

của chúng tôi ít và tỉ lệ bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật trong nghiên cứu chiếm đa số so với phần còn lại nên xảy ra sự khác biệt này.

Bảng 5. Kết quả nghiên cứu về phân loại giai đoạn UTP KTBN của một số tác giả trên PET/CT [6]

Tác giả	Samuen K. n=552 (%)	L.S.Sam n=50 (%)	M.T. Khoa n=50 (%)	Chúng tôi n=60 (%)
I	62	8	14	33,33
II	19	26	14	15
III	22,8	58	26	31,67
IV	1,2	4	46	20

Sau chụp PET/CT có 20 BN (33,33%) thay đổi quyết định điều trị. trong đó có 36 BN (60%) còn khả năng phẫu thuật, 12 (20%) BN giai đoạn IIIB+IIIC điều trị hóa chất + xạ trị, có 12 (20%) BN giai đoạn IV phải điều trị bằng liệu pháp toàn thân. Như vậy PET/CT là kỹ thuật chụp hình chuyển hóa, quét toàn thân giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh chính xác, có ý nghĩa quyết định trong việc áp dụng các phương pháp điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Chẩn đoán giai đoạn T giữa CLVT và PET/CT có sự tương đồng rất cao với hệ số kappa= 0,78.

- Chẩn đoán giai đoạn N và M giữa CLVT và PET/CT tương đồng yếu với hệ số kappa lần lượt là 0,38 và 0,26.

- Có 24 BN (40%) tăng giai đoạn sau chụp PET/CT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- FangFang Chao and Hong Zhang** (2012) PET/CT in the Staging of the Non-Small-Cell Lung Cancer. Journal of Biomedicine and Biotechnology.2012:783739.
- Sung Shine Shim. et al.** (2015) Non-Small Cell Lung Cancer: Prospective Comparison of Integrated FDG PET/CT and CT Alone for Preoperative Staging. Radiology.;236(3):1011-9.
- W. De Wever, S. Stroobants, J. Coolen and J.A. Verschakelen** (2009) Integrated PET/CT in the staging of nonsmall cell lung cancer: technical aspects and clinical integration. European Respiratory Journal.;33(1):201-12.
- Dwamena BA, Sonnad SS, Angobaldo JO, Wahl RL.** (1999) Metastases from non-small cell lung cancer: mediastinal staging in the 1990s--meta-analytic comparison of PET and CT. Radiology. 1999 Nov;213(2):530-6.
- Daniel Morgensztern. et al.** (2010) Trends in Stage Distribution for Patients with Non-small Cell Lung Cancer A National Cancer Database Survey. Journal of Thoracic Oncology.5(1):29-33.
- Daniel Morgensztern. et al.** (2010) Trends in Stage Distribution for Patients with Non-small Cell Lung Cancer A National Cancer Database Survey. Journal of Thoracic Oncology.5(1):29-33.

CHẤT LƯỢNG XỬ TRÍ ĐỘT QUY NÃO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG VƯƠNG NĂM 2023

Vương Quang Minh^{1,2}, Hoàng Thị Hoài¹, Lê Minh Thi²

TÓM TẮT

Mở đầu: Đột quy là là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 2 trên thế giới sau bệnh tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng tàn tật nghiêm trọng. Để giúp ích cho việc cải thiện chất lượng, tăng khả năng phục hồi của người bệnh, nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát chất lượng xử trí đột quy não ở cấp độ lâm sàng tại Bệnh viện (BV) Trưng Vương từ tháng 06-08 năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Thực hiện khảo sát 151 người bệnh (NB) qua việc hồi cứu hồ sơ bệnh án kết hợp quan sát và ghi nhận theo

một phiếu khảo sát soạn sẵn. Đánh giá chất lượng xử trí đột quy qua 10 tiêu chuẩn chất lượng ở cấp độ lâm sàng trong các tiêu chuẩn chất lượng xử trí đột quy não ở Việt Nam theo Quyết định số 86/QĐ-KCB ngày 15/7/2014 của Bộ Y tế. **Kết quả:** Tỷ lệ NB được đáp ứng đạt cả 10 tiêu chuẩn lâm sàng về xử trí đột quy não là 72,2% và không đạt là 27,8%. Các tiêu chuẩn 1 (NB được được chăm sóc y tế do các nhân viên y tế "bao gồm cả bác sĩ và điều dưỡng chăm sóc" đã được huấn luyện chuyên môn, xử trí đột quy não cấp, bao gồm các chuyên khoa như hồi sức cấp cứu, thần kinh, đa khoa và phục hồi chức năng), tiêu chuẩn 3 (chẩn đoán và điều trị trong vòng 24 giờ, được điều trị ngay bằng Aspirin), và tiêu chuẩn 7 (NB được vận động sớm và giúp đỡ ngồi dậy ngay khi họ tỉnh) đều đạt được 100%, tiêu chuẩn 2 (NB được chụp cắt lớp vi tính sọ não trong vòng 1-24 giờ) đạt được là 99,3%, các tiêu chuẩn 4 (NB được đánh giá tình trạng và xử trí tại Đơn vị đột quy não), tiêu chuẩn 9 (NB và người nhà được đánh giá và cung cấp thông tin), tiêu chuẩn 10 (NB sau đột quy não được kê thuốc phù hợp để

¹Bệnh viện Trưng Vương

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Thi

Email: lmt@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

giảm nguy cơ đột quỵ não) đạt được là 98,7%, các tiêu chuẩn 6 (NB khi vào viện được chuyển thẳng ngay vào Đơn vị đột quỵ não chuyên khoa, được đánh giá và được điều trị tiêu huyết khối trong vòng 4,5 giờ sau khởi phát đột quỵ não nếu có chỉ định), tiêu chuẩn 8 (NB được chuyên gia đánh giá chức năng nuốt trong vòng 4 giờ sau khi nhập viện, trước khi chỉ định cho ăn qua đường miệng, truyền dịch, hoặc dùng thuốc và có kế hoạch cung cấp đủ dinh dưỡng), tiêu chuẩn 8 (NB được đánh giá chức năng nuốt trong vòng 4 giờ sau khi nhập viện) đạt được là 98,0%. Tiêu chuẩn 5 (NB được điều trị với sự tôn trọng nhân phẩm và sự riêng tư có tỷ lệ đạt thấp nhất với 74,2%. **Kết luận:** BV cần cải thiện việc đảm bảo sự riêng tư và điều kiện vệ sinh, trong đó chú ý đảm bảo các giường bệnh cần có đầy đủ rèm che và điều kiện vệ sinh cần thiết và cần được bổ sung thêm số lượng điều dưỡng nhằm thực hiện chăm sóc tốt cho người bệnh đột quỵ.

Từ khóa: chất lượng, xử trí đột quỵ não, bệnh viện Trưng Vương.

SUMMARY

QUALITY OF STROKE TREATMENT AT TRUNG VUONG HOSPITAL IN 2023

Introduction: Stroke is the second leading cause of death in the world after cardiovascular disease and is the leading cause of serious disability. To help improve quality and increase patients' recovery, this study is to survey the quality of stroke treatment at the clinical level at Trung Vuong Hospital from June to August, 2023. **Methods:** Designing a descriptive cross-sectional research. Conducting a survey of 151 patients through retrospective medical records combined with observation and recording according to a pre-prepared survey form. Assessing the quality of stroke treatment through 10 clinical-level standards in the quality standards of stroke treatment in Vietnam according to Decision No. 86/QĐ-KCB dated July 15, 2014 of the Ministry of Health. **Results:** The proportion of patients who met all 10 clinical standards for stroke treatment was 72.2%, while 27.8% did not meet the standards. Standards 1, 3 and 7 all achieved 100%, standard 2 achieved 99.3%, standards 4, 9, 10 achieved 98.7%, standards 3, 8, 9 achieved 98.0%. Standard 5 has the lowest passed rate with 74.2%. **Conclusions:** The hospital needs to improve privacy and hygiene standards, particularly by ensuring that patient beds are equipped with adequate curtains and essential sanitary conditions—and needs to supplement the number of nursing staff in order to provide good care for stroke patients. **Keywords:** quality, stroke treatment, Trung Vuong hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một hội chứng lâm sàng tiến triển nhanh chóng của rối loạn chức năng não cục bộ hoặc toàn thể [7], đây là bệnh lý mạch máu não nguy hiểm và phổ biến nhất hiện nay bởi nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 2 trên thế giới sau bệnh tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng khuyết tật nghiêm trọng [9, 10]. Tại

Việt Nam, đột quỵ là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam (21,7%) với tỷ lệ tử vong hàng năm là 150.000, tỷ lệ hiện mắc đột quỵ não hiện nay đang ở mức khá cao, đột quỵ não là 1 trong 10 bệnh gây tử vong cao nhất [2-4]. Bệnh điều trị khó khăn, chi phí điều trị cao để lại nhiều di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt của người bệnh tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội [6]. Việc nhận biết sớm, thực hiện và đảm bảo chất lượng xử trí, tái thông mạch máu sớm có ý nghĩa lớn trong việc giảm tỷ lệ tử vong và gánh nặng do đột quỵ gây ra [8].

Bệnh viện (BV) Trưng Vương là BV hạng I của Thành phố Hồ Chí Minh, hoạt động xử trí và điều trị đột quỵ còn có một số hạn chế nhất định, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về chất lượng về xử trí đột quỵ não tại BV này, trong bối cảnh tổ chức ANGELS chuẩn bị tiến hành thẩm định nhằm dự kiến cấp chứng nhận tiêu chuẩn Vàng trong xử trí đột quỵ não. Để giúp ích cho việc cải thiện chất lượng, tăng khả năng phục hồi của người bệnh và cung cấp bằng chứng cho việc thẩm định chất lượng xử trí đột quỵ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát chất lượng xử trí đột quỵ não ở cấp độ lâm sàng tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 06 đến tháng 08 năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 151 hồ sơ bệnh án của người bệnh (NB) được chọn thuận tiện với chẩn đoán bệnh chính là đột quỵ thiếu máu não giai đoạn cấp (bao gồm cả TIA, minor stroke, đột quỵ nhồi máu não) và xuất huyết trong nhu mô não (mã số ICD-10 là I60-I69), tại khoa Thần kinh, BV Trưng Vương, TP. Hồ Chí Minh từ tháng 06 - 08 năm 2023.

Phương pháp thu thập số liệu. Hồi cứu các thông tin trên hồ sơ bệnh án, kết hợp quan sát đánh giá và ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu thứ cấp đã được soạn thảo sẵn. Thu thập số liệu được thực hiện bởi 2 bác sĩ chuyên khoa về nội thần kinh tại BV.

Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng xử trí đột quỵ. Đánh giá chất lượng xử trí đột quỵ theo 10 tiêu chuẩn chất lượng ở cấp độ lâm sàng trong các tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ áp dụng thí điểm trong các bệnh viện ở Việt Nam [1]. Theo quyết định 86/QĐ-KCB ngày 15 tháng 7 năm 2014 của Cục trưởng Cục quản lý khám chữa bệnh – Bộ Y Tế.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được

thu thập, nhập liệu và quản lý bằng phần mềm Excel, các phép tính thống kê thông thường được sử dụng để tính số lượng, tỷ lệ phần trăm (%). Kết quả phân tích được trình bày trong các bảng và biểu đồ phù hợp.

Vấn đề đạo đức của nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi được sự cho phép thực hiện bởi BV Trưng Vương và được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y tế công cộng theo Quyết định số 305/2003/YTCC-HD3 ngày 01/06/2023 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ người bệnh giới tính nam cao hơn giới tính nữ (61,6% so với 38,4%). Đa số là ≥ 60 tuổi với 62,3%, có 17,9% người bệnh dưới 50 tuổi. Hầu hết (95,4%) là dân tộc Kinh, đa số cư trú tại TP.HCM với 70,2% trong khi cũng có nhiều người bệnh đến từ tỉnh thành khác (24,5%). Về học vấn, tỷ lệ trình độ dưới tiểu học/tiểu học là cao nhất với 46,4%, tiếp đến là THCS là 24,5%, THPT là 21,9% và trên THPT là 7,3%. Về nghề nghiệp, tỷ lệ già/hưu trí cao nhất là 42,6%, tiếp đến nghề tự do là 27,8%, nội trợ là 15,9%, cán bộ nhân viên chiếm 4,0% và nghề khác là 9,9%.

Bảng 1. Các triệu chứng khi khởi phát (theo nhóm dấu hiệu phát hiện sớm đột quỵ não – BEFAST)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nói khó	105	69,5
Yếu tay chân	103	68,2
Lệch mắt	78	51,7
Nhìn mờ	15	9,9
Choáng váng/mất thăng bằng	97	64,2
Khác	21	13,9

Các triệu chứng nói khó; yếu chân tay; cảm giác choáng váng – mất thăng bằng là các triệu chứng hay gặp nhất gặp trong đa số các trường hợp mắc đột quỵ não (trên 60%).

Bảng 2. Phân bố các triệu chứng được thăm khám ở giai đoạn toàn phát

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Chóng mặt	46	30,5
Đau đầu	63	41,7
Liệt mắt	93	61,6
Nhìn mờ	15	9,9
RL cảm giác	67	44,4
Nôn/buồn nôn	48	31,8
Liệt vận động	125	82,8
RL ngôn ngữ	88	58,3
RL ý thức	77	51,0
RL cơ tròn	36	23,8
Co giật	3	2,0

Triệu chứng liệt vận động là triệu chứng được khám thấy nhiều nhất, gặp ở 82,8%. Các triệu chứng khác cũng thường gặp ở đa số (trên 50%) các bệnh nhân bao gồm: Liệt mắt (61,6%), rối loạn ngôn ngữ (58,3%) và rối loạn ý thức (51,0%).

Bảng 3. Phân bố người bệnh theo hoàn cảnh và thời gian tới viện

Thời gian tới viện (thời gian phát hiện với đột quỵ nội viện) từ khi khởi phát	0h – 4,5 giờ	>4,5 – 12 giờ	> 12 giờ	Tổng
Đột quỵ tự đến	19 (18,1%)	30 (28,6%)	56 (46,3%)	105 (100%)
BN chuyển tuyến đến	8 (17,4%)	25 (54,3%)	13 (28,3%)	46 (100%)
Tổng	27 (17,9%)	55 (36,4%)	69 (45,7%)	151 (100%)

Trong 151 người bệnh, có 46 người bệnh được chuyển viện đến (chiếm 30,6%) và 105 trường hợp tự đến (chiếm 69,4%). Trong 105 trường hợp tự đến, đa số đến viện sau >12 giờ kể từ khi khởi phát bệnh với 46,3%, tiếp đến là đến viện sau 4,5-12 giờ với 28,6% và tỷ lệ đến viện sau (0-4,5) giờ là nhỏ nhất với 18,1%. Ở nhóm được chuyển viện tới có sự khác biệt, đa

số là đến viện sau (4,5-12) giờ kể từ lúc khởi phát bệnh với 54,3%, tiếp đến là đến viện sau hơn 12 giờ với 28,3% và cuối cùng là đến viện sau (0-4,5) giờ là 17,4%. Tổng hợp lại, số người bệnh đến bệnh viện Trưng Vương sau hơn 12 giờ là cao nhất với 45,7%, tiếp đến là từ 4,5-12 giờ với 36,4% và sau (0-4,5) giờ là nhỏ nhất với 17,9%.

Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh đột quỵ được đáp ứng theo 10 tiêu chí về lâm sàng (xử trí, điều trị hỗ trợ và phục hồi chức năng)

Nội dung	Đạt tiêu chuẩn chất lượng	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiêu chuẩn 1 NB được chăm sóc do nhân viên y tế được huấn luyện	151	100
Tiêu chuẩn 2 Chụp sọ não đúng thời gian quy định	150	99,3

Tiêu chuẩn 3	NB được coi là cấp cứu y khoa và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa	148	98,0
Tiêu chuẩn 4	NB được đánh giá tại đơn vị đột quy não chuyên khoa và có kế hoạch phục hồi chức năng	149	98,7
Tiêu chuẩn 5	NB được điều trị với sự tôn trọng nhân phẩm và sự riêng tư	112	74,2
Tiêu chuẩn 6	NB được chuyển thẳng vào đơn vị đột quy và được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết	142	94,0
Tiêu chuẩn 7	Người bệnh được vận động sớm	151	100
Tiêu chuẩn 8	Người bệnh được đánh giá chức năng nuốt và cung cấp dinh dưỡng	148	98,0
Tiêu chuẩn 9	Người bệnh, thân nhân được đánh giá và cung cấp thông tin về yếu tố nguy cơ	149	98,7
Tiêu chuẩn 10	NB được kê thuốc giảm nguy cơ đột quy não tái phát sau này	149	98,7
Đáp ứng chung cả 10 tiêu chuẩn		109	72,2

IV. BÀN LUẬN

Các triệu chứng khởi phát gặp nhiều nhất bao gồm nói khó, yếu chân tay và choáng váng mắt thẳng bằng đều gặp ở đa số người bệnh. NB có biểu hiện liệt mặt thường than phiền báo cáo rằng mình cũng có cảm giác khó nói, khó nuốt và những trường hợp yếu chân tay cũng thường than phiền khởi đầu của đột quy não là cảm giác mất thăng bằng, đi lại khó, choáng váng. Ở giai đoạn toàn phát, triệu chứng liệt vận động là triệu chứng được khám thấy nhiều nhất, gặp ở 82,8%. Các triệu chứng khác cũng thường gặp ở đa số (trên 50%) các bệnh nhân bao gồm: liệt mặt (61,6%), rối loạn ngôn ngữ (58,3%), rối loạn ý thức (51,0%). Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả, tổn thương chủ yếu thuộc hệ tuần hoàn trước (một phần hay toàn bộ), nên các triệu chứng biểu hiện tương ứng với vùng chức năng bị tổn thương [5].

Về hoàn cảnh đến viện, kết quả thấy rằng tổng số NB đến viện trong cửa sổ còn khả năng can thiệp (trước 12 tiếng) là 54,3%, trong đó giai đoạn sớm là 0-4,5 giờ với 17,9%. Những NB này đều có khả năng được can thiệp tái tưới máu. Khi so sánh hoàn cảnh đến viện giữa nhóm được chuyển viện đến với nhóm tự đến, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ đến viện trong thời gian cửa sổ ở nhóm được chuyển đến từ cơ sở y tế tuyến dưới là cao hơn so với nhóm tự đến, bởi vì ở nhóm chuyển viện đến có thể được chẩn đoán và nhận thức về tình trạng sức khỏe của họ từ các cơ sở y tế tuyến dưới. Điều này có thể đồng nghĩa với việc họ sớm nhận biết triệu chứng đột quy và nhận thức về tính khẩn cấp của việc đến viện.

Chất lượng xử trí đột quy não ở cấp độ lâm sàng chung: tỷ lệ NB được đáp ứng đạt cả 10 tiêu chuẩn lâm sàng là 72,2%, không đạt là 27,8%. Chỉ có 3 tiêu chuẩn là 1, 3 và 7 đạt được 100%. So sánh với tác giả Chu Văn Vinh tại bệnh

viện Việt Đức [5], thì kết quả nghiên cứu này thấp hơn, bởi vì trong nghiên cứu tại BV Việt Đức, tỷ lệ người bệnh được đáp ứng cả 10 tiêu chuẩn là 83,3% và số tiêu chuẩn đạt 100% cao hơn (Các tiêu chuẩn số 1,2, 3,5,6,7,8,9,10 được thực hiện đạt tỷ lệ 100%). Cũng có thể giải thích rằng BV Việt Đức là BV hạng đặc biệt, có đầy đủ các yếu tố về nhân lực, cơ sở vật chất trang thiết bị tốt hơn. Tuy nhiên nghiên cứu của Chu Văn Vinh khảo sát trên một cỡ mẫu nhỏ (42 người bệnh), tính đại diện chưa cao.

Điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này là có 9 tiêu chuẩn mà tỷ lệ đáp ứng đạt là trên 98% trong khi chỉ tiêu chuẩn 5: NB được điều trị với sự tôn trọng nhân phẩm và sự riêng tư là thấp nhất với 74,2%. Điều đó là rất tiếc bởi vì nhiều người bệnh không đạt được cả 10 tiêu chuẩn về lâm sàng chỉ vì do không đạt được một tiêu chí khá dễ thực hiện. Do đó, khoa Thần kinh cần cải thiện tình trạng về phòng bệnh, buồng bệnh đảm bảo sự riêng tư cho bệnh nhân, các giường bệnh cần có đầy đủ rèm che và các tiện ích cần thiết. Ngoài ra, cũng cần bảo đảm nguồn lực và hướng dẫn điều trị cho các bệnh viện để duy trì vệ sinh, được chăm sóc để ngăn ngừa và xử trí loét do tỳ đè.

Xét riêng theo từng tiêu chuẩn, một số tiêu chuẩn chưa đạt được ở 100% NB, ví dụ tiêu chuẩn 2 (người bệnh được chụp sọ não đúng thời gian) có một vài trường hợp không đạt vì quan đến sự cố hư hỏng máy móc. Tiêu chuẩn 3, vẫn có 2,0% không đạt vì bác sĩ không chỉ định sử dụng aspirin ngay do thiếu thuốc trong một vài trường hợp. Tiêu chuẩn 4 có vài trường hợp bệnh nhẹ điều dưỡng chưa lập kế hoạch chăm sóc phục hồi chức năng đúng thời gian. Tiêu chuẩn 5 có tới 25,8% chưa được đảm bảo phòng riêng, giường bệnh có rèm che đầy đủ và một số trường hợp chưa được đảm bảo vệ sinh, chăm sóc chu đáo, tôn trọng, đặc biệt là các bệnh

nhân nặng được xoay trở, vỗ lưng mỗi 02 giờ để phòng ngừa các biến chứng như loét, ứ đọng đờm dãi, dẫn đến khả năng viêm phổi cao. Tiêu chuẩn 6 có 4 trường hợp (2,6%) không được chuyển vào Đơn vị đột quy ngay và 5 trường hợp (3,3%) không được cho điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết trong vòng 4,5 giờ. Khác với nghiên cứu của Chu Văn Vinh, 100% người bệnh đột quy vào viện trong vòng 4,5 giờ tại đều được điều trị tái tưới máu khi có chỉ định [5].

Tiêu chuẩn 8 có 3 trường hợp (2,0%) không có kế hoạch cung cấp đủ dinh dưỡng theo quy định. Đây có thể là các trường hợp bác sĩ ghi thiếu y lệnh hoặc điều dưỡng chưa có bản kế hoạch cung cấp dinh dưỡng kẹp vào hồ sơ bệnh án. Tiêu chuẩn 10 có 2 trường hợp không được kê đơn hợp lý để dự phòng nguy cơ tái phát (dự phòng cấp 2). Vài trường hợp bác sĩ chỉ định thuốc không hợp lý do chưa tính đến tương tác thuốc, tuy đúng loại thuốc nhưng chưa thực sự phù hợp trên bệnh nhân đặc biệt. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Chu Văn Vinh, trong số 42 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu, 07 bệnh nhân có diễn biến nặng và kết cục xấu không được kê đơn thuốc phù hợp điều trị đột quy não và kiểm soát các nguy cơ để giảm nguy cơ tái phát sau này [5].

Cuối cùng, nghiên cứu này có một số hạn chế đó là thực hiện hồi cứu hồ sơ bệnh án, bởi vì một số tiêu chuẩn khó có thể đánh giá chính xác chỉ dựa trên ghi chép từ hồ sơ bệnh án như tiêu chuẩn 5 và 9. Đối với tiêu chuẩn về tư vấn cho người bệnh và thân nhân, mặc dù trên hồ sơ bệnh án có đầy đủ ghi chép về việc tư vấn này, tuy nhiên không thể đảm bảo chính xác được rằng nhân viên y tế có thực sự tư vấn cho người bệnh, thân nhân người bệnh hay không, vì thực tế thấy rằng các điều dưỡng thường làm cho hồ sơ bệnh án đầy đủ các thành phần mà đôi khi thực tế họ không thực hiện. Tiếp đến, việc hồi cứu bệnh án dựa trên những quy định về tiêu chuẩn chất lượng lâm sàng trong xử trí đột quy não nên có thể gặp sai số, do phụ thuộc vào chuyên môn của điều tra viên thu thập số liệu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chúng tôi đã cố gắng mời 2 điều tra viên là bác sĩ chuyên khoa, có kinh nghiệm trong khám và điều trị đột quy não (bác sĩ chuyên khoa cấp I tại khoa Thần kinh của BV Trưng Vương) để khắc phục những hạn chế về chuyên môn. Chất lượng xử trí đột quy não là một chủ đề khá rộng mà trong nghiên cứu này chưa đi sâu phân tích một cách chi tiết hơn

từ tiêu chí, đặc biệt đối với các tiêu chí về phục hồi chức năng cho người bệnh sau xử trí đột quy. Ngoài ra, những xử trí của người bệnh hoặc gia đình người bệnh trước khi vào viện cũng chưa được làm rõ. Vậy các nghiên cứu tiếp theo cần làm rõ hơn những vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh được đáp ứng đạt cả 10 tiêu chuẩn lâm sàng về xử trí đột quy não là 72,2%, không đạt là 27,8%. Các tiêu chuẩn 1, 3 và 7 đều đạt được 100%, tiêu chuẩn 2 đạt là 99,3%, các tiêu chuẩn 4, 9, 10 đạt là 98,7%, các tiêu chuẩn 3, 8, 9 đạt là 98,0%. Tiêu chuẩn 5 có tỷ lệ đạt thấp nhất với 74,2%. Bệnh viện cần cải thiện việc đảm bảo sự riêng tư và điều kiện vệ sinh, trong đó chú ý đảm bảo các giường bệnh cần có đầy đủ rèm che và điều kiện vệ sinh cần thiết, cần được bổ sung thêm số lượng điều dưỡng nhằm thực hiện chăm sóc tốt cho người bệnh đột quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014). Tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quy thí điểm trong bệnh viện ở Việt Nam (Ban hành kèm theo Quyết định số 86/QĐ-KCB ngày 15 tháng 7 năm 2014 của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh, Bộ Y tế).
2. **Bộ Y tế** (2015). Tóm tắt số liệu thống kê y tế, NXB Y học, 16.
3. **Bộ Y tế** (2018). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy.
4. **Lê Thị Hương, Dương Thị Phượng, Lê Thị Tài, et al.** (2016) "Tỷ lệ mắc đột quy tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013 -2014 và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Nghiên cứu y học, 104 (6), 1-8.
5. **Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quy não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quy thiếu máu não tại Bệnh viện Việt Đức, Hội Thần kinh học Việt Nam.
6. **Bath P.M., Lee H.S., Everton L.F.** (2018). "Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke". Cochrane Database Syst Rev, 10, 9-18.
7. **Hatano S.** (1976). "Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report". Bulletin of the World Health Organization, 54 (5), 541.
8. **Herpich F., Rincon F.** (2020). "Management of acute ischemic stroke". Critical care medicine, 48 (11), 1654.
9. **Lindsay P., Furie K.L., Davis S.M., et al.** (2014). "World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan". Int J Stroke, 9 Suppl A100, 4-13.
10. **World Health Organization** (2014). Global status report on noncommunicable diseases