoạt và trình độ phát triển kinh tế – kỹ thuật. Tại Việt Nam, các kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình bệnh tật vẫn mang đặc điểm điển hình của các nước đang phát triển, song đã và đang diễn ra quá trình “chuyển tiếp dịch tễ” rõ rệt. Số liệu của Bộ Y tế cho thấy tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm giảm dần, trong khi các bệnh không truyền nhiễm (NCDs) và tai nạn thương tích ngày càng gia tăng [7], [17].

So sánh dữ liệu qua các giai đoạn cho thấy sự chuyển đổi rõ rệt: nếu như năm 1976, bệnh truyền nhiễm chiếm khoảng một nửa tổng số ca mắc thì đến những năm gần đây tỷ lệ này đã giảm mạnh; ngược lại, bệnh không truyền nhiễm tăng nhanh và trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Bên cạnh đó, tỷ lệ tử vong do tai nạn, chấn thương và ngộ độc cũng có xu hướng tăng lên, đặt ra những thách thức mới cho y tế dự phòng và y tế công cộng [18].

Xu hướng già hóa dân số và tăng tuổi thọ càng làm gia tăng gánh nặng bệnh tật, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi. Nhóm tuổi này phải đối mặt chủ yếu với các bệnh mạn tính không lây như tim mạch, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, rối loạn tâm thần kinh và bệnh cơ xương khớp. Các triệu chứng thường gặp gồm đau khớp, chóng mặt, đau đầu; trong đó tăng huyết áp, bệnh cơ xương khớp và bệnh phổi mạn tính chiếm tỷ lệ cao [18], [19].

*Bảng 1.3: Các bệnh mắc nhiều nhất ở cấp Quốc Gia năm 2020 [20].*

| STT | Tên bệnh   |
|-----|--|
| 1   | Các bệnh viêm phổi   |
| 2   | Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi |
| 3   | Các biến chứng khác của chữa đẻ                            |
| 4   | Tăng huyết áp nguyên phát                                  |
| 5   | Bệnh khác của cột sống                                     |
| 6   | Bệnh khác của tai và xương chũm                            |
| 7   | Viêm họng và viêm amidan                                   |
| 8   | Đái tháo đường   |
| 9   | Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp                    |
| 10  | Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác                             |

Trong nhóm các bệnh viêm phổi, tỷ lệ mắc các bệnh lý lây nhiễm đang ở mức cao, phù hợp với sự xuất hiện của một số dịch bệnh nghiêm trọng như đại dịch COVID-19 và cúm H5N1. Đồng thời, các bệnh không truyền nhiễm vẫn duy trì tỷ lệ cao cho thấy xu hướng gia tăng qua các năm. Nhóm tai nạn, ngộ độc, chấn thương đứng ở vị trí thứ ba trong cơ cấu bệnh tật.

Tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước Nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Nhanh, Võ Huỳnh Trang từ năm 2020 đến 2022 phân tích cơ cấu bệnh tật cho thấy kết quả phân bố chăm sóc sức khỏe nội trú cao nhất là sinh thường (21,02%), tiếp đó là loét dạ dày (15,72%). Về phân bố bệnh ngoại trú, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (20,06%), tiếp theo là bệnh đái tháo đường (19,65%) và bệnh viêm phế quản cấp đứng thứ ba (12,23%) [21].

Một nghiên cứu của Lê Đình Thanh và cộng sự đã phân tích mô hình bệnh tật nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất trong giai đoạn 2013-2020, chỉ ra những thay đổi đáng kể liên quan đến đại dịch COVID-19. Trong suốt giai đoạn nghiên cứu, các bệnh lý thuộc hệ tuần hoàn có tỷ suất mắc cao nhất trên

1000 ca bệnh. Tuy nhiên, nhóm bệnh này lại có xu hướng giảm 13,60%. Tiếp theo sau đó, các nhóm bệnh lý về hô hấp, tiêu hóa và brouu tân sinh cũng ghi nhận tỷ lệ mắc cao [22].

Tổng hợp các nghiên cứu cho thấy mô hình bệnh tật tại Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển tiếp dịch tễ học, khi đất nước phải đồng thời đối mặt với cả bệnh lây nhiễm và sự gia tăng nhanh của các bệnh không lây nhiễm. Trước bối cảnh này, chiến lược y tế quốc gia định hướng phát triển đồng thời y tế phổ cập và y tế chuyên sâu, nhằm giảm tỷ lệ mắc và tử vong, cải thiện thể lực, nâng cao sức khỏe cộng đồng và tăng tuổi thọ dân số.

Các bệnh không truyền nhiễm có đặc điểm tiến triển mạn tính, đòi hỏi điều trị lâu dài và phục hồi thể trạng toàn diện. Do đó, nhu cầu về những mô hình chăm sóc liên tục, kết hợp điều trị và nâng cao sức khỏe ngày càng trở nên cấp thiết. Trong bối cảnh đó, Y học cổ truyền được xem là một thành tố quan trọng, có tiềm năng hỗ trợ hiệu quả trong quản lý và điều trị bệnh mạn tính, góp phần giảm gánh nặng bệnh tật cho cộng đồng [18], [19].

## **1.2. Khám và điều trị bằng Y học cổ truyền**

### **1.2.1. Khái niệm**

#### *1.2.1.1. Khám, điều trị bằng Y học cổ truyền*

- **Khám bệnh:** Được định nghĩa là quá trình người hành nghề y sử dụng năng lực chuyên môn (kiến thức, phương pháp, kỹ thuật) để nhận định tình trạng sức khỏe, xác định các yếu tố nguy cơ và đánh giá nhu cầu chăm sóc y tế của người bệnh.

- **Điều trị hay Chữa bệnh:** Là bước tiếp theo dựa trên kết quả khám bệnh, trong đó người hành nghề áp dụng các biện pháp chuyên môn để can thiệp giải quyết bệnh lý, ngăn chặn diễn tiến bệnh hoặc đáp ứng nhu cầu sức khỏe nhằm đạt được kết quả điều trị mong muốn [23].

Là hoạt động tổng thể nhằm duy trì và nâng cao sức khỏe cộng đồng thông qua các biện pháp dự phòng, chẩn đoán, điều trị và phục hồi các khiếm

khuyết về thể chất lẫn tinh thần. Đây là hoạt động mang tính liên ngành cao, không chỉ bao gồm nhân viên y tế mà còn có sự đóng góp của nhiều lĩnh vực khoa học cơ bản, kinh tế - xã hội, công nghệ thông tin và kỹ thuật ở mọi tuyến y tế [4].

Tại Việt Nam, sự phát triển của nền YHCT luôn nhận được sự quan tâm và chỉ đạo sát sao từ Đảng, Chính phủ và chính quyền các cấp. Điều này được thể hiện rõ qua các văn bản chiến lược như Chỉ thị 24-CT/TW của Ban Bí thư và Quyết định số 2166/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ. Trong báo cáo sơ kết 5 năm thực hiện Chỉ thị 24-CT/TW và 3 năm triển khai Quyết định 2166/QĐ-TTg vào năm 2013, Ban Tuyên giáo Trung ương và Bộ Y tế đã đưa ra những đánh giá quan trọng:

#### **Hệ thống quản lý ngành về Y học cổ truyền:**

**Tuyên Trung ương:** Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền thành lập ngày 31/8/2012, theo Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính phủ, đóng vai trò cơ quan đầu mối tham mưu chiến lược. Bên cạnh đó, các đơn vị chuyên trách như Phòng Y học cổ truyền (Cục Quân y - Bộ Quốc phòng) và Phòng Y học dân tộc (Cục Y tế - Bộ Công an) cũng đã được thiết lập. Ngày 03/6/1957: Bộ Nội vụ ban hành Nghị định 399-NV-DC-NĐ cho phép thành lập Hội Đông y Việt Nam. Hội có vai trò quan trọng trong việc tập hợp, tổ chức các lương y, lương dược, bác sĩ, dược sĩ nghiên cứu và ứng dụng Đông y vào công tác khám chữa bệnh cho nhân dân.

**Tuyên tỉnh:** Công tác quản lý chuyên ngành tại các địa phương có sự phân hóa. TP. Hồ Chí Minh là đơn vị duy nhất (1/63 tỉnh thành, tỷ lệ 1,59%) sở hữu Phòng YDCT riêng biệt trực thuộc Sở Y tế. Phần lớn các tỉnh còn lại bố trí chuyên viên theo dõi: 66,7% là chuyên trách và 31,7% là bán chuyên trách.

**Tuyên huyện,** Tại cấp cơ sở, nhân lực quản lý còn mỏng với 16,4% Phòng Y tế có chuyên viên chuyên trách, 77% là bán chuyên trách và vẫn còn

6,3% đơn vị chưa có nhân sự theo dõi lĩnh vực này.

Ngày 25/12/2019, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1893/QĐ-TTg, phê duyệt "Chương trình phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại đến năm 2030". Mục tiêu cốt lõi là phát triển toàn diện hệ sinh thái YDCT từ đào tạo, nghiên cứu, nuôi trồng dược liệu đến sản xuất thuốc. Các chỉ tiêu cụ thể bao gồm: Mạng lưới khám chữa bệnh: Phấn đấu 100% bệnh viện đa khoa, chuyên khoa và viện có giường bệnh sở hữu Khoa YDCT; 100% trạm y tế xã/phường triển khai hoạt động khám, tư vấn hoặc chữa bệnh bằng YDCT. Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YDCT: Đặt mục tiêu đạt 20% tại tuyến trung ương, 25% tại tuyến tỉnh, 30% tại tuyến huyện và 40% tại tuyến xã [2], [24].

### **Hệ thống các quy định quản lý Y học cổ truyền tại Việt Nam và trên thế giới:**

Hiện nay, cùng với xu hướng phát triển y học toàn diện và chăm sóc sức khỏe bền vững, Việt Nam và nhiều quốc gia trên thế giới đang từng bước hoàn thiện hệ thống quy định quản lý nhằm phát triển, chuẩn hóa và hội nhập YHCT trong hệ thống y tế quốc gia.

#### ***Hệ thống quy định quản lý YHCT tại Việt Nam***

Tại Việt Nam, YHCT được quản lý thống nhất trong hệ thống y tế quốc gia, với hành lang pháp lý tương đối đầy đủ, bao phủ các lĩnh vực quản lý thuốc, dược liệu, hoạt động khám chữa bệnh, đào tạo nhân lực và kết hợp YHCT với YHHĐ. Luật Dược năm 2016 cùng các văn bản hướng dẫn thi hành đã tạo nền tảng pháp lý quan trọng cho công tác quản lý thuốc cổ truyền, vị thuốc cổ truyền và dược liệu, từ khâu sản xuất, kinh doanh, cung ứng đến sử dụng trong cơ sở khám chữa bệnh [25].

Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật nhằm chuẩn hóa hoạt động chuyên môn YHCT, tiêu biểu như Thông tư số 35/2018/TT-BYT quy định thực hành tốt sản xuất thuốc và nguyên liệu làm thuốc; Thông tư số

32/2020/TT-BYT quy định tiêu chuẩn chế biến, bào chế thuốc cổ truyền tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT [25], [26]; và Thông tư số 32/2025/TT-BYT quy định quản lý chất lượng thuốc cổ truyền, vị thuốc cổ truyền và dược liệu, có hiệu lực từ ngày 01/7/2025 [27]. Bên cạnh đó, hệ thống văn bản pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT, y học dân tộc và kết hợp YHCT với YHHĐ cũng từng bước được hoàn thiện, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và bảo đảm an toàn cho người bệnh.

Đặc biệt, Chính phủ đã ban hành Chương trình phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại đến năm 2030, khẳng định định hướng phát triển YHCT là một bộ phận thống nhất trong hệ thống y tế quốc gia [28]. Hiện nay, hệ thống YHCT Việt Nam bao gồm mạng lưới quản lý nhà nước, hệ thống cơ sở khám chữa bệnh, đào tạo nguồn nhân lực và hệ thống cung ứng dược liệu, thuốc cổ truyền với hơn 500 cơ sở sản xuất, kinh doanh, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân [29].

### ***Hệ thống quy định quản lý YHCT trên thế giới***

Trên phạm vi toàn cầu, YHCT và y học truyền thống đã và đang được sử dụng rộng rãi tại hơn 120 quốc gia, bao gồm cả các nước đang phát triển và nhiều quốc gia phát triển. Trong bối cảnh nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện gia tăng, nhiều quốc gia đã từng bước xây dựng và hoàn thiện hệ thống pháp lý để quản lý hoạt động YHCT, đưa YHCT vào khuôn khổ y tế chính thống [29], [30].

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khẳng định vai trò quan trọng của y học truyền thống trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và khuyến nghị các quốc gia tích hợp YHCT vào hệ thống y tế trên cơ sở bảo đảm an toàn, hiệu quả và chất lượng. Theo WHO, việc sử dụng hợp lý các liệu pháp YHCT có thể góp phần nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, giảm gánh nặng chi phí và thúc đẩy công bằng y tế [31].

Nhiều quốc gia đã áp dụng các mô hình quản lý khác nhau đối với YHCT, bao gồm ban hành luật riêng cho YHCT, quản lý trong khuôn khổ y học bổ sung và thay thế (Complementary and Alternative Medicine – CAM), hoặc cơ chế tự quản thông qua các hiệp hội nghề nghiệp [30]. Thống kê của WHO cho thấy có 75 quốc gia đã thành lập cơ quan quản lý dược liệu tự nhiên, 51 quốc gia xây dựng chính sách quốc gia về YHCT, 92 quốc gia ban hành quy định đăng ký sản phẩm thảo dược và 54 quốc gia ban hành quy định đăng ký hành nghề thầy thuốc truyền thống [32].

Một số quốc gia châu Á như Ấn Độ, Brunei, Myanmar và Philippines đã xây dựng chính sách và mô hình tổ chức cụ thể nhằm phát triển và tích hợp YHCT vào hệ thống y tế. Ấn Độ thiết lập cơ chế quản lý độc lập cho các hệ thống y học truyền thống từ năm 2002; Brunei thành lập Trung tâm YHCT trực thuộc Bộ Y tế từ năm 2008 để lồng ghép YHCT vào chăm sóc sức khỏe chính thống. Tại Hoa Kỳ, mặc dù YHCT chưa được tích hợp đầy đủ vào hệ thống y tế chung, một số bang đã cho phép và quản lý hoạt động châm cứu và xoa bóp bấm huyệt trong khuôn khổ pháp luật [29].

#### *1.2.1.2. Các phương pháp điều trị Y học cổ truyền*

YHCT có lịch sử lâu đời, tồn tại song hành và bổ trợ cho Y học hiện đại. Các phương thức điều trị được chia thành hai nhóm chính: **dùng thuốc và không dùng thuốc**.

- **Phương pháp dùng thuốc (Dược vật)** [33], [34]: Sử dụng nguyên liệu từ thực vật, khoáng vật, động vật, được bào chế dựa trên lý luận về khí hóa (thiên khí, địa khí). Các dạng bào chế phổ biến:

**Thuốc thang** (tự sắc): là dạng sắc uống thông dụng nhất, ưu điểm là hấp thu nhanh vào hệ tiêu hóa và linh hoạt trong việc gia giảm liều lượng theo thể trạng bệnh nhân.

**Si rô:** là chế phẩm thuốc lỏng hay hỗn dịch dùng đường uống, có vị ngọt, chứa nồng độ cao đường trắng (sucrose) hay chất tạo ngọt khác và được

chất hoặc các dịch chiết từ dược liệu

**Viên hoàn:** là dạng thuốc rắn, hình cầu, khối lượng đa dạng (0,05g – 2g), tiện lợi khi sử dụng.

**Bột tán:** là loại thuốc rắn, rời, khô, dùng để uống hay dùng ngoài. Điều chế bằng cách tán mịn một hay nhiều dược liệu: động vật, thực vật hay khoáng vật đến độ nhỏ nhất định. Rây qua các cỡ rây thích hợp và trộn đều. Thuốc bột có thể dùng trực tiếp để trị bệnh, hoặc làm chế phẩm trung gian để chế nhiều dạng thuốc khác.

**Ngâm rượu:** là dược liệu ngâm trong rượu để chiết xuất hoạt chất, dùng bôi bõ hoặc xoa bóp, thời gian ngâm kéo dài từ vài tháng đến vài năm.

- **Phương pháp không dùng thuốc** [35], [36]: Bao gồm các kỹ thuật vật lý trị liệu và tác động huyết đạo như: châm cứu, cấy chỉ, xoa bóp, khí công...

**Châm cứu:** là tên gọi chung của phương pháp châm và cứu. Châm là dùng đá mài nhọn hay kim châm vào huyết trên cơ thể nhằm mục đích phòng và trị bệnh; cứu là dùng ngải đốt chạy gây sức nóng lên huyết.

**Thủy châm:** là phương pháp dùng thuốc tiêm của Y học hiện đại tiêm vào huyết.

**Giác hơi:** là phương pháp phòng và chữa một số bệnh thông qua ống giác thường được làm bằng các chất liệu như trúc, sánh sứ, thủy tinh; được dùng lửa đốt vào lòng ống giác cho cháy hết không khí, sau đó úp nhanh vào các huyết vị trên cơ thể. Tác dụng của nhiệt, sức hút chân không sẽ tạo nên phản ứng xung huyết tại chỗ, có tác dụng chữa bệnh.

**Xoa bóp bấm huyết:** dùng tay là các động tác như: xoa, xát, day, miết, lăn, chạt, đấm, ấn... lên các vùng cơ thể, huyết nhất định để chữa bệnh...

### ***1.2.2 Một số chỉ số điều trị bằng Y học cổ truyền***

- **Số lần khám bệnh:** Được tính là mỗi lần người bệnh được bác sĩ thăm khám lâm sàng, có thể kết hợp với các chỉ định cận lâm sàng hoặc thủ thuật thăm dò để phục vụ chẩn đoán và điều trị. Trong trường hợp người bệnh

cần chuyển sang khám tiếp tại các chuyên khoa khác, mỗi chuyên khoa sẽ được tính là một lần khám riêng biệt. Các hoạt động chăm sóc do điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh thực hiện không được tính vào chỉ số này.

- **Lượt điều trị nội trú:** Xác định cho những người bệnh đã hoàn tất thủ tục nhập viện, được bố trí giường bệnh tại các khoa lâm sàng và thụ hưởng đầy đủ chế độ chăm sóc, điều trị theo quy định. Về mặt thời gian, chỉ những bệnh nhân lưu lại bệnh viện từ 04 giờ trở lên sau khi làm thủ tục mới được ghi nhận là một lượt điều trị nội trú.

- **Ngày điều trị nội trú:** Là đơn vị thời gian (ngày) mà bệnh viện cung cấp trọn gói các dịch vụ chẩn đoán, dùng thuốc và chăm sóc, nghỉ ngơi cho người bệnh. Công thức tính toán thống nhất là: Số ngày điều trị = (Ngày ra viện – Ngày vào viện) + 1

Trong những năm qua, mô hình kết hợp giữa YHCT và YHHĐ đã đóng góp thiết thực vào sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân, qua đó từng bước nâng cao vị thế và khẳng định vai trò không thể thiếu của nền y học cổ truyền trong hệ thống y tế Việt Nam. Chính vì vậy, việc đo lường và đánh giá các chỉ số khám chữa bệnh bằng phương pháp kết hợp này là yêu cầu cấp thiết và vô cùng quan trọng.

- **Số lượt khám, điều trị Y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại liên khoa** (Nội, Ngoại, Sản, Nhi...):

Là một lần người bệnh được thầy thuốc Y học cổ truyền thăm khám về lâm sàng và điều trị.

- Bao gồm hai nhóm phương pháp chính: trị liệu sử dụng thuốc (dược lý) và trị liệu không dùng thuốc (các kỹ thuật như châm cứu, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt...).

- Đánh giá thực trạng đội ngũ cán bộ YHCT dựa trên các biến số: độ tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn và thâm niên công tác trong nghề.

- Danh mục thiết bị y tế phục vụ công tác khám chữa bệnh YHCT được

đổi chiếu theo quy định tại Thông tư số 32/2023/TT-BYT (ngày 31/12/2023) của Bộ Y tế, quy định chi tiết về hướng dẫn Luật Khám bệnh, chữa bệnh [37].

### ***1.2.3. Tình hình nghiên cứu khám, điều trị bằng Y học cổ truyền trên thế giới và Việt Nam***

#### ***1.2.3.1 Tình hình nghiên cứu khám, điều trị bằng Y học cổ truyền trên Thế giới***

Trên Thế giới, Y học cổ truyền (YHCT) đang ngày càng khẳng định vị thế và vai trò quan trọng của mình trong lĩnh vực kinh tế và y tế toàn cầu. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) vào năm 2008, hơn 50% dân số Châu Âu và Nam Mỹ đã sử dụng các liệu pháp y học bổ sung/thay thế trong vòng một năm. Đặc biệt, tại Châu Phi, khoảng 80% dân số được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ YHCT.

Tại Trung Quốc, Hiến pháp năm 1982 khẳng định chủ trương phát triển y học theo hướng kết hợp giữa YHHĐ và YHCT trong hệ thống chăm sóc sức khỏe quốc gia. Đến năm 2009, cả nước có 3.115 bệnh viện YHCT với đội ngũ khoảng 400.000 bác sĩ và 409.000 giường bệnh, tiếp nhận hàng năm khoảng 302 triệu lượt bệnh nhân ngoại trú và hơn 9 triệu bệnh nhân nội trú. Bên cạnh đó, có 245 bệnh viện hoạt động theo mô hình kết hợp YHCT – YHHĐ, và 95% bệnh viện đa khoa đều bố trí khoa YHCT. Trong lĩnh vực dược, khoảng 9.000 chế phẩm có nguồn gốc YHCT đã được nghiên cứu và phát triển, mang lại doanh thu ước tính 180 tỷ nhân dân tệ mỗi năm. Hiện nay, Y học cổ truyền Trung Quốc đã được đưa vào hệ thống chăm sóc sức khỏe của hơn 120 quốc gia trên thế giới [38], [39].

Tại Nhật Bản, YHCT cũng đóng một vai trò tích hợp mạnh mẽ vào hệ thống y tế. Hơn 90% bác sĩ Nhật Bản thường xuyên kết hợp Y học hiện đại (YHHĐ) với các thuốc YHCT trong quá trình khám và điều trị bệnh cho cộng đồng. Việc kê đơn thuốc YHCT của các bác sĩ được dựa trên các bài thuốc được ghi chép trong dược điển, bao gồm liều lượng (gia giảm) phù hợp với

từng bệnh nhân. Trên lâm sàng, YHCT Nhật Bản (thường được gọi là Kampo) được tích hợp vào hoạt động khám và điều trị kết hợp với YHHĐ trong ít nhất 25 chuyên ngành khác nhau, bao gồm lão khoa, nhi khoa, tiêu hóa, xương khớp, sản khoa, phụ khoa, da liễu, tiết niệu, tim mạch, thận, phổi, v.v. Một trong những yếu tố then chốt góp phần vào sự phổ biến của YHCT trong dân chúng là việc Nhật Bản đã đưa 148 bài thuốc Kampo và 6 phương pháp châm cứu vào danh mục chi trả của bảo hiểm y tế quốc gia từ năm 1976. Bên cạnh đó, Kampo còn được cho là đáp ứng các yếu tố tâm linh và tinh thần của người Nhật.

Một nghiên cứu tại Ethiopia đã chỉ ra: Y học cổ truyền có vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho 80% dân số và 90% dân số của Ethiopia sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe; tương tự như nhiều quốc gia đang phát triển, đặc biệt là ở các nước châu Phi vùng hạ sa mạc Sahara. Sự công nhận và tiềm năng thực tiễn của YHCT ở Ethiopia không chỉ dừng lại ở việc phát triển các chính sách phù hợp. Quốc gia này còn triển khai các biện pháp tổ chức liên quan đến việc phát triển YHCT trên cơ sở khoa học, giải quyết các khía cạnh pháp lý, bảo vệ quyền sở hữu trí tuệ, cũng như bảo tồn và sử dụng bền vững các cây thuốc, thông qua sự tham gia của nhiều tổ chức khác nhau.

Những nỗ lực tổng hợp trong công tác nghiên cứu và phát triển Y học cổ truyền (YHCT) hiện nay đang tập trung vào việc xác minh tính an toàn, hiệu quả và chất lượng của các sản phẩm dược phẩm. Mục tiêu là sản xuất ra các chế phẩm được chứng nhận, có nguồn gốc từ kho tàng kiến thức bản địa phong phú và những nguồn tài nguyên YHCT chưa được khai thác triệt để. Việc đầu tư vào lĩnh vực này hứa hẹn mang lại những lợi ích to lớn, không chỉ góp phần cải thiện đáng kể hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người dân, mà còn đóng góp vào sự phát triển bền vững của môi trường sinh thái quốc gia thông qua việc bảo tồn và sử dụng hiệu quả các nguồn dược liệu tự nhiên. Chính vì vậy, tỷ lệ người dân sử dụng YHCT tại nước này là rất cao [11].

### *1.2.3.2 Tình hình nghiên cứu khám, điều trị bằng Y học cổ truyền tại Việt Nam*

Tác giả Hoàng Thị Hoa Lý (2006) đã tiến hành khảo sát thực trạng nguồn nhân lực và việc ứng dụng YHCT tại một số địa phương thuộc tỉnh Bắc Ninh. Kết quả nghiên cứu cho thấy nguồn nhân lực YHCT trong các cơ sở y tế công lập (bao gồm cả tuyến huyện) còn hạn chế, chỉ chiếm 11,90% tổng số nguồn nhân lực y tế công lập toàn tỉnh cho thấy tỷ lệ sử dụng YHCT trong cộng đồng chưa cao.

Nghiên cứu của Lâm Lệ Yến (2023) về hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại các xã thuộc huyện Bình Thới, tỉnh Cà Mau, đã chỉ ra rằng ban đầu, tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT chưa cao. Tuy nhiên, sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp đồng bộ, tỷ lệ người dân lựa chọn khám chữa bệnh bằng YHCT đã tăng lên rõ rệt. Kết quả này khẳng định rằng, nếu nhận được sự đầu tư và quan tâm phối hợp từ ngành y tế, chính quyền địa phương và y tế cơ sở, y tế tuyến xã hoàn toàn có khả năng đạt được các chỉ tiêu về khám chữa bệnh bằng YHCT đã đề ra.

Cao Thị Huyền Trang đã khảo sát mô hình bệnh tật và tình hình điều trị tại khoa Nội trong giai đoạn 2014-2015. Kết quả cho thấy phương pháp điều trị kết hợp YHCT và Y học hiện đại (YHHĐ) được áp dụng phổ biến nhất (97,5%). Trong các phương pháp YHHĐ, thuốc giảm đau chống viêm chiếm tỷ lệ cao nhất (34,5%), tiếp theo là thuốc hạ huyết áp (30,3%). Về phía YHCT, thuốc thang được sử dụng nhiều nhất (77,6%), và điện châm đứng thứ hai (39,7%). Đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân đạt tình trạng đỡ bệnh khi áp dụng phương pháp điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT là rất cao, đạt 90,0% [40].

Đỗ Thị Phương (2005), nghiên cứu về “Kiến thức, thực hành sử dụng y học cổ truyền của cán bộ y tế huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên”. Nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 80% thầy thuốc YHCT mong muốn được đào tạo, bồi dưỡng thêm về kiến thức và kỹ năng thực hành YHCT. Đồng thời, đội ngũ

thầy thuốc YHCT còn rất mỏng, chỉ chiếm khoảng 1/14 so với đội ngũ thầy thuốc YHHD (6,70% so với 93,3%).

Trong khi đó, nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý và Nguyễn Hoàng Sơn tại quận Long Biên, Hà Nội đã phát hiện nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT của người dân là khá cao. Điều này đặt ra yêu cầu thiết yếu đối với người hành nghề YHCT nói chung phải không ngừng trau dồi kiến thức và kỹ năng để nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

Nghiên cứu của Vũ Tuấn Ngọc về thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý trang thiết bị y tế tại bệnh viện đa khoa khu vực Tiểu Cần, tỉnh Trà Vinh năm 2020, kết quả cho thấy mức độ đầu tư vào TTBYT còn rất thấp (7,4%), tần suất sử dụng thiết bị thấp (51,5%), và thậm chí có 23,5% TTBYT không được sử dụng. Hồ sơ thiết bị thường thiếu thông tin, đặc biệt là nhật ký vận hành và tài liệu bảo dưỡng, sửa chữa. Mặc dù 100% TTBYT đều có quy trình sử dụng và vận hành, nhưng công tác kiểm định, kiểm chuẩn chỉ được thực hiện định kỳ và chưa đầy đủ, đặc biệt là kiểm định sau sửa chữa còn bị bỏ ngỏ. Tuy nhiên, tỷ lệ nhân viên có chứng chỉ sử dụng thiết bị đạt mức cao (98,5%), cho thấy bệnh viện đã chú trọng yếu tố an toàn trong vận hành..

Nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý về đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp YHCT tại tuyến xã ở ba tỉnh miền Trung cũng chỉ ra những hạn chế về cơ sở vật chất, bao gồm việc thiếu thôn trang thiết bị, thuốc YHCT và kinh phí dành cho các hoạt động YHCT.

Để khai thác có hiệu quả các thiết bị y tế phụ thuộc rất lớn vào trình độ và tinh thần không ngừng trau dồi tay nghề của nhân viên y tế. Nhìn chung, cơ sở vật chất tại các bệnh viện các tuyến đã được nâng cấp rõ rệt. Hầu hết bệnh viện cấp tỉnh hiện nay đều sở hữu đầy đủ các máy móc thiết yếu như X-quang, CT, MRI, máy siêu âm, điện tim và các thiết bị xét nghiệm thông thường.

Với hệ thống y tế ngoài công lập, nhất là mảng Y học cổ truyền, quy định đầu tư trang thiết bị phải bám sát vào mô hình bệnh tật thực tế tại đơn vị. Từ đó, các cơ sở mới có thể cân đối ngân sách và nguồn lực để trang bị máy móc phù hợp, đồng thời đảm bảo tuân thủ danh mục trang thiết bị do Bộ Y tế ban hành.

### **1.3. Thông tin về địa điểm nghiên cứu**

#### ***1.3.1. Huyện Cẩm Khê***

- Cẩm Khê là huyện miền núi phía Tây Bắc của tỉnh Phú Thọ, cách thành phố Việt Trì khoảng 50 km và thủ đô Hà Nội khoảng 80 km.; với tổng diện tích 234,55 km<sup>2</sup>, huyện là nơi sinh sống của gần 140.000 dân, đa phần là người Kinh. Đặc biệt, nơi đây có tới 27% dân số theo đạo Thiên Chúa, tạo nên một cộng đồng văn hóa phong phú và đa dạng.

- Về ranh giới địa lý, phía Đông huyện Cẩm Khê giáp huyện Thanh Ba (ranh giới tự nhiên là sông Hồng- đoạn này thường gọi là sông Thao), phía Tây giáp huyện Yên Lập, phía Nam giáp huyện Tam Nông (ranh giới tự nhiên là sông Bứa) và phía Bắc giáp huyện Hạ Hoà.

Huyện Cẩm Khê kết nối giao thông với tuyến đường Cao tốc Nội Bài - Lào Cai tại nút giao Sai Nga (IC10 - Km 79) và Quốc lộ 32C chạy dọc theo suốt chiều dài của huyện, Quốc lộ 70B chạy qua địa bàn huyện. Đường sắt: Gần ga đường sắt Phú Thọ (thị xã Phú Thọ) và ga đường sắt Chí Chủ (huyện Thanh Ba). Đường hàng không: cách sân bay quốc tế Nội Bài 80 km. Đường thủy: Có bến phà Tình Cương (Tỉnh lộ 313), bến đò Chí Chủ, bến đò Phương Xá và một số bến đò ngang nhỏ khác [41].

#### ***1.3.2. Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê***

Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ trụ sở tại Số 147 đường Hoa Khê, TT. Cẩm Khê, huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ [5].

+ Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê thành lập ngày 25/10/1990

+ Năm 2006 TTYT Cẩm Khê được tách thành 2 đơn vị: Bệnh viện đa

khoa huyện và Trung tâm Y tế huyện.

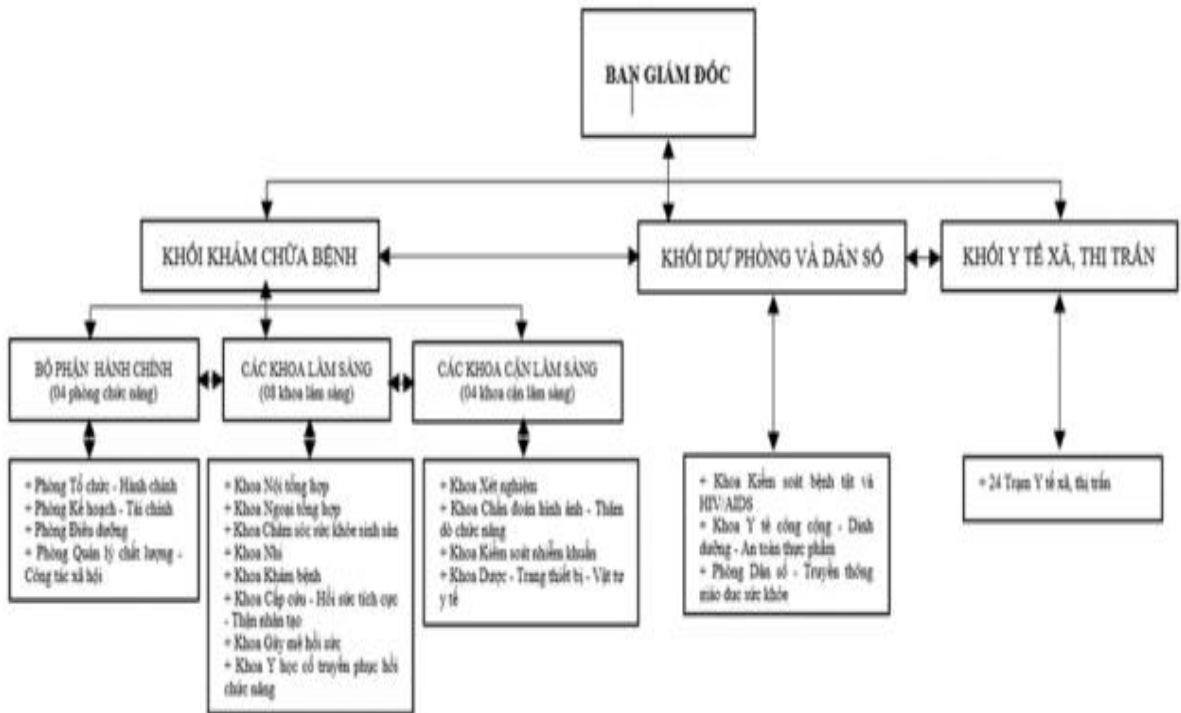
+ Năm 2009: Bệnh viện đa khoa huyện Cẩm Khê được công nhận là Bệnh viện tuyến huyện hạng III.

+ Năm 2014: Bệnh viện đa khoa huyện Cẩm Khê được UBND tỉnh Phú Thọ xếp hạng II.

+ Tháng 4/2017: Sáp nhập Bệnh viện đa khoa huyện và Trung tâm Y tế huyện thành lập Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê theo Quyết định số 830/QĐ-UBND, ngày 14/4/2017 của UBND tỉnh Phú Thọ về việc sáp nhập Trung tâm Y tế và Bệnh viện Đa khoa huyện để thành lập Trung tâm Y tế huyện tại 05 huyện: Cẩm Khê, Đoan Hùng, Hạ Hòa, Thanh Ba, Thanh Sơn và Quyết định 1304/QĐ-UBND, ngày 21/06/2023 Ủy Ban nhân dân tỉnh Phú Thọ về việc sáp nhập Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình vào Trung tâm Y tế các huyện, thành, thị. Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê hoạt động với chức năng chính là khám chữa bệnh, y tế dự phòng và dân số.

+ Ngày 01/07/2023 Sáp nhập Trung tâm Dân số - KHHGD huyện vào Trung Tâm Y tế huyện thành Trung tâm Y tế. Trung tâm Y tế có chức năng cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật về y tế dự phòng, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và các hoạt động nâng cao sức khỏe theo quy định của pháp luật.

- Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê Ngày 27/08/2020 là 1 trong 3 trung tâm y tế tuyến huyện chính thức được UBND tỉnh Phú Thọ công nhận là Trung tâm Y tế hạng I, theo Quyết định 2007/QĐ-UBND.



\* Trung tâm Y tế có chức năng cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật về y tế dự phòng, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và các hoạt động nâng cao sức khỏe theo quy định của pháp luật.

\* Trung tâm Y tế được Sở Y tế giao 500 giường bệnh (Trong đó: 190 giường bệnh pháp lệnh; 310 giường bệnh xã hội hóa); Giường thực kê là 530 giường bệnh. Bệnh viện có nhiệm vụ chính là khám chữa bệnh và cấp cứu, thu dung điều trị cho tất cả người dân trong và ngoài địa bàn.

Định hướng chiến lược của Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê (Phú Thọ) tập trung vào mô hình kết hợp chặt chẽ giữa Y học hiện đại và Y học cổ truyền. Để hiện thực hóa mục tiêu này, trung tâm đã đầu tư lắp đặt hệ thống trang thiết bị tân tiến, đáp ứng nghiêm ngặt các tiêu chuẩn về độ chính xác, hiệu quả điều trị, tính an toàn và thân thiện với môi trường. Đồng thời, việc áp dụng Bệnh án điện tử vào quy trình vận hành đã góp phần tối ưu hóa công tác quản lý và kiểm soát hồ sơ y tế. Song song với đầu tư hạ tầng, Trung tâm đặc biệt chú trọng phát triển nguồn nhân lực thông qua các chương trình đào tạo

chuyên sâu cả trong và ngoài viện. Bên cạnh việc nâng cao tay nghề, đơn vị cũng đẩy mạnh cải cách hành chính, rèn luyện Y đức và thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Những nỗ lực đồng bộ này đang đóng góp tích cực vào việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân địa phương.

### ***1.3.3. Khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng***

Khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng là một khoa chuyên môn trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ, được thành lập cùng thời điểm hình thành đơn vị và chính thức triển khai hoạt động chuyên môn từ năm 1972. Ngày 18/5/2017 khoa đổi tên thành Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng theo Quyết định số 100/QĐ – TTYT của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê. Trải qua quá trình xây dựng và phát triển, Khoa từng bước khẳng định vai trò là một trong những khoa mũi nhọn của Trung tâm trong công tác khám chữa bệnh bằng Y học cổ truyền, phục hồi chức năng và điều trị kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại tại tuyến y tế cơ sở.

Khoa có chức năng khám bệnh, thu dung và điều trị cho người bệnh mắc các bệnh lý cấp tính và mạn tính, đặc biệt là các bệnh cơ xương khớp, thần kinh ngoại biên, đau mạn tính và rối loạn chức năng vận động, bằng các phương pháp Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại và các kỹ thuật phục hồi chức năng. Hoạt động chuyên môn của Khoa phù hợp với định hướng phát triển Y học cổ truyền tại tuyến cơ sở theo các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước, đồng thời đáp ứng trực tiếp nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng của người dân trên địa bàn huyện và các vùng lân cận.

Với vai trò là đơn vị tham mưu cho Ban Giám đốc Trung tâm trong lĩnh vực Y học cổ truyền và phục hồi chức năng, Khoa chú trọng kế thừa và phát huy các giá trị tinh hoa của Y học cổ truyền, thông qua việc vận dụng linh hoạt các bài thuốc cổ phương, kinh nghiệm điều trị của các lương y, cũng như tiếp thu có chọn lọc các phác đồ điều trị của các bệnh viện Y học cổ truyền

tuyên trên. Song song với đó, Khoa đẩy mạnh ứng dụng các tiến bộ của Y học hiện đại và phục hồi chức năng nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Trong giai đoạn nghiên cứu (2022–2024), nguồn nhân lực của Khoa gồm 19 cán bộ, viên chức, bao gồm 05 bác sỹ và 14 y sỹ, điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng, trực tiếp tham gia công tác khám bệnh, điều trị và chăm sóc người bệnh nội trú và ngoại trú. Đội ngũ bác sỹ được đào tạo chuyên ngành Y học cổ truyền, đa khoa và có định hướng phục hồi chức năng, thực hiện nhiệm vụ khám bệnh, chẩn đoán, chỉ định và theo dõi điều trị; trong đó có 01 bác sỹ trình độ chuyên khoa I YHCT và 02 bác sỹ đang tham gia đào tạo sau đại học (bác sỹ chuyên khoa I và chuyên khoa II). Lực lượng y sỹ Y học cổ truyền thực hiện các kỹ thuật điều trị không dùng thuốc theo y lệnh; điều dưỡng đảm nhiệm công tác chăm sóc và theo dõi người bệnh; kỹ thuật viên phục hồi chức năng thực hiện các phương pháp vật lý trị liệu và vận động trị liệu theo chỉ định chuyên môn.

Ngoài nhiệm vụ điều trị trực tiếp, Khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng còn thực hiện chức năng hỗ trợ chuyên môn và tư vấn chuyên ngành cho các khoa, phòng khác trong Trung tâm, đặc biệt trong việc phối hợp xây dựng và triển khai phác đồ điều trị kết hợp Y học cổ truyền – Y học hiện đại, sử dụng thuốc Y học cổ truyền hợp lý và áp dụng các phương pháp trị liệu không dùng thuốc như châm cứu, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt và vật lý trị liệu – phục hồi chức năng.

Công tác nghiên cứu khoa học và tổng kết thực tiễn chuyên môn tại Khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng bước đầu được quan tâm triển khai nhằm đáp ứng yêu cầu nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và quản lý chuyên môn trong giai đoạn hiện nay. Tuy nhiên, cho đến nay, việc đánh giá một cách hệ thống về mô hình bệnh tật và thực trạng điều trị tại Khoa trong nhiều năm liên tiếp vẫn còn hạn chế, chưa có nghiên cứu tổng hợp đầy đủ làm

cơ sở khoa học cho công tác quản lý và định hướng phát triển. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp bức tranh toàn diện về mô hình bệnh tật và thực trạng điều trị bằng Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại và phục hồi chức năng tại Khoa YHCT – PHCN, Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê giai đoạn 2022–2024. Kết quả nghiên cứu là cơ sở khoa học quan trọng phục vụ công tác đánh giá thực trạng, từ đó góp phần đề xuất các giải pháp phù hợp trong tổ chức chuyên môn, đào tạo nhân lực và đầu tư trang thiết bị trong thời gian tới.

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đã đến khám và điều trị (cả nội trú, điều trị ban ngày và ngoại trú) tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ. Thời gian nghiên cứu được giới hạn cho các trường hợp nhập viện từ ngày 01/01/2022 và hoàn tất quá trình điều trị (xuất viện) đến ngày 31/12/2024.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các hồ sơ được đưa vào mẫu nghiên cứu phải đảm bảo tính vẹn toàn dữ liệu, bao gồm đầy đủ các thông tin sau:

- Thông tin hành chính: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa chỉ cư trú, đối tượng chi trả và mốc thời gian (ngày vào viện, ngày ra viện).
- Thông tin chuyên môn: Tình trạng người bệnh lúc nhập viện; chẩn đoán xác định khi ra viện (bao gồm cả chẩn đoán theo YHHD và YHCT); phương pháp điều trị đã áp dụng (gồm các can thiệp của YHCT và YHHD).
- Kết cục lâm sàng: Kết quả điều trị, tình trạng chuyển tuyến hoặc tử vong (nếu có).

- Phần mềm quản lý bệnh án điện tử bệnh nhân trong 03 năm 2022 - 2024.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án nhập viện ngoài thời gian nghiên cứu
- Hồ sơ bệnh án không đủ các yêu cầu chọn mẫu
- Bệnh nhân tử vong trước khi nhập viện, bệnh nhân tự ý bỏ điều trị.

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian tiến hành thu thập dữ liệu: từ 02/2025 đến 08/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng lưu trữ bệnh án tại TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

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

Tất cả bệnh án điều trị nội trú, ngoại trú và điều trị ban ngày tại khoa Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

### 2.5 Biến số và chỉ số nghiên cứu

Bảng 2.1: Biến số và chỉ số nghiên cứu

| Biến số/<br>Chỉ số    | Phân loại/Định nghĩa  | Phương pháp thu thập   | Loại biến số |
|-----------------------|---|--|--------------|
| <b>Đặc điểm chung</b> |   |  |              |
| Giới                  | Nam/Nữ  | Hồi cứu trong phần mềm quản lý bệnh viện TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ (PMQLBV) | Định tính    |
| Tuổi                  | Độ tuổi trung bình  |  | Định lượng   |
| Nhóm tuổi             | - < 18 tuổi<br>- 18 – 40 tuổi<br>- 40 – 60 tuổi<br>- > 60 tuổi                  | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV                               | Định tính    |
| Nghề nghiệp           | - Hưu trí<br>- Lao động tay chân<br>- Lao động trí óc<br>- Học sinh – Sinh viên | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV                               | Định tính    |

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
| Địa dư                                   | - Nội huyện Cẩm Khê<br>- Ngoại huyện Cẩm Khê<br>- Tỉnh thành khác   | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính |
| <b>Mô hình bệnh tật</b>                  |   |  |           |
| Phân bố BN theo hình thức nhập viện      | - Nội trú<br>- Ngoại trú<br>- Điều trị ban ngày   | Hồi cứu trong PMQLBV                                 | Định tính |
| Phân bố các bệnh theo chương bệnh ICD 10 | Là mã bệnh chính trong chẩn đoán ra viện, phân loại vào một trong các chương bệnh theo ICD 10 theo quyết định 4469/QĐ- BYT  | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính |
| Phân bố nhóm bệnh YHHĐ thường gặp        | - Nhóm truyền nhiễm<br>- Nhóm không truyền nhiễm<br>- Nhóm Tai nạn, thương tích   | Hồi cứu trong PMQLBV                                 | Định tính |
| Phân bố các bệnh YHHĐ thường gặp         | Là các bệnh theo YHHĐ được xếp tần số mắc bệnh theo thứ tự từ cao xuống thấp  | Hồi cứu trong PMQLBV                                 | Định tính |
| Phân bố chứng bệnh YHCT thường gặp       | Là mã bệnh chính theo YHCT trong chẩn đoán ra viện, tương ứng với mã bệnh chính theo YHHĐ theo quyết định 7603/QĐ- BYT năm 2018 (Phụ lục 7) danh mục mã bệnh theo y học cổ truyền | Hồi cứu trong PMQLBV                                 | Định tính |
| <b>Thực trạng điều trị</b>               |   |  |           |
| Phân bố BN                               | Là số lượt bệnh nhân đến  | Hồi cứu trong  | Định      |

|  |  |  |            |
|--|--|--|------------|
| theo tháng                                   | điều trị trong từng tháng  | PMQLBV   | tính       |
| Phương pháp dùng thuốc YHCT                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuốc thang</li> <li>- Các chế phẩm thuốc YHCT</li> </ul>   | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định lượng |
| Phương pháp không dùng thuốc                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Châm cứu</li> <li>- Thủy châm</li> <li>- Xoa bóp bấm huyệt</li> <li>- Cứu</li> <li>- Cây chỉ</li> </ul> | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định lượng |
| Phương pháp YHHĐ                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vật lý trị liệu</li> <li>- Vận động trị liệu</li> <li>- Tiêm khớp</li> </ul>                            | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định lượng |
| Thời gian điều trị các chứng YHCT thường gặp | Là thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân được chẩn đoán theo chứng bệnh YHCT   | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định lượng |
| Tình hình điều trị bằng thuốc thang YHCT     | Là tỷ lệ số bệnh nhân được điều trị bằng thuốc thang YHCT  | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính  |
| Số thuốc thang YHCT                          | Là số thang thuốc YHCT trung bình theo các chứng bệnh YHCT   | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định lượng |
| Tình hình điều trị bằng Châm cứu             | Là tỷ lệ số bệnh nhân được điều trị bằng Châm cứu  | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính  |
| Tình hình                                    | Là tỷ lệ số bệnh nhân được   | Số liệu thứ cấp thu                                  | Định       |

|                                     |  |  |           |
|-------------------------------------|--|--|-----------|
| điều trị bằng Thủy châm             | điều trị bằng Thủy châm  | thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV                     | tính      |
| Tình hình điều trị bằng XBBH        | Là tỷ lệ số bệnh nhân được điều trị bằng XBBH  | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính |
| Công suất sử dụng giường bệnh       | <p>Theo công thức</p> $C = \frac{A}{B \times N} \times 100\%$ <p>Trong đó:</p> <p>C: là công suất sử dụng giường bệnh</p> <p>A: Là tổng số ngày nằm viện trong tháng/ năm</p> <p>B: Là số ngày trong 1 tháng hoặc 1 năm</p> <p>N là số giường bệnh của khoa YHCT – PHCN, TTYT huyện Cẩm Khê (tổng 55 giường, nội trú 25 giường, điều trị ban ngày 30 giường)</p> | Số liệu thứ cấp                                      | Định tính |
| Kết quả điều trị                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Khỏi</li> <li>- Đỡ</li> <li>- Không thay đổi</li> <li>- Nâng lên/chuyển tuyến</li> </ul>  | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính |
| Tình hình điều trị kết hợp nội viện | Là tỷ lệ điều trị kết hợp với các Khoa lâm sàng khác trong Bệnh viện   | Số liệu thứ cấp thu thập theo bảng dữ liệu từ PMQLBV | Định tính |

## **2.6. Công cụ nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu**

### **2.6.1. Công cụ nghiên cứu**

- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú, điều trị ban ngày tại khoa YHCT – PHCN, TTYT huyện Cẩm Khê từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

- Mẫu phiếu nghiên cứu gồm các thông tin:

- Thông tin về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

+ Thông tin về chẩn đoán bệnh tật YHHĐ và YHCT,

- Thông tin về điều trị bệnh bằng YHHĐ và YHCT

- Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật ICD – 10, danh mục chứng bệnh YHCT

Phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010

### **2.6.2. Phương pháp thu thập số liệu**

Phương pháp thu thập số liệu được tiến hành theo trình tự sau

- Xuất số liệu từ phần mềm quản lý tại bệnh viện sang phần mềm Excel đã soạn thảo sẵn.

- Xác định hồ sơ bệnh án đạt đủ tiêu chuẩn chọn vào

- Sắp xếp tên bệnh theo ICD - 10.

Mỗi hồ sơ bệnh án được trích xuất các dữ liệu gồm: ngày vào - ra viện, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ cư trú, chẩn đoán vào - ra viện (gồm cả chẩn đoán YHHĐ theo ICD-10 và YHCT), điều trị (YHHĐ và YHCT), kết quả điều trị khi ra viện.

- Mã hóa số liệu, nhập số liệu thu thập vào phần mềm SPSS 20.0

## **2.7. Quy trình nghiên cứu**

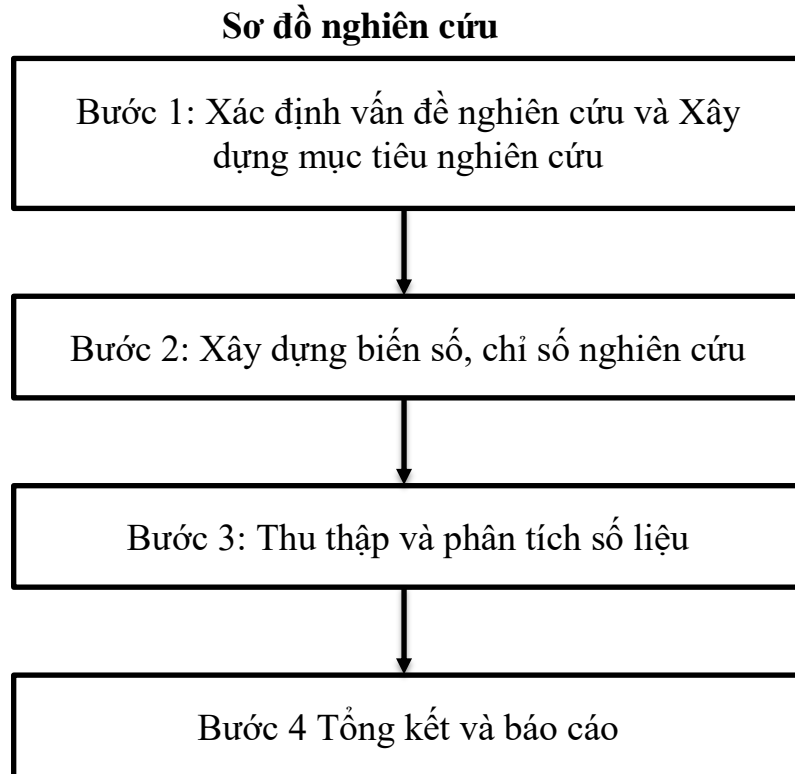
**Bước 1:** Xây dựng mục tiêu nghiên cứu

**Bước 2:** Xây dựng biến số, chỉ số nghiên cứu, xây dựng mẫu phiếu nghiên cứu

**Bước 3:** Tiến hành thu thập và phân tích số liệu

- Thu thập số liệu theo thông tin mẫu nghiên cứu.
- Phân tích, tổng hợp số liệu dựa theo mục tiêu nghiên cứu.

#### **Bước 4: Viết báo cáo**



#### **2.8. Xử lý số liệu**

Số liệu được xuất từ phần mềm quản lý của bệnh viện sang phần mềm Excel 2010 theo mẫu đã soạn sẵn.

Phân tích số liệu: số liệu từ phần mềm Excel được nhập vào phần mềm SPSS 20.0 để quản lý, xử lý và phân tích.

Biểu thị kết quả nghiên cứu kết quả được mô tả dưới dạng bảng, biểu đồ. Xác định tần số, tỷ lệ, so sánh tỷ lệ, so sánh sự khác biệt 2 tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square, so sánh khác biệt 2 trung bình bằng kiểm định Independent Sample t-test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0.05$ .

#### **2.9. Sai số và không chế sai số**

Chuẩn hóa công cụ thu thập số liệu: mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất cho tất cả đối tượng nghiên cứu, đảm bảo thu thập đầy đủ thông tin nghiên

cứu.

Quá trình xử lý số liệu luôn được so sánh, đối chiếu với thông tin gốc, với các báo cáo thống kê để phát hiện sự bất hợp lý, tình trạng sai lệch số liệu. Nếu có nghi ngờ về độ chính xác thì kiểm tra lại bệnh án lưu trữ (xác suất).

#### **2.10. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của hội đồng thông qua đề cương.

- Nghiên cứu đã được thông qua Ban giám đốc và hội đồng khoa học của TTYT huyện Cẩm Khê và sau khi có kết quả sẽ được thông báo cho TTYT huyện Cẩm Khê biết.

- Nghiên cứu đảm bảo bí mật các thông tin của bệnh nhân trong đề tài nghiên cứu. Các kết quả chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

### CHƯƠNG 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/01/2022 đến hết ngày 30/12/2024, số lượng bệnh án người bệnh khám, điều trị tại khoa y học cổ truyền và phục hồi chức năng, Trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ thỏa mãn điều kiện nghiên cứu là 7701 lượt bệnh nhân.

#### 3.1. Mô hình bệnh tật tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện cẩm Khê, tỉnh phú thọ giai đoạn năm 2022-2024

##### 3.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

*Bảng 3.1: Phân bố lượt bệnh nhân theo giới tính*

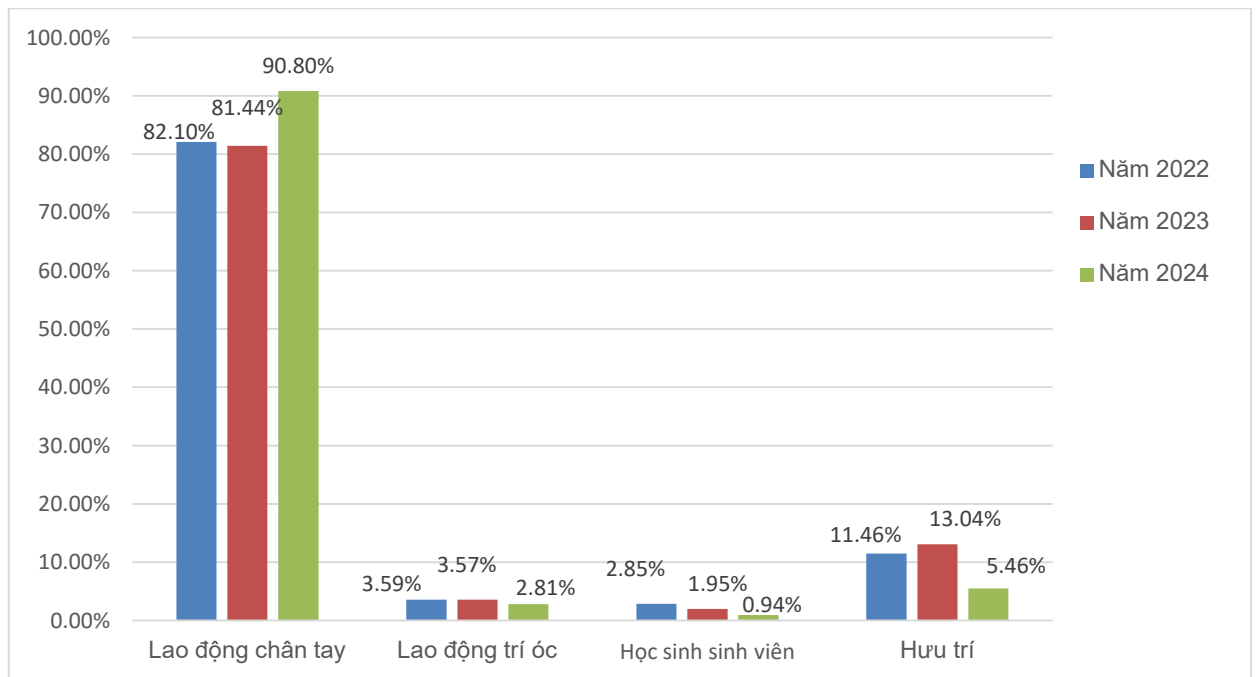
| Năm        |         | Năm 2022<br>(n=2313) | Năm 2023<br>(n=2715) | Năm 2024<br>(n=2673) | P     |
|------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| <b>Nam</b> | n       | 935                  | 1075                 | 994                  | 0.048 |
|            | Tỷ lệ % | 40,4%                | 39,6%                | 37,2%                |       |
| <b>Nữ</b>  | n       | 1378                 | 1640                 | 1679                 |       |
|            | Tỷ lệ % | 59,6%                | 60,4%                | 62,8%                |       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ lượt bệnh nhân nữ giới cao hơn so với nam giới ở cả 3 năm. Trong giai đoạn 2022-2024, tỷ lệ nữ tăng dần và nam giảm dần qua các năm, sự khác biệt giữa 3 năm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.2: Phân bố số lượt bệnh nhân theo nhóm tuổi**

| Năm<br>Nhóm tuổi      | Năm 2022<br>(n=2313)       |         | Năm 2023<br>(n=2715)       |         | Năm 2024<br>(n=2673)       |         | p     |
|-----------------------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|-------|
|                       | n                          | Tỷ lệ % | n                          | Tỷ lệ % | n                          | Tỷ lệ % |       |
| < 18 tuổi             | 54                         | 2,3%    | 51                         | 1,9%    | 50                         | 1,9%    | 0,368 |
| 18 – 39 tuổi          | 320                        | 13,8%   | 327                        | 12,0%   | 338                        | 12,6%   |       |
| 40 – 59 tuổi          | 802                        | 34,7%   | 983                        | 36,2%   | 977                        | 36,6%   |       |
| ≥ 60 tuổi             | 1137                       | 49,2%   | 1354                       | 49,9%   | 1308                       | 48,9%   |       |
| X ± SD<br>(Min – Max) | 57,48 ± 17,57<br>(4 – 102) |         | 58,06 ± 16,85<br>(2 – 104) |         | 57,43 ± 16,31<br>(2 – 104) |         | 0,322 |

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình ở 3 năm tương đương nhau ( $p > 0,05$ ). Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân tăng dần theo độ tuổi ở cả 3 năm, nhóm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (tỷ lệ lần lượt là 47,3%, 48,0% và 51,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so sánh 3 năm với  $p > 0,05$ .

**Biểu đồ 3.1: Phân bố lượt bệnh nhân theo nhóm nghề nghiệp**

**Nhận xét:** Nhóm Lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 3 năm với tỷ lệ lần lượt là 82,10%, 81,44% và 90,80%, sau đó là nhóm Hưu trí, tương

ứng lần lượt chiếm 11,46%, 13,04% và 5,46%. Nhóm học sinh – sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất tương ứng là 2,85%, 1,95% và 0,94%. Tỷ lệ lao động chân tay tăng dần, tỷ lệ lao động trí óc, học sinh sinh viên và hưu trí giảm dần từ năm 2022 đến năm 2024. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh 3 năm với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3: Phân bố lượt bệnh nhân theo địa dư**

| STT | Nơi sống            | Năm 2022<br>(n=2313) |           | Năm 2023<br>(n=2715) |           | Năm 2024<br>(n=2673) |           |
|-----|---------------------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|
|     |                     | n                    | Tỷ lệ (%) | n                    | Tỷ lệ (%) | n                    | Tỷ lệ (%) |
| 1   | Nội huyện Cẩm Khê   | 2152                 | 93.0%     | 2547                 | 93.8%     | 2455                 | 91.8%     |
| 2   | Ngoại huyện Cẩm Khê | 125                  | 5.4%      | 134                  | 4.9%      | 190                  | 7.1%      |
| 3   | Tỉnh thành khác     | 36                   | 1.6%      | 34                   | 1.3%      | 118                  | 4.4%      |

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh nhân chủ yếu nằm trong nhóm nội huyện Cẩm Khê (lần lượt qua 3 năm là 93,0%, 93,8%, 91,8%). Trong giai đoạn 2022-2024, tỷ lệ bệnh nhân đến từ ngoài huyện Cẩm Khê và các tỉnh thành khác tăng dần. Sự khác biệt giữa 3 năm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **3.1.2. Mô hình bệnh tật tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024**

#### **3.1.2.1. Số lượt bệnh nhân điều trị tại khoa y học cổ truyền và phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024**

**Bảng 3.4: Số lượt bệnh nhân điều trị tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn năm 2022-2024**

| STT | Hình thức điều trị | Năm 2022<br>(n=2313) |         | Năm 2023<br>(n=2715) |         | Năm 2024<br>(n=2673) |         | p     |
|-----|--------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|-------|
|     |                    | n                    | Tỷ lệ % | n                    | Tỷ lệ % | n                    | Tỷ lệ % |       |
| 1   | Nội trú            | 888                  | 38.39%  | 1166                 | 42.95%  | 1068                 | 39.96%  | <0,05 |
| 2   | Điều trị ban ngày  | 836                  | 36.14%  | 835                  | 30.76%  | 1179                 | 44.11%  |       |
| 3   | Ngoại trú          | 589                  | 25.46%  | 714                  | 26.30%  | 426                  | 15.94%  |       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nội trú và điều trị ban ngày cao hơn so với ngoại trú ở 3 năm. Tỷ lệ nhóm nội trú và điều trị ban ngày giai đoạn 2022 đến 2024 tăng lên, trong đó năm 2022 tỷ lệ nhóm nội trú cao hơn nhóm điều trị ban ngày, đến năm 2024 tỷ lệ điều trị ban ngày vượt lên cao hơn nhóm nội trú. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.1.2.2. Đặc điểm về mô hình bệnh tật theo y học hiện đại

**Bảng 3.5: Mô hình bệnh tật phân theo 3 nhóm bệnh ICD 10 năm 2022-2024**

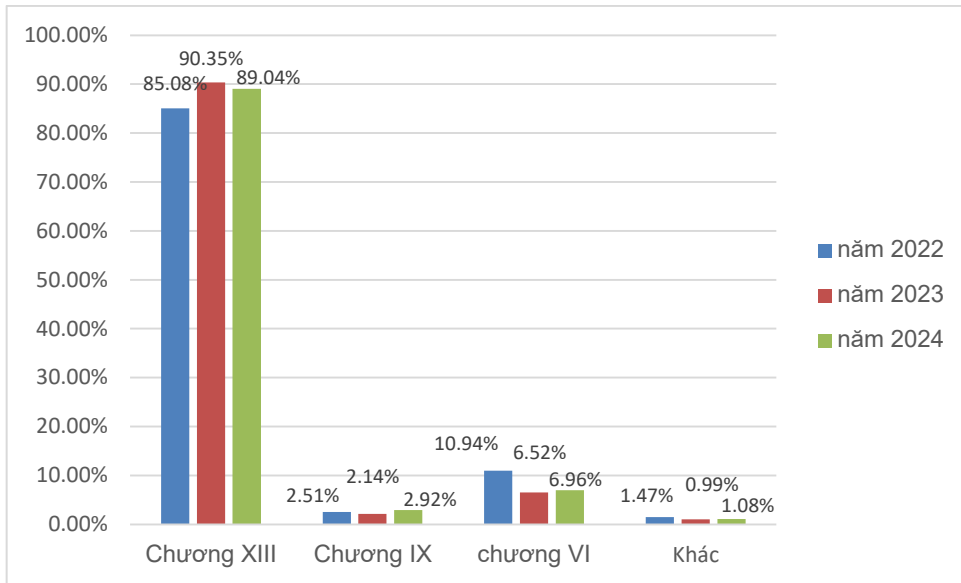
| STT | Phân loại           | Năm 2022<br>(n=2313) |       | Năm 2023<br>(n=2715) |        | Năm 2024<br>(n=2673) |        | p      |
|-----|---------------------|----------------------|-------|----------------------|--------|----------------------|--------|--------|
|     |                     | n                    | %     | n                    | %      | n                    | %      |        |
| 1   | Không truyền nhiễm  | 2288                 | 98.9% | 2692                 | 99.15% | 2658                 | 99.44% | = 0,05 |
| 2   | Truyền nhiễm        | 15                   | 0.6%  | 19                   | 0.70%  | 13                   | 0.49%  |        |
| 3   | Tai nạn thương tích | 10                   | 0.4%  | 4                    | 0.15%  | 2                    | 0.07%  |        |

**Nhận xét:** Mô hình bệnh tật theo 3 nhóm bệnh giai đoạn 2022-2024 chủ yếu là nhóm bệnh không truyền nhiễm, lần lượt chiếm tỷ lệ 98.9%, 99,15% và 99,44%. Sự khác biệt giữa 3 nhóm không có ý nghĩa thống kê rõ ràng với  $p = 0,05$ .

**Bảng 3.6: Mô hình bệnh tật phân theo các chương bệnh ICD 10 năm 2022-2024**

| Chương<br>bệnh | Năm 2022<br>(n=2313) |               | Năm 2023<br>(n=2715) |               | Năm 2024<br>(n=2673) |               |
|----------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
|                | n                    | Tỷ lệ %       | n                    | Tỷ lệ %       | n                    | Tỷ lệ %       |
| I              | 14                   | 0,61%         | 19                   | 0,7%          | 13                   | 0,49%         |
| II             | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| III            | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| IV             | 1                    | 0,04%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| V              | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 4                    | 0,15%         |
| <b>VI</b>      | <b>253</b>           | <b>10,94%</b> | <b>177</b>           | <b>6,52%</b>  | <b>186</b>           | <b>6,96%</b>  |
| VII            | 2                    | 0,09%         | 3                    | 0,11%         | 3                    | 0,11%         |
| VIII           | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 1                    | 0,04%         |
| <b>IX</b>      | <b>58</b>            | <b>2,51%</b>  | <b>58</b>            | <b>2,14%</b>  | <b>78</b>            | <b>2,92%</b>  |
| X              | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 1                    | 0,04%         |
| XI             | 1                    | 0,04%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| XII            | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| <b>XIII</b>    | <b>1968</b>          | <b>85,08%</b> | <b>2453</b>          | <b>90,35%</b> | <b>2380</b>          | <b>89,04%</b> |
| XIV            | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 1                    | 0,04%         |
| XV             | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| XVI            | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| XVII           | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| XVIII          | 3                    | 0,13%         | 0                    | 0.00%         | 3                    | 0,11%         |
| XIX            | 10                   | 0,43%         | 4                    | 0,15%         | 2                    | 0,07%         |
| XX             | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |
| XXI            | 3                    | 0,13%         | 1                    | 0,04%         | 1                    | 0,04%         |
| XXII           | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         | 0                    | 0.00%         |

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhóm bệnh tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng, TTYT Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022-2024 theo ICD-10 chủ yếu ở các chương VI, IX, XIII, trong đó, hầu hết là các bệnh thuộc chương XIII (các bệnh cơ xương khớp và mô liên kết); không có nhóm bệnh thuộc các chương II, III, XII, XV, XVI, XVII, XX, XXII.



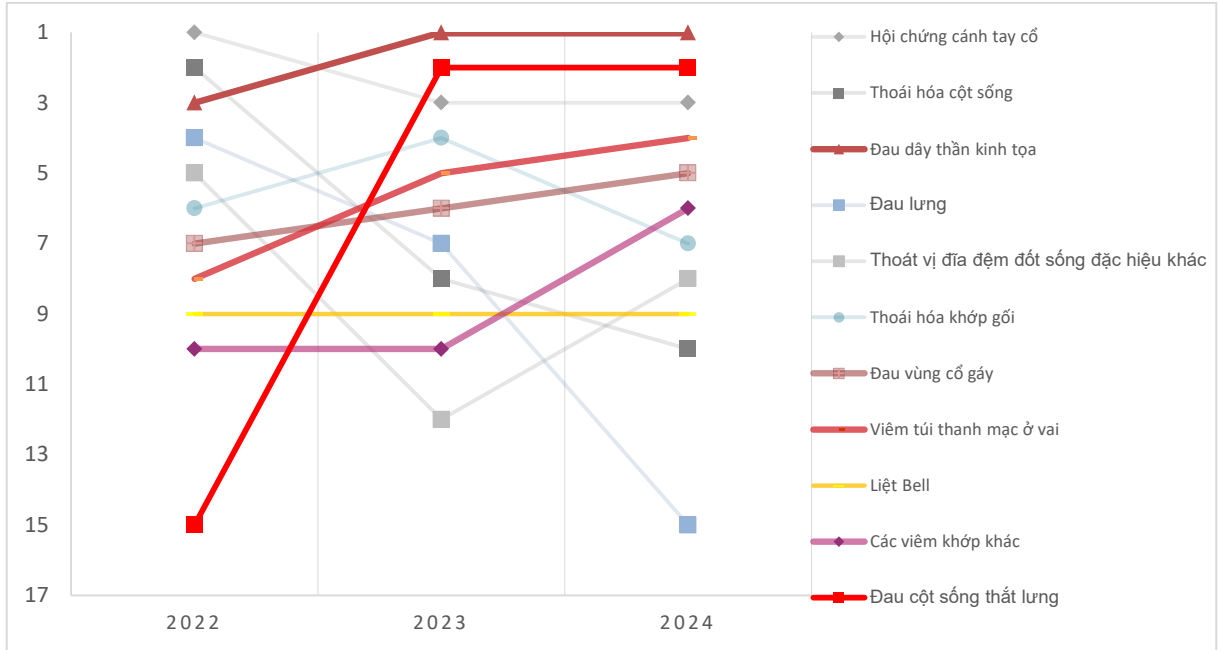
**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các nhóm bệnh thường gặp tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng, TTYT Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022-2024 theo ICD-10**

**Nhận xét:** Các bệnh thuộc chương XIII chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 3 năm, năm 2023 và 2024 cao hơn so với năm 2022 (lần lượt là 90,35%, 89,04% và 85,08%); nhóm bệnh thuộc chương VI năm 2022 cao hơn so với năm 2023 và 2024 lần lượt là (10,94%, 6,52% và 6,96%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhóm bệnh thuộc chương IX qua 3 năm 2022-2024 lần lượt là 2,51%, 2,14% và 2,92%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. 7: Phân bố bệnh chính thường gặp tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng, TTYT Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022-2024**

| STT | Tên bệnh                                | Năm 2022<br>(n=2313) |         | Năm 2023<br>(n=2715) |         | Năm 2024<br>(n=2673) |         |
|-----|---|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|
|     |   | n                    | Tỷ lệ % | n                    | Tỷ lệ % | n                    | Tỷ lệ % |
| 1   | Hội chứng cánh tay cổ                   | 320                  | 13,83%  | 371                  | 13,66%  | 265                  | 9,91%   |
| 2   | Thoái hóa cột sống                      | 296                  | 12,8%   | 111                  | 4,09%   | 83                   | 3,11%   |
| 3   | Đau dây thần kinh tọa                   | 247                  | 10,68%  | 498                  | 18,34%  | 498                  | 18,63%  |
| 4   | Đau lưng                                | 237                  | 10,25%  | 146                  | 5,38%   | 32                   | 1,2%    |
| 5   | Thoát vị đĩa đệm đốt sống đặc hiệu khác | 213                  | 9,21%   | 56                   | 2,06%   | 147                  | 5,5%    |
| 6   | Thoái hóa khớp gối                      | 118                  | 5,1%    | 186                  | 6,85%   | 151                  | 5,65%   |
| 7   | Đau vùng cổ gáy                         | 117                  | 5,06%   | 175                  | 6,45%   | 186                  | 6,96%   |
| 8   | Viêm túi thanh mạc ở vai                | 88                   | 3,8%    | 184                  | 6,78%   | 187                  | 7,00%   |
| 9   | Liệt Bell                               | 85                   | 3,67%   | 97                   | 3,57%   | 94                   | 3,52%   |
| 10  | Các viêm khớp khác                      | 80                   | 3,46%   | 97                   | 3,57%   | 172                  | 6,43%   |
| 11  | Đau cột sống thắt lưng                  | 32                   | 1,38%   | 418                  | 15,4%   | 402                  | 15,04%  |
|     | Tổng                                    | 1833                 | 79,25%  | 2339                 | 86,15%  | 2217                 | 82,94%  |

**Nhận xét:** Phân bố các bệnh thường gặp tại Khoa có sự thay đổi rõ qua 3 năm, tổng tỷ lệ các bệnh này năm 2022 chiếm 79,25%, đến năm 2023 và 2024 đều tăng lên, lần lượt chiếm tỷ lệ 86,15% và 82,94%. Trong đó, năm 2022 tỷ lệ Hội chứng cánh tay cổ chiếm tỷ lệ cao nhất là 13,83%, đến năm 2023 giảm còn 13,66%, đến 2024 giảm mạnh còn 9,91%; ngược lại Đau thần kinh tọa năm 2022 chiếm 10,68%, đến năm 2023 và 2024 tăng vọt, lần lượt là 18,345 và 18,63%.



*Biểu đồ 3.3. Xu hướng thay đổi thứ hạng bệnh chính thường gặp tại khoa y học cổ truyền - phục hồi chức năng, TTYT Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022-2024*

**Nhận xét:** Các bệnh Đau dây thần kinh tọa, Đau cột sống thắt lưng, Đau vùng cổ gáy, Viêm túi thanh mạc ở vai và Viêm các khớp khác có xu hướng tăng lên qua các năm, trong đó Đau dây thần kinh tọa ở năm 2022 xếp thứ 3, đến năm 2023 và 2024 đều xếp ở vị trí đầu tiên; Đau cột sống thắt lưng ở năm 2022 xếp thứ 15, đến năm 2023 và 2024 đều xếp ở vị trí thứ 2.

### *3.1.2.3. Đặc điểm về mô hình bệnh tật theo y học cổ truyền*

**Bảng 3.8: Tỷ lệ các bệnh chính thường gặp phân loại theo chứng bệnh y học cổ truyền giai đoạn năm 2022-2024**

| ST T | Chứng bệnh      | Mã bệnh theo ICD - 10                   | Mã bệnh theo YHCT   | Năm 2022 (n=2313) |                | Năm 2023 (n=2715) |                | Năm 2024 (n=2673) |                |
|------|-----------------|---|---|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
|      |                 |   |   | n                 | %              | n                 | %              | n                 | %              |
| 1    | Chứng tý        | M47, M13, M13.0                         | U62.111<br>,<br>U62.141   | 376               | 16,26 %        | 208               | 7,66%          | 255               | 9,54 %         |
| 2    | Kiên tý         | M53.1, M53                              | U62.291<br>,<br>U62.292   | 320               | 13,83 %        | 371               | 13,66 %        | 265               | 9,91 %         |
| 3    | Toạ cốt phong   | M54.3, M54.4, M51, M51.1, M51.2, M51.3, | U62.391<br>,<br>U62.221<br>,<br>U62.222<br>,<br>U62.223<br>,<br>U62.224 | <b>460</b>        | <b>19,89 %</b> | <b>554</b>        | <b>20,41 %</b> | <b>645</b>        | <b>24,13 %</b> |
| 4    | Hạc tất phong   | M17                                     | U62.261   | 118               | 5,1%           | 186               | 6,85%          | 151               | 5,65 %         |
| 5    | Lạc chẩm        | M54.2                                   | U62.311   | 117               | 5,06%          | 175               | 6,45%          | 186               | 6,96 %         |
| 6    | Kiên thống      | M75, M75.0, M75.2, M75.5                | U62.182   | 88                | 3,8%           | 184               | 6,78%          | 187               | 7,00 %         |
| 7    | Khâu nhãn oa tà | G51, G51.0, G51.3                       | U55.561<br>,<br>U55.571   | 85                | 3,67%          | 97                | 3,57%          | 94                | 3,52 %         |
| 8    | Yêu thống       | M54.5, M54                              | U62.392<br>.5   | 269               | 11,63 %        | <b>564</b>        | <b>20,77 %</b> | <b>434</b>        | <b>16,24 %</b> |
|      | Tổng            |   |   | 183<br>3          | 79,25 %        | 233<br>9          | 86,15 %        | 221<br>7          | 82,9<br>4%     |

**Nhận xét:** Phân bố bệnh chính phân loại theo chứng bệnh YHCT cũng có sự thay đổi rõ qua 3 năm, tỷ lệ toạ cốt phong và yêu thống tăng dần qua các năm, ngược lại tỷ lệ chứng tý giảm dần.

### **3.2. Thực trạng điều trị bằng Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại tại khoa YHCT – PHCN, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ năm 2024.**

#### **3.2.1. Tình hình điều trị**

Bệnh nhân điều trị tại Khoa được phân thành 3 nhóm: Nội trú, điều trị ban ngày và ngoại trú, tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ.

**Bảng 3.9 . Tỷ lệ lượt bệnh nhân điều trị tại Khoa YHCT – PHCN năm 2024 theo 3 nhóm**

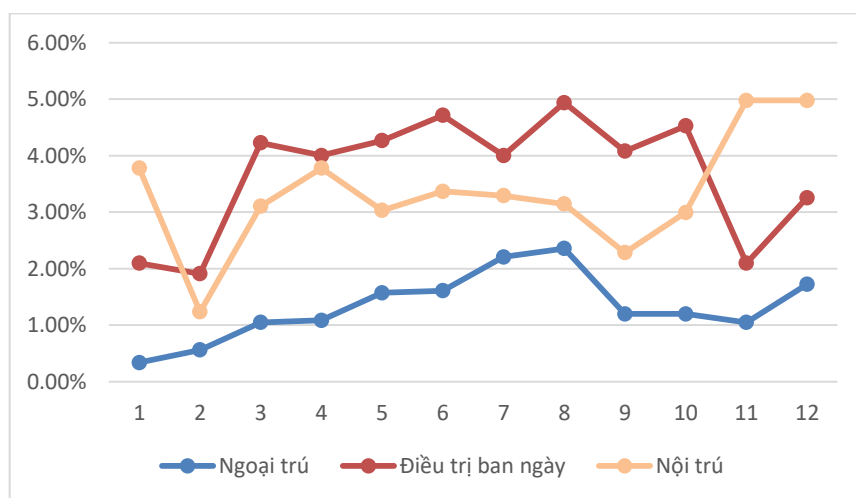
|                          | <b>Số lượng BN (n=2673)</b> | <b>Tỷ lệ %</b> |
|--------------------------|-----------------------------|----------------|
| <b>Ngoại trú</b>         | 426                         | 15,94%         |
| <b>Điều trị ban ngày</b> | 1179                        | 44,11%         |
| <b>Nội trú</b>           | 1068                        | 39,96%         |
| <b>Tổng</b>              | 2673                        | 100,00%        |

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân điều trị tại khoa thuộc nhóm nội trú và điều trị ban ngày, tỷ lệ tương ứng là 39,96% và 44,11%; tỷ lệ bệnh nhân ngoại trú thấp nhất chiếm 15,94%.

**Bảng 3.10. Số lượt người bệnh điều trị tại Khoa năm 2024 theo các tháng**

|                 | Ngoại trú | Điều trị ban ngày | Nội trú | Tổng |
|-----------------|-----------|-------------------|---------|------|
| <b>Tháng 1</b>  | 9         | 56                | 101     | 166  |
| <b>Tháng 2</b>  | 15        | 51                | 33      | 99   |
| <b>Tháng 3</b>  | 28        | 113               | 83      | 224  |
| <b>Tháng 4</b>  | 29        | 107               | 101     | 237  |
| <b>Tháng 5</b>  | 42        | 114               | 81      | 237  |
| <b>Tháng 6</b>  | 43        | 126               | 90      | 259  |
| <b>Tháng 7</b>  | 59        | 107               | 88      | 254  |
| <b>Tháng 8</b>  | 63        | 132               | 84      | 279  |
| <b>Tháng 9</b>  | 32        | 109               | 61      | 202  |
| <b>Tháng 10</b> | 32        | 121               | 80      | 233  |
| <b>Tháng 11</b> | 28        | 56                | 133     | 217  |
| <b>Tháng 12</b> | 46        | 87                | 133     | 266  |
| <b>Tổng</b>     | 426       | 1179              | 1068    | 2673 |

**Nhận xét:** Số lượt người bệnh điều trị tại khoa phân bố theo các tháng có sự khác nhau rõ, tại tháng 2 là thấp nhất (ở cả 3 nhóm và tổng lượt bệnh nhân đến điều trị), xu hướng tăng dần từ tháng 3, 4. Nhóm ngoại trú và nhóm điều trị ban ngày tỷ lệ cao nhất là tháng 7, nhóm nội trú tương ứng tháng 11, 12.

**Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại Khoa năm 2024 các tháng phân theo 3 nhóm**

**Nhận xét:** Ở cả 3 nhóm tại tháng 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất, sau đó tăng dần. Nhóm ngoại trú và điều trị ban ngày từ tháng 8, 9, 10, 11 có xu hướng giảm và tăng trở lại vào tháng 12, ngược lại nhóm nội trú có xu hướng tăng từ tháng 9 đến cuối năm.

**Bảng 3.11. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp dùng thuốc YHCT tại Khoa năm 2024**

| STT | Thuốc                                 | Số lượng BN<br>(n=2673) | Tỷ<br>lệ % | Số lượng sử<br>dụng (Thang,<br>viên) |
|-----|---------------------------------------|-------------------------|------------|--------------------------------------|
| 1   | Thuốc thang                           | 907                     | 33,93%     | 4236                                 |
| 2   | Hoạt huyết thông mạch<br>Trung Ương 1 | 1685                    | 63,04%     | 5046                                 |
| 3   | Phong tê thấp - HD                    | 1651                    | 61,77%     | 2748                                 |
| 4   | Hoạt huyết dưỡng não QN               | 884                     | 33,07%     | 2206                                 |
| 5   | Thông huyết tiêu nê DHD               | 489                     | 18,29%     | 892                                  |
| 6   | Hoàn an thần                          | 344                     | 12,87%     | 486                                  |

**Nhận xét:** Tỷ lệ sử dụng các chế phẩm thuốc YHCT cao, trong đó cao nhất là Hoạt huyết thông mạch Trung ương 1, chiếm 63,04%. Tỷ lệ sử dụng thuốc thang chiếm khoảng 1/3 bệnh nhân điều trị tại khoa (33,93%).

**Bảng 3.12. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp không dùng thuốc YHCT tại Khoa năm 2024**

| STT | Phương pháp điều trị | Số lượng BN<br>(n=2673) | Tỷ lệ % | Tổng số lần |
|-----|----------------------|-------------------------|---------|-------------|
| 1   | Châm cứu             | 1932                    | 72.28%  | 18031       |
| 2   | Thủy châm            | 1892                    | 70.78%  | 18531       |
| 3   | Xoa bóp bấm huyệt    | 518                     | 19.38%  | 1713        |
| 4   | Cấy chỉ              | 106                     | 3.97%   | 118         |
| 5   | Xông hơi             | 307                     | 11.49%  | 551         |
| 6   | Cứu                  | 21                      | 0.79%   | 176         |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại Khoa năm 2024 sử dụng châm cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (72,28%), tương ứng tổng 18031 lần châm cứu; tiếp đến là thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, xông hơi, chiếm tỷ lệ lần lượt là 70,78%, 19,38%, 11,49%, tương ứng tổng 18531, 1713, 551 lần điều trị. Nhóm cấy chỉ chiếm tỷ lệ 3,97%, tương ứng 118 lần cấy chỉ, thấp nhất là nhóm cứu chiếm 0,79% tương ứng 176 lần cứu.

**Bảng 3.13. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp y học hiện đại tại Khoa năm 2024**

| STT | Phương pháp điều trị | Số lượng BN<br>(n=2673) | Tỷ lệ % | Tổng số lần |
|-----|----------------------|-------------------------|---------|-------------|
| 1   | Vật lý trị liệu      | 2081                    | 77.85%  | 51626       |
| 2   | Vận động trị liệu    | 316                     | 11.82%  | 2874        |
| 3   | Tiêm khớp            | 631                     | 23.61%  | 1006        |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại Khoa năm 2024 bằng các phương pháp vật lý trị liệu chiếm tỷ lệ cao nhất (77,85%), tương ứng tổng 51626 lần điều trị; tiếp đến là nhóm tiêm khớp chiếm 23,61%, tương ứng tổng 1006 lần tiêm; nhóm điều trị vận động trị liệu chiếm 11,82%, tương ứng tổng 2874 lần điều trị.

**Bảng 3.14. Thời gian điều trị theo chứng bệnh YHCT tại Khoa năm 2024**

| STT | Chứng bệnh      | Số lượng BN<br>(n=2673) | Số ngày điều trị |
|-----|-----------------|-------------------------|------------------|
| 1   | Khẩu nhãn oa tà | 94                      | 9,17±3,56        |
| 2   | Toạ cốt phong   | 645                     | 8,44±3,15        |
| 3   | Kiên tý         | 265                     | 7,91±3,02        |
| 4   | Kiên thống      | 187                     | 7,79±2,87        |
| 5   | Yêu thống       | 434                     | 7,53±3,24        |
| 6   | Hạc tất phong   | 151                     | 7,4±3,25         |
| 7   | Chứng tý        | 255                     | 6,73±3,22        |
| 8   | Lạc chảm        | 186                     | 6,69±3,01        |

**Nhận xét:** Chứng khẩu nhãn oa tà có thời gian điều trị trung bình dài nhất (9,17±3,56 ngày), tiếp đến là chứng toạ cốt phong, kiên tý, kiên thống yêu thống, hạc tất phong, chứng tý. Chứng lạc chảm thời gian điều trị trung bình ngắn nhất là 6,69±3,01 ngày.

**Bảng 3.15. Tình hình điều trị bằng thuốc thang YHCT theo chứng bệnh YHCT tại Khoa năm 2024**

| STT | Chứng           | Số lượng BN | Tỷ lệ % | Số thang trung bình |
|-----|-----------------|-------------|---------|---------------------|
| 1   | Khẩu nhãn oa tà | 53          | 56,38%  | 5±0,59              |
| 2   | Hạc tất phong   | 69          | 45,70%  | 5±0,34              |
| 3   | Toạ cốt phong   | 259         | 40,16%  | 5±0,57              |
| 4   | Kiên tý         | 95          | 35,85%  | 5±0,56              |
| 5   | Yêu thống       | 155         | 35,71%  | 5±0,52              |
| 6   | Kiên thống      | 66          | 35,29%  | 5±0,53              |
| 7   | Chứng tý        | 79          | 30,98%  | 5±0,61              |
| 8   | Lạc chảm        | 43          | 23,12%  | 5±0,65              |

**Nhận xét:** Chứng khẩu nhãn oa tà có tỷ lệ người bệnh dùng thuốc thang cao nhất, chiếm 56,38%; tiếp đến là các chứng hạch tất phong, toạ cốt phong, kiên tý, yêu thống và chứng tý. Chứng lạc chẩm có tỷ lệ dùng thuốc thang thấp nhất, chỉ chiếm 23,12%. Tất cả các chứng đều dùng trung bình 5 thang thuốc điều trị 1 đợt.

**Bảng 3.16. Tình hình điều trị bằng Châm cứu, thủy châm và XBBH tại Khoa năm 2024 theo chứng bệnh YHCT**

| STT | Tên chứng bệnh<br>YHCT | Châm cứu |         | Thủy châm |         | XBBH     |         |
|-----|------------------------|----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
|     |                        | số<br>BN | Tỷ lệ % | số<br>BN  | Tỷ lệ % | số<br>BN | Tỷ lệ % |
| 1   | Toạ cốt phong          | 621      | 96,28%  | 624       | 96,74%  | 105      | 16,28%  |
| 2   | Yêu thống              | 379      | 87,33%  | 389       | 89,63%  | 45       | 10,37%  |
| 3   | Kiên tý                | 251      | 94,72%  | 248       | 93,58%  | 35       | 13,21%  |
| 4   | Chứng tý               | 211      | 82,75%  | 203       | 79,61%  | 10       | 3,92%   |
| 5   | Kiên thống             | 169      | 90,37%  | 171       | 91,44%  | 7        | 3,74%   |
| 6   | Lạc chẩm               | 162      | 87,10%  | 163       | 87,63%  | 30       | 16,13%  |
| 7   | Hạch tất phong         | 136      | 90,07%  | 140       | 92,72%  | 4        | 2,65%   |
| 8   | Khẩu nhãn oa tà        | 94       | 100,00% | 24        | 25,53%  | 37       | 39,36%  |

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh thường gặp theo chứng bệnh YHCT đều được điều trị bằng châm cứu và thủy châm, trong đó khẩu nhãn oa tà 100% người bệnh được châm cứu. Tỷ lệ XBBH thấp hơn rõ, chiếm từ 3,74% đến 39,36%.

**Bảng 3.17. Công suất sử dụng giường bệnh nội trú theo tháng**

|          | <i>Nội trú</i> | <i>Điều trị ban ngày</i> | <b>Chung</b> |
|----------|----------------|--------------------------|--------------|
| Tháng 1  | 101,29%        | 53,44%                   | 75,19%       |
| Tháng 2  | 38,86%         | 42,14%                   | 40,65%       |
| Tháng 3  | 96,00%         | 90,75%                   | 93,14%       |
| Tháng 4  | 130,4%         | 104,44%                  | 116,24%      |
| Tháng 5  | 92,00%         | 96,77%                   | 94,6%        |
| Tháng 6  | 105,2%         | 106,00%                  | 105,64%      |
| Tháng 7  | 95,48%         | 92,04%                   | 93,61%       |
| Tháng 8  | 86,84%         | 105,48%                  | 97,01%       |
| Tháng 9  | 72,8%          | 92,67%                   | 83,64%       |
| Tháng 10 | 83,35%         | 101,29%                  | 93,14%       |
| Tháng 11 | 136,4%         | 56,33%                   | 92,73%       |
| Tháng 12 | 114,19%        | 81,18%                   | 96,19%       |
| Tổng     | 96,37%         | 85,52%                   | 90,45%       |

**Nhận xét:** Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa trong cả năm khá cao, chung cả khoa chiếm 90,45%, nhóm nội trú chiếm 96,37%, điều trị ban ngày chiếm 85,52%. Công suất sử dụng giường bệnh thấp nhất ở tháng 2 (40,65%), cao nhất ở tháng 4 (116,24%).

### 3.2.2. Hiệu quả điều trị

**Bảng 3.18. Hiệu quả điều trị chung**

| STT | Kết quả                 | Ngoại trú |         | Điều trị ban ngày |         | Nội trú |         |
|-----|-------------------------|-----------|---------|-------------------|---------|---------|---------|
|     |                         | n         | Tỷ lệ % | n                 | Tỷ lệ % | n       | Tỷ lệ % |
| 1   | Khỏi                    | 53        | 12,44%  | 135               | 11,45%  | 61      | 5,71%   |
| 2   | Đỡ                      | 364       | 85,45%  | 1041              | 88,30%  | 1000    | 93,63%  |
| 3   | Nặng lên / Chuyển tuyến | 0         | 0,00%   | 0                 | 0,00%   | 0       | 0,00%   |
| 4   | Không thay đổi          | 9         | 2,11%   | 3                 | 0,25%   | 7       | 0,66%   |
|     | Tổng                    | 426       | 100,00% | 1179              | 100,00% | 1068    | 100,00% |

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân sau điều trị tại khoa điều đỡ và khỏi ở cả 3 nhóm nội trú, ngoại trú và điều trị ban ngày, không có bệnh nhân nào xuất hiện nặng hơn hoặc phải chuyển tuyến.

**Bảng 3.19. Hiệu quả điều trị theo chứng bệnh YHCT**

| STT | Chứng bệnh      | Khỏi |       | Đỡ  |       | Nặng lên/ Chuyển tuyến |   | Không thay đổi |      | Tổng |     |
|-----|-----------------|------|-------|-----|-------|------------------------|---|----------------|------|------|-----|
|     |                 | n    | %     | n   | %     | n                      | % | n              | %    | n    | %   |
| 1   | Toạ cốt phong   | 26   | 4,03  | 611 | 94,73 | 0                      | 0 | 8              | 1,24 | 645  | 100 |
| 2   | Yêu thống       | 70   | 16,13 | 364 | 83,87 | 0                      | 0 | 0              | 0    | 434  | 100 |
| 3   | Kiên tý         | 25   | 9,43  | 240 | 90,57 | 0                      | 0 | 0              | 0    | 265  | 100 |
| 4   | Chứng tý        | 25   | 9,80  | 230 | 90,2  | 0                      | 0 | 0              | 0    | 255  | 100 |
| 5   | Kiên thông      | 24   | 12,83 | 163 | 87,17 | 0                      | 0 | 0              | 0    | 187  | 100 |
| 6   | Lạc chẩm        | 38   | 20,43 | 146 | 78,49 | 0                      | 0 | 2              | 1,08 | 186  | 100 |
| 7   | Hạc tất phong   | 3    | 1,99  | 148 | 98,01 | 0                      | 0 | 0              | 0    | 151  | 100 |
| 8   | Khẩu nhãn oa tà | 10   | 10,64 | 81  | 86,17 | 0                      | 0 | 3              | 3,19 | 94   | 100 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ hiệu quả điều trị của các chứng bệnh YHCT thường gặp hầu hết đều thuộc nhóm đỡ và khỏi, không có chứng nào nặng lên và chuyển

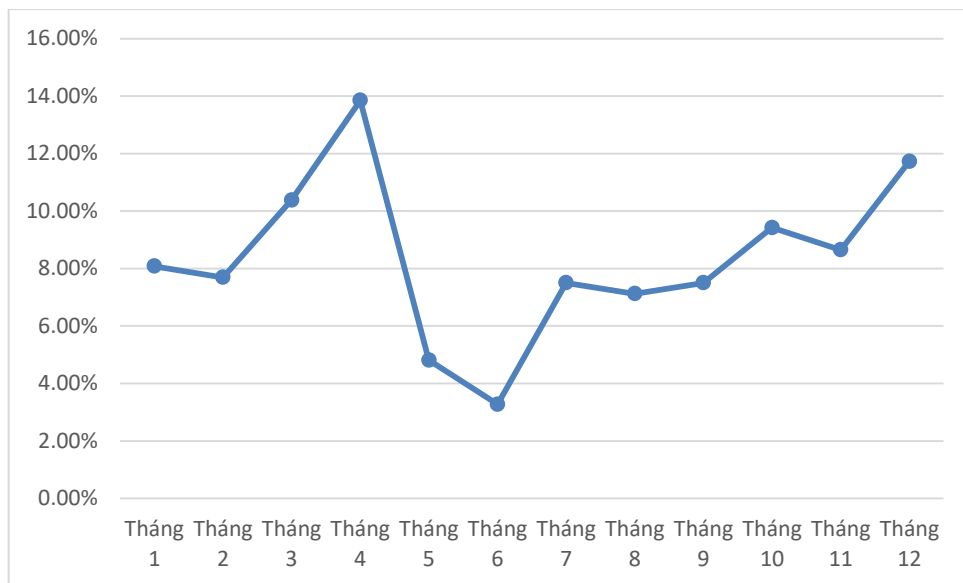
tuyến, chỉ có chứng toạ cột phong có tỷ lệ 1,24% và chứng khẩu nhãn oa tà có 3,19% bệnh nhân không thay đổi.

### 3.2.3. Tình hình điều trị kết hợp nội viện

**Bảng 3.20 Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện với các Khoa phòng**

| STT | Khoa         | Số lượng BN | Tỷ lệ % |
|-----|--------------|-------------|---------|
| 1   | Khoa Nội     | 186         | 35,77%  |
| 2   | Khoa Ngoại   | 174         | 33,46%  |
| 3   | Khoa Hồi Súc | 115         | 22,12%  |
| 4   | Khoa nhi     | 26          | 5,00%   |
| 5   | Khoa Sản     | 19          | 3,65%   |
|     | <b>Tổng</b>  | 520         | 100%    |

**Nhận xét:** Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện chủ yếu ở các khoa Nội, Ngoại và Hồi sức, trong đó khoa Nội chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,77%. Tỷ lệ điều trị kết hợp tại khoa Sản, Nhi thấp, tương ứng chỉ có 3,65% và 5%.



**Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện theo các tháng**

**Nhận xét:** Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện thay đổi qua các tháng, tăng dần từ tháng 2 đến tháng 4, đến tháng 5, 6 giảm rõ rệt và tăng trở lại từ tháng 7 cho đến cuối năm.

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### **4.1. Mô hình bệnh tật tại khoa tại khoa y học cổ truyền và phục hồi chức năng, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022 – 2024**

##### **4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

###### *4.1.1.1. Phân bố theo tuổi và giới tính*

Kết quả nghiên cứu từ Bảng 3.1 cho thấy, trong suốt giai đoạn 2022-2024, tỷ lệ bệnh nhân nữ giới luôn cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nam giới và có xu hướng tăng nhẹ. Cụ thể năm 2022, nữ giới chiếm 59,6% tổng số bệnh nhân, năm 2023 là 60,4%, và năm 2024 tăng lên 62,8%; trong khi tỷ lệ bệnh nhân nam có xu hướng giảm nhẹ từ 40,4% năm 2022 xuống 39,6% năm 2023 và 37,2% năm 2024 ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác về mô hình bệnh tật tại các khoa Y học cổ truyền hoặc phục hồi chức năng, nơi tỷ lệ bệnh nhân nữ thường cao hơn nam giới: nghiên cứu của Trần Thị Nhị Hà 2023 tại BV YHCT Hà Đông, với tỷ lệ nữ/nam là 63,7/36,3 [42]; một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2019-2020 cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ tại Khoa Y học dân tộc là 71,69% [43]. Kết quả trên cho thấy phụ nữ có xu hướng sử dụng dịch vụ YHCT và PHCN nhiều hơn nam giới.

Phân tích theo nhóm tuổi là một trong những kết quả nổi bật nhất, cho thấy rõ đối tượng bệnh nhân chính của Khoa. Bảng 3.2 cho thấy, nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong mô hình bệnh tật tại Khoa, với 49,2% năm 2022, 49,9% năm 2023 và 48,9% năm 2024. Các nhóm tuổi còn lại có tỷ lệ thấp hơn, trong đó nhóm dưới 18 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (2,3% năm 2022, 1,9% năm 2023 và 1,9% năm 2024). Giá trị  $p = 0,368$  cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê rõ rệt qua 3 năm. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân dao động từ  $57,48 \pm 17,57$  tuổi đến  $58,06 \pm 16,85$  tuổi trong giai đoạn này. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng người

cao tuổi thường chiếm tỷ lệ cao trong các khoa y học cổ truyền, ví dụ tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2018-2022, nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 40,7% đến 57,3% [44]. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với mô hình nghiên cứu của Trần Thị Nhị Hà 2023 tại bệnh viện YHCT Hà Đông và Lưu Minh Châu (2021) tại bệnh viện YDCT Phú Thọ [42] [45]. Sự tương đồng này cho thấy đây có thể là một mô hình chung, đặc trưng cho các cơ sở y tế YHCT tuyến tỉnh và huyện, ở khu vực trung du miền núi phía Bắc nói riêng cũng như trên cả nước nói chung.

Tỷ lệ nữ giới và cao tuổi cao hơn có thể lý giải một phần từ các yếu tố sinh học. Cơ cấu tuổi theo giới ở Việt Nam hiện có sự chênh lệch rõ rệt: phụ nữ sống thọ hơn nam (theo Ngân hàng Thế giới, tuổi thọ trung bình của phụ nữ Việt Nam là 81 cao hơn so với 72 ở nam giới tính đến năm 2016) [46]. Do đó, ở nhóm tuổi già, tỷ lệ nữ thường đông hơn nam, nhất là trong các khoa điều trị lão khoa hay bệnh mạn tính. Ngoài ra, phụ nữ dễ mắc các bệnh lý cơ – xương – khớp đặc trưng hơn nam, như viêm khớp (viêm khớp dạng thấp) và loãng xương [46]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tỷ lệ bệnh đau mạn và các bệnh xương khớp mạn tính (như viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương) ở nữ cao hơn nam giới [46], [47]. Trong bối cảnh Khoa YHCT – PHCN, các phương pháp điều trị YHCT (châm cứu, xoa bóp, bài thuốc thang...) và PHCN (vật lý trị liệu, vận động trị liệu...) thường áp dụng nhiều cho các bệnh lý kinh điển của phụ nữ như thoái hóa cột sống, viêm khớp gối hoặc đau thần kinh tọa. Những bất lợi về sinh học (thiếu hụt estrogen sau mãn kinh dẫn đến loãng xương, thay đổi cân bằng nội tiết) khiến nữ dễ bị đau nhức xương khớp và tổn thương xương sớm hơn nam. Do đó, tỷ lệ nữ bệnh nhân cơ xương khớp và đau mạn tính luôn duy trì ở mức cao.

Các nghiên cứu y xã hội học đã chỉ ra rằng phụ nữ thường có xu hướng chủ động và tích cực hơn trong việc chăm sóc sức khỏe bản thân và gia đình. Họ có nhận thức cao hơn về việc phòng bệnh và tìm kiếm các giải pháp điều

trị, bao gồm cả y học cổ truyền. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phụ nữ có xu hướng tuân thủ điều trị tốt hơn và kiên trì hơn với các liệu pháp kéo dài của YHCT và phục hồi chức năng. Vai trò xã hội của phụ nữ trong gia đình cũng thúc đẩy họ duy trì sức khỏe để đảm bảo khả năng chăm sóc người thân [48], [49], [50].

#### 4.1.1.2. Về nghề nghiệp và địa bàn cư trú

Kết quả thu thập cho thấy nhóm lao động chân tay chiếm ưu thế rõ rệt trong cơ cấu bệnh nhân qua 3 năm. Cụ thể, tỷ lệ người lao động chân tay lần lượt là 82,10% năm 2022, 81,44% năm 2023 và tăng lên 90,80% năm 2024. Nhóm hưu trí đứng thứ hai với các tỷ lệ 11,46% (2022); 13,04% (2023); 5,46% (2024). Trong khi đó, nhóm học sinh – sinh viên duy trì tỷ lệ rất thấp, giảm dần từ 2,85% (2022) xuống 0,94% (2024). So sánh giữa các năm cho thấy những thay đổi về cơ cấu nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), thể hiện xu hướng này không phải là biến động ngẫu nhiên mà phản ánh sự khác biệt thật sự theo thời gian.

Nhóm lao động chân tay liên tục chiếm tỷ lệ lớn nhất cho thấy đa số bệnh nhân đến điều trị là những người làm nghề nặng nhọc hoặc thủ công, phù hợp với đặc thù lao động của khu vực huyện Cẩm Khê (nông thôn phát triển, chủ yếu dựa vào nông nghiệp, nghề thủ công và các khu công nghiệp). Ngược lại, nhóm học sinh – sinh viên luôn là thiểu số, điều này tương tự với nhiều nghiên cứu khác ở nước ta. Nguyên nhân có thể do điều kiện lao động nặng nhọc ở nhóm Lao động chân tay (nông dân, công nhân, xây dựng, thợ mỏ nhỏ lẻ, lao động tự do...), thường tiếp xúc nhiều với yếu tố gây hại (hóa chất nông nghiệp, bụi, tiếng ồn, rủi ro tai nạn, làm việc ngoài trời nắng gió...). Các yếu tố này có thể thúc đẩy hình thành hoặc làm nặng thêm các bệnh mãn tính (đau lưng, viêm khớp, thoái hoá khớp, các bệnh đường hô hấp mạn tính...) nên làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và nhu cầu khám chữa bệnh của nhóm này.

Ngược lại, nhóm học sinh – sinh viên trẻ tuổi thường ít mắc bệnh mãn tính và ít đi khám (thường khỏe mạnh), nên tỷ lệ rất thấp. Mặc dù ít mắc bệnh nghề nghiệp trực tiếp, nhóm này vẫn đối mặt với các vấn đề phổ biến như tật cận thị, các bệnh liên quan đến cổ vai gáy do tư thế học tập không đúng.... Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các chính sách phòng ngừa và bảo hiểm y tế mở rộng nhằm hỗ trợ nhóm đối tượng trẻ và dễ bị tổn thương này.

Nhóm hưu trí, dù có tỷ lệ giảm trong giai đoạn 2022-2024 ở Cẩm Khê, vẫn là nhóm đối tượng có tần suất cao các bệnh tuổi già đa bệnh lý. Các bệnh mãn tính phổ biến bao gồm tim mạch, đái tháo đường, loãng xương và các bệnh không lây nhiễm khác. Mô hình bệnh tật ở nhóm này phản ánh ảnh hưởng tích lũy của tuổi tác và tiền sử nghề nghiệp trước đây, đồng thời cho thấy nhu cầu chăm sóc sức khỏe liên tục và toàn diện.

Về mặt địa dư, tỷ lệ bệnh nhân cư trú tại nội huyện Cẩm Khê luôn chiếm ưu thế (93,0% năm 2022; 93,8% năm 2023; 91,8% năm 2024). Nhóm bệnh nhân từ ngoại huyện và các tỉnh lân cận tăng nhẹ, vẫn chiếm dưới 10%. Điều này phản ánh rằng hầu hết bệnh nhân đến từ chính cộng đồng địa phương, nhờ họ có điều kiện dễ dàng tiếp cận trung tâm y tế huyện và chủ động khám chữa bệnh tại đây. Sự áp đảo của nhóm nội huyện là dễ hiểu trong bối cảnh nghiên cứu là trung tâm y tế huyện thu hút phần lớn dân địa phương khi cần chăm sóc sức khỏe. Sự thuận tiện về mặt địa lý là một yếu tố cực kỳ quan trọng, đặc biệt đối với các liệu trình điều trị YHCT đòi hỏi sự liên tục và kéo dài nhiều ngày như điện châm, xoa bóp bấm huyệt, phục hồi chức năng. Xu hướng tăng nhẹ tỷ lệ bệnh nhân ngoại huyện/tỉnh khác có thể bắt nguồn từ một số yếu tố như: mở rộng dịch vụ khám chữa cho người dân vùng lân cận, di cư lao động từ các địa phương khác vào Cẩm Khê hoặc cư dân địa phương đi khám ở tuyến huyện và ghi nhận vào hệ thống hồ sơ chung, phản ánh cải thiện giao thông hoặc cải thiện hệ thống chuyên tuyến, cũng như nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân của Khoa. Sự khác biệt theo thời

gian về địa dư cũng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), cho thấy xu hướng này bền vững và phản ánh tác động của các yếu tố dân số – di chuyển qua các năm.

#### **4.1.2. Mô hình bệnh tật tại khoa tại khoa y học cổ truyền và phục hồi chức năng, TTYT huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022 – 2024**

##### *4.1.2.1. Về hình thức điều trị*

Kết quả phân tích số liệu giai đoạn 2022–2024 cho thấy tỷ lệ các hình thức điều trị có những biến động đáng kể. Cụ thể, tỷ lệ điều trị nội trú lần lượt là 38,39% (năm 2022), 42,95% (năm 2023) và 39,96% (năm 2024). Phân tích xu hướng cho thấy điều trị nội trú tăng nhẹ từ 2022 lên 2023, sau đó giảm nhẹ trong năm 2024 nhưng vẫn ở mức cao gần 40%. Tương tự, điều trị ban ngày chiếm 36,14% (2022), giảm còn 30,76% (2023) rồi đột ngột tăng lên 44,11% (2024). Ở chiều ngược lại, điều trị ngoại trú ở mức 25,46% (2022) và 26,30% (2023) nhưng giảm sâu chỉ còn 15,94% vào năm 2024. Nhìn chung, đến năm 2024 mô hình điều trị đã chuyển dịch rõ rệt: điều trị ban ngày chiếm ưu thế nhất, tiếp đến là điều trị nội trú, trong khi điều trị ngoại trú giảm mạnh.

Sự tăng ban đầu của nhóm nội trú có thể phản ánh gia tăng tổng số bệnh nhân nặng cần nhập viện, hoặc tăng năng lực điều trị nội trú của bệnh viện, sự giảm sau đó có thể do nhiều trường hợp chuyển sang điều trị ban ngày. Tuy nhiên, nhìn chung điều trị nội trú vẫn duy trì tỷ lệ khá cao (khoảng 40%), cho thấy vai trò quan trọng của nội trú trong cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt đối với các ca bệnh cần theo dõi điều trị chuyên sâu. Tỷ lệ bệnh nhân ngoại trú thấp và xu hướng giảm, có thể giải thích do một phần bệnh nhân ngoại trú cũ đã được chuyển sang điều trị ban ngày. Mặt khác, hiệu quả nâng cao chất lượng và năng lực của y tế cơ sở (trạm y tế xã/phòng khám đa khoa khu vực) cũng khiến nhiều trường hợp nhẹ được khám chữa ngay ở cơ sở gần nhà, làm giảm nhu cầu khám ngoại trú tại bệnh viện. Tỷ lệ điều trị ban ngày đến 2024 là cao nhất, có thể là do sau giai đoạn ổn định (do liên quan đến việc ứng phó

Covid-19 và hạn chế một số dịch vụ ngoại trú trước đó), bệnh viện và ngành y tế đã thúc đẩy phát triển mạnh mô hình điều trị ban ngày [51]. Việc này phù hợp với chủ trương hiện đại hoá y tế, tận dụng năng lực cơ sở để chăm sóc bệnh nhân ngoại trú nặng mà chưa cần phải lưu viện qua đêm và giảm tải chi phí cho điều trị nội trú. Đồng thời, có thể do bệnh viện đã tăng cường quảng bá và tuyên truyền về lợi ích của điều trị ban ngày, làm thay đổi nhận thức và thói quen của bệnh nhân so với trước kia. Sự chuyển dịch cơ cấu điều trị từ ngoại trú sang nội trú và đặc biệt là điều trị ban ngày phản ánh xu hướng chăm sóc y tế ngày càng chú trọng vào điều trị liên tục, chuyên sâu cho bệnh nhân mãn tính tại cơ sở tuyến dưới. Điều này phù hợp với xu hướng trong nước là phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa ngưỡng ngoại trú và nội trú, đồng thời tận dụng tối đa giường và nhân lực hiện có để nâng cao hiệu quả điều trị.

#### 4.1.2.2. Về mô hình bệnh tật theo YHHD

Dữ liệu mô hình bệnh tật ở bảng 3.5 cho thấy nhóm bệnh không truyền nhiễm (KTN) chiếm ưu thế áp đảo. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân KTN luôn ở mức rất cao: 98,9% (2022), 99,15% (2023) và 99,44% (2024). Hai nhóm còn lại là bệnh truyền nhiễm và tai nạn thương tích chỉ chiếm lần lượt dưới 1% và dưới 0,5% số ca (xấp xỉ 0,6% và 0,4% năm 2022, giảm dần đến 0,49% và 0,07% năm 2024). Sự chênh lệch rất lớn giữa nhóm KTN và các nhóm khác cho thấy hoạt động khám chữa bệnh tại khoa chủ yếu tập trung vào các bệnh mạn tính, mãn tính, đặc trưng cho YHCT và PHCN. Mặc dù tỷ lệ KTN có xu hướng tăng nhẹ qua các năm (98,9% → 99,44%), sự khác biệt này là rất nhỏ, với giá trị p khoảng 0,05 báo hiệu sự thay đổi cận ngưỡng ý nghĩa thống kê, có thể coi mô hình bệnh tật ổn định qua thời gian. Có thể kết luận rằng bệnh không truyền nhiễm hoàn toàn chi phối cơ cấu bệnh tại khoa, và sự biến động hàng năm không đáng kể. Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới. Báo cáo của Tổng cục Thống kê và Quỹ Dân số

Liên Hợp Quốc (UNFPA) năm 2019 đã chỉ ra thực trạng và dự báo về gánh nặng bệnh tật ngày càng tăng ở người cao tuổi, chủ yếu là các bệnh không truyền nhiễm [52]. Sự thống trị của KTN trong cơ cấu bệnh tật phản ánh đặc điểm lão hóa dân số và gia tăng bệnh mạn tính, khiến người dân có nhu cầu khám chữa và phục hồi chức năng kéo dài. Các bệnh KLN có đặc điểm chung là mạn tính, kéo dài, cần quản lý suốt đời và thường gây ra tàn tật, suy giảm chất lượng cuộc sống hơn là gây tử vong cấp tính. Đây chính là điểm để YHCT phát huy tối đa thế mạnh của mình: không chỉ điều trị triệu chứng mà còn nâng cao chính khí, lập lại cân bằng cho cơ thể, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nhóm bệnh không truyền nhiễm bao gồm nhiều bệnh lý mạn tính và thoái hóa thuộc các chuyên ngành như cơ – xương – khớp, thần kinh, tim mạch, nội tiết – chuyển hóa (tiểu đường), hô hấp mạn tính, đau mạn tính... Cụ thể qua số liệu bảng 3.6, các chương bệnh thường gặp ở Khoa là chương XIII, VI và IX, trong đó, chương XIII (bệnh cơ – xương - khớp) là nhóm bệnh áp đảo tại khoa (năm 2022 chiếm 85,08%, năm 2023 chiếm 90.35%, năm 2024 chiếm 89.04%), phản ánh nhu cầu điều trị đau mạn tính và phục hồi chức năng do tổn thương cấu trúc cơ - xương – khớp, tiếp đến là bệnh hệ thần kinh chiếm vị trí thứ hai, chủ yếu là đau thần kinh tọa, di chứng sau tai biến mạch máu não hoặc các rối loạn vận động mạn tính cần phục hồi chức năng, bệnh hệ tuần hoàn cũng xuất hiện nhưng ở tỷ lệ thấp so với nhóm cơ-xương-khớp; đây thường là bệnh cần quản lý lâm sàng song song với PHCN. Điều này có thể giải thích bởi: Người cao tuổi chiếm tỷ lệ lớn trong nhóm khám chữa tại trung tâm y tế huyện, thường gặp đau lưng, thoái hóa khớp và viêm khớp mạn tính. Bệnh cơ-xương-khớp thường gây hạn chế vận động kéo dài, đòi hỏi PHCN song song với YHCT (ví dụ xoa bóp, châm cứu), dẫn đến tỷ lệ đến khám và điều trị nhiều lần hơn so với các bệnh khác.

Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tại phòng PHCN trường

Đại học Y tế công cộng năm 2023, tỷ lệ bệnh cơ xương khớp chiếm 82,9% [53]. Khi đối chiếu với các nghiên cứu khác, kết quả này cao vượt trội. Cụ thể, so với nghiên cứu tại Bệnh viện YHCT Hà Đông năm 2023, nhóm bệnh cơ xương khớp dù đứng đầu nhưng chỉ chiếm 60,8% (kể đến là Tuần hoàn 34,7% và Thần kinh 10,9%) [42]. Tương tự, nghiên cứu tình hình điều trị nội trú tại khoa YHCT Bệnh viện Hữu Nghị, nhóm bệnh này cũng chỉ chiếm 48,2% (nhóm Thần kinh 19,7%, Tuần hoàn 16,6%) [54], báo cáo tại Bệnh viện Y Dược Cổ truyền và PHCN Phú Thọ (nội trú 2018–2020) cho thấy tỷ lệ này chiếm 51,6% tổng bệnh [49]. Sự chênh lệch đáng kể này có thể được lý giải bởi đặc thù của cơ sở nghiên cứu là khoa chuyên môn thuộc Trung tâm Y tế tuyến huyện (là 1 bệnh viện đa khoa) và có sự kết hợp giữa YHCT với PHCN. Tại đây, mô hình bệnh tật phản ánh rõ nét nhu cầu thực tế của cộng đồng địa phương, đặc biệt là nhóm người cao tuổi với các bệnh lý cơ xương khớp mạn tính, thoái hóa. Đây chính là nhóm mặt bệnh thế mạnh, phù hợp nhất để can thiệp bằng các liệu pháp YHCT kết hợp Phục hồi chức năng, dẫn đến tỷ lệ thu dung điều trị nhóm bệnh này cao hơn hẳn so với các tuyến chuyên khoa khác.

Dữ liệu từ bảng 3.7 và biểu đồ 3.3 cho thấy có sự thay đổi đáng kể trong tỷ lệ mắc các bệnh thường gặp. Tỷ lệ 10 bệnh lý thường gặp được ghi nhận trong báo cáo chiếm phần lớn tổng số ca khám và điều trị tại khoa, từ 79,25% năm 2022 lên 86,15% năm 2023 và 82,94% năm 2024, cho thấy mức độ tập trung cao của khoa vào các nhóm bệnh này. Trong đó, Đau dây thần kinh tọa có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ mắc, từ 10,68% vào năm 2022, số lượng bệnh nhân tăng vọt lên 18,34% vào năm 2023, duy trì ổn định ở mức cao 18,63% vào năm 2024, trở thành bệnh lý có tỷ lệ mắc cao nhất tại khoa trong hai năm gần đây. Đau cột sống thắt lưng là bệnh lý có sự gia tăng mạnh nhất về tỷ lệ, từ mức thấp 1,38% vào năm 2022, bệnh tăng đột biến lên 15,40% vào năm 2023 và duy trì ở mức cao 15,04% vào năm 2024. Các bệnh viêm túi thanh mạc ở vai, đau vùng cổ gáy và các viêm khớp khác cũng có xu hướng

tăng nhẹ qua các năm. Nhìn chung, mô hình bệnh tật tại khoa đã có sự chuyển dịch đáng kể trong giai đoạn 2022-2024, năm 2022, các bệnh lý hàng đầu là hội chứng cánh tay cổ (13,83%), thoái hóa cột sống (12,80%), và đau dây thần kinh tọa (10,68%); đến năm 2023 và 2024, đau dây thần kinh tọa (18,34% và 18,63%) và đau cột sống thắt lưng (15,40% và 15,04%) đã vươn lên trở thành hai bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất, phản ánh một sự thay đổi lớn về gánh nặng bệnh tật.

Xu hướng này phản ánh thực tế lâm sàng tại tuyến huyện, nơi người bệnh thường đến khám khi triệu chứng đau đã rõ, đau lan theo rễ thần kinh, ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động và sinh hoạt. Trong bối cảnh huyện Cẩm Khê – một huyện trung du miền núi, tuy đang có sự dịch chuyển cơ cấu kinh tế nhưng chủ yếu vẫn là nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp và dịch vụ nhỏ lẻ, các yếu tố nguy cơ như lao động nặng kéo dài, tư thế cúi gập, mang vác thường xuyên và ít được dự phòng sớm góp phần làm tăng tỷ lệ đau thần kinh tọa. Sự tăng vọt về tỷ lệ đau cột sống thắt lưng cho thấy nó đã nhanh chóng trở thành một trong những vấn đề sức khỏe ưu tiên tại khoa. Sự gia tăng này có thể được lý giải bởi nhiều yếu tố. Thứ nhất, nhận thức của người dân về vai trò của YHCT – PHCN trong điều trị đau thắt lưng mạn tính ngày càng được cải thiện, dẫn đến việc người bệnh đến khám sớm hơn, khi bệnh còn khu trú tại cột sống thắt lưng và chưa tiến triển thành đau lan kiểu thần kinh tọa. Thứ hai, quá trình già hóa dân số và tích lũy tổn thương cột sống do lao động kéo dài làm gia tăng số ca đau CSTL mạn tính. Việc đau TK tọa đứng thứ nhất và đau CSTL đứng thứ hai, cùng với xu hướng tăng của cả hai bệnh, cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa các bệnh lý cột sống thắt lưng trong mô hình bệnh tật của khoa. Đau CSTL có thể được xem là nền tảng bệnh lý, trong khi đau TK tọa là biểu hiện tiến triển hoặc biến chứng thường gặp. Sự gia tăng đồng thời của hai bệnh này phản ánh gánh nặng bệnh lý cột sống ngày càng lớn, đồng thời đặt ra yêu cầu tăng cường các biện pháp điều trị toàn diện, kết

hợp giảm đau, phục hồi chức năng và dự phòng tiến triển bệnh ngay từ giai đoạn sớm.

#### 4.1.2.3. Về mô hình bệnh tật theo YHCT

Bên cạnh việc phân loại theo hệ thống ICD-10 của YHHĐ, việc phân tích mô hình bệnh tật theo các chứng bệnh của YHCT cung cấp một góc nhìn sâu sắc hơn về bản chất bệnh lý và logic điều trị tại khoa. Kết quả từ Bảng 3.8 cho thấy, trong giai đoạn 2022-2024, các chứng bệnh nội trú được điều trị nhiều nhất bao gồm Toạ cốt phong, Yêu thống, Chứng tý và Kiên tý, năm 2022 lần lượt là 19,89%, 11,63%, 16,26% và 13,83%; năm 2023 lần lượt là 20,41%, 20,77%, 7,66% và 13,66%; năm 2024 lần lượt là 24,13%, 16,24%, 9,54% và 9,91%. Trong đó có sự gia tăng của toạ cốt phong và yêu thống qua các năm, ngược lại kiên tý và chứng tý có xu hướng giảm đi. Sự phân bố này không chỉ là một danh sách thống kê mà còn là một minh chứng rõ nét cho sự tương ứng chặt chẽ và logic giữa hai nền y học trong thực hành lâm sàng tại TTYT huyện Cẩm Khê.

Kết quả nghiên cứu về mô hình bệnh tật này hoàn toàn tương thích với định hướng chuyên môn được quy định tại Quyết định số 5013/QĐ-BYT (ban hành ngày 01/12/2020) của Bộ Y tế về "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại". Trong danh mục 20 bệnh lý trọng điểm được hướng dẫn, nhóm bệnh cơ xương khớp và thần kinh chiếm tỷ trọng lớn nhất và được ưu tiên hàng đầu [23]. Các mặt bệnh điển hình bao gồm: Đau dây thần kinh tọa (Toạ cốt phong), Đau cột sống thắt lưng (Yêu thống), Viêm túi thanh dịch ở vai (Kiên tý), Thoái hóa khớp gối (Hạc tất phong), Viêm các khớp (Chứng tý), Hội chứng cổ vai cánh tay (Chứng tý), Liệt dây thần kinh mặt (Khẩu nhãn oa tà), ...

Toạ cốt phong và yêu thống chủ yếu do ngoại tà phong hàn thấp xâm nhập vào cơ thể, trên nền can thận hư, hoặc do vận động sai tư thế dẫn đến

huyết úr tại chỗ, hoặc có sự kết hợp của các nguyên nhân trên mà thành. Sự gia tăng mạnh mẽ của chứng bệnh này có thể phản ánh áp lực từ lao động chân tay nặng nhọc, tư thế lao động sai kéo dài, hoặc lối sống ít vận động ở một bộ phận dân cư, hoặc quá trình già hóa dân số làm Can Thận suy yếu, tạo điều kiện cho ngoại tà và nội nhân cùng tác động gây bệnh. Thực tế lâm sàng cũng chứng minh, đối với nhóm bệnh lý cơ xương khớp – thần kinh này, các liệu pháp Y học cổ truyền – nhất là nhóm phương pháp không dùng thuốc như điện châm, măng châm, hào châm, nhĩ châm, thủy châm, cây chỉ hay cứu ngải – mang lại hiệu quả điều trị khá tốt, đặc biệt khi kết hợp cùng thuốc YHCT hoặc YHHĐ như PHCN, đáp ứng điều trị nhanh và hiệu quả cao.

#### **4.2. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại tại khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, trung tâm y tế huyện Cẩm Khê - Phú Thọ năm 2024**

##### ***4.2.1. Thực trạng điều trị chung theo tháng và các hình thức điều trị***

Số liệu tại bảng 3.10 cho thấy tổng số lượt bệnh nhân điều trị tại Khoa YHCT – PHCN phân bố không đồng đều giữa các tháng, dao động từ 99 lượt (tháng 2) đến 279 lượt (tháng 8). Xu hướng chung có thể chia thành ba giai đoạn rõ rệt: Giai đoạn đầu năm (tháng 1–2): số lượt bệnh nhân thấp, đặc biệt tháng 2 là thấp nhất trong năm; giai đoạn tăng mạnh (tháng 3–8): số lượt bệnh nhân tăng dần và đạt đỉnh vào các tháng mùa hè và giai đoạn cuối năm (tháng 9–12): số lượt bệnh nhân giảm nhẹ vào tháng 9–10, sau đó tăng trở lại vào tháng 11–12. Kiểu phân bố này cho thấy sự biến động rõ rệt theo tháng, phản ánh đặc điểm bệnh tật mạn tính, tính mùa vụ của các bệnh cơ xương khớp – thần kinh, cũng như khả năng thích ứng của khoa trong tổ chức điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước cho thấy các bệnh lý cơ xương khớp và đau mạn tính thường có xu hướng tăng vào thời điểm giao mùa, mùa nóng ẩm và mùa lạnh – những giai đoạn làm nặng thêm triệu chứng đau, hạn chế vận động, từ đó thúc đẩy nhu cầu điều trị phục hồi chức năng và YHCT.

Cụ thể hơn, cả ba hình thức điều trị (ngoại trú, điều trị ban ngày, nội trú) đều chịu ảnh hưởng rõ của yếu tố thời gian trong năm, trong đó có thể phân chia thành ba giai đoạn chính: đầu năm (tháng 1–2), giữa năm (tháng 3–8) và cuối năm (tháng 9–12). Trong 2 tháng đầu năm, tỷ lệ bệnh nhân ở cả ba nhóm đều ở mức thấp, đặc biệt nhóm ngoại trú và nội trú giảm rõ rệt. Đây là giai đoạn trùng với Tết Nguyên đán và thời gian nghỉ lễ kéo dài, người bệnh có xu hướng trì hoãn điều trị mạn tính, chỉ nhập viện khi thật sự cần thiết. Xu hướng này phù hợp với thực tiễn hoạt động bệnh viện tuyến huyện và cũng được ghi nhận trong nhiều báo cáo tổng kết công tác khám chữa bệnh của các bệnh viện, khi quý I thường là giai đoạn có công suất giường bệnh và lượt khám thấp hơn trung bình năm [40], [42], [44], [54]. Từ tháng 3 trở đi, số lượt bệnh nhân tăng rõ, đánh dấu sự quay trở lại của nhu cầu điều trị các bệnh mạn tính, đặc biệt là các bệnh lý cơ xương khớp và đau thần kinh ngoại biên. Đây là thời điểm thời tiết chuyển mùa, ẩm ướt, dễ làm nặng triệu chứng đau, cứng khớp, hạn chế vận động, từ đó thúc đẩy người bệnh quay lại điều trị theo liệu trình.

Một điểm nổi bật là điều trị ban ngày luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả ba hình thức điều trị trong hầu hết các tháng của năm 2024. Đặc biệt, từ tháng 3 đến tháng 8, tỷ lệ điều trị ban ngày tăng rõ và duy trì ở mức cao, đạt đỉnh vào khoảng tháng 8. Xu hướng này cho thấy điều trị ban ngày đã trở thành hình thức điều trị chủ đạo tại Khoa YHCT – PHCN trong năm 2024. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm bệnh tật thường gặp tại khoa, chủ yếu là các bệnh mạn tính cần điều trị liên tục theo đợt như đau thần kinh tọa, đau cột sống thắt lưng, thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp gối. Các bệnh này thường không yêu cầu theo dõi nội trú liên tục nhưng cần can thiệp đều đặn bằng châm cứu, thủy châm, vật lý trị liệu, vận động trị liệu kết hợp thuốc. Trong bối cảnh huyện Cẩm Khê – nơi người dân chủ yếu làm nông nghiệp, thu nhập trung bình, điều trị ban ngày mang lại nhiều lợi ích: giảm chi phí, không phải

lưu viện qua đêm, thuận tiện cho người bệnh vừa điều trị vừa duy trì sinh hoạt gia đình. Điều này lý giải vì sao trong các tháng mùa hè (tháng 6–8), khi người dân bận rộn với sản xuất nông nghiệp, trong khi nội trú không tăng tương ứng. Xu hướng phát triển điều trị ban ngày cũng phù hợp với chủ trương của Bộ Y tế về mở rộng các hình thức điều trị trung gian giữa ngoại trú và nội trú, đặc biệt trong lĩnh vực phục hồi chức năng và YHCT.

Nhóm ngoại trú luôn chiếm tỷ lệ thấp nhất trong ba hình thức điều trị, với mức tăng dần từ đầu năm đến giữa năm và giảm về cuối năm. Ngoại trú đạt tỷ lệ cao nhất vào tháng 7–8, sau đó giảm rõ rệt trong các tháng cuối năm. Điều này phản ánh thực tế rằng ngoại trú tại khoa YHCT – PHCN chủ yếu tiếp nhận các trường hợp nhẹ, tái khám ngắn ngày hoặc bệnh nhân mới đến khám lần đầu. Khi bệnh tiến triển mạn tính hoặc cần can thiệp theo liệu trình dài ngày, người bệnh có xu hướng được chỉ định chuyển sang điều trị ban ngày hoặc nội trú. Do đó, ngoại trú không giữ vai trò trung tâm trong mô hình điều trị của khoa, đặc biệt đối với các bệnh cơ xương khớp mạn tính chiếm ưu thế. Sự giảm tỷ lệ ngoại trú vào cuối năm cũng có thể liên quan đến việc người bệnh có xu hướng nhập viện điều trị tập trung khi bệnh nặng hơn vào mùa lạnh, thay vì duy trì khám lẻ tẻ ngoại trú.

Khác với ngoại trú và điều trị ban ngày, nội trú có xu hướng tăng mạnh vào các tháng cuối năm, đặc biệt tháng 11–12, đạt mức cao nhất trong năm. Thời điểm cuối năm trùng với mùa lạnh, ẩm, là yếu tố bất lợi đối với các bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh ngoại biên, làm gia tăng mức độ đau, hạn chế vận động và các biến chứng mạn tính. Nhiều bệnh nhân đau thần kinh tọa, đau cột sống thắt lưng, thoái hóa khớp nặng không đáp ứng tốt với điều trị ban ngày hoặc ngoại trú buộc phải nhập viện điều trị nội trú để được can thiệp tích cực hơn, kết hợp nhiều phương pháp YHCT và YHHĐ. Ngoài ra, tâm lý “điều trị dứt điểm cuối năm” cũng góp phần làm tăng số lượt nội trú trong giai đoạn này, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

#### **4.2.2. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại Khoa YHCT – PHCN Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê, tất cả bệnh nhân đều được điều trị theo mô hình kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại. Đây là một đặc điểm nổi bật và có ý nghĩa thực tiễn cao, phản ánh đúng định hướng phát triển của ngành y tế Việt Nam trong giai đoạn hiện nay, đặc biệt đối với lĩnh vực điều trị các bệnh mạn tính, bệnh cơ xương khớp và phục hồi chức năng.

Thực tế mô hình bệnh tật tại khoa cho thấy phần lớn bệnh nhân mắc các bệnh không truyền nhiễm, chủ yếu thuộc nhóm bệnh cơ xương khớp và thần kinh. Đây là các bệnh lý có đặc điểm tiến triển mạn tính, thời gian điều trị kéo dài, dễ tái phát và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Việc áp dụng đơn thuần một phương pháp điều trị thường khó đạt hiệu quả toàn diện. Do đó, mô hình điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ được xem là lựa chọn phù hợp, phát huy ưu thế của từng hệ thống y học trong chăm sóc và điều trị người bệnh.

Trong thực hành lâm sàng tại khoa, YHCT giữ vai trò nền tảng và xuyên suốt, thể hiện qua việc sử dụng đa dạng các phương pháp như thuốc thang, thuốc cổ truyền dạng viên hoàn, viên nang, châm cứu, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, cây chỉ, xông hơi và cứu. Các phương pháp này có ưu điểm trong điều hòa khí huyết, giảm đau, thư cân hoạt lạc, cải thiện tuần hoàn và nâng cao thể trạng, đặc biệt phù hợp với điều trị các bệnh đau mạn tính và rối loạn chức năng vận động. Đồng thời, YHCT có tính an toàn cao, ít tác dụng không mong muốn khi sử dụng kéo dài, phù hợp với đối tượng người cao tuổi và bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp – vốn chiếm tỷ lệ lớn trong cơ cấu bệnh nhân tại khoa.

Song song với đó, YHHĐ đóng vai trò quan trọng không kém trong chẩn đoán, theo dõi và can thiệp có mục tiêu, thể hiện rõ qua việc triển khai rộng rãi các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu và tiêm khớp. Vật lý trị liệu được áp dụng với tần suất cao cho thấy vai trò trung tâm của phục hồi

chức năng trong chiến lược điều trị, góp phần giảm đau, cải thiện tầm vận động khớp, tăng sức cơ và phục hồi khả năng sinh hoạt cho người bệnh. Vận động trị liệu giúp duy trì và nâng cao chức năng vận động lâu dài, đồng thời hạn chế tái phát. Trong khi đó, tiêm khớp được chỉ định có chọn lọc trong các trường hợp đau nhiều, viêm khớp hoặc thoái hóa khớp tiến triển, giúp kiểm soát triệu chứng nhanh, tạo điều kiện thuận lợi để tiếp tục các liệu pháp phục hồi và YHCT.

Việc kết hợp chặt chẽ YHCT và YHHĐ cho cùng một bệnh nhân giúp khắc phục hạn chế của từng phương pháp đơn lẻ. YHHĐ có ưu thế trong chẩn đoán chính xác, xử trí cấp tính và kiểm soát triệu chứng nhanh, nhưng nếu sử dụng kéo dài có thể gặp tác dụng phụ hoặc không giải quyết triệt để các rối loạn chức năng. Ngược lại, YHCT phát huy tác dụng bền vững trong điều chỉnh cơ thể, cải thiện nền tảng bệnh lý, song thường cần thời gian và hiệu quả phụ thuộc nhiều vào sự tuân thủ điều trị. Sự phối hợp này tạo nên một mô hình điều trị toàn diện, vừa giải quyết triệu chứng, vừa phục hồi chức năng và phòng ngừa tái phát.

So sánh với các nghiên cứu tại các cơ sở YHCT – PHCN khác trong nước, mô hình kết hợp YHCT và YHHĐ ngày càng được khẳng định là xu hướng chủ đạo. Nghiên cứu của Cao Thị Huyền Trang tại Bệnh viện YHCT Trung ương cũng cho thấy tỷ lệ điều trị kết hợp lên đến 97,5% [40], nghiên cứu khác tại khoa YHCT BV Hữu Nghị cũng cho kết quả tỷ lệ điều trị kết hợp là 81,2% [54]. Tại Khoa YHCT – PHCN Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê, việc 100% bệnh nhân được điều trị kết hợp cho thấy sự thống nhất trong quan điểm chuyên môn và tổ chức điều trị, đồng thời phản ánh năng lực triển khai đồng bộ cả hai hệ thống y học ở tuyến huyện. Đặt trong bối cảnh huyện Cẩm Khê – một địa phương có đặc điểm dân cư chủ yếu là nông thôn, tỷ lệ lao động chân tay cao, dân số đang có xu hướng già hóa – mô hình điều trị kết hợp càng cho thấy tính phù hợp. Người bệnh thường mắc các bệnh lý mạn tính, đau kéo dài,

khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế chuyên sâu còn hạn chế. Việc triển khai đồng thời YHCT và YHHĐ ngay tại tuyến huyện không chỉ giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm thời gian nằm viện và chi phí cho người bệnh, mà còn góp phần giảm tải cho tuyến trên.

Tóm lại, mô hình điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ tại Khoa YHCT – PHCN Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê là mô hình hợp lý, phù hợp với cơ cấu bệnh tật và điều kiện thực tế của địa phương. Việc áp dụng đồng bộ hai hệ thống y học cho tất cả bệnh nhân góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chức năng vận động, nâng cao chất lượng cuộc sống và khẳng định vai trò quan trọng của YHCT – PHCN trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng ở tuyến cơ sở.

#### ***4.2.3. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền***

Kết quả tổng hợp từ Bảng 3.11 và Bảng 3.13 cho thấy trong năm 2024, Khoa YHCT – PHCN triển khai điều trị theo hướng kết hợp toàn diện giữa các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc, phù hợp với nguyên tắc “biện chứng luận trị” và “nội ngoại kiêm trị” của YHCT.

Trong điều trị dùng thuốc, thuốc thang vẫn giữ vai trò nền tảng, song tỷ lệ sử dụng các chế phẩm thuốc YHCT dạng viên/hoàn cao hơn, nổi bật là Hoạt huyết thông mạch Trung ương 1 và Phong tê thấp – HD. Điều này phản ánh xu hướng chuẩn hóa và hiện đại hóa thuốc YHCT, đáp ứng yêu cầu tiện dụng, dễ tuân thủ điều trị, đặc biệt trong điều trị ngoại trú và các bệnh mạn tính.

Đối với các phương pháp không dùng thuốc, châm cứu và thủy châm là hai phương pháp chủ đạo, với số lượt điều trị lớn, khẳng định vai trò trung tâm của các thủ thuật châm cứu trong thực hành lâm sàng tại Khoa. Châm cứu có tác dụng thông kinh hoạt lạc, điều hòa khí huyết và giảm đau nhanh; thủy châm giúp tăng cường hiệu quả kích thích huyết vị thông qua tác dụng phối hợp giữa huyết và thuốc. Các phương pháp khác như xoa bóp bấm huyết,

xông hơi, cấy chỉ và cứu được sử dụng có chọn lọc, phù hợp với từng chứng bệnh cụ thể. Nhìn chung, mô hình điều trị thể hiện rõ tính đa phương thức, trong đó thuốc YHCT điều chỉnh toàn trạng, còn các phương pháp không dùng thuốc tác động trực tiếp vào kinh lạc và triệu chứng lâm sàng.

***\*Tình hình sử dụng thuốc thang YHCT theo các chứng bệnh***

Tỷ lệ sử dụng thuốc thang có sự khác biệt giữa các chứng bệnh. Khẩu nhãn oa tà có tỷ lệ chỉ định thuốc thang cao nhất, tiếp đến là hạc tất phong, toạ cốt phong và các chứng kiên tý, yêu thống, kiên thống; thấp nhất là chứng lạc chẩm. Sự khác biệt này phù hợp với bệnh cơ YHCT của từng chứng. Khẩu nhãn oa tà thường liên quan đến phong tà xâm nhập kinh lạc vùng đầu mặt, kèm khí huyết hư hoặc huyết ú, do đó ngoài châm cứu tại chỗ, thuốc thang giữ vai trò quan trọng trong khu phong, hoạt huyết và dưỡng huyết để hỗ trợ phục hồi thần kinh. Ngược lại, chứng lạc chẩm thường đáp ứng tốt với các biện pháp không dùng thuốc, nên vai trò của thuốc thang mang tính hỗ trợ.

Đối với toạ cốt phong và hạc tất phong, bệnh cơ chủ yếu liên quan đến phong – hàn – thấp trở trệ kinh lạc trên nền can thận hư, vì vậy thuốc thang được chỉ định nhằm khu phong trừ thấp, hoạt huyết và bổ can thận, với mức độ chọn lọc tùy thể bệnh và giai đoạn. Các chứng kiên tý, yêu thống, kiên thống và chứng tý lấy điều trị không dùng thuốc làm chủ, thuốc thang chỉ phối hợp khi bệnh kéo dài. Đáng chú ý, số thang thuốc trung bình ở các chứng đều khoảng 5 thang/đợt điều trị, thể hiện sự thống nhất phác đồ, tránh lạm dụng thuốc và phù hợp với thời gian điều trị ngắn ngày.

***\*Tình hình sử dụng Châm cứu, Thủy châm và XBBH theo các chứng bệnh***

Theo Bảng 3.16, hầu hết các chứng bệnh có tỷ lệ sử dụng châm cứu và thủy châm rất cao, đặc biệt ở các chứng toạ cốt phong, kiên tý, kiên thống, hạc tất phong và khẩu nhãn oa tà. Điều này phù hợp với nguyên tắc “thông thì bất thống” của YHCT, coi châm cứu là phương pháp chủ đạo để thông kinh

lạc và điều hòa khí huyết. Thủy châm được sử dụng với tỷ lệ tương đương, cho thấy xu hướng tăng cường hiệu quả điều trị thông qua kết hợp kích thích huyết vị và tác dụng dược lý của thuốc. Xoa bóp bấm huyết có tỷ lệ sử dụng thấp hơn và phân bố không đồng đều, tập trung nhiều hơn ở các chứng có biểu hiện co cứng cơ và rối loạn vận động.

Tóm lại, sự kết hợp giữa thuốc YHCT và các phương pháp không dùng thuốc thể hiện rõ nét tính toàn diện của YHCT trong điều trị. Các chứng bệnh có bệnh cơ phức tạp, liên quan đồng thời đến phong, hàn, thấp, ú và hư, thường được chỉ định phối hợp cả hai nhóm phương pháp. Ngược lại, các chứng có biểu hiện khu trú, đáp ứng tốt với điều trị tại chỗ, ưu tiên các phương pháp không dùng thuốc. Mô hình này không chỉ phù hợp với lý luận YHCT mà còn đáp ứng yêu cầu của y học hiện đại về điều trị cá thể hóa, giảm sử dụng thuốc kéo dài và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

### **4.2.3. Kết quả điều trị**

#### *4.2.3.1. Thời gian điều trị trung bình*

Kết quả cho thấy thời gian điều trị trung bình của các chứng bệnh YHCT dao động từ  $6,69 \pm 3,01$  ngày đến  $9,17 \pm 3,56$  ngày, chủ yếu tập trung trong khoảng 1–2 tuần. Đây là khoảng thời gian hợp lý, phù hợp với đặc điểm các bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh ngoại biên chiếm tỷ lệ cao tại khoa. Nhìn chung, thời gian điều trị giữa các chứng bệnh không chênh lệch nhiều, phản ánh các phác đồ điều trị tại khoa được xây dựng tương đối đồng bộ, có hiệu quả sớm, đáp ứng mục tiêu giảm triệu chứng, cải thiện chức năng và ổn định tình trạng bệnh. Đồng thời, thời gian điều trị không kéo dài quá mức cho thấy hiệu quả của việc kết hợp YHCT với phục hồi chức năng, góp phần rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí và nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

Trong các chứng bệnh được khảo sát, khẩu nhãn oa tà có thời gian điều trị trung bình dài nhất ( $9,17 \pm 3,56$  ngày). Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh sinh và tiên lượng của liệt VII ngoại biên. Quá trình hồi phục thần kinh

thường diễn ra chậm, đòi hỏi thời gian để tái lập dẫn truyền thần kinh và phục hồi chức năng cơ mặt, do đó người bệnh cần liệu trình điều trị liên tục, kết hợp châm cứu, điện châm, xoa bóp vùng mặt và tập phục hồi chức năng chuyên biệt.

Toạ cột phong có thời gian điều trị trung bình  $8,44 \pm 3,15$  ngày, đứng thứ hai sau khẩu nhãn oa tà. Đây là nhóm bệnh lý cột sống – thần kinh tọa, thường có tính chất mạn tính, dễ tái phát và ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng vận động. Thời gian điều trị tương đối dài phản ánh nhu cầu điều trị đủ liệu trình để đạt hiệu quả giảm đau bền vững, giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ thần kinh và phục hồi chức năng. Việc phối hợp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, kéo giãn cột sống, điện trị liệu và tập PHCN giúp rút ngắn thời gian điều trị so với điều trị đơn thuần bằng thuốc, song vẫn cần một khoảng thời gian nhất định để đạt hiệu quả tối ưu.

Các chứng Kiên tý ( $7,91 \pm 3,02$  ngày) và Kiên thống ( $7,79 \pm 2,87$  ngày) có thời gian điều trị trung bình ở mức trung bình, cho thấy khả năng đáp ứng khá nhanh với điều trị YHCT – PHCN. Đây là các bệnh lý thường liên quan đến căng cơ, thoái hóa nhẹ và rối loạn chức năng phần mềm quanh khớp vai. Thời gian điều trị khoảng 7–8 ngày là phù hợp để cải thiện triệu chứng chính, phục hồi tầm vận động khớp vai và giúp người bệnh sớm trở lại sinh hoạt bình thường, đồng thời phù hợp với tỷ lệ khỏi và đỡ đạt 100% trong các bảng đánh giá hiệu quả điều trị.

Yêu thống ( $7,53 \pm 3,24$  ngày) và hạc tất phong ( $7,40 \pm 3,25$  ngày) có thời gian điều trị tương đương nhau, phản ánh đặc điểm chung của các bệnh lý mạn tính hệ vận động, đặc biệt là thoái hóa khớp gối. Thời gian điều trị không quá dài phù hợp với mục tiêu điều trị thực tế của khoa là giảm đau, cải thiện chức năng vận động và nâng cao chất lượng cuộc sống, hơn là điều trị khỏi hoàn toàn bệnh lý nền. Điều này cũng tương đồng với kết quả đánh giá hiệu quả điều trị, khi tỷ lệ đỡ chiếm ưu thế.

Chúng tỳ ( $6,73 \pm 3,22$  ngày) và lạc chằm ( $6,69 \pm 3,01$  ngày) là hai chứng bệnh có thời gian điều trị trung bình ngắn nhất. Đây thường là các bệnh lý đau cấp hoặc bán cấp, liên quan đến yếu tố phong – hàn – thấp hoặc rối loạn cơ – cân – mạc vùng cổ gáy. Đáp ứng nhanh với điều trị YHCT – PHCN, đặc biệt khi được can thiệp sớm, cho thấy hiệu quả rõ rệt của các phương pháp như châm cứu, xoa bóp, cứu ngải và vật lý trị liệu trong giảm đau và giải phóng cơ

#### 4.2.3.2. Hiệu quả điều trị chung

Số liệu tại Bảng 3.18 cho thấy hiệu quả điều trị chung tại khoa YHCT – PHCN đạt mức rất cao ở cả ba hình thức điều trị: ngoại trú, điều trị ban ngày và nội trú. Đây là một kết quả nổi bật, phản ánh chất lượng chuyên môn cũng như sự phù hợp của mô hình điều trị kết hợp YHCT – PHCN trong thực hành lâm sàng hiện nay. Ở nhóm ngoại trú, tỷ lệ bệnh nhân đỡ và khỏi chiếm 97,89%, trong đó tỷ lệ khỏi đạt 12,44% và đỡ đạt 85,45%. Chỉ có 2,11% bệnh nhân không thay đổi và không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào nặng lên hoặc phải chuyển tuyến. Điều này cho thấy các phương pháp điều trị YHCT – PHCN đặc biệt hiệu quả đối với những bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ đến trung bình, giai đoạn sớm hoặc bệnh mạn tính ổn định, phù hợp với mô hình điều trị ngoại trú.

Ở nhóm điều trị ban ngày, hiệu quả điều trị còn cao hơn, với 99,75% bệnh nhân có cải thiện, trong đó tỷ lệ đỡ đạt 88,30% và khỏi đạt 11,45%. Tỷ lệ không thay đổi chỉ 0,25%, không có trường hợp nặng lên. Điều trị ban ngày là mô hình trung gian giữa ngoại trú và nội trú, cho phép bệnh nhân được áp dụng các phương pháp điều trị tích cực hơn như châm cứu, điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, vật lý trị liệu chuyên sâu trong nhiều giờ mỗi ngày, nhưng vẫn không cần nằm viện qua đêm. Kết quả này chứng minh đây là mô hình điều trị hiệu quả, tiết kiệm chi phí, giảm tải nội trú, rất phù hợp với đặc thù các bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh ngoại biên.

Ở nhóm nội trú, tỷ lệ bệnh nhân đỡ chiếm ưu thế tuyệt đối (93,63%), trong khi tỷ lệ khỏi là 5,71%. Mặc dù tỷ lệ khỏi thấp hơn so với ngoại trú và điều trị ban ngày, nhưng điều này là hoàn toàn hợp lý về mặt lâm sàng, bởi bệnh nhân nội trú thường là các trường hợp bệnh nặng hơn, bệnh mạn tính lâu năm, có nhiều bệnh phối hợp, hoặc cần phục hồi chức năng kéo dài sau phẫu thuật, sau tai biến, sau chấn thương. Đáng chú ý, không có trường hợp nào nặng lên hoặc phải chuyển tuyến, cho thấy điều trị tại khoa đảm bảo an toàn, giúp ổn định bệnh và cải thiện chức năng cho đa số người bệnh.

Nhìn chung, điều trị tại khoa YHCT – PHCN mang lại hiệu quả cao, an toàn, phù hợp với nhiều hình thức điều trị khác nhau, góp phần giảm gánh nặng cho các tuyến trên và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Điều này một lần nữa khẳng định mô hình kết hợp YHCT-YHHĐ đang được áp dụng tại khoa, là thực sự hiệu quả và phù hợp với mô hình bệnh tật tại địa phương.

#### 4.2.3.3. Hiệu quả điều trị theo các chứng bệnh YHCT

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.19 cho phép đánh giá sâu hơn hiệu quả điều trị dựa trên phân loại chứng bệnh theo y học cổ truyền, vốn là đặc trưng và thế mạnh của khoa YHCT – PHCN.

Toạ cốt phong là chứng bệnh có số lượng bệnh nhân nhiều nhất, kết quả điều trị cho thấy 94,73% bệnh nhân đỡ, 4,03% khỏi, chỉ 1,24% không thay đổi và không có trường hợp nặng lên. Đây là một kết quả rất khả quan đối với bệnh lý thường có tính chất mạn tính, đau kéo dài, dễ tái phát. Kết quả này phù hợp với các báo cáo khác trong nước về hiệu quả điều trị cao tại các bệnh viện YHCT, ví dụ như Bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận 98,93% bệnh nhân đau thần kinh tọa giảm bệnh khi kết hợp phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc<sup>19</sup>. Hiệu quả này có thể lý giải bởi việc kết hợp đồng bộ các phương pháp YHCT và PHCN như châm cứu, điện châm, kéo giãn cột sống, xoa bóp bấm huyệt, tập vận động cột sống và thuốc YHCT

giúp giảm đau, giãn cơ, cải thiện tuần hoàn khí huyết và phục hồi chức năng vận động.

Các chứng Yêu thống, Kiên tý, Chứng tý và Kiên thống đều cho thấy hiệu quả điều trị rất cao, với 100% bệnh nhân có cải thiện (khởi hoặc đỡ). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh về thoái hóa cột sống cổ (thuộc phạm vi chứng tý) ghi nhận tỷ lệ đỡ/khởi hoàn toàn là 96,75% [56]. Đặc biệt, Yêu thống có tỷ lệ khởi tương đối cao (16,13%), cho thấy khả năng hồi phục tốt nếu được điều trị sớm và đúng phác đồ. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng, khi các bệnh lý đau vùng thắt lưng, vai gáy thường đáp ứng tốt với các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp, kéo giãn, vật lý trị liệu, kết hợp hướng dẫn tư thế và bài tập phục hồi chức năng. Đây là ưu thế rõ rệt của khoa YHCT – PHCN so với điều trị đơn thuần bằng thuốc tân dược.

Lạc chẩm có tỷ lệ khởi cao nhất trong các chứng bệnh được khảo sát (20,43%), cho thấy hiệu quả rõ rệt của các phương pháp YHCT trong điều trị đau đầu, đau vùng chẩm gáy, thường liên quan đến rối loạn cơ – cân – mạc và tuần hoàn não. Khẩu nhãn oa tà (liệt VII ngoại biên) cũng cho kết quả tích cực, với 96,81% bệnh nhân khởi và đỡ. Đây là bệnh lý có tiên lượng phụ thuộc nhiều vào thời gian can thiệp và mức độ tổn thương thần kinh. Kết quả này khẳng định vai trò quan trọng của châm cứu, điện châm, xoa bóp và phục hồi chức năng trong việc cải thiện chức năng vận động cơ mặt, đặc biệt khi được điều trị sớm. Hạc tất phong có tỷ lệ khởi thấp nhất (1,99%) nhưng tỷ lệ đỡ lại rất cao (98,01%). Điều này phản ánh đúng bản chất của bệnh lý thoái hóa khớp gối – một bệnh mạn tính, tiến triển theo tuổi, khó có thể “khởi hoàn toàn” nhưng có thể cải thiện rõ rệt triệu chứng đau và chức năng vận động. Kết quả này cho thấy mục tiêu điều trị của khoa YHCT – PHCN là thực tế và phù hợp, tập trung vào cải thiện chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân bệnh mạn tính.

#### **4.2.4. Tình hình điều trị kết hợp nội viện**

Dựa trên số liệu bảng 3.20 và biểu đồ 3.5, có thể thấy hoạt động điều trị kết hợp nội viện giữa khoa YHCT – PHCN và các khoa lâm sàng trong bệnh viện có sự khác biệt rõ rệt cả theo chuyên khoa và theo thời gian trong năm, phản ánh đặc thù bệnh lý, nhu cầu điều trị cũng như ảnh hưởng của các yếu tố thời vụ.

Số liệu bảng 3.20 cho thấy tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện phân bố không đồng đều giữa các khoa lâm sàng. Trong đó, khoa Nội chiếm 35,77% và khoa Ngoại chiếm 33,46%, hai khoa này chiếm trên 69% tổng số trường hợp điều trị kết hợp. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của YHCT – PHCN trong điều trị các bệnh lý nội khoa mạn tính và trong chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật. Sự phối hợp cao với khoa Nội có thể xuất phát từ đặc điểm mạn tính của nhiều bệnh lý nội khoa như bệnh cơ xương khớp, hô hấp mạn tính, tiêu hóa, thần kinh; đặc biệt ở nhóm người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh phối hợp, cần điều trị kéo dài và các phương pháp hỗ trợ không dùng thuốc nhằm giảm triệu chứng, cải thiện chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Các phương pháp YHCT như châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, thuốc y học cổ truyền có vai trò hỗ trợ hiệu quả trong kiểm soát đau, cải thiện giấc ngủ và tăng cường thể trạng cho người bệnh.

Bên cạnh đó, tỷ lệ phối hợp cao với khoa Ngoại chủ yếu tập trung ở giai đoạn trước và sau phẫu thuật. Việc kết hợp YHCT – PHCN giúp người bệnh chuẩn bị thể trạng tốt hơn trước mổ, đồng thời góp phần đẩy nhanh quá trình hồi phục sau mổ, giảm đau, giảm sưng nề và phòng ngừa một số biến chứng thường gặp như bí tiểu, liệt ruột cơ năng, dính ruột, cứng khớp và teo cơ. Các can thiệp như vận động trị liệu, vật lý trị liệu và châm cứu giảm đau sau phẫu thuật là những biện pháp có giá trị thực tiễn rõ rệt.

Ngược lại, khoa Sản và khoa Nhi có tỷ lệ phối hợp điều trị nội viện thấp hơn. Điều này có thể liên quan đến tính đặc thù trong quy trình điều trị, yêu

cần theo dõi chặt chẽ và phạm vi chỉ định YHCT – PHCN còn hạn chế tại hai chuyên khoa này. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng, việc phối hợp điều trị một số bệnh lý như liệt VII ngoại biên ở trẻ em, bí tiểu sau sinh, phục hồi chức năng cơ sàn chậu ở phụ nữ sau sinh cho thấy hiệu quả khả quan, cho thấy tiềm năng cần tiếp tục được nghiên cứu và đánh giá một cách hệ thống hơn.

Phân tích biểu đồ 3.5 cho thấy tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện biến động rõ rệt theo các tháng trong năm. Tỷ lệ này ở mức khoảng 8% vào Tháng 1, giảm nhẹ vào Tháng 2, có thể liên quan đến dịp Tết Nguyên đán khi người bệnh có xu hướng trì hoãn nhập viện và điều trị. Tỷ lệ tăng mạnh và đạt đỉnh cao nhất vào Tháng 4 (gần 14%), có thể liên quan đến các bệnh lý giao mùa và xu hướng khám chữa bệnh tập trung sau Tết. Sau đó, tỷ lệ giảm đáng kể vào Tháng 5 và đạt mức thấp nhất vào Tháng 6, trùng với giai đoạn mùa hè, khi một số bệnh lý mạn tính có xu hướng ổn định hơn và người bệnh hạn chế nhập viện. Từ Tháng 7, tỷ lệ điều trị kết hợp có xu hướng tăng trở lại và đạt đỉnh thứ hai vào Tháng 12 (khoảng 11,60%), thời điểm thời tiết chuyển lạnh, các bệnh lý cơ xương khớp và hô hấp gia tăng, đồng thời người bệnh có xu hướng hoàn tất điều trị trước các kỳ nghỉ lễ cuối năm.

Nhìn chung, tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện giữa khoa YHCT – PHCN và các khoa lâm sàng cao nhất tại khoa Nội và khoa Ngoại, đồng thời có sự biến động theo thời gian trong năm, thường tăng cao vào giai đoạn sau Tết và mùa đông. Trên cơ sở đó, để nâng cao hiệu quả phối hợp điều trị nội viện, cần tiếp tục chuẩn hóa và mở rộng mô hình phối hợp liên khoa; chủ động mở rộng phạm vi phối hợp với khoa Sản và khoa Nhi; xây dựng các phác đồ điều trị phối hợp chuẩn, trong đó YHCT – PHCN được tích hợp sớm ngay từ khi người bệnh nhập viện, đặc biệt đối với các bệnh lý mạn tính, bệnh cơ xương khớp, thần kinh và bệnh nhân hậu phẫu. Đồng thời, việc chuẩn hóa quy trình hội chẩn và chỉ định điều trị kết hợp sẽ góp phần nâng cao tính chủ động, giảm phụ thuộc vào chỉ định cá nhân và khẳng định vai trò của YHCT –

PHCN trong điều trị toàn diện. Bên cạnh đó, cần chủ động xây dựng kế hoạch nhân lực, vật tư và hoạt động chuyên môn linh hoạt theo yếu tố thời vụ nhằm đáp ứng tốt hơn các biến động theo thời gian.

### **4.3. Đánh giá và định hướng phát triển công tác điều trị tại Khoa YHCT – PHCN**

#### ***4.3.1. Những điểm mạnh trong tình hình điều trị tại Khoa YHCT – PHCN***

Kết quả nghiên cứu cho thấy Khoa YHCT – PHCN, TTYT huyện Cẩm Khê đã triển khai tương đối đầy đủ và đồng bộ các phương pháp điều trị YHCT, YHCT kết hợp YHHĐ, phù hợp với mô hình bệnh tật chủ yếu là các bệnh mạn tính, đặc biệt là nhóm bệnh cơ xương khớp và thần kinh ngoại biên. Đây là một trong những điểm mạnh nổi bật của khoa trong giai đoạn nghiên cứu, phản ánh định hướng điều trị phù hợp với đặc điểm bệnh tật tại địa phương.

Cơ cấu phương pháp điều trị tại khoa thể hiện rõ định hướng điều trị toàn diện, kết hợp hài hòa giữa các kỹ thuật YHCT không dùng thuốc như châm cứu, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt với các phương pháp dùng thuốc YHCT và các kỹ thuật YHHĐ cần thiết. Sự phối hợp này giúp tác động đồng thời vào nguyên nhân, triệu chứng và chức năng vận động của người bệnh, đặc biệt phù hợp với các bệnh đau mạn tính, thoái hóa cột sống, đau thần kinh tọa – là những bệnh chiếm tỷ lệ cao trong mô hình bệnh tật tại khoa.

Những kết quả trên có sự đóng góp quan trọng của đội ngũ nhân lực chuyên môn tại Khoa, bao gồm các bác sỹ được đào tạo chuyên ngành YHCT, đa khoa và có định hướng phục hồi chức năng, cùng với lực lượng y sỹ YHCT, điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng. Sự tham gia đồng bộ của các nhóm nhân lực này cho phép Khoa triển khai song song các phương pháp điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc và phục hồi chức năng, bảo đảm tính liên tục trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh, đặc biệt đối với các bệnh mạn tính cần điều trị kéo dài.

Bên cạnh đó, hình thức điều trị tại khoa ngày càng đa dạng, trong đó điều trị ban ngày và ngoại trú có xu hướng tăng. Điều này cho thấy khoa đã từng bước thích ứng với chủ trương chung của ngành y tế về giảm tải điều trị nội trú, đồng thời đáp ứng nhu cầu điều trị kéo dài của người bệnh mạn tính mà không làm gián đoạn sinh hoạt và lao động. Việc tổ chức điều trị linh hoạt gắn liền với sự phân công hợp lý giữa bác sỹ, điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng, góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng giường bệnh và nguồn lực sẵn có tại tuyến huyện.

Một điểm mạnh khác là hiệu quả điều trị chung đạt tỷ lệ cải thiện cao, trong đó phần lớn người bệnh có kết quả điều trị ở mức đỡ và khỏi. Kết quả này phản ánh sự phù hợp của các phác đồ điều trị YHCT và YHCT kết hợp YHHĐ đối với cơ cấu bệnh tật tại địa phương, đồng thời cho thấy vai trò của kinh nghiệm lâm sàng và tay nghề của đội ngũ cán bộ y tế trong việc lựa chọn và phối hợp các phương pháp điều trị.

Ngoài ra, hoạt động điều trị kết hợp nội viện với các khoa lâm sàng khác trong Trung tâm Y tế được duy trì thường xuyên, cho thấy vai trò của khoa YHCT – PHCN trong mô hình chăm sóc toàn diện, hỗ trợ điều trị và phục hồi chức năng cho người bệnh. Đây là nền tảng quan trọng để tiếp tục phát triển mô hình kết hợp YHCT – YHHĐ tại tuyến huyện trong thời gian tới.

#### ***4.3.2. Những vấn đề cần cải thiện và định hướng phát triển bền vững trong công tác điều trị***

Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu cũng cho thấy công tác điều trị tại Khoa YHCT – PHCN còn tồn tại một số vấn đề cần được nhìn nhận toàn diện, cả ở góc độ lâm sàng và quản lý, nhằm định hướng phát triển khoa theo hướng bền vững.

Về mặt lâm sàng, mặc dù các phương pháp điều trị YHCT và YHCT kết hợp YHHĐ đã được triển khai khá đầy đủ, song mức độ chuẩn hóa phác đồ điều trị theo từng nhóm bệnh và từng chứng YHCT còn chưa đồng đều. Trong

thực hành YHCT, việc cá thể hóa điều trị là cần thiết; tuy nhiên, việc thiếu các phác đồ điều trị chuẩn cho những bệnh thường gặp như thoái hóa cột sống, đau thần kinh tọa, viêm quanh khớp vai có thể gây khó khăn trong thống nhất chỉ định điều trị, đánh giá hiệu quả và đào tạo, chuyển giao chuyên môn trong nội bộ Khoa.

Bên cạnh đó, phục hồi chức năng tuy đã được triển khai trong quá trình điều trị nhưng ở một số trường hợp vẫn chủ yếu mang tính hỗ trợ, chưa được xây dựng thành chương trình điều trị có mục tiêu cụ thể theo từng giai đoạn bệnh. Việc chưa áp dụng rộng rãi các thang đo đánh giá mức độ đau, chức năng vận động và chất lượng cuộc sống khiến cho việc theo dõi tiến triển và đánh giá hiệu quả điều trị còn phụ thuộc nhiều vào nhận định lâm sàng, làm giảm tính khách quan và khả năng lượng hóa kết quả.

Ngoài ra, do đặc thù của các bệnh mạn tính cần điều trị kéo dài và theo dõi lâu dài, công tác quản lý người bệnh sau điều trị giữ vai trò quan trọng. Tuy nhiên, việc tổ chức theo dõi, tư vấn và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc, tự tập luyện và duy trì điều trị tại nhà chưa được triển khai một cách hệ thống, trong khi lực lượng điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng hoàn toàn có thể tham gia sâu hơn vào hoạt động này nếu được chuẩn hóa quy trình.

Ở góc độ quản lý, hoạt động điều trị kết hợp nội viện giữa Khoa YHCT – PHCN với các khoa lâm sàng khác đã được triển khai nhưng chưa tương xứng với tiềm năng. Sự phối hợp này còn mang tính tự phát, chưa có quy trình phối hợp và hội chẩn thống nhất, do đó chưa phát huy đầy đủ vai trò của YHCT – PHCN trong chăm sóc toàn diện và phục hồi chức năng sớm cho người bệnh. Bên cạnh đó, việc phân tích hiệu quả điều trị theo từng phương pháp và từng nhóm bệnh chưa được thực hiện một cách hệ thống, gây khó khăn cho công tác quản lý chất lượng và lập kế hoạch phát triển khoa.

Trong thời gian tới, để phát triển bền vững, khoa cần tập trung chuẩn hóa phác đồ điều trị cho các bệnh thường gặp, tăng cường vai trò của phục hồi chức năng song hành với YHCT, đồng thời từng bước áp dụng các công cụ đánh giá hiệu quả điều trị một cách hệ thống. Song song với đó, việc nâng cao hiệu quả phối hợp liên khoa, tăng cường quản lý chất lượng và đào tạo nhân lực chuyên sâu sẽ góp phần nâng cao chất lượng điều trị và đáp ứng tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe lâu dài của người dân địa phương.

## KẾT LUẬN

### **1. Mô hình bệnh tật tại khoa Y học cổ truyền-Phục hồi chức năng, trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2022 - 2024.**

– Theo ICD-10, chủ yếu là các bệnh không lây nhiễm; các bệnh thuộc chương XIII – bệnh cơ xương khớp và mô liên kết chiếm tỷ lệ cao nhất trong cơ cấu mô hình bệnh tật tại khoa trong cả giai đoạn 2022–2024, tiếp đến là Thần kinh (VI) và Tuần hoàn (IX), khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các năm ( $p > 0,05$ ).

– Trong 10 bệnh chính thường gặp, đau dây thần kinh tọa và đau cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất và có xu hướng tăng rõ rệt qua các năm. Đau dây thần kinh tọa duy trì vị trí bệnh gặp nhiều nhất trong ở năm 2023 và 2024; đau cột sống thắt lưng tăng nhanh và ổn định ở nhóm bệnh đứng thứ hai từ năm 2023 đến năm 2024.

– Theo phân loại bệnh danh YHCT, các chứng bệnh nội trú gặp nhiều nhất trong giai đoạn 2022–2024 là Toạ cốt phong, Yêu thống, Chứng tý và Kiên tý, trong đó Toạ cốt phong và Yêu thống có xu hướng tăng, trong khi Chứng tý và Kiên tý có xu hướng giảm qua các năm.

### **5.2. Thực trạng điều trị Y học cổ truyền, Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại tại khoa Y học cổ truyền-Phục hồi chức năng, trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ năm 2024**

– 100% bệnh nhân được điều trị theo mô hình kết hợp YHCT và YHHĐ.

– Thời gian điều trị trung bình từ  $6,69 \pm 3,01$  ngày đến  $9,17 \pm 3,56$  ngày.

– Hiệu quả điều trị chung cao: Ngoại trú: 97,89% đỡ và khỏi; Điều trị ban ngày: 99,75% đỡ và khỏi; Nội trú: 99,34% đỡ và khỏi; Không ghi nhận trường hợp nặng lên hoặc chuyển tuyến. Hiệu quả theo chứng bệnh YHCT:

Tỷ lệ cải thiện từ 96,81% đến 100%. Lạc chảm có tỷ lệ khởi cao nhất (20,43%). Hạc tất phong chủ yếu đạt mức đỡ (98,01%).

– Tỷ lệ điều trị kết hợp nội viện: 8,72%, chủ yếu phối hợp với khoa Nội (35,77%) và khoa Ngoại (33,46%); cao nhất tháng 4 (~14,0%) và tháng 12 (~11,6%), thấp nhất tháng 6 (~3,2%).

## **KHUYẾN NGHỊ**

- Tiếp tục duy trì và hoàn thiện mô hình điều trị kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại tại Khoa YHCT – PHCN, coi đây là mô hình điều trị chủ đạo đối với các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là các bệnh cơ xương khớp và thần kinh mạn tính.
- Tăng cường đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn cho cán bộ y tế theo hướng kết hợp YHCT và YHHĐ, tập trung vào các bệnh lý có tỷ lệ điều trị cao và hiệu quả tốt như đau thần kinh tọa, đau cột sống thắt lưng, thoái hóa khớp và phục hồi chức năng.
- Đầu tư, khai thác hiệu quả và tổ chức hiệu quả mô hình điều trị ban ngày, các phương pháp YHCT không dùng thuốc, đặc biệt là châm cứu và thủy châm; sử dụng thuốc YHCT theo hướng hợp lý, bám sát biện chứng luận trị, đảm bảo an toàn và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thủ tướng chính phủ (2003), Chiến Lược Ban Hành Kèm Theo Quyết Định Số 222/2003/QĐ-TTg Ngày 03/11/2003 về Việc Phát Triển y Dược Cổ Truyền Giai Đoạn Đến Năm 2010, .
2. Thủ tướng chính phủ (2010), Quyết Định Ban Hành Kế Hoạch Hành Động Của Chính Phủ về Phát Triển y, Dược Cổ Truyền Việt Nam Đến Năm 2020, .
3. Bộ Y Tế (2016), Báo Cáo Kết Quả 5 Năm Triển Khai Thực Hiện Quyết Định 2166/QĐ-TTG Của Thủ Tướng Chính Phủ về Kế Hoạch Hành Động Phát Triển y, Dược Cổ Truyền Việt Nam Đến Năm 2020, Giai Đoạn 2011-2015, Các Nhiệm vụ Chủ Yếu Giai Đoạn 2016-2020, .
4. Thủ tướng chính phủ Quyết Định Ban Hành Chương Trình Phát Triển y Dược Cổ Truyền, Kết Hợp y Dược Cổ Truyền Với y Dược Hiện Đại Đến Năm 2030., .
5. Sở Y tế tỉnh Phú Thọ (2019), Quyết Định về Việc Thành Lập Khoa Y Học Cổ Truyền và Phục Hồi Chức Năng Thuộc Trung Tâm Y Tế Huyện Cẩm Khê., .
6. Bộ Y tế (2015), Bảng phân loại thống kê quốc tế bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan – ICD-10. Tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Bộ Y Tế (2019), Báo cáo Hội nghị YHCT – YHDG các nước lưu vực sông Mekong mở rộng lần thứ 9, Hà Nội, 5–6/09/2019, Hà Nội.
8. Bộ Y Tế (2015), Bảng phân loại thống kê quốc tế bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan – ICD-10. Tập 2: Hướng dẫn sử dụng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Bộ Y Tế (2012), Bảng Phân Loại Quốc Tế Bệnh Tật Lần Thứ 10, (ICD-10), Anh- Việt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

10. Traditional, Complementary and Integrative Medicine. <<https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>>, accessed: 07/01/2026.
11. Bộ Y tế (2015), Lý luận y học cổ truyền, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
12. Bộ Y Tế (2018), Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25/12/2018 về việc ban hành danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế. Phụ lục 7, .
13. World Health Organization (2002), WHO traditional medicine strategy 2002-2005, Strategy document, World Health Organization.
14. Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII (2017), Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới., .
15. World Health Organization (2017), Global Health Observatory (GHO) data: deaths from NCDs, WHO, Geneva.
16. Nguyễn Xuân Thuỷ (2020), Đánh giá mô hình bệnh tật, thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện y dược cổ truyền và phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
17. Bộ Y Tế (2020), Quyết Định 4469/QĐ-BYT, Ngày 28/10/2020, về Việc Ban Hành “Bảng Phân Loại Quốc Tế Mã Hoá Bệnh Tật, Nguyên Nhân Tử Vong ICD-10” và “Hướng Dẫn Mã Hoá Bệnh Tật Theo ICD-10” Tại Các Cơ Sở Khám Bệnh, Chữa Bệnh, .
18. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012), Phân tích gánh nặng bệnh tật toàn quốc năm 2008, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
19. Tổng cục Thống kê và Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (UNFPA) (2016), Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực

- trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
20. Bộ Y Tế (2021), Niên giám Thống kê Y tế năm 2020, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. Nguyễn Tuyết Nhanh và Võ Huỳnh Trang (2023). Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước từ năm 2020 đến 2022. Tạp Chí Y học Việt Nam, **531(1B)**, 206–210.
22. Lê Đình Thanh, Trần Thị Hồng Nguyên, Lê Đăng Minh Anh và cộng sự. (2023). Phân tích mô hình bệnh tật nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2013–2020. Tạp Chí Y học Việt Nam, **531(1)**, 98–105.
23. Bộ Y Tế (2020), Ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại” tập I, .
24. Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2018), Chỉ thị số 24-CT/TW ngày 17/7/2018 về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới, Hà Nội.
25. Võ , T. N., Lê, M. H. ., Nguyễn, N. C. L. ., & Trần , C. L. (2024). Tổng quan tình hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện y học cổ truyền cần thơ năm 2022-2023. Tạp Chí Y học Việt Nam, **534(1)**, 368–372.
26. Bộ Y Tế (2020), Thông tư quy định tiêu chuẩn chế biến, bào chế thuốc cổ truyền trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền, .
27. Bộ Y Tế (2025), Thông tư 32/2025/TT-BYT: Quản lý chất lượng thuốc cổ truyền, vị thuốc cổ truyền, dược liệu, .
28. Hưng N.P., Khánh Đ.D., và Quân L.T. (2023). Tổng quan về quản lý thuốc cổ truyền tại VIỆT NAM. VMJ, **524(2)**.
29. Hoàng Thị Hoa Lý (2015), Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh Miền Trung, Đại học Y Hà Nội.

30. Hu Y., Li Z., Xu J.-H. và cộng sự. (2016). Research on the regulation mode of traditional medicine in foreign countries. *International Journal of Traditional Chinese Medicine*, **6**, 481–486.
31. World Health Organization (2025), *Global traditional medicine strategy 2025–2034*, WHO, Geneva.
32. 樊红雨 (2007). Current Developing Situation of Traditional Chinese Medical Institution in Foreign Countries. *Traditional Chinese Medicine*, **29**, 377–378.
33. Bộ môn Bào chế - Trường Đại học Dược Hà Nội (2015), *Kỹ Thuật Bào Chế và Sinh Dược Học Các Dạng Thuốc (Tập 1)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
34. Bộ Y Tế (2017), *Dược Điển Việt Nam V*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
35. Huỳnh Minh Đức (1987), *Châm cứu thực hành - Y học nhập môn Thái - Ất thần châm cứu, Câu lạc bộ y học dân tộc Tuệ Tĩnh - Thành hội y học cổ truyền TP. Biên Hoà, Biên Hoà.*
36. Bộ Y tế (2017), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
37. Bộ Y Tế (2023), *Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế về danh mục kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh Y học cổ truyền,*
38. Xu J. L và Yang Y (2009). Traditional Chinese Medicine in the Chinese Health Care System. *Health Policy*, **90(2–3)**, 133–9.
39. Jay J. Shen, Ying Wang, Fang Lin và cộng sự. (2017). Trends of increase in western medical services in traditional medicine hospitals in China. *Health Policy*, **101(02)**, 123–127.
40. Cao Thị Huyền Trang (2016), *Khảo sát mô hình bệnh tật và tình hình điều trị tại khoa nội - BV YHCT TW năm 2014-2015*, Trường đại học y Hà Nội.

41. Giới thiệu chung về huyện Cẩm Khê.  
<<https://camkhe.phutho.gov.vn/Chuyen-muc-tin/Chi-tiet-tin/t/gioi-thieu-chung-ve-huyen-cam-khe/title/14918/ctitle/166?AspxAutoDetectCookieSupport=1>>, accessed: 07/01/2026.
42. Trần Thị Nhị Hà, Nguyễn Đức Minh, và Nguyễn Ngọc Trung (2023). Mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện y học cổ truyền hà đông năm 2022. Tạp chí KH&CN Trường Đại học Hòa Bình, **10**, 128–133.
43. Đỗ Mạnh Cẩm, Bùi Tiến Hưng, Nguyễn Thu Hương và cộng sự. (2024). Mô hình bệnh tật và tình hình điều trị bệnh nhân ngoại trú khoa y học dân tộc bệnh viện đa khoa xanh pôn năm 2019 – 2020. Tạp Chí Y học Việt Nam, **539(1)**, 314–318.
44. Phạm Thị Thu Thủy, Tống Thị Tam Giang, và Nguyễn Lữ Thúy Vi (2022). Đặc điểm bệnh tật của người bệnh điều trị tại khoa y học cổ truyền, bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2018-2022. Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam, **05(46)**, 46–54.
45. Lưu Minh Châu và Nguyễn Xuân Thủy (2021). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ năm 2019. Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam, **36(3)**, 67–72.
46. Phạm T., Nguyễn N.T.T., Chiêu Tô S.B. và cộng sự. (2019). Gender Differences in Quality of Life and Health Services Utilization among Elderly People in Rural Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*, **16(1)**, 69.
47. Chuong N.V., Pho D.C., Thủy N.T.T. và cộng sự. (2019). Pain incidence, assessment, and management in Vietnam: a cross-sectional study of 12,136 respondents. *J Pain Res*, **12**, 769–777.

48. Bertakis K.D., Azari R., Helms L.J. và cộng sự. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*, **49(2)**, 147–152.
49. Đào Đình Quang, Phùng Văn Tân, Nguyễn Cao Phi và cộng sự. (2022). Mô hình bệnh tật bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Y dược cổ truyền & phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ từ năm 2018-2020. *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam*, **45(4)**, 17–23.
50. Chun S.E., Lee J.H., Lee J.E. và cộng sự. (2019). Impact of gender on the career development of female traditional Korean medicine doctors: a qualitative study. *BMJ Open*, **9(8)**, e030390.
51. Bộ Y tế (2024), Thông tư. Quy định về điều trị ban ngày bằng y học cổ truyền tại bệnh viện, .
52. Tổng cục Thống kê và Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (UNFPA) (2021), Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam (Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019), Hà Nội.
53. Anh N.M., Hương N.T., Chi B.L. và cộng sự. (2025). Mô hình bệnh tật người bệnh điều trị tại phòng phục hồi chức năng – phòng khám đa khoa, trường đại học y tế công cộng năm 2023. *YHCD*, **66(CĐ8-NCKH)**.
54. Nguyễn Thị Phương, Nguyễn Tuyết Trang, và Tạ Đăng Quang (2025). Mô hình bệnh tật và tình hình điều trị bệnh nhân nội trú tại khoa y học cổ truyền bệnh viện hữu nghị năm 2022. *tạp chí nghiên cứu y học*, **188(3)**, 300–309.
55. Vòng T.T.X., Hồ N.L., Tăng K.H. và cộng sự. (2024). Tình hình sử dụng các phương pháp điều trị y học cổ truyền trên người bệnh đau thần kinh tọa. *Tạp chí Y học Việt Nam*.
56. Cao L.B.A., Trần A.V., Tăng K.H. và cộng sự. (2024). Tình hình sử dụng các phương pháp điều trị y học cổ truyền trên người bệnh thoái hoá cột sống cổ. *Tạp chí Y học Việt Nam*.



14. Hiệu quả

Khởi

Không thay đổi

Đỡ

Nặng lên, chuyển tuyến

Ngày      tháng      năm 2025

Người điền phiếu

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

## **PHỤ LỤC 2**