

CHĂM SÓC DỰ PHÒNG – TẦM SOÁT CHO CÁ NHÂN VÀ GIA ĐÌNH TẠI PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH

Ths. Bs. Trần Thị Hoa Vi
Ts. Bs. Võ Thành Liêm

Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được khái niệm của dự phòng ở các cấp độ khác nhau.
2. Trình bày được ít nhất một ví dụ ứng dụng dự phòng trong bối cảnh y học gia đình.
3. Trình bày được ưu điểm và nguy cơ khi sử dụng tầm soát.

I. CHĂM SÓC DỰ PHÒNG

1.1. Tổng quan

Lĩnh vực y học dự phòng ở Việt Nam đã được chú ý phát triển ngay từ những ngày đầu lập nước với phương châm “phòng bệnh hơn chữa bệnh”. Trong các chương trình chăm sóc dự phòng vào thời điểm đó, chúng ta có thể liệt kê:

- Chương trình dự phòng thương hàn, bại liệt, tả.
- Chương trình phòng chống các bệnh xã hội bao gồm lao.
- Chương trình cải thiện vệ sinh và phòng chống bệnh lây nhiễm.

Mạng lưới y học dự phòng được hình thành ban đầu thông qua mạng lưới các trạm y tế rộng khắp trong toàn quốc và không ngừng mở rộng ngay cả trong giai đoạn chiến tranh. Đến năm 1954, Việt Nam đã có mạng lưới 2000 trạm y tế trên tổng số 6000 xã tại thời điểm đó. Điều này cho thấy tầm quan trọng của phòng bệnh và sự quan tâm của nhà nước đối với công tác này.

Hiện nay, đối với lĩnh vực chăm sóc dự phòng, ngành y tế đang đứng trước nhiều thách thức và nguy cơ bao gồm cả yếu tố khách quan và chủ quan.

1. Sự thay đổi của mô hình bệnh tật, mô hình tử vong: trong đó nước ta đang chuyển từ mô hình của bệnh lây nhiễm sang mô hình của những bệnh không lây và tai nạn thương tích. Tuy nhiên, vấn đề bệnh lây nhiễm vẫn chưa được quản lý tốt.
2. Tác động của sự biến đổi khí hậu và ô nhiễm môi trường lên sức khỏe người dân, cũng như các yếu tố vectơ gây bệnh.
3. Sự thay đổi trong kinh tế-văn hóa-xã hội, các xu hướng toàn cầu hóa, đô thị hóa tác động lên thói quen, hành vi, lối sống đưa đến ảnh hưởng lên sức khỏe của người dân.

4. Sự thay đổi nhanh chóng của hệ thống y tế trong thời gian gần đây dưới sự tác động của nhiều yếu tố khách quan – chủ quan cũng tác động lên sức khỏe người dân.

Trong bài này, chúng ta không đề cập đến vấn đề y tế dự phòng theo nghĩa rộng mà chỉ giới hạn nội dung trong phần công việc cụ thể của người bác sĩ gia đình.

1.2. Dự phòng là gì?

Theo lẽ thông thường, khi nhắc đến dự phòng – tầm soát bệnh, chúng ta thường liên tưởng đến khía cạnh ngăn ngừa các yếu tố nguy cơ gây bệnh và phát hiện sớm bệnh. Tuy nhiên, với định nghĩa mở rộng của tổ chức y tế thế giới về sức khỏe trong đó “Sức khỏe là trạng thái thoải mái về thể chất – tinh thần – xã hội chứ không phải là không có bệnh tật”, vấn đề “dự phòng” cũng cần được hiểu lại theo một phạm trù rộng hơn.

Theo định nghĩa của hội đồng Y học dự phòng Mỹ (ABPM), y học dự phòng là một chuyên ngành y khoa thực hành với đối tượng là cá nhân và/hoặc nhóm cộng đồng nhất định nhằm bảo vệ, duy trì, tăng cường sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống, dự phòng bệnh tật, hạn chế tàn tật và tử vong.

1.3. Tại sao phải có chăm sóc dự phòng

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), chăm sóc ban đầu được định nghĩa như sau: chăm sóc sức khỏe ban đầu là chăm sóc sức khỏe thiết yếu, dựa trên thực hành, đưa dịch vụ đến từng cá nhân và gia đình trong cộng đồng, được mọi người chấp nhận thông qua sự tham gia đầy đủ của các thành phần khác nhau trong cộng đồng, với giá thành mà họ có thể chấp nhận được nhằm đạt được mức sức khỏe cao nhất có thể.

Như vậy, chăm sóc sức khỏe ban đầu nhấn mạnh đến vấn đề sức khỏe thiết yếu, tăng cường sức khỏe, phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi sức khỏe cho mỗi cá nhân trong cộng đồng. Trong đó, sức khỏe người dân cần được quan tâm để có thể đạt được mức tốt nhất.

Tuy nhiên, người dân chỉ quan tâm chăm sóc sức khỏe một khi sức khỏe bị đe dọa. Nói cách khác, chỉ khi nào đã mắc bệnh thì người dân mới đến cơ sở y tế để thăm khám và điều trị. Tuy nhiên, nếu chúng ta quan tâm phòng ngừa bệnh tật, mức độ ảnh hưởng của bệnh sẽ được giảm thiểu, chi phí chăm sóc sẽ ít tốn kém hơn. Ngay trong đội ngũ các cán bộ y tế, quan điểm về dự phòng vẫn chưa được đánh giá đúng mức. Vai trò của điều trị được đưa lên cao mặc dù hiệu quả mang lại chưa được như mong đợi.

Lịch sử nhân loại ghi nhận vai trò đóng góp của vaccin trong phòng chống các bệnh dịch lây nhiễm. Các chương trình tiêm chủng mở rộng đã phát

huy nhiều kết quả: loại bỏ bệnh thủy đậu – bệnh sốt bại liệt, khống chế các bệnh sốt xuất huyết, bạch hầu, ho gà, uốn ván...giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong trẻ em do các bệnh như ho gà và bạch hầu đã giảm nhiều nhờ tiêm chủng nhờ nỗ lực toàn cầu về tiêm chủng.

Theo báo cáo của tổ chức y tế thế giới, người dân ngày nay sống tốt hơn, khỏe hơn và thọ hơn so với cách đây 30 năm (may mắn là như vậy!!). Nếu như tỷ lệ tử vong trẻ em hiện nay giống như chỉ số của năm 1978, chỉ riêng năm 2006, có thể đã có 16,2 triệu trẻ tử vong do tất cả các nguyên nhân, trong khi số tử vong thực tế là 9,5 triệu trẻ. Vậy, đã có 6,7 triệu trẻ được cứu sống trong năm 2006, tương đương với 18329 trẻ được cứu sống mỗi ngày. Kết quả này có được là nhờ những cải thiện về các thuốc thiết yếu, cung cấp nước sạch, vệ sinh và chăm sóc tiền sản [7]. Điều này có thể thấy được sự phòng ngừa trước khi bệnh xảy ra giúp mang lại nhiều kết quả hơn là giải quyết hậu quả một khi dịch bệnh đã diễn ra.

Cũng như các nước phát triển, mô hình dịch tễ học của Việt Nam đang tiến dần từ mô hình bệnh cấp tính sang mô hình của các bệnh mãn tính, sự thay đổi cấu trúc dân số với sự già hóa làm cấu trúc bệnh tật có nhiều thay đổi. Tương tự đối với dự phòng, từ xu hướng dự phòng các bệnh gây nhiễm, xu hướng mới hiện nay đang tiến dần đến việc dự phòng các yếu tố nguy cơ cao huyết áp, loãng xương, rối loạn chuyển hóa của những bệnh mãn tính. Các bệnh mãn tính này sẽ là gánh nặng cho hệ thống y tế trong những năm sắp tới. Vai trò của dự phòng càng nên được phát huy ngay trong thời điểm hiện nay, góp phần cải thiện tình hình của tương lai.

1.4. Các mức độ của chăm sóc dự phòng

Trong lĩnh vực Y học dự phòng, y văn đã đưa ra các cấp độ dự phòng từ cấp 0 đến cấp IV. Các cấp độ thể hiện sự toàn diện từ bảo vệ, duy trì, tăng cường sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống, dự phòng bệnh tật, hạn chế tối đa tàn tật và tử vong cho từng cá nhân và/ hoặc từng nhóm cộng đồng nhất định (theo định nghĩa của hội đồng Y học dự phòng Mỹ - American Board of Preventive Medicine - ABPM) [2]. Theo như từ điển, dự phòng có thể được chia thành 5 mức độ như sau:[6]

1.4.1. Dự phòng cấp 0:

Là mức dự phòng nhằm ngăn ngừa không cho có yếu tố nguy cơ xảy ra.

Trong nhóm này có thể có các hoạt động như:

- Tuyên truyền tác hại của thuốc lá, cấm hút thuốc lá trong thanh thiếu niên.
- Tuyên truyền thông tin về HIV/AIDS hạn chế phơi nhiễm

- Ăn sạch, uống sạch, ngủ mùng....

1.4.2. Dự phòng cấp I:

Là mức dự phòng nhằm ngăn ngừa không cho mắc bệnh. Trong nhóm này bao gồm các hoạt động như:

- Nâng cao sức khỏe, tạo kháng thể miễn dịch chủ động như tiêm phòng vaccin các loại vi trùng, virus trong chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Hạn chế - khống chế các yếu tố nguy cơ: (không hút thuốc là, tránh tiếp xúc dị nguyên gây hen..).
- Hạn chế phơi nhiễm: tránh tiếp xúc với người đang bệnh nhiễm trùng đường hô hấp, không cho trẻ đến trường nếu trẻ bị nhiễm bệnh, tránh tiếp xúc trực tiếp với thuốc trừ sâu khi phun thuốc, ...
- Kiểm soát các vecteur truyền bệnh: diệt muỗi, diệt chấy rận, kiểm soát thức ăn – loại trừ thịt bị nhiễm giun sán...

1.4.3. Dự phòng cấp II:

Đây là kiểm soát bệnh ngay từ giai đoạn sớm của bệnh để bệnh không tiến triển thêm. Trong mục này bao gồm các hành động:

- Tầm soát sớm bệnh ngay từ giai đoạn tiền lâm sàng: là giai đoạn mà các dấu chứng chưa thể hiện trên lâm sàng. Bệnh có thể được phép hiện bằng các xét nghiệm cận lâm sàng: ví dụ như gan nhiễm mỡ, hội chứng rối loạn chuyển hóa, suy thận giai đoạn đầu
- Điều trị bệnh khi phát hiện được: là giai đoạn điều trị, mục đích là nhằm kiểm soát tác nhân gây bệnh, ngăn ngừa bệnh không diễn tiến nặng thêm: ví dụ như bệnh viêm phổi nhiễm trùng, nhiễm trùng tiểu...
- Ngăn ngừa các biến chứng của bệnh: bệnh đã được chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên, cần ngăn ngừa các biến chứng của bệnh: ví dụ như bệnh nhân bị ung thư đại tràng – ung thư mélanine tế bào da, cần điều trị tích cực – triệt để phòng ngừa khả năng di căn đến các tạng khác; hoặc bệnh nhân bị đái tháo đường, cần điều trị phòng ngừa các biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ của bệnh đái tháo đường (tại thời điểm hiện tại chưa có nhưng có nguy cơ trong tương lai)

1.4.4. Dự phòng cấp III

Đây là dự phòng – hạn chế các ảnh hưởng do di chứng của bệnh. Trong giai đoạn này, bệnh đã được điều trị khỏi nhưng những di chứng của bệnh vẫn còn đó. Người thầy thuốc cần giúp người bệnh nhanh chóng

tái hòa nhập cuộc sống hằng ngày, hạn chế ảnh hưởng tiêu cực do di chứng của bệnh làm ảnh hưởng đến cuộc sống hiện tại, nâng cao chất lượng cuộc sống. Trong mục này có những hành động:

- Vật lý trị liệu phục hồi chức năng đã giảm – mất: người bệnh có một hoặc nhiều chức năng bị giảm hoặc mất do di chứng bệnh. Biện pháp can thiệp điều trị là nhằm phục hồi lại các chức năng này. Ví dụ như: bệnh nhân bị tai biến mạch máu não bị yếu – liệt nửa người, bệnh nhân cần giúp đỡ để tập luyện phần cơ thể bị liệt; bệnh nhân bị thiếu năng trí tuệ cần sự điều trị nâng đỡ về mặt xã hội..
- Chăm sóc cuối đời: đối với một số bệnh nhân bị bệnh lý ác tính, tình trạng bệnh vượt quá chỉ định điều trị y khoa. Mục tiêu đặt ra không phải là điều trị bệnh mà là cải thiện triệu chứng nâng cao chất lượng cuộc sống hiện tại cho quãng đời còn lại.

1.4.5. Dự phòng cấp IV (hiện chưa được thống nhất)

Đây là dự phòng các tai biến – biến chứng do các can thiệp thăm khám – chăm sóc – điều trị y khoa làm ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của người bệnh. Trong mục này bao hàm nhiều khía cạnh khác nhau, tuy nhiên, hiện nay dự phòng cấp IV vẫn chưa được công nhận một cách chính thức trong các sách giáo khoa.

Liên quan đến dự phòng cấp IV, có một số hoạt động sau:

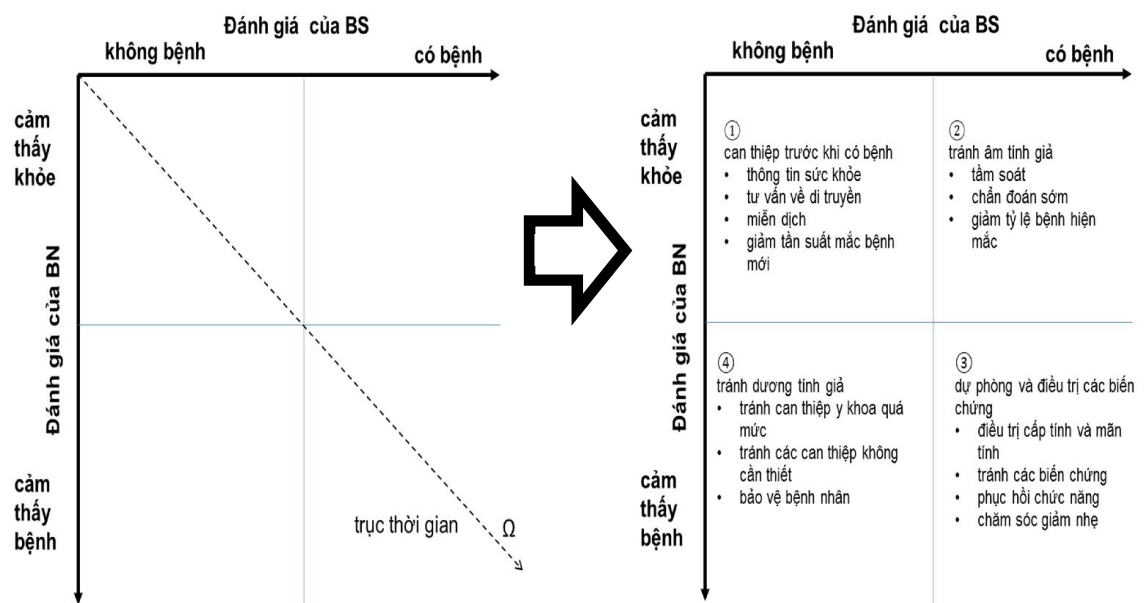
- Ngăn ngừa lạm dụng thuốc – xét nghiệm – phương pháp điều trị xâm lấn không phù hợp – không tương xứng với bệnh.
- Ngăn ngừa các kỹ thuật điều trị tốn kém nhưng kết quả mang lại không tương xứng (khía cạnh kinh tế y tế)
- Chuẩn hóa công tác chuyên môn, qui trình làm việc, hạn chế các sai sót chuyên môn.
- Áp dụng y học chứng cứ vào lâm sàng cải thiện chất lượng chăm sóc...

Với cách nhìn như mô hình trên, bệnh nhân là chủ thể của chăm sóc xuyên suốt theo thời gian và tình trạng bệnh được xem là trung tâm. Quan điểm trên chú trọng nhiều vào yếu tố nguy cơ gây bệnh, cơ chế bệnh sinh và phương pháp điều trị. Sự đột phá về các cấp độ dự phòng này đã góp phần không nhỏ vào việc đem lại sức khỏe tốt cho người dân.

Tuy nhiên, cách tiếp cận này chỉ nhấn mạnh đánh giá của bác sĩ đối với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân mà không cho phép có mối tương quan ngược lại. Hay nói cách khác, quan điểm – nhận định của bệnh nhân về chính tình trạng sức khỏe của bản thân chưa được quan tâm đúng mức. Chính vì chỉ

tiếp cận một chiều, cho nên bác sĩ được ngầm hiểu quyết định tất cả các can thiệp y khoa lên bệnh nhân, do đó có thể dẫn đến những can thiệp y khoa không cần thiết, không đúng với mong đợi của người bệnh.

Nhận ra được tầm quan trọng của mối quan hệ bác sĩ và bệnh nhân trong các cấp độ của dự phòng, tác giả Marc Jamouille đã đưa ra ý tưởng dự phòng bốn nhóm (P4) được thiết kế theo hình thức bảng chéo 2x2, trong đó các nội dung được trình bày trong mỗi tương quan quan điểm của bệnh nhân - bác sĩ. Mô hình cho phép thể hiện bốn lĩnh vực hoạt động theo thời gian, tương đồng với mô hình dự phòng truyền thống (biểu 1). Với cách nhìn này, trục thời gian sẽ đi xuyên suốt bảng đôi. Chăm sóc theo thời gian, hay còn gọi là dự phòng, chính là điểm mạnh của bác sĩ gia đình đối với việc chăm sóc bệnh nhân. Bác sĩ và bệnh nhân sẽ đồng hành cùng nhau đến ngày cuối cùng của cuộc đời[3].



Biểu 1: Sự phát triển của ý tưởng phân 4 nhóm hành động trên cơ sở cân nhắc đánh giá của bệnh nhân và bác sĩ [4],[5].

		Đánh giá của BS	
		không bệnh	có bệnh
Đánh giá của BN	cảm thấy khỏe	Dự phòng cấp một Các hoạt động nhằm tránh hoặc loại bỏ tác nhân gây ra vấn đề sức khỏe cho cá nhân hoặc cộng đồng trước khi nó gây ra hậu quả. Bao gồm giáo dục nâng cao sức khỏe và một số hình thức bảo vệ chuyên biệt (ví dụ như tiêm chủng vaccin).	Dự phòng cấp hai Các hoạt động nhằm phát hiện vấn đề sức khỏe ở giai đoạn sớm của một cá nhân hoặc cộng đồng, từ đó giúp điều trị, giúp giảm nhẹ hoặc giúp tránh bệnh có thể lan rộng hoặc kéo dài (ví dụ như phương pháp can thiệp, tầm soát, tìm kiếm và phát hiện sớm bệnh).
	cảm thấy bệnh	Dự phòng cấp bốn Các hoạt động nhằm xác định cá nhân hoặc cộng đồng có nguy cơ bị can thiệp y khoa quá mức cần thiết, nhằm bảo vệ họ khỏi các can thiệp y khoa có tính chất xâm lấn, và cung cấp cho họ những thủ thuật y khoa phù hợp về mặt khoa học (ví dụ Y học thực chứng).	Dự phòng cấp ba Các hoạt động nhằm giảm nhẹ các hậu quả còn lại của vấn đề sức khỏe của cá nhân hoặc cộng đồng nhằm giảm thiểu các hậu quả - di chứng tổn thương chức năng của vấn đề sức khỏe cấp tính hoặc mãn tính (ví dụ như tránh các biến chứng của bệnh tiểu đường). Bao gồm việc phục hồi chức năng.

Biểu 2: Định nghĩa các nhóm dự phòng theo quaternary prevention (P4) của tác giả Marc Jamouille[5].

Quan điểm dự phòng bốn nhóm theo bảng chéo 2x2 đặc biệt hữu ích trong việc thể hiện các lĩnh vực hoạt động của bác sĩ gia đình[5]. Do vậy, nội dung này đã được phiên dịch và giới thiệu trong chương trình đào tạo bác sĩ tổng quát tại một số quốc gia. (Bỉ, Brazil, Anh, Argentina, Iran, Tây Ban Nha, Uruguay, Hồng Kông...) [3].

II. TẦM SOÁT

2.1. Giới thiệu:

Tầm soát là khả năng phát hiện sớm và điều trị những tình trạng bệnh nặng – nguy hiểm ngay từ giai đoạn sớm khi mà bệnh vẫn còn có thể điều trị được. Như vậy, tầm soát tương đương với dự phòng cấp 2. Trong một số trường hợp, tầm soát tương đương với dự phòng cấp 1, ví dụ tầm soát khiếm khuyết gen BRCA1 hay BRCA2 (làm tăng nguy cơ ung thư vú), từ đó phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú 2 bên để dự phòng không cho bệnh xảy ra.

Tầm soát được áp dụng cho dân số không có triệu chứng để xác định đối tượng có nguy cơ bị bệnh và đối tượng không có nguy cơ bị bệnh. Do đó, xét nghiệm sàng lọc thường không phải là xét nghiệm chẩn đoán (ví dụ như xét

nghiệm Pap smear dùng trong tầm soát, còn soi cổ tử cung và bấm sinh thiết để chẩn đoán ung thư cổ tử cung ở nữ).

Khi khoa học kỹ thuật càng phát triển, ngày càng có nhiều phương pháp chẩn đoán chính xác và tinh vi hơn, chúng ta càng đẩy xa khả năng tầm soát bệnh đến những giai đoạn sớm hoặc rất sớm.

2.2. Đánh giá một xét nghiệm tầm soát:

Việc áp dụng xét nghiệm (nghiệm pháp) tầm soát vào thực tế có nhiều vấn đề mà bác sĩ thực hành lâm sàng cần hiểu rõ. Một xét nghiệm tầm soát lý tưởng phải dương tính ở tất cả bệnh nhân (độ nhạy cao) và âm tính ở tất cả những người không bệnh (độ đặc hiệu cao). Khi áp dụng vào lâm sàng, một xét nghiệm tầm soát lý tưởng phải có xác suất cao có bệnh nếu test dương tính (giá trị dự báo dương tính sau test cao), và có xác suất cao không bệnh nếu test âm tính (giá trị dự báo âm tính sau test cao).

Thực tế, một xét nghiệm tầm soát lý tưởng không tồn tại. Mỗi xét nghiệm đều có ưu điểm – khuyết điểm. Do vậy, việc khuyến cáo một chương trình tầm soát trên qui mô lớn cần có những đánh giá nghiêm túc bằng các nghiên cứu cụ thể. Chỉ khi nào lợi ích mang lại bởi chương trình tầm soát lớn hơn các hậu quả - chi phí thì chúng ta mới tiến hành tầm soát.

Có thể sử dụng một vài số đo để đánh giá tính hiệu quả của một xét nghiệm hay một chương trình tầm soát, trong đó con số đo lường quyết định nhất tính hiệu quả và ít chịu sai số nhất là tỉ lệ tử vong. Ví dụ cụ thể, trước đây ung thư cổ tử cung đã từng là loại ung thư gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ, nhưng từ năm 1941, xét nghiệm sàng lọc phết tế bào cổ tử cung (Papanicolaou smear screening test) được thực hiện đầu tiên tại Mỹ và ngày càng được thực hiện rộng rãi để tầm soát và phát hiện sớm ung thư cổ tử cung thì tỉ lệ tử vong do loại ung thư này ở phụ nữ Mỹ đã tụt xuống hàng thứ 13 (sau ung thư phổi, vú, đại tràng,...) [1].

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá một test sàng lọc trước khi áp dụng vào chương trình tầm soát:

Các tiêu chuẩn đánh giá một test sàng lọc trước khi muốn áp dụng vào quần thể cụ thể (quần thể đích) - theo tiêu chí của Wilson Jungner:

- Vấn đề cần tầm soát phải là vấn đề sức khỏe quan trọng.
- Diễn tiến tự nhiên của bệnh được nắm rõ.
- Có thể phát hiện được giai đoạn sớm của bệnh.
- Điều trị bệnh ở giai đoạn sớm có lợi hơn điều trị ở giai đoạn trễ.
- Có kỹ thuật xét nghiệm cho phép phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm.

- Kỹ thuật xét nghiệm được chấp nhận bởi cộng đồng dân cư sẽ tầm soát.
- Khoảng cách giữa 2 lần tầm soát phải xác định (ngắn hơn thời gian để bệnh có thể phát triển đến giai đoạn trễ).
- Phải có đủ trang thiết bị, phương tiện để đáp ứng nhu cầu công việc một khai triển khai chương trình tầm soát.
- Nguy cơ về thể chất và tinh thần phải thấp hơn so với lợi ích mang lại bởi test.
- Chi phí phải phù hợp tương đối so với lợi ích mang lại bởi test.

2.4. Lợi ích và nguy cơ của tầm soát:

Một số lợi ích và nguy cơ khi tiến hành làm nghiệm pháp tầm soát:

- Lợi ích:
 - Cải thiện tiên lượng, nâng cao hiệu quả điều trị đối với những bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm nhờ vào chương trình tầm soát.
 - Hạn chế phải dùng đến các phương pháp điều trị nặng nề vì bệnh được phát hiện ở giai đoạn sớm.
 - Test tầm soát có độ nhạy cao. Do vậy, nếu kết quả âm tính giúp loại trừ người lành (không bệnh), trấn an người lành.
 - Nhờ phát hiện bệnh trong giai đoạn sớm, giúp nghiên cứu diễn tiến tự nhiên của bệnh, nghiên cứu hiệu quả phương pháp điều trị mới khi được sử dụng trong giai đoạn sớm.
- Nguy cơ
 - Đối với trường hợp âm tính giả, có nguy cơ chẩn đoán thiếu sót bệnh.
 - Kéo dài thời gian bệnh (về mặt tâm lý cho người bệnh) đối với những bệnh không điều trị được, không có phương pháp can thiệp.
 - Đối với trường hợp dương tính giả, bệnh nhân có nguy cơ sẽ bị can thiệp điều trị quá mức cần thiết.
 - Gây lo lắng không cần thiết đối với trường hợp dương tính giả.
 - Phân bổ - tiêu tốn nguồn lực cho chương trình tầm soát.

III. RÀO CẢN TRONG TRIỂN KHAI DỰ PHÒNG – TẦM SOÁT

Tùy theo bối cảnh và điều kiện của từng địa phương mà việc áp dụng có khác nhau. Các khó khăn trong triển khai dự phòng – tầm soát có thể khái quát qua vài ý sau:

Từ bệnh nhân:

- Không chấp nhận giá trị y khoa (tôi thấy người ta có tiêm vaccin ngừa cúm mà vẫn bị cúm)
- Không tin về nguy cơ bệnh (bệnh đó không xảy ra với tôi)
- Lo sợ có biến chứng của phương pháp can thiệp (tôi không uống thuốc kháng viêm vì sợ loãng xương)
- Không đủ nhiệt huyết (đi khám bệnh mất thời gian lắm)
- Điều kiện không cho phép (điều kiện kinh tế, xã hội, gia đình khó khăn..)

Từ phía nhân viên y tế:

- Không có thời gian
- Không được khuyến khích vì giáo dục sức khỏe không được bồi dưỡng
- Không có đủ thông tin
- Không có nhiệt huyết
- Không xem dự phòng là quan trọng so với điều trị
- Công việc tư vấn nhàm chán

Từ phía xã hội:

- Áp lực lợi nhuận
- Ưu tiên các chương trình điều trị

IV. BÁC SĨ GIA ĐÌNH VÀ DỰ PHÒNG – TẦM SOÁT

Bác sĩ gia đình công tác tại tuyến ban đầu, là nơi tiếp xúc đầu tiên của người bệnh với hệ thống y tế. Do vậy, người bác sĩ gia đình có đủ các điều kiện thực hiện việc dự phòng toàn diện đầy đủ các mức độ (từ độ 0 đến độ IV). Điểm mạnh của bác sĩ gia đình là người tiếp cận trực tiếp, tiếp xúc lâu dài, từ đó tạo được mối quan hệ tin cậy với cá nhân và gia đình bệnh nhân; thêm vào đó, bác sĩ gia đình là người cùng sinh sống trong một quần thể dân cư với bệnh nhân nên hiểu rõ mô hình bệnh tật của quần thể mà mình chịu trách nhiệm chăm sóc, từ đó có hướng can thiệp và tiếp cận bệnh trong giai đoạn sớm.

Chính những điểm mạnh trên mà bác sĩ gia đình là người thực hiện tốt nhất công tác dự phòng nói chung và tầm soát nói riêng cho cá nhân và gia đình bệnh nhân.

Ví dụ cụ thể: một bệnh nhân nam 68 tuổi đến tái khám điều trị bệnh cao huyết áp độ II, rối loạn lipid máu. Bệnh nhân có tiền căn nhồi máu não cách đây 1 năm với biến chứng yếu không đồng đều nửa người bên trái. Hiện bệnh nhân đang theo dõi tập vật lý trị liệu – châm cứu 1 lần/ tuần tại trung tâm phục

hồi chức năng. Lần khám này, bệnh nhân yêu cầu chụp cắt lớp điện toán não để kiểm tra tình trạng não sau nhồi máu.

Trong trường hợp này, với vai trò bác sĩ gia đình, chúng ta có thể thực hiện các phần việc sau:

- Dự phòng cấp 0: khuyên hạn chế lên xuống cầu thang, lái xe (ngừa nguy cơ tai nạn sinh hoạt – tai nạn giao thông).
- Dự phòng cấp I: khuyên bệnh nhân chú ý chế độ ăn giảm chất béo động vật, thay thế bằng dầu thực vật, ăn giảm mặn, chỉ định thuốc chống kết tụ tiểu cầu.
- Dự phòng cấp II: sử dụng thuốc điều trị huyết áp, chống rối loạn lipid máu. Đề nghị theo dõi huyết áp tại nhà, ghi chép và sổ để hiệu thuốc vào lần khám sau. Lên lịch làm xét nghiệm đánh giá lại công thức mỡ máu.
- Dự phòng cấp III: khuyên BN tập thể dục, vận động thụ động đối với phần cơ liệt, vận động chủ động đối với phần cơ yếu (có kháng lực hoặc không kháng lực). Khuyên BN liên hệ với những người có cùng bệnh để chia sẻ kinh nghiệm, hỗ trợ cùng nhau phục hồi sức khỏe
- Dự phòng cấp IV: giải thích cho bệnh nhân về giá trị của chụp cắt lớp điện toán não tại thời điểm 1 năm sau nhồi máu có giá trị rất hạn chế, cần chỉ ra rằng đánh giá lâm sàng có ý nghĩa hơn. Do vậy không cần thiết phải làm xét nghiệm tại thời điểm này khi mà các di chứng đang cải thiện tốt.

Như vậy, chỉ qua một lần khám bệnh, chúng ta có thể can thiệp vào cả 5 mức độ của dự phòng.

V. THỰC HÀNH DỰ PHÒNG – TẦM SOÁT

Thực hành dự phòng - tầm soát không thể có một công thức chung cho tất cả mọi người, lý do là mỗi người, mỗi gia đình, mỗi quần thể đều có những đặc điểm riêng, có những yếu tố nguy cơ riêng, có mô hình bệnh tật khác nhau,... Hiện nay, các hiệp hội, các tổ chức trên thế giới không ngừng nghiên cứu để đưa ra các khuyến cáo về tầm soát, nhưng các khuyến cáo này cũng có một số điểm khác nhau và có thể thay đổi theo thời gian cũng như thay đổi theo từng cá nhân và quần thể cụ thể. Do đó, đối với bác sĩ gia đình, thực hành dự phòng – tầm soát hiệu quả bao gồm việc nắm rõ kiến thức biện chứng về các yếu tố nguy cơ đến sức khỏe, hiểu được người bệnh - môi trường sống của họ, từ đó áp dụng kiến thức vào từng tình huống cụ thể. Việc thực hành dự phòng – tầm soát đòi hỏi khai thác bệnh sử lâm sàng, khám thực thể, xác định

vấn đề ưu tiên, dành thời gian giáo dục và tư vấn bệnh nhân, và sử dụng hệ thống biểu đồ dự phòng có định hướng.

Để đạt hiệu quả cao, công tác dự phòng cần được thực hiện một cách hệ thống. Một kỹ thuật đơn giản là sử dụng các từ khóa dễ nhớ. Ví dụ như từ **RISE**, trong đó R viết tắt cho Risk factor identification (xác định yếu tố nguy cơ), I thay cho Immunization (tiêm chủng), S thay cho Screening (sàng lọc) và E thay cho Education (giáo dục). Tuy nhiên, với khối lượng kiến thức khổng lồ, nhịp cập nhật nhanh, nội dung ứng dụng thay đổi tùy theo cơ địa bệnh nhân, nếu chỉ dùng kỹ thuật trên, bác sĩ lâm sàng không phải lúc nào cũng nhớ đến công tác dự phòng trong công việc chuyên môn hằng ngày.

Ngày nay, với sự giúp đỡ của bệnh án điện tử mà cụ thể là các tính năng nhắc nhở lâm sàng, tính năng sàng lọc theo tiêu chí, máy tính sẽ “nhớ dùm” các chi tiết cho bác sĩ lâm sàng. Và như vậy, máy tính sẽ gợi ý những đề mục dự phòng có thể hữu ích cho bệnh nhân. Phần việc còn lại của bác sĩ là ra quyết định điều trị, điều mà máy tính không thể thay thế.

5.1. Bệnh sử lâm sàng và khám thực thể

Bệnh sử lâm sàng hỗ trợ nhiều nhất cho công tác dự phòng cấp I, trong khi khám thực thể được sử dụng ưu tiên cho dự phòng cấp II. Các thông tin từ bệnh sử giúp ích cho dự phòng bao gồm:

- Thời điểm thực hiện và kết quả của những lần can thiệp dự phòng trước đó (ví dụ như lần tiêm chủng đã làm, lần kiểm tra Papanicolaou sau cùng và kết quả, test da tuberculin, chụp nhũ ảnh)
- Tiểu căn gia đình về một số bệnh phổ biến – bệnh hiếm gặp mà có yếu tố di truyền.
- Tiền căn bệnh lý cá nhân (dị ứng, nhập viện).
- Thông tin về nơi công việc và điều kiện sống.
- Các thói quen, hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, tập thể dục, chơi thể thao, đua xe.

Những thông tin này giúp góp phần xây dựng lại môi trường sống, các yếu tố nguy cơ và tình trạng bệnh của người bệnh. Điều này giúp bác sĩ xây dựng kế hoạch chăm sóc – dự phòng chuyên biệt cho từng người bệnh.

Phần khám thực thể dùng để phát hiện các dấu chứng khách quan có thể liên đới đến một tình trạng bệnh lý đang có hoặc có thể có (tầm soát). Thông thường, ở giai đoạn sớm, đa phần các bệnh lý thường không có biểu hiện gì đặc hiệu trên lâm sàng, hoặc dấu chứng còn mơ hồ hoặc không có (giai đoạn tiền lâm sàng). Do vậy, để việc khám nghiệm đạt hiệu quả cao, chúng ta cần

tập trung chú ý tầm soát đối với những mặt bệnh phổ biến – thường gặp tại địa phương tương ứng với từng nhóm đối tượng cụ thể.

Các thông tin về mặt bệnh phổ biến có thể thu thập từ nhiều nguồn khác nhau như báo cáo tổng kết của địa phương, báo cáo nghiên cứu hoặc đôi khi chỉ đơn thuần là kinh nghiệm thực tế qua nhiều lần khám. Điểm cần ghi chú là các mặt bệnh phổ biến phải được đánh giá tương ứng với từng nhóm đối tượng và cần cụ thể các nguy cơ trên bệnh nhân đang khám. Ví dụ như bệnh nhân nhi khoa thì thường gặp các vấn đề về bệnh nhiễm trùng hô hấp, suy dinh dưỡng và miễn dịch chủ động đối với một số bệnh; trong khi đối với bệnh nhân cao tuổi thì các vấn đề về rối loạn chuyển hóa, bệnh lão hóa (thoái hóa khớp, loãng xương, ...) lại là vấn đề thường gặp.

Một điểm khác cần lưu ý khi thăm khám đối tượng là người “khỏe mạnh” là tỷ lệ hiện mắc (prevalence) của một bệnh thường thấp, điều này hoàn toàn khác đối với đối tượng là người đến khám tại đơn vị y tế với một than phiền về sức khỏe. Chính sự khác nhau về đối tượng, về tỷ lệ hiện mắc của các vấn đề sức khỏe (hay còn gọi là tỷ lệ mắc bệnh trước test), giá trị chẩn đoán của các nghiệm pháp chẩn đoán (lâm sàng và cận lâm sàng) là hoàn toàn khác nhau. Do vậy, chúng ta cần có đánh giá – nhận định phù hợp về vai trò của các nghiệm pháp chẩn đoán. Ví dụ cụ thể: cùng là than phiền nhức đầu, việc tiếp cận xử trí bệnh nhân đến khám phòng khám và bệnh nhân đến khám cấp cứu là khác nhau, và hiệu quả của chụp cộng hưởng từ cũng sẽ rất khác nhau giữa 2 đối tượng này. (để nắm thêm thông tin chi tiết, xin tham khảo bài nghiệm pháp chẩn đoán).

5.2. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Một điều cần thực hiện trong thực hành chăm sóc dự phòng là cần lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên tương ứng với từng bệnh nhân. Để xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên một cách phù hợp, người thầy thuốc cần có nhiều thông tin khác bổ sung (bao gồm thông tin chuyên môn và thông tin về phía bệnh nhân); và trên tất cả là sự tham gia quyết định của người bệnh. Chính bệnh nhân là người nắm rõ nhất tình trạng sức khỏe của bản thân. Do vậy, trong các quyết định can thiệp – dự phòng, người thầy thuốc cần lấy quyết định từ người bệnh trên cơ sở đã cung cấp hoàn toàn các thông tin chuyên môn, các nguy cơ và lợi ích có thể có tương ứng với từng lựa chọn.

5.3. Giáo dục và tư vấn sức khỏe

Giáo dục nâng cao sức khỏe và tư vấn sức khỏe là những hoạt động nằm trong nhóm dự phóng cấp I. Ở thời kỳ đầu, giáo dục sức khỏe quan tâm nhiều

đến các yếu tố bên trong quyết định sự thay đổi hành vi (kiến thức, thái độ, niềm tin,...). Về sau, quan điểm về giáo dục sức khỏe mở rộng hướng đến cả các yếu tố bên ngoài có ý hỗ trợ cho quá trình thay đổi hành vi (bao gồm luôn cả yếu tố gia đình, môi trường, hoàn cảnh, cộng việc).

Đối với y học gia đình, thông thường, các hoạt động giáo dục và tư vấn sức khỏe nằm lồng ghép vào buổi thăm khám thường qui. Thông qua giao tiếp, qua các câu hỏi và câu trả lời trong suốt quá trình thăm khám, các thông điệp về giáo dục sức khỏe được người thầy thuốc gợi đến người bệnh. Ngoài ra, người bác sĩ cũng phải biết tương tác với các yếu tố môi trường, gia đình, xã hội nhằm tạo điều kiện hỗ trợ người bệnh đạt được mục tiêu sức khỏe như mong muốn. Ví dụ như trường hợp bệnh nhân có vấn đề về cai nghiện ma túy. Việc giáo dục bệnh nhân về tác hại của ma túy chỉ là một trong những hoạt động cần làm. Bên cạnh đó, bác sĩ gia đình cần hướng dẫn bệnh nhân đến liên hệ với các tổ chức xã hội để tìm việc làm cải thiện kinh tế; liên hệ hội đồng đẳng để tham khảo kinh nghiệm tự chăm sóc; liên hệ đoàn thể để thành lập mối quan hệ mới, tránh xa môi trường nghiện ngập. Bác sĩ gia đình cần gần gũi với gia đình bệnh nhân để củng cố niềm tin của gia đình, kêu gọi sự hỗ trợ - nâng đỡ từ phía người thân giúp người bệnh vượt qua giai đoạn khó khăn, nhanh chóng hòa nhập với xã hội...

Do vậy, để công việc này được thực hiện hiệu quả, bác sĩ cần phát triển nghiên cứu thêm về khoa học hành vi, khoa học giáo dục, y học cộng đồng và khoa học về truyền thông – giao tiếp.

5.4. Triển khai thêm chức năng dự phòng cho đơn vị

Bác sĩ gia đình có thể tổ chức lại phòng khám sao cho có thể triển khai – lồng ghép chức năng dự phòng vào công tác chuyên môn hằng ngày. Việc tổ chức này có thể chỉ đơn giản là một biểu đồ lịch tiêm ngừa vaccin ngay tại bàn làm việc, một lịch khám theo dõi định kỳ cho thai phụ, biểu đồ tăng trưởng chiều cao – cân nặng, các tờ rơi chuyên đề.... hoặc hiện đại hơn, phòng khám có thể trang bị tivi phát hình những thông điệp về dinh dưỡng, vệ sinh, ... đặt ngay tại phòng đợi. Một số đơn vị phân hân nhân viên riêng để tổ chức việc lập lịch dự phòng (lọc danh sách bệnh nhân theo tiêu chí để can thiệp), tư vấn cho cá nhân hoặc cho nhóm nhỏ bao gồm những người có cùng nguy cơ, tổ chức các đợt tuyên truyền chủ động về sức khỏe...

Qua đây, chúng ta có thể nhận thấy rằng việc triển khai chức năng dự phòng rất đa dạng. Tùy theo hoàn cảnh từng đơn vị mà chúng ta sẽ lựa chọn hình thức phù hợp.

5.5. Vận động cộng đồng trong giáo dục sức khỏe.

Như đã trình bày ở phần trên, lĩnh vực giáo dục sức khỏe được hiểu theo nghĩa rộng bao gồm tất cả các yếu tố từ phía người bệnh và từ môi trường xung quanh. Như vậy, yếu tố môi trường sống, cộng đồng khu dân cư xung quanh bệnh nhân có thể có ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Ví dụ như chất lượng nước sinh hoạt, vệ sinh môi trường sống, mức độ tiếng ồn...

Việc giải quyết các vấn đề này nằm ngoài khả năng của người thầy thuốc. Tuy nhiên, vai trò của bác sĩ gia đình là cần chỉ ra được đâu là nguyên nhân, gợi ý hướng giải quyết và vận động sự ủng hộ từ phía cộng đồng. Ví dụ trường hợp đang có ổ dịch sốt xuất huyết tại địa phương, bác sĩ gia đình có thể tham gia vận động, cùng chính quyền địa phương tuyên truyền việc sử dụng màn chống muỗi, diệt muỗi bằng hóa chất, loại bỏ bọ gây xung quanh nhà bằng cách hạn chế nước đọng, và phát hiện – điều trị bệnh trong giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 American, Cancer Society (2002), *Cancer Facts & Figures*.
- 2 Last JM (2000), "A Dictionary of Epidemiology". 4th edition [Internet]. OUP.
- 3 Marc Jamouille, IRSS-UCL & Michel Roland, DMG-ULB "Quaternary prevention From Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013". *General practitioners, Belgium*.
- 4 Marc Jamouille, Michelle Roland. (1995). Quaternary prevention, *Wonca Classification Committee*. Hong-Kong.
- 5 Marc Jamouille, Michelle Roland (2005), "Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille". *Santé conjugée*, 71-77.
- 6 Porta Michel (2014), *A Dictionary of Epidemiology* (6th ed.), Oxford university press.
- 7 Lerberghe W. van (2008), *Primary health care : now more than ever*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.