

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG VÀ KẾT QUẢ PHỐI HỢP NHÓM TRONG CẤP CỨU BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN TƯ QĐ 108

Nguyễn Trọng Tuyên¹, Đỗ Thanh Hoà¹, Nguyễn Văn Tuyên¹, Nguyễn Trọng Yên¹, Nguyễn Văn Thạch¹, Lưu Quang Minh¹, Lê Vương Quý¹, Nguyễn Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng và một số kết quả của hoạt động phối hợp nhóm trong cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 giai đoạn 2014 – 2019. **Đối tượng và phương pháp:** thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Chúng tôi tiến hành đánh giá 52 nhân viên y tế (NVYT) trong nhóm cấp cứu bằng thang điểm TEAM. Đồng thời, chúng tôi thu thập hồ sơ của 824 bệnh nhân (BN) nhồi máu não cấp (NMNC) điều trị tại bệnh viện TƯ QĐ 108 từ tháng 4/2014 đến tháng 12/2019 để đánh giá về các khoảng thời gian trong cấp cứu BN NMNC. **Kết quả:** số NVYT tham gia là 52, tuổi trung bình $34,78 \pm 8,18$. Tỷ lệ nam là 69,23%. Điểm TEAM khi đánh giá các hoạt động của nhóm: trưởng nhóm $3,71 \pm 0,52$ điểm, kết nối trong nhóm $3,75 \pm 0,44$ điểm, tổng điểm chung $8,95 \pm 0,89$, tuân thủ quy trình $3,61 \pm 0,56$ điểm. Thời gian từ khi BN đến viện đến khi được bác sĩ chuyên ngành khám là $14,09 \pm 15,16$ phút, thời gian từ khi BN đến viện đến khi được chụp CT là $22,13 \pm 19,05$ phút, thời gian từ khi BN đến viện đến khi hội chẩn xong, đưa ra quyết định điều trị là $41,25 \pm 25,76$ phút, thời gian từ khi vào viện đến lúc bắt đầu được điều trị đặc hiệu là $49,55 \pm 28,13$ phút và thời gian từ khi BN đến viện đến khi điều trị tái thông được mạch máu là $88,68 \pm 41,75$ phút. **Kết luận:** Hoạt động phối hợp nhóm trong cấp cứu BN NMNC tại bệnh viện TƯ QĐ 108 hoạt động có hiệu quả, đóng góp vào nâng cao chất lượng cấp cứu, chẩn đoán và điều trị BN NMNC cấp.

Từ khoá: nhồi máu não cấp, phối hợp nhóm, thời gian cấp cứu

SUMMARY

EVALUATION OF ABILITY AND SOME RESULTS OF TEAM WORKING ACTIVITIES IN EMERGENCY FOR PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE IN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: Evaluation of ability and some results of team working activities in emergency for patients with acute ischemic stroke in Central Military Hospital 108 from 2014 - 2019. **Subject and method:** Retrospective, Cross-sectional study. We collected the assessments of 52 medical staff in the emergency group by using a TEAM. At the same time, we retrieved all records of 824 patients with acute cerebral infarction treated in Central Military Hospital

108 from April 2014 to December 2019 to collect information about the timely emergency in acute ischemic stroke patients. **Result:** Number of medical staff involved is 52, the average age of $34,78 \pm 8,18$. The male ratio is 69,23%. TEAM score when assessing the activities of the group: team leader: $3,71 \pm 0,52$ points, the team communicated effectively: $3,75 \pm 0,44$ points, the overall score: $8,95 \pm 0,89$, the team followed approved standards: $3,61 \pm 0,56$. The door to examination time was $14,09 \pm 15,16$ minutes, door to CT scan was $22,13 \pm 19,05$ minutes, door to stroke team discussion was $41,25 \pm 25,76$ minutes, door to needle was $49,55 \pm 28,13$ minutes and door to revascularization time was $88,68 \pm 41,75$ minutes. **Conclusion:** The team working activities in emergency for patients with acute ischemic stroke in Central Military Hospital 108 is an effective model that contributes to improving the quality of emergency care, diagnostic and treatment for patients with acute ischemic stroke.

Keywords: Acute ischemic stroke, teamwork, emergency times

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não cấp (NMNC) là một cấp cứu khẩn cấp do mức độ nặng nề của bệnh tật và sự cần thiết phải khẩn trương trong cấp cứu và điều trị. Do yêu cầu về mặt thời gian với khẩu hiệu “thời gian là não”, công tác phối hợp các bộ phận cần hết sức khẩn trương để có thể rút ngắn thời gian chẩn đoán cũng như điều trị. Để đảm bảo thời gian cấp cứu, từ những năm 1998, nhóm cấp cứu đột quỵ não (AST – acute stroke team) đã được đề cập đến [1]. Đến nay, sự phối hợp nhóm trong cấp cứu và điều trị nhồi máu não càng trở nên phổ biến.

Các hướng dẫn hiện tại đều cho phép thời gian từ khi bệnh nhân đến viện cho đến khi được điều trị đặc hiệu là dưới 60 phút [4],[8]. Một số mô hình cấp cứu cũng đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc làm giảm thời gian cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp. Mô hình Helsinki cho thấy khoảng thời gian trung bình từ khi nhập viện đến lúc bệnh nhân được dùng r-TPA chỉ trong 20 phút [5].

Tại Việt Nam, một số bệnh viện lớn đã thành lập các nhóm liên khoa, nhiều chuyên ngành để cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp. Bệnh viện Trung ương quân đội (TƯ QĐ) 108 đã thành lập nhóm cấp cứu nhồi máu não gồm các bác sĩ và điều dưỡng của 05 chuyên ngành là Cấp cứu,

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Tuyên

Email: trongtuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

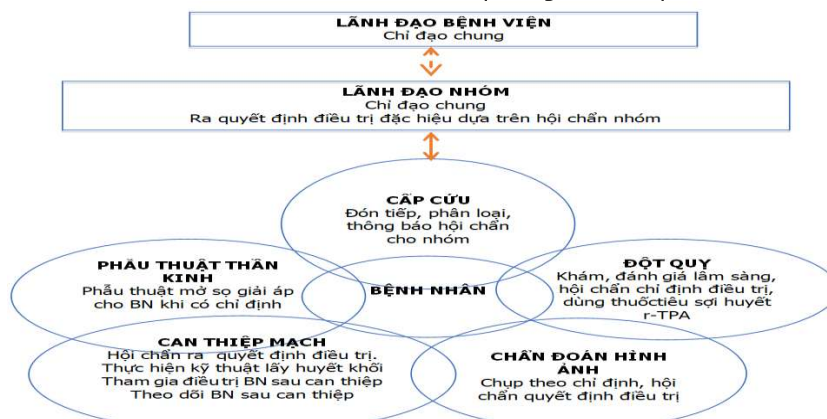
Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

Đột quy não, Chẩn đoán hình ảnh, Can thiệp mạch, Phẫu thuật Thần kinh. Để đánh giá hiệu quả phối hợp nhóm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu “Đánh giá một số kết quả của hoạt động phối hợp nhóm trong cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp trong giai đoạn 2014-2019”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Cấu trúc mô hình phối hợp nhóm trong cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Nhóm được thành lập tháng 4/2014, mô hình hoạt động dựa trên sự kết hợp của các khoa chuyên ngành liên quan.



Sơ đồ 2.1: Cấu trúc mô hình phối hợp nhóm cấp cứu BN NMN cấp

2.2. Đối tượng nghiên cứu: - NVYT tham gia nhóm cấp cứu BN NMNC: 52 người
- 824 hồ sơ BN NMNC được điều trị bằng các phương pháp đặc hiệu (tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học) giai đoạn từ năm 2014 đến 2019, có đầy đủ hồ sơ lưu trữ theo yêu cầu của nghiên cứu

Chúng tôi loại trừ các NVYT không đồng ý tham gia nghiên cứu và các hồ sơ BN không đủ tham số theo thiết kế nghiên cứu

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp tiến hành nghiên cứu. Để đánh giá khả năng phối hợp của nhóm cấp cứu, chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá nhóm cấp cứu (team emergency assessment measure - TEAM) của tác giả Cooper và công sự năm 2010 [3]. Bộ công cụ được đánh giá bởi một nhóm gồm 7 chuyên gia quốc tế độc lập. Thử nghiệm bộ công cụ trên 56 bệnh viện để xây dựng tính thống nhất, tính hợp lệ của bộ công cụ. Bộ công cụ này đã được sử dụng khá phổ biến tại Úc và một số nước để đánh giá hiệu quả của các nhóm cấp cứu bệnh nhân nói chung. Thang điểm TEAM bao gồm 12 câu hỏi trong đó có 11 câu hỏi riêng cho từng lĩnh vực, 01 câu hỏi đánh giá toàn thể nhóm. Tương ứng với mỗi câu hỏi riêng, điểm số được cho từ 0 đến 4. Điểm trung bình của mỗi câu hỏi từ 3,12 điểm là có thể chấp nhận được.

Để đánh giá kết quả về mặt thời gian cấp cứu, chúng tôi sử dụng phiếu nghiên cứu được thiết kế sẵn để thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của BN được lưu trữ tại BV và các thông tin trên phần mềm quản lý bệnh viện đang sử dụng tại BV TƯQĐ 108. Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng KHTH và phần mềm quản lý Bệnh viện VIMES, nghiên cứu viên thực hiện theo các bước như sau:

- Lập danh sách các bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị tại Trung tâm Đột quy não dựa trên số bệnh nhân ra vào viện và danh sách bệnh nhân lưu trữ trên phần mềm VIMES

- Liên hệ phòng KHTH, mượn toàn bộ hồ sơ lưu trữ của các bệnh nhân theo danh sách, chọn lọc các bệnh nhân đầy đủ thông tin theo thiết kế nghiên cứu, điền thông tin vào phiếu nghiên cứu

2.5. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm spss 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nguồn nhân lực tham gia nhóm cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp

Bảng 3.1: Cơ cấu nhân lực tham gia nhóm cấp cứu nhồi máu não cấp

Khoa phòng	Số lượng		Tỉ lệ % (n = 52)
	Bác sĩ	Điều dưỡng	
Ban giám đốc (chỉ đạo, không tham gia nhóm)	01		
Trưởng nhóm	01		1,92

Cấp cứu	6	8	26,92
Trung tâm Đột quy não	8	6	26,92
Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch	6	6	23,08
Chẩn đoán hình ảnh	4	4	15,38
Phẫu thuật thần kinh	2	1	5,77
Tổng	27	25	100

Cơ cấu tham gia nhóm cấp cứu bao gồm 01 phó giám đốc phụ trách, giải quyết các vấn đề liên quan đến công tác chỉ đạo của Bệnh viện. 01 trưởng nhóm là Chủ nhiệm khoa Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch, người có uy tín trong

chuyên ngành và uy tín với các nhân viên, đồng nghiệp trong bệnh viện. Ngoài ra 51 NVYT khác từ 5 chuyên ngành liên quan trực tiếp đến cấp cứu bệnh nhân NMN cấp. Trong đó, nhân lực các khoa chủ chốt bao gồm Trung tâm Đột quy não 26,92% (100% số bác sĩ của khoa tham gia), khoa Cấp cứu 26,92%, khoa Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch 23,08% (100% số bác sĩ của khoa tham gia), khoa Chẩn đoán hình ảnh 15,38%. Khoa Phẫu thuật thần kinh chỉ có 2 bác sĩ và 1 điều dưỡng (5,77%) tham gia

Bảng 3.2: Các đặc điểm nhóm cấp cứu BN NMN cấp

Tuổi	Đặc điểm		Bác sĩ		Điều dưỡng		Tổng (Tỉ lệ %)
	n	%	n	%	n	%	
< 30 tuổi	8	15,38	9	17,31	17	32,69	17 (32,69)
30 - 40 tuổi	13	25,00	7	13,46	20	38,46	20 (38,46)
> 40 tuổi	6	11,54	9	17,31	15	28,85	15 (28,85)
Trung bình	35,18 ± 6,52		33,33 ± 8,75		34,78 ± 8,18		
Giới:							
Nam	23	44,23	13	25,00	36	69,23	36 (69,23)
Nữ	4	7,69	12	23,08	16	30,77	16 (30,77)
Trình độ							
Sau đại học	19	36,54	0	0	19	36,54	19 (36,54)
Đại học	8	15,38	13	25,00	21	40,38	21 (40,38)
Cao đẳng	0	0	9	17,31	9	17,31	9 (17,31)
Trung cấp	0	0	3	5,77	3	5,77	3 (5,77)
Tổng	27	51,92	25	48,08	52 (100)		

Độ tuổi trung bình của nhóm cấp cứu là 34,78 ± 8,18, của nhóm bác sĩ là 35,18 ± 6,52 và điều dưỡng là 33,33 ± 8,75. Nhân viên y tế trong nhóm nghiên cứu nhiều tuổi nhất là 53 và ít tuổi nhất là 20. Số lượng NVYT > 40 chiếm tỉ lệ 28,85%; chủ yếu NVYT tham gia nhóm có lứa tuổi trong khoảng 30 – 40 (38,46%). Tỉ lệ nam cũng cao hơn so với nữ, tương ứng là 69,23% và 30,77%.

3.2. Đánh giá khả năng làm việc và phối hợp trong nhóm

Bảng 3.3: Thang điểm TEAM theo từng nội dung đánh giá

Nội dung đánh giá	Các đặc điểm	Các câu hỏi đánh giá	Điểm trung bình ± SD
Trưởng nhóm	Vai trò lãnh đạo nhóm	Lãnh đạo nhóm chỉ đạo nhóm bằng mệnh lệnh trực tiếp hoặc văn bản	3,71 ± 0,52
		Lãnh đạo nhóm luôn duy trì được quan điểm chung	3,53 ± 0,56
Tập thể nhóm	Kết nối trong nhóm	Liên lạc trong nhóm được duy trì có hiệu quả	3,75 ± 0,44
	Hợp tác và phối hợp	Nhóm làm việc cùng nhau và hoàn thành nhiệm vụ một cách kịp thời	3,72 ± 0,45
	Không khí làm việc trong nhóm	Nhóm đã làm việc với sự bình tĩnh và có kiểm soát	3,77 ± 0,43
		Tinh thần làm việc của toàn nhóm là tích cực	3,78 ± 0,41
	Khả năng thích nghi	Nhóm thích nghi được với thay đổi tình huống	3,70 ± 0,50
	Nhận thức tình huống	Nhóm đã theo dõi và đánh giá lại tình hình	3,66 ± 0,52
Dự báo tình huống	Nhóm nghiên cứu và dự đoán được các tình huống có nguy cơ cao	3,41 ± 0,59	
Quản lý nhiệm vụ của nhóm	Nhiệm vụ ưu tiên	Nhóm có các nhiệm vụ ưu tiên Quản lý Nhiệm vụ:	3,69 ± 0,52
	Quy trình làm việc	Nhóm tuân thủ theo các tiêu chuẩn và hướng dẫn đã được phê duyệt	3,61 ± 0,56
Đánh giá chung		Trên thang điểm từ 1 đến 10, hãy đánh giá chung về khả năng phối hợp và làm việc của nhóm	8,95 ± 0,89

Điểm trung bình đánh giá vai trò của trưởng nhóm là $3,71 \pm 0,52$. Điểm trung bình đánh giá nhóm là 3,41 đến 3,78. Trong đó, các điểm thành phần đều ở mức cao. Điểm trung bình câu hỏi số 4 khi đánh giá sự kết nối trong nhóm là $3,75 \pm 0,44$. Điểm đánh giá sự tuân thủ quy trình cấp cứu là $3,61 \pm 0,56$.

3.3. Kết quả về mặt thời gian cấp cứu

Bảng 3.4: Các khoảng thời gian trong cấp cứu BN NMN cấp

Các khoảng thời gian cấp cứu BN NMN cấp (phút)	Thời gian trung bình \pm SD	So sánh với thời gian theo hướng dẫn AHA 2010 [4],[8]
Thời gian từ khi BN vào viện đến khi nhóm cấp cứu khám BN	14,09 \pm 15,16	15
Vào viện – chụp CT/ MRI	22,13 \pm 19,05	25
Vào viện – hội chẩn quyết định điều trị	41,25 \pm 25,76	45
Vào viện – điều trị đặc hiệu	49,55 \pm 28,13	60
Vào viện – tái thông mạch	88,68 \pm 41,75	
Tổng thời gian từ khởi phát - tái thông mạch	295,72 \pm 91,08	

Thời gian từ khi vào viện đến khi được nhóm cấp cứu khám trung bình là $14,09 \pm 15,16$ phút. Kết quả tương đồng với hướng dẫn của Hội Tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ năm 2010. Thời gian từ khi vào viện cho đến khi bệnh nhân được chụp CT/MRI trung bình $22,13 \pm 19,05$ phút; thời gian từ khi vào viện đến khi nhóm hội chẩn và đưa ra quyết định điều trị $41,25 \pm 25,76$ phút và thời gian đến khi bệnh nhân được điều trị đặc hiệu $49,55 \pm 28,13$ phút. Các khoảng thời gian này đều tương ứng được với hướng dẫn của AHA.

Bảng 3.5: So sánh thời gian cấp cứu của BN được liên hệ trước và BN tự đến bệnh viện

Các khoảng thời gian cấp cứu BN NMN cấp (phút)	Có liên hệ trước	Không liên hệ trước	P
Thời gian từ khi BN vào viện đến khi nhóm cấp cứu khám BN	7,62 \pm 2,58	18,64 \pm 20,77	< 0,001
Vào viện – chụp CT/ MRI	17,76 \pm 7,34	29,82 \pm 22,66	< 0,001
Vào viện – hội chẩn quyết định điều trị	32,58 \pm 13,72	48,48 \pm 30,89	< 0,001
Vào viện – điều trị đặc hiệu	38,97 \pm 13,92	55,40 \pm 31,48	< 0,001
Vào viện – tái thông mạch	77,69 \pm 34,30	96,95 \pm 47,61	< 0,005
Tổng thời gian từ khởi phát - tái thông mạch	311,87 \pm 93,20	301,50 \pm 103,10	> 0,05

Các khoảng thời gian trong cấp cứu bệnh nhân NMN cấp có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm đã có liên hệ từ trước với nhóm bệnh nhân tự đến bệnh viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nguồn nhân lực tham gia cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng NVYT tham gia nhóm cấp cứu BN NMNC là 52 người, tuổi trung bình $34,78 \pm 8,18$, nam giới chiếm tỉ lệ cao 69,23% (36/52) (bảng 3.2). Đặc điểm tuổi, giới như vậy cũng là một thuận lợi khá lớn, phù hợp với điều kiện làm việc với cường độ cao, liên tục của công tác cấp cứu bệnh nhân NMNC. Với số NVYT trong các chuyên ngành liên quan bao gồm: Trung tâm Đột quỵ não 26,92% (100% số bác sĩ của khoa tham gia), khoa Cấp cứu 26,92%, khoa Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch 23,08% (100% số bác sĩ của khoa tham gia), khoa Chẩn đoán hình ảnh 15,38%. Khoa Phẫu thuật thần kinh chỉ có 2 bác sĩ và 1 điều dưỡng (5,77%) (bảng 3.1). Sở dĩ 100% các bác sĩ của

Trung tâm Đột quỵ não và khoa Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch tham gia nhóm 100% do yêu cầu để đảm bảo cho trong giờ trực vẫn có lực lượng chính của nhóm có mặt trong bệnh viện.

Về cơ cấu và số lượng nhân lực đảm bảo cho cấp cứu BN NMN cấp, tác giả Bernhard Reimers (2015), khi nghiên cứu các trung tâm Đột quỵ tại Italy cho rằng, một trung tâm lớn cần cho cấp cứu Đột quỵ phải có 6 bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh, 6 bác sĩ Thần kinh – Đột quỵ, 3-4 bác sĩ Can thiệp mạch Thần kinh và 12 – 16 điều dưỡng sẵn sàng tham gia cấp cứu khi được gọi [7]. Như vậy, phải cần tới 27 – 32 NVYT tham gia thường xuyên.

4.2. Các hoạt động của nhóm cấp cứu

Vai trò của trưởng nhóm: là người dẫn dắt, duy trì các hoạt động theo đúng nguyên tắc đã đề ra, nòng cốt đoàn kết của nhóm, giải quyết các mâu thuẫn phát sinh. Trưởng nhóm sẽ là người quyết định cuối cùng, do vậy ngoài uy tín với các đồng nghiệp, có khả năng gắn kết mọi người, trưởng nhóm cần phải là người có chuyên

môn tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm TEAM khi đánh giá vai trò của trưởng nhóm là $3,71 \pm 0,52$ cho câu hỏi số 1 và $3,53 \pm 0,56$ cho câu hỏi số 2. Nghiên cứu của Simon Cooper và CS (2010), điểm trung bình của trưởng nhóm là 2,67 [3]. Robyn P CANT và CS (2016) khi nghiên cứu tại hai bệnh viện trên 104 nhân viên y tế cho thấy các điểm đánh giá vai trò của trưởng nhóm là $3,01 \pm 1,05$ điểm với câu hỏi 1 và $3,11 \pm 1,05$ với câu hỏi số 2 [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình khi đánh giá vai trò của trưởng nhóm cao hơn so với các nghiên cứu trên, tuy nhiên cỡ mẫu còn nhỏ, nghiên cứu ở một trung tâm nên có thể có sự khác nhau về kết quả này.

Khả năng phối hợp và kết nối trong nhóm: với đặc điểm nhóm NVYT tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình trẻ $34,78 \pm 8,18$ (bảng 3.2) nên khả năng phối hợp cũng dễ dàng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đánh giá kết nối trong nhóm là $3,75 \pm 0,44$ (bảng 3.3). Simon Cooper và CS (2010) đánh giá khả năng kết nối trong nhóm là 3,07 [3]; Robyn P CANT và CS (2016), điểm trung bình đánh giá khả năng kết nối trong nhóm là $3,54 \pm 0,62$ [2]. Điều này cho thấy khả năng kết nối trong nhóm cấp cứu BN NMN cấp của bệnh viện là khá tốt khi so sánh với các trung tâm tại Australia như kết quả của các nghiên cứu trên.

Sự tuân thủ quy trình cấp cứu: đây là vấn đề hết sức quan trọng để trong hoạt động hàng ngày của nhóm. Khi đánh giá sự tuân thủ quy trình, điểm TEAM đạt được là $3,61 \pm 0,56$ (bảng 3.3). Nghiên cứu của Simon Cooper (2010), điểm cho vấn đề này là 2,49 và nghiên cứu của Robyn P CANT (2016) là $3,75 \pm 0,49$.

Sự tuân thủ quy trình gặp khó khăn hơn khi bệnh nhân đến vào giờ trực, NVYT trực tại khoa Cấp cứu với sự thay đổi thường xuyên nên nhiều NVYT không nắm vững quy trình. Do vậy, có những bệnh nhân NMN cấp đến viện vẫn bị xử trí muộn, có những bệnh nhân có các biến chứng liên quan đến việc xử trí muộn như vậy. Vấn đề này đòi hỏi vai trò của trưởng nhóm và trưởng các khoa liên quan phải đào tạo liên tục cho các nhân viên mới nắm được quy trình cấp cứu.

4.3. Các khoảng thời gian trong cấp cứu. Thời gian cấp cứu là yếu tố quan trọng nhất khi cấp cứu bệnh nhân nhồi máu não cấp, là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến chất lượng cấp cứu và điều trị. Các khoảng thời gian cấp cứu càng ngắn phản ánh trình độ phối hợp càng cao của các bộ phận tham gia cấp cứu bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời

gian từ khi bệnh nhân đến viện cho đến khi được bác sĩ chuyên ngành khám là $15,09 \pm 18,16$ phút, thời gian từ khi vào viện cho đến lúc được chụp CT là $26,13 \pm 20,01$ phút, thời gian từ khi vào viện đến khi hội chẩn xong, đưa ra quyết định điều trị là $43,62 \pm 27,79$ phút, thời gian từ khi vào viện đến lúc bắt đầu được điều trị đặc hiệu là $50,38 \pm 28,33$ phút và thời gian từ khi bệnh nhân đến viện đến khi điều trị tái thông được mạch máu là $90,86 \pm 44,75$ phút (bảng 3.4). Nếu so sánh với các khoảng thời gian được khuyến cáo theo hướng dẫn của hội Tim mạch và Đột quỵ Hoa Kỳ thì những khoảng thời gian này trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự [6].

4.4. Liên quan giữa các BN chuyển đến từ các BV khác với các khoảng thời gian cấp cứu. Khi có thông tin bệnh nhân được chuyển đến từ các bệnh viện lân cận, nhóm cấp cứu sẽ chuẩn bị sẵn sàng cả về con người và trang thiết bị máy móc, thậm chí có thể hoãn các bệnh nhân thường quy để sẵn sàng đón các bệnh nhân cấp cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về các khoảng thời gian trong cấp cứu có sự khác biệt rõ rệt, có ý nghĩa thống kê. Chỉ có tổng thời gian từ khi khởi phát đến khi bệnh nhân được điều trị tái thông mạch là không khác nhau, với $p = 0,498$ (bảng 3.5). Điều này có thể được lý giải là do thời gian bệnh nhân nằm tại các cơ sở y tế trước khi chuyển đến bệnh viện TỰQĐ 108 còn khá lâu.

V. KẾT LUẬN

Hoạt động phối hợp nhóm trong cấp cứu BN NMN cấp tại bệnh viện TỰQĐ 108 là mô hình hoạt động có hiệu quả, đóng góp vào nâng cao chất lượng cấp cứu, chẩn đoán và điều trị BN NMN cấp. Có thể nhân rộng mô hình cho các mặt bệnh cấp cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alberts, M. J., Chaturvedi, S., Graham, G., et al.** (1998), "Acute stroke teams: results of a national survey. National Acute Stroke Team Group", *Stroke*. 29(11), pp. 2318-20.
2. **Cant, R. P., Porter, J. E., Cooper, S. J., et al.** (2016), "Improving the non-technical skills of hospital medical emergency teams: The Team Emergency Assessment Measure (TEAM)", *Emerg Med Australas*. 28(6), pp. 641-646.
3. **Cooper, S., Cant, R., Porter, J., et al.** (2010), "Rating medical emergency teamwork performance: development of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM)", *Resuscitation*. 81(4), pp. 446-52.
4. **Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Jr., et al.** (2013), "Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American

- Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 44(3), pp. 870-947.
5. **Meretoja, A., Strbian, D., Mustanoja, S., et al.** (2012), "Reducing in-hospital delay to 20 minutes in stroke thrombolysis", Neurology. 79(4), pp. 306-13.
 6. **Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., et al.** (2015), "2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 46(10), pp. 3020-35.
 7. **Reimers, Bernhard** (2016), Building a multidisciplinary team for interventional acute stroke management, **Humanitas University Rozzano – Milan Italy.**
 8. **Rosamond, W. D., Folsom, A. R., Chambless, L. E., et al.** (1999), "Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort", Stroke. 30(4), pp. 736-43.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHÂN MẤT CÂN XỨNG MẶT

Võ Thị Minh Hảo*, Nguyễn Thị Thúy Nga*, Nguyễn Tấn Văn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mất cân xứng mặt. **Đối tượng nghiên cứu:** **Nghiên cứu** được thực hiện từ tháng 2/2022 đến tháng 12/2022, bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang của 33 người bệnh từ 16 tuổi đến khám vì mất cân xứng mặt tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, dựa vào phiếu hỏi bệnh, khám lâm sàng, phân tích ảnh mặt thẳng, ảnh mặt cười. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nam tham gia nghiên cứu là 20,2 ± 4,02 tuổi và nữ là 23,1 ± 8,38 tuổi, 100% bệnh nhân mất cân xứng mặt có lệch cằm, trong đó bệnh nhân có tỷ lệ sai lệch cằm trái cao 70,6%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ bị lệch cằm ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân tham gia nghiên cứu bất cân xứng ngang mô mềm và lệch góc miệng lần lượt là 87,9% và 69,7%. Trong 33 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 21,2% bệnh nhân được đánh giá cắn chéo một bên, bệnh nhân cắn chéo hai bên là 48,5% và 30,3% không mắc phải triệu chứng này. Độ lệch cằm trung bình là 9,84 ± 5,51mm. Độ lệch trung bình bất cân xứng ngang mô mềm và độ lệch góc miệng lần lượt là 10,07 ± 7,9mm và 3,28 ± 2,27mm. Tỷ lệ sai lệch cằm của các bệnh nhân mất cân xứng mặt bị lệch khớp cắn hạng I, II, III lần lượt là 15,2%; 9,1% và 75,8%. Tình trạng lệch khớp cắn hạng III là hay thường gặp nhất. Tỷ lệ bệnh nhân có lệch cằm thì đường đường giữa hàm dưới sẽ hầu hết bị lệch (84,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa nhóm bệnh nhân lệch cằm và có đường giữa hàm dưới bị lệch ($p < 0,01$). Yếu tố giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng bất cân xứng trên khuôn mặt của bệnh nhân ($p > 0,05$). Thói quen đẩy lưỡi là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sai lệch mặt của bệnh nhân. **Kết luận:** Bệnh nhân mất cân xứng mặt có 100% có lệch cằm. Đa số 84,9% các trường hợp có lệch cằm thì đường giữa hàm

dưới cũng lệch ($p < 0,01$). Yếu tố giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng bất cân xứng trên khuôn mặt của bệnh nhân ($p < 0,05$). Thói quen đẩy lưỡi là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sai lệch mặt của bệnh nhân.

Từ khóa: sai lệch cằm, mất cân xứng mặt, bất cân xứng theo chiều ngang, lệch góc miệng

SUMMARY

REVIEW THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FACIAL ASYMMETRY

Objective: Review the clinical characteristics of patients with facial asymmetry. **Subjects:** The study was carried out from February 2022 to December 2022, using a cross-sectional descriptive study method of 33 patients aged 16 years old who came to the clinic for facial asymmetry at Hanoi Central Odontostomatology Hospital, based on the patient questionnaire, clinical examination, analysis of straight face and smiley face images. **Results:** The average age of male participants in the study was 20.2 ± 4.02 years old and female was 23.1 ± 8.38 years old, 100% of patients with facial asymmetry had chin deviation, in which patients has a high rate of left chin deviation 70.6%, there is no difference between men and women with chin deviation ($p > 0.05$). The proportion of patients participating in the study was 87.9% and 69.7% respectively. In 33 patients participating in the study, 21.2% of patients were evaluated for unilateral crossbite, 48.5% of patients with bilateral crossbite and 30.3% without this symptom. The average chin deviation is 9.84 ± 5.51mm. Mean deviation of soft tissue horizontal asymmetry and deviation of mouth angle are 10.07 ± 7.9mm and 3.28 ± 2.27mm, respectively. The rate of chin deviation of patients with facial asymmetry with class I, II, and III malocclusion is 15.2%, respectively; 9.1% and 75.8%. Class III malocclusion is the most common. The proportion of patients with chin deviation, the mandibular midline will mostly be deviated (84.9%), a statistically significant difference was found between the group of patients with deviated chin and deviated mandibular midline. ($p < 0.01$). Gender factor did not affect the asymmetry on the patient's face ($p > 0.05$). The habit of pushing the tongue is a factor affecting the patient's

*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Minh Hảo

Email: haodentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023