

nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về điều trị, VTC do tăng TG có tỷ lệ bệnh nhân cần truyền >3l dịch cao hơn các nhóm nguyên nhân khác. Tuy nhiên các phương pháp hồi sức khác như: dẫn lưu ổ bụng, đặt ống nội khí quản, vận mạch, lọc máu liên tục không có sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân.

Điểm hạn chế của nghiên cứu: đây là nghiên cứu hồi cứu nên có những hạn chế nhất định về theo dõi bệnh nhân lâu dài. Chúng tôi chỉ ghi nhận những biến chứng VTC xảy ra trong thời gian nằm viện. Ngoài ra NC của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai, là bệnh viện tuyến trung ương, nơi tiếp nhận các trường hợp bệnh nặng nên mức độ nặng và biến chứng của VTC có thể cao hơn so với các bệnh viện khác. Vì vậy cần thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, NC đa trung tâm để đánh giá chính xác nhất

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp do rượu là thường gặp nhất chiếm 49.1%. Ngoài trừ một số thông số lâm sàng như: giới tính, bệnh đái tháo đường kèm theo, tỷ lệ nhập ICU cao hơn ở nhóm VTC do tăng triglyceride, thì hầu như không có sự khác biệt về các biến cố lâm sàng, mức độ nặng cũng như điều trị giữa các nhóm nguyên nhân VTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Forsmark CE, Baillie J, AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee, AGA Institute Governing Board. AGA Institute technical review

- on acute pancreatitis. Gastroenterology. 2007; 132(5):2022-2044. doi:10.1053/j.gastro.2007.03.065
2. Cavallini G, Frulloni L, Bassi C, et al. Prospective multicentre survey on acute pancreatitis in Italy (ProInf-AISP): results on 1005 patients. Dig Liver Dis. 2004;36(3):205-211. doi:10.1016/j.dld.2003.11.027
3. Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, Bersch VP, Osvaldt AB. A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. HPB (Oxford). 2019;21(3):259-267. doi:10.1016/j.hpb.2018.08.003
4. Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006; 13(1):10-24. doi:10.1007/s00534-005-1047-3
5. Ammann RW, Muellhaupt B. The natural history of pain in alcoholic chronic pancreatitis. Gastroenterology. 1999;116(5):1132-1140. doi:10.1016/S0016-5085(99)70016-8
6. Zheng Y, Zhou Z, Li H, et al. A multicenter study on etiology of acute pancreatitis in Beijing during 5 years. Pancreas. 2015;44(3):409-414. doi:10.1097/MPA.0000000000000273
7. Agarwal N, Pitchumoni CS. Assessment of severity in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 1991;86(10):1385-1391.
8. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
9. Võ Thị Lương Trần. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng Triglycerid máu với viêm tụy cấp do các nguyên nhân khác. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018;22(2):328-335.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THEO ĐỘI TẠI TRUNG TÂM CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH VÀ Y HỌC THỂ THAO BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY NĂM 2022

Đào Thị Kim Hạnh¹, Bế Hồng Thu², Phan Thị Dung³,
Trần Tố Anh¹, Trần Thị Hương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên thành viên các đội chăm sóc và 208 người bệnh (NB) ≥ 18 tuổi, lưu viện nội trú 1 ngày. Trước tiên thu thập và phân tích dữ liệu định lượng. Sau đó trên cơ sở kết quả thu thập, phân tích

dữ liệu định tính; được lồng ghép tạo thành nghiên cứu hoàn chỉnh tại trung tâm Chẩn thương chỉnh hình và Y học thể thao – bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh nam giới là 58,7% và 41,3% nữ giới. Tuổi trung bình của người bệnh là 49,84 ± 17,85. Đặc điểm phẫu thuật: 100% NB mổ phôi, không có mổ cấp cứu. Phẫu thuật loại I: 68,8%; loại II: 19,3% và loại III: 12,0%. Thời gian đi buồng: Thời điểm 8h: 85,6%, còn lại 14,4% các cuộc đi buồng triển khai lúc 9h00. Bàn giao SBAR: tuân thủ ở mức đạt 74,5%, chưa đạt 25,5%. Tỷ lệ lượt bác sĩ thực hiện nhiệm vụ mức đạt 88,9%; chưa đạt 11,1%. Đội trưởng mức đạt 88,0%, chưa đạt 12,0%. Tỷ lệ người bệnh đánh giá ở mức tốt 84,6%; khá 15,4% và trung bình 0,0%. Kết quả

¹Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Kim Hạnh

Email: hanhdtk19188@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hoạt động mô hình chăm sóc theo đội mức khá ở nhóm thời gian đi buồng lúc 9h cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm thời gian đi buồng lúc 8h. **Kết luận:** Các thành viên trong đội chăm sóc thực hiện các nhiệm vụ ở mức đạt, tỷ lệ người bệnh rất hài lòng 96,6%, hài lòng 3,4% và không có NB không hài lòng.

Từ khóa: Chăm sóc theo đội, công tác chăm sóc, Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

SUMMARY

TEAM-BASED PATIENT CARE IN THE ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE CENTER OF VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2022

This is a study on members of care team and 208 patients aged 18 or older and hospitalized for 1 day. First, quantitative data was collected and analyzed. Then, a qualitative analysis is produced based on the collected database, and integrated into a complete research in the Orthopedics and Sports Medicine Center – Vinmec Times City International Hospital in the year of 2022. **Result:** Male patients account for 58,7% and female 41,3%. The average age is $49,84 \pm 17,85$. Characteristics of surgery: 100% are selective surgery and no emergency surgery. Class I surgery accounts for 68,8%; class II 19,3% and class III:12,0%. Time for ward round: 85,6% of rounds start at 8AM, and the other 14,4% are performed at 9AM. SBAR handover: compliance stands at 74,5%, but 25,5% is non-compliance. 88,9% of doctor complete their tasks while 11,1% fail. 88,0% of team leaders are satisfactory and 12,0% is below satisfaction. 84,6% of patients give excellent rating; good rating 15,4% and average rating 0,0%. The research shows a more satisfactory performance of statistical significance ($p < 0,05$) of team-based model with the group that starts rounding at 9AM compared to the group that starts rounding at 8AM. **Conclusion:** Members of the care team have completed their responsibility satisfactorily; 96,6% of patients are very satisfied, 3,4% satisfied and no patients are disappointed.

Keywords: Team-based care, care, Vinmec Times City International Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng đóng vai trò rất quan trọng trong chăm sóc sức khỏe chăm sóc người khỏe đến người ốm và phục hồi chức năng. Vai trò của điều dưỡng thể hiện qua việc chăm sóc sức khỏe với người bệnh là người tiếp xúc trực tiếp với người bệnh, lắng nghe những vấn đề, nhu cầu của người bệnh từ đó đưa ra chẩn đoán Điều dưỡng và lập kế hoạch chăm sóc hiệu quả nhất, giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục. Không chỉ điều trị bệnh mà còn chăm sóc toàn diện. Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm bao gồm: Tôn trọng sở thích của người bệnh, thông tin về giáo dục sức khỏe, sự thoải mái về thể chất, hỗ trợ tinh thần, sự tham gia của gia đình

và bạn bè, tính liên tục và quá trình chuyển đổi, tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hiện nay theo quy định của Bộ Y tế có 4 mô hình phân công công tác chăm sóc: Mô hình chăm sóc theo công việc, phân công điều dưỡng chăm sóc chính, phân công chăm sóc theo nhóm, mô hình chăm sóc theo đội.

Tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City mô hình được thực hiện tại trung tâm Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao (CTCH & YHTT) thu được những kết quả nhất định, hiện chưa có đánh giá về thực trạng chăm sóc người bệnh theo đội.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng hoạt động của mô hình chăm sóc theo đội tại trung tâm chấn thương chỉnh hình và y học thể thao - Bệnh viện Vinmec Times City năm 2022.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hoạt động của mô hình chăm sóc theo đội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Thành viên các đội chăm sóc:**

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Là thành viên của đội chăm sóc người bệnh trực thuộc 4 đội của Trung tâm CTCH&YHTT, gồm: Điều dưỡng đội trưởng, Bác sỹ phẫu thuật; Điều dưỡng viên, Dược lâm sàng, Kỹ thuật viên Phục hồi chức năng,

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không trực tiếp tham gia hoạt động chăm sóc người bệnh theo đội. Từ chối tham gia nghiên cứu.

- **Người bệnh:**

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh lưu viện tại nội trú CTCH&YHTT ≥ 1 ngày; kể từ ngày vào viện; được áp dụng mô hình CSTĐ. Tỉnh táo, từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sức khỏe không đủ để tham gia nghiên cứu Người bệnh lưu viện trong ngày; Người bệnh dưới 18 tuổi; Từ chối tham gia nghiên cứu.

- **Đối tượng nghiên cứu định tính:** Điều dưỡng trưởng Trung tâm, Điều dưỡng đội trưởng, điều dưỡng viên thuộc các đội chăm sóc. Phẫu thuật viên tham gia đội chăm sóc, Dược lâm sàng.

2.2. Thời gian và địa điểm:

Thời gian: Từ tháng 08/2022 đến 12/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp: mô tả nghiên cứu cắt ngang. Sử dụng kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

2.3.2. Cỡ mẫu**Phương pháp chọn mẫu định lượng:**

Chọn mẫu toàn bộ.

Tiêu chí	Không đạt	Chưa đạt	Đạt
Điểm số	0	1	2

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu****3.1.1. Đặc điểm thông tin người bệnh****Bảng 3.1: Đặc điểm thông tin nhân khẩu của người bệnh (n=208)**

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	122	58,7
	Nữ	86	41,3
Tuổi	<30	18	8,7
	30-59	130	62,5
	≥60	60	28,8
	TB±SD (min-max)	49,84±17,85 (5 – 95)	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh nam giới là 58,7%. Còn lại 41,3% là nữ giới. Tuổi trung bình của người bệnh là 49,84 ± 17,85. Người bệnh tuổi thấp nhất là 5 tuổi, nhiều tuổi nhất là 95 tuổi. Tỷ lệ người bệnh dưới 30 tuổi là 8,7%; từ 30-59 tuổi là 62,5%; từ 60 tuổi trở lên là 28,8%.

Bảng 3.2: Đặc điểm phẫu thuật của người bệnh (n=208)

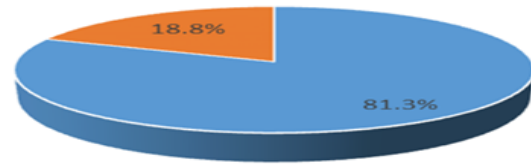
	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại phẫu thuật	Cấp cứu	0	0,0
	Mổ phiên (Có chuẩn bị)	208	100
Phương pháp phẫu thuật	I	143	68,8
	II	40	19,2
	III	25	12,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu này 100% người bệnh là phẫu thuật có chuẩn bị (mổ phiên), không có trường hợp nào mổ cấp cứu. Tỷ lệ người bệnh phẫu thuật loại I là 68,8%; phẫu thuật loại II là 19,3% và loại III là 12,0%.

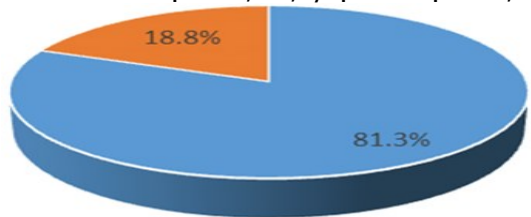
3.1.2. Đặc điểm thông tin nhân viên y tế đối chăm sóc**3.2. Thực trạng hoạt động mô hình chăm sóc theo đội****3.2.1. Hoạt động bàn giao người bệnh****Bảng 3.3: Thời gian đi buồng của đội (n=208)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
8h	178	85,6
9h	30	14,4
Tổng	208	100

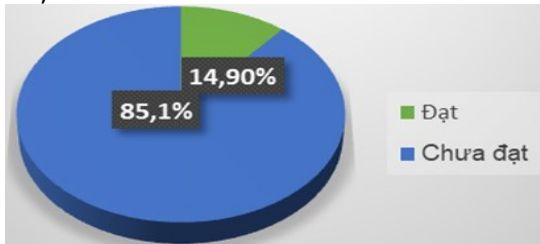
Nhận xét: Tỷ lệ hoạt động đi buồng của đội tại thời điểm 8h là 85,6%. Còn lại 14,4% các cuộc đi buồng triển khai lúc 9h00.

**Biểu đồ 3.1: Kết quả đánh giá tuân thủ bàn giao khi đi buồng của điều dưỡng bàn giao (n=208)**

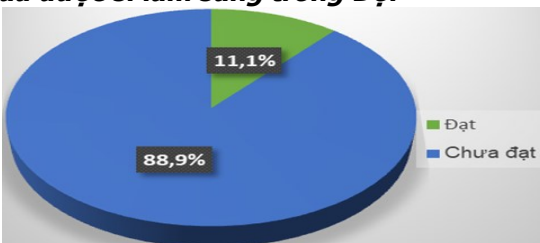
Nhận xét: Tỷ lệ lượt điều dưỡng bàn giao tuân thủ ở mức đạt là 74,5%, tỷ lệ chưa đạt là 25,5%.

**Biểu đồ 3.2: Kết quả đánh giá tuân thủ bàn giao khi đi buồng của điều dưỡng nhận bàn giao (n=208)**

Nhận xét: Tỷ lệ lượt điều dưỡng nhận bàn giao tuân thủ ở mức đạt là 74,5%, tỷ lệ chưa đạt là 25,5%.

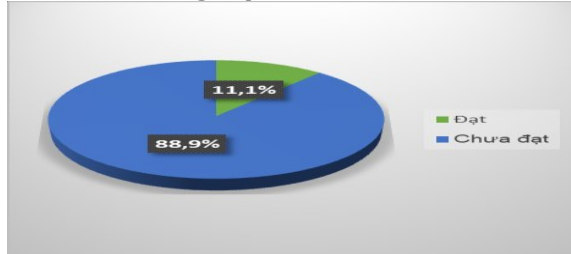
**Biểu đồ 3.3: Phân loại mức độ đánh giá thực hiện nhiệm vụ của điều dưỡng viên (n=208)**

Nhận xét: Tỷ lệ lượt điều dưỡng viên thực hiện nhiệm vụ trong đội trong sóc ở mức đạt là 85,1%; 14,9% lượt điều dưỡng trong đội thực hiện nhiệm vụ chăm sóc ở mức chưa đạt.

3.2.2. Hoạt động thực hiện nhiệm vụ của dược sĩ lâm sàng trong Đội**Biểu đồ 3.4: Phân loại mức độ đánh giá thực hiện nhiệm vụ của dược sĩ lâm sàng (n=208)**

Nhận xét: Tỷ lệ được sĩ đánh giá thực hiện nhiệm vụ của được sĩ lâm sàng trong đội chăm sóc ở mức đạt là 88,9%; tỷ lệ ở mức chưa đạt là 11,1%.

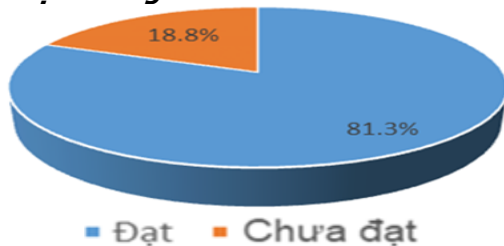
3.2.3. Hoạt động thực hiện nhiệm vụ của Bác sĩ trong Đội



Biểu đồ 3.5: Phân loại mức độ đánh giá thực hiện nhiệm vụ của bác sĩ điều trị (n=208)

Nhận xét: Tỷ lệ lượt bác sĩ thực hiện nhiệm vụ của bác sĩ điều trị trong đội ở mức đạt là 88,9%; tỷ lệ ở mức chưa đạt là 11,1%.

3.2.3. Hoạt động thực hiện nhiệm vụ của đội trưởng



Biểu đồ 3.4: Phân loại mức độ người bệnh đánh giá can thiệp điều dưỡng (n=208)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đánh giá hoạt động can thiệp của điều dưỡng ở mức đạt là 81,3%; tỷ lệ đánh giá ở mức chưa đạt là 18,8%.

Bảng 3.5: Kết quả đánh giá mô hình chăm sóc theo đội theo đánh giá của người bệnh (n=208)

Đánh giá	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	176	84,6
Khá	32	15,4
Trung bình	0	0,0
Tổng	208	100

Nhận xét: Tỷ lệ lượt hoạt động đội chăm sóc được đánh giá ở mức tốt là 84,6%; mức khá là 15,4% và tỷ lệ ở mức trung bình là 0,0%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng hoạt động mô hình chăm sóc theo đội.

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa thực trạng hoạt động mô hình chăm sóc với đặc điểm phẫu thuật của người bệnh (n=208)

Đặc điểm	Hoạt động mô hình chăm sóc	OR (95%CI)	p
----------	----------------------------	------------	---

		theo đội			
		Khá SL (%)	Tốt SL (%)		
Phương pháp phẫu thuật	I	27 (18,9%)	116 (81,1%)	2,79 (1,0-7,6)	0,038
	II+III	5 (7,7%)	60 (92,3%)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hoạt động mô hình chăm sóc theo đội ở mức khá ở nhóm người bệnh phẫu thuật loại I cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người bệnh phẫu thuật loại II và loại III.

Bảng 3.7: Mối liên quan giữa thực trạng hoạt động mô hình chăm sóc với thời gian đi buồng (n=208)

		Hoạt động mô hình chăm sóc theo đội		OR (95%CI)	p
		Khá SL (%)	Tốt SL (%)		
Thời gian đi buồng	9h	9 (30,0%)	21 (70,0%)	2,89 (1,2-7,07)	0,016
	8h	23 (12,9%)	155 (87,1%)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hoạt động mô hình chăm sóc theo đội mức khá ở nhóm thời gian đi buồng lúc 9h cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm thời gian đi buồng lúc 8h.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động chăm sóc người bệnh tại bệnh viện:

Áp lực công việc: "Trung bình 1 điều dưỡng chăm 4 người bệnh, thực hiện chăm sóc toàn diện: đưa đón chuyển mổ, chuẩn bị thuốc, tiêm truyền, chăm sóc vết thương, đặt kim buồng tiêm, giúp NB đi vệ sinh. Trong khi đó bác sĩ đi khám bệnh, và phẫu thuật. Do đó ít có thời gian để đội chăm sóc thảo luận kế hoạch chăm sóc người bệnh với nhau". (PVS – Điều dưỡng trưởng ca trực).

Sự phối hợp giữa các khoa phòng và các thành viên trong đội chăm sóc: Kết quả TLN các điều dưỡng đều nhận định: "Một số điều dưỡng chưa hiểu rõ tiền sử, bệnh sử, cách thức phẫu thuật, diễn tiến người bệnh dẫn đến việc đưa ra kế hoạch điều trị/chăm sóc chưa phù hợp gây ảnh hưởng tới an toàn người bệnh" (TLN 1 – Nhóm điều dưỡng trưởng ca trực).

"Tăng cường giám sát, kiểm tra thực hiện của đội chăm sóc khi tiến hành đi buồng nhằm kiểm soát thực hiện theo quy trình, quy định (PVS- Điều dưỡng trưởng trung tâm).

Công tác đào tạo: Kết quả TLN với bác sĩ, điều dưỡng cho thấy được nhu cầu đào tạo nâng

cao chuyên môn là rất cần thiết. Đặc biệt là với các cán bộ mới: "Hàng năm trung tâm phải tổ chức các lớp tập huấn về quy trình chăm sóc theo đội để các cán bộ y tế mới tuyển dụng biết cách thực hiện" (TLN 2-Nhóm bác sỹ, điều dưỡng)

Cán bộ y tế làm thêm một số công việc khác: Có 02 Điều dưỡng hỗ trợ chăm sóc của trung tâm do đó vất vả trong công tác phối hợp chăm sóc. "Điều dưỡng làm thủ tục thuốc ra viện nên không đảm bảo được thời gian chăm sóc" (TLN 3- Điều dưỡng viên, Điều dưỡng hỗ trợ chăm sóc)

Thiếu nhân lực: "Do trung tâm Chấn thương chỉnh hình mới thành lập, nhân viên mới nhiều. Do đó để hòa nhập với môi trường cần thêm thời gian. Nhu cầu đi học, nâng cao trình độ vào cuối tuần nên có sự thay đổi nhân lực trong ca làm việc, dẫn tới phối hợp các thành viên trong nhóm giảm" (PVS- Nhóm điều dưỡng)

Chế độ đãi ngộ, lương và phụ cấp hàng tháng. Chế độ lương khích lệ làm việc theo năng lực, chế độ trực, doanh thu. Ngoài ra có khen thưởng cá nhân, tập thể từ đó cán bộ yên tâm làm việc: "Chế độ lương thưởng rõ ràng, chia sẻ doanh thu là yếu tố quan trọng giúp cán bộ gắn bó lâu dài" (TLN 3 - Điều dưỡng viên, Điều dưỡng hỗ trợ chăm sóc)

Dược lâm sàng: Có 2 dược lâm sàng của khoa phối hợp trong việc kê đơn, thực hiện thuốc. "Vào giờ sáng có các nhóm đi buồng cùng 1 lúc do đó chưa phối hợp đi buồng được toàn bộ người bệnh. Tuy nhiên dược lâm sàng vẫn phối hợp với bác sỹ trong điều trị hiệu quả".

IV. BÀN LUẬN

Tổ chức đi buồng theo đội được thực hiện 100% hàng ngày tại trung tâm Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao

Tổ chức đi buồng theo đội theo đội thấy 100% các đội đều đi buồng trong khung thời gian và có các thành viên: Bác sỹ, Điều dưỡng đội trưởng, điều dưỡng viên, dược lâm sàng. Đối với những người bệnh phẫu thuật về Y học thể thao 100% có sự tham gia của kỹ thuật viên đi buồng. Đối với chuyên khoa khác: U xương, phẫu thuật chi trên, phẫu thuật chi dưới với NB cần PHCN thì KTV phục hồi chức năng mới tham gia cùng. Do số lượng KTV PHCN còn có hạn, chưa đủ để phân bổ theo các đội chăm sóc.

Về tiêu chí chấm điểm thực hiện công tác đi buồng trong đội chăm sóc: Là phần quan trọng nhất của đội chăm sóc. Qua đánh giá cho thấy công tác đi buồng: 100% lượt điều dưỡng bàn giao và điều dưỡng nhận tuân thủ ghi đầy đủ

thông tin trên phiếu bàn giao. Tỷ lệ lượt điều dưỡng bàn giao tuân thủ tên người bệnh kèm ngày tháng năm sinh ở mức đạt 93,3%, tỷ lệ này ở nhóm nhận là 94,2%. Kiểm soát đau đạt 100%, kiểm tra băng vết mổ đạt 100%, theo dõi nhiễm khuẩn vết mổ đạt 99%, hướng dẫn tập hít thở sâu và vận động đạt 86,5%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng hoạt động chăm sóc người bệnh theo mô hình đội tại bệnh viện

Thực hiện nhiệm vụ của các thành viên gồm Điều dưỡng đội trưởng (88,0%), Bác sỹ (88,9%), Điều dưỡng viên (85,1%), dược lâm sàng (88,9%). Vẫn còn 4,3% tỷ lệ của người điều dưỡng đội trưởng và 6,3% bác sỹ điều trị chưa rút kinh nghiệm sau khi đi buồng. 12,5% điều dưỡng viên chưa đạt trong giao tiếp áp dụng mô hình AIDET. Công tác phòng tránh ngã cho người bệnh chưa đầy đủ ở mức 3,8%.

Kết quả nghiên cứu thu được người bệnh rất hài lòng với điều trị là 96,6%, tỷ lệ hài lòng là 3,4% và không có người bệnh nào chưa hài lòng hoặc thất vọng.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động của mô hình chăm sóc theo đội. Do thời gian đi buồng 2 khung giờ khác nhau do đó một số đội chưa tích cực hoạt động trong công việc. Điều dưỡng đi học nâng cao trình độ vào cuối tuần nên có sự thay thế vai trò của Điều dưỡng đội trưởng chưa phát huy hết chức năng.

Kết quả TLN đều nhận định "Một số điều dưỡng chưa hiểu rõ tiền sử, bệnh sử, cách thức phẫu thuật, diễn tiến người bệnh dẫn đến việc đưa ra kế hoạch điều trị/chăm sóc chưa phù hợp gây ảnh hưởng tới an toàn người bệnh" (TLN 1 – Nhóm điều dưỡng trưởng ca trực).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city** (2020), "Quy định bàn giao người bệnh", Tiêu chuẩn JCI
2. **Bệnh viện trung ương Thái Nguyên** (2013), Quy định việc thực hiện mô hình chăm sóc theo đội tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.
3. **Bộ Y tế** (1997), Quy chế bệnh viện, Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19/09/1997
4. **Bộ Y tế** (1996), Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế, Quyết định số 2088/BYT-QĐ ngày 06/11 năm (2004) Quản lý công tác chăm sóc toàn diện, Quản lý bệnh viện, nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế** (2004), "Các mô hình phân công chăm sóc, tài liệu quản lý điều dưỡng", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội.
6. **Bộ Y tế** (2021), Thông tư 31/2021/TT-BYT, "Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, ngày 28/12/2021".

7. Wayne, Wayne Katon (2012), Team Care Improves Outcomes, Cuts Costs for Patients With Both Depression and Diabetes, accessed, from

<https://newsatjama.jama.com/2012/05/07/author-insights-team-care-improvesoutcomes-cuts-costs-for-patients-with-both-depression-and-diabetes>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở BỆNH NHÂN SAU GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Cao Thị Như¹, Nghiêm Trung Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận (2) Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi sau ghép thận ở nhóm BN trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 116 trường hợp viêm phổi sau ghép thận tính đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** Thời điểm khởi phát viêm phổi sau ghép thận trung bình là $28,54 \pm 24,11$ tháng. Phác đồ ức chế miễn dịch duy trì ở nhóm BN chủ yếu là steroid + Tacrolimus + MMF/MPA (92,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt (62,1%), ho đờm (51,7%), khó thở (25,9%). Bệnh nhân được điều trị bằng 1 loại kháng sinh (47,4%) hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh (43,1%) với nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là carbapenem (83,2%) và quinolon (49,5%). Số ngày điều trị nội trú trung bình là $16,99 \pm 9,12$ ngày với kết quả điều trị khỏi, ra viện lên đến 84,5%, chuyển tuyến (13,8%). **Kết luận:** viêm phổi là biến chứng thường gặp ở BN sau ghép thận và có nguy cơ diễn biến nặng nguy kịch nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** ghép thận, viêm phổi

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT FOR PNEUMONITIS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANT AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: (1) Describe the clinical and subclinical characteristics of pneumonia in patients after kidney transplantation. (2) Evaluate the results of treatment for pneumonia after kidney transplantation in this group of patients. **Subjects and methods:** a cross-sectional description of 116 patients who suffer from pneumonia after kidney transplantation until July 2022. **Result:** The mean time of onset of pneumonia after the kidney transplant was 28.54 ± 24.11 months. The immunosuppressive therapy being maintained is mainly Steroid + Tacrolimus + MMF/MPA (92.2%). Common clinical symptoms are fever (62.1%), cough with sputum (51.7%), and shortness of breath (25.9%). Patients were treated with 1 antibiotic (47.4%) or a combination of 2 antibiotics (43.1%)

with the most commonly used antibiotics being carbapenems (83.2%) and quinolone (49.5%). The average number of days of inpatient treatment was 16.99 ± 9.12 days with the results of cure, hospital discharge up to 84.5%, and referral (13.8%). **Conclusion:** Pneumonia is a common complication in patients after kidney transplant and is at risk of serious complications if not detected early and treated promptly. **Keywords:** kidney transplant, pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận mang lại cuộc sống mới cho những người bệnh mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Tuy nhiên, những bệnh nhân (BN) ghép thận cũng đối mặt với nhiều nguy cơ xuất hiện sau ghép, trong đó viêm phổi là một trong những biến chứng nhiễm trùng thường gặp và có nguy cơ diễn biến xấu ảnh hưởng đến tính mạng BN. Theo thống kê hiện nay tỷ lệ BN ghép thận mắc viêm phổi dao động từ 8,8 – 20,1%⁽¹⁾. Các báo cáo cũng cho thấy viêm phổi ảnh hưởng lớn đến đời sống mảnh ghép và làm gia tăng tỷ lệ tử vong nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Việc phát hiện điều trị viêm phổi sau ghép trở nên khó khăn hơn rất nhiều do tình trạng sử dụng thuốc ức chế miễn dịch lâu dài làm cho BN dễ mắc hơn, bệnh diễn biến phức tạp, có thể không điển hình, nguy cơ nặng diễn biến nhanh và trở nên nguy kịch.

Tại Bệnh viện Bạch Mai tính đến tháng 7 năm 2022 chúng tôi đã ghép thận cho 410 trường hợp tuy nhiên hiện có rất ít số liệu về viêm phổi sau ghép. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận tại Bệnh viện Bạch Mai" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép thận tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu-Bệnh viện Bạch Mai
2. Đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: trong số 410 BN sau ghép thận theo dõi ngoại trú tại TT thận tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai, chúng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: ngiemtrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023