ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ PHÙ HỢP TRONG CHẨN ĐÓAN GIỮA KHOA CẤP CỨU VÀ KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Ngọc Trung[1], Nguyễn Văn Sinh[1] và Nguyễn Ngọc Rạng[2]
[1] Khoa Hồi sức tích cực [2] Hội đồng KHCN, Bệnh viện An giang

TÓM TẮT:

***Mục tiêu**: 1. Xác định mức độ phù hợp trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh từ khoa Cấp cứu (KCC) tới khoa Hồi sức Tích cực (KHSTC) 2. Để nâng cao chất lượng lọc bệnh của KCC. **Đối tượng:** Gồm 201 bệnh nhân chuyển từ KCC tới KHSTC bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2010. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Chẩn đoán phù hợp chiếm tỷ lệ 68,7%, các nhóm bệnh thường chẩn đóan sai thường gặp là hô hấp (39,4%), tiêu hóa (36,2%); Xử trí phù hợp chiếm tỷ lệ 86,1%; các xử trí không phù hợp là truyền dịch chậm trong bệnh nhân sốc, cho kháng sinh không cần thiết, không ghi y lệnh tư thế bệnh nhân. Chuyển bệnh phù hợp chiếm tỷ lệ 90,5%; lý do chuyển không phù hợp thường gặp là CTSN, TBMMN, bệnh nội tiết (13,6%), và các bệnh đường tiêu hóa (12,8%). **Kết luận và kiến nghị**: Bước đầu đánh giá mức độ phù hợp trong chẩn đoán giữa KCC và KHSTC bệnh viện ĐKTT An Giang chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh phù hợp chiếm tỷ lệ theo thứ tự là 68,7%; 86,1% và 90,5%. Cần đào tạo các kỹ năng hồi sức cấp cứu cho các bác sĩ và y tá mới của khoa Cấp cứu là cần thiết. Bác sĩ mới tốt nghiệp nên làm việc tại ICU ít nhất 6 tháng trước khi vào làm việc tại khoa Cấp cứu.*

Abstract

***Objectives**: (1) To determine the appropriate rate of diagnosis, managing and transferring the patients between Emergency department (ED) and Intensive care unit (ICU). (2) To improve the quality of triage for ED. **Subjects**: 201 patients were transferred from ED to ICU of An Giang General hospital from July to August 2010. **Methods**: cross-sectional study. **Results**: Right diagnostic accounted for 68,7%. The group of diseases often misdiagnosed with high rate were respiratory diseases (39.4%), gastrointestinal disease (36.2%). Eighty-six percent patients were appropriately managed at ED. However, some initial managements at ED were inappropriate such as slow infusion for shock patients, using antibiotics unnecessarily, no patient position prescribed ... 90.5% patients were transfer appropriately. Some kind of diseases were inappropriately transferred to ICU with high rate being trauma, stroke, endocrinological diseases (13.6%), and gastrointestinal diseases (12.8%). **Conclusions and recommendations :** Initial evaluation of the relevance of diagnosis between ED and ICU of An Giang General hospital, we draw the followings: The suitability of diagnosis, initial treatment and transferring patients was 68.7%, 86.1% and 90.5% respectively. Training the*

emergency skills for new doctors and nurses of ED is necessary. Newly-graduated doctors should work at ICU at least 6 months before entering to work at ED of the hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Qua khảo sát hoạt động tại khoa Cấp cứu (KCC) và khoa Hồi sức Tích cực (KHSTC) Bệnh viện ĐKTT An Giang, chúng tôi nhận thấy việc phản hồi các thông tin về kết quả chẩn đoán và điều trị đối với các bệnh nhân được chuyển từ KCC tới KHSTC rất cần thiết. Việc phân tích này sẽ giúp tìm hiểu những yếu tố gây nên sự thiếu chính xác trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh của KCC. Trên cơ sở đó sẽ có những can thiệp thích hợp nhằm từng bước nâng cao chất lượng lọc bệnh của KCC. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. Xác định mức độ phù hợp trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh từ KCC tới KHSTC bệnh viện ĐKTT An Giang.
2. Trên kết quả thu được có một số can thiệp thích hợp nhằm nâng cao chất lượng lọc bệnh của KCC.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 201 bệnh nhân chuyển từ KCC tới KHSTC bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2010.

- Chẩn đoán theo mã ICD-10

2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang

3. Nội dung nghiên cứu

- Ghi nhận các biến số bao gồm: tuổi, giới, chẩn đoán tại KCC và HSTC, thời gian (nhập viện, chuyển khoa), sinh hiệu, xử trí ban đầu, xét nghiệm có giá trị chẩn đoán, kết cục điều trị.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16

KẾT QUẢ:

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

- Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 201 bệnh nhân

- Đặc điểm chung

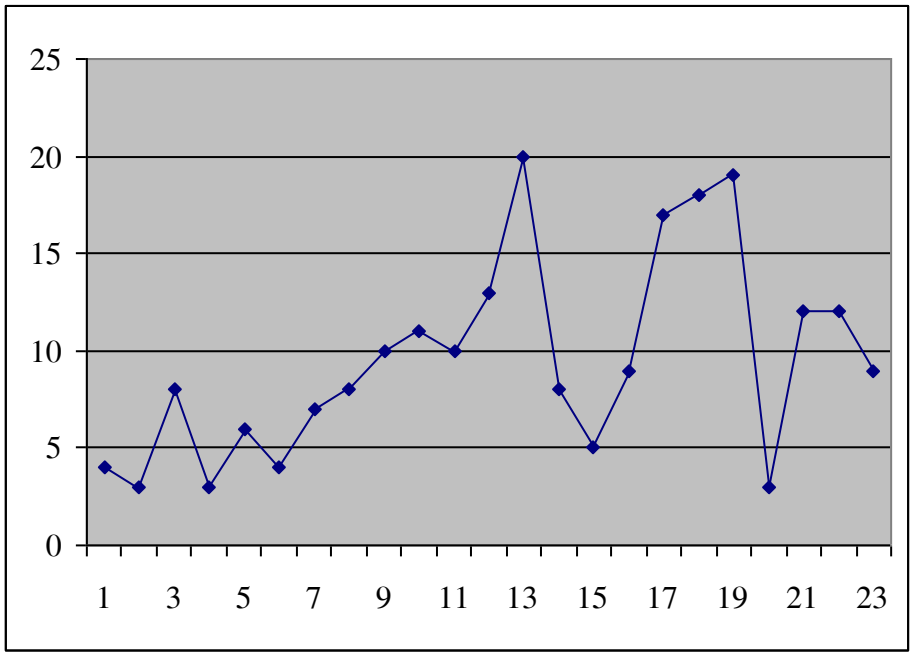
+ Tuổi: 60,46 ± 19,26 (17-116), tuổi gặp nhiều nhất là 50-80 tuổi

+ Giới nam gồm 123 bệnh nhân (61,2%)

2. Đặc điểm xử trí tại khoa cấp cứu

2.1. Thời gian lưu lại trung bình tại khoa Cấp cứu: 50,7 ± 40,3 phút

2.2. Thời gian nhập viện trong ngày



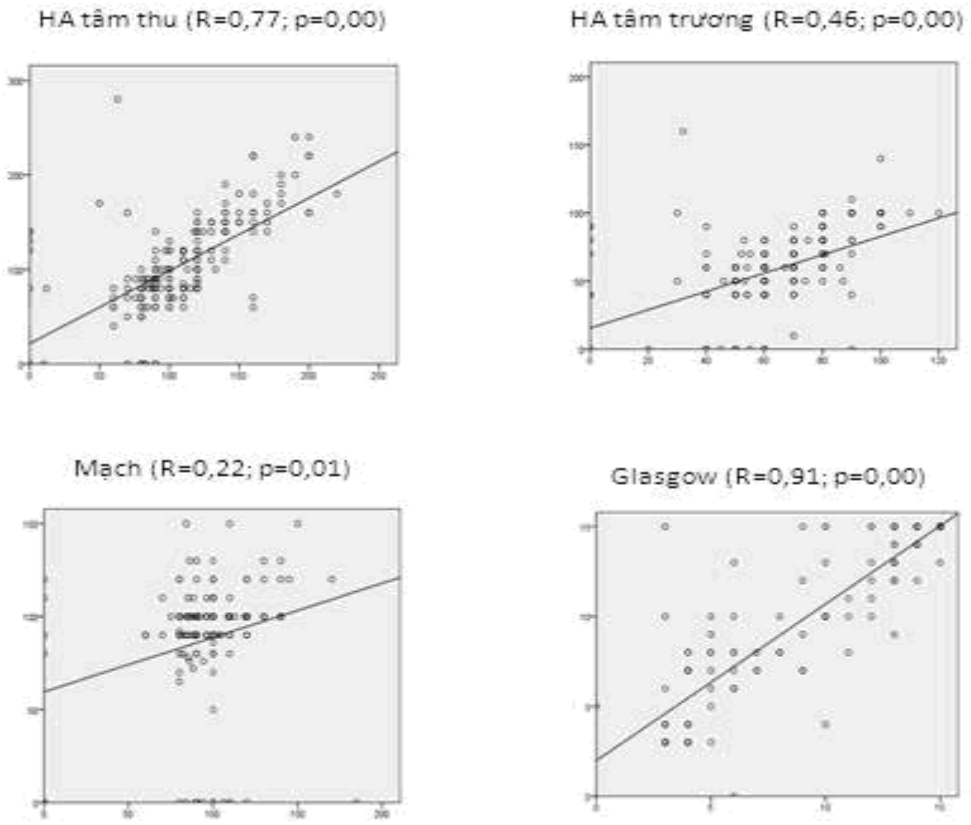
Biểu đồ 1: Số lượng bệnh nhập viện theo thời gian trong ngày

Nhận xét:

- Lượng bệnh nhập viện cao nhất từ 8 giờ đến 13 giờ (cao nhất 13 giờ)
- Lượng bệnh nhập viện thấp nhất trong ngày lúc 1 giờ, 3 giờ và 20 giờ

2.3. Mối tương quan giữa huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HHTTr), mạch (M) và Glasgow giữa KCC và KHSTC

- HATT trung bình của KCC là 103 ± 49mmHg, KHSTC 106 ± 39 mmHg (p>0,05).
- HATTr trung bình của KCC là 59 ± 30mmHg, KHSTC 64 ± 20 mmHg (p=0,03).
- Mạch trung bình của KCC là 87 ± 33 lần/phút, KHSTC là 95± 25 lần/phút (p=0,00).
- Điểm Glasgow của KCC là 11,8 ± 4,3 đ; KHSTC là 11,3 ± 4,5 (p=0,29).



Biểu đồ 2: Mối tương quan giữa HATT, HHTTr, M và GSC giữa KCC và HSTC

Nhận xét:

- Có mối tương quan chặt chẽ về HATT (r=0,77; p=0,00) và Glasgow (r=0,91; p=0,00).
- Có mối tương quan không chặt chẽ về HATTr (r=0,46; p=0,00) và mạch (r=0,22; p=0,01).

2.4. Mức độ không phù hợp trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh của khoa Cấp cứu

Bảng 1: *Mức độ không phù hợp trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh của khoa Cấp cứu*

			Chẩn đoán phù hợp	Xử trí phù hợp	Chuyển bệnh phù hợp
	Hô hấp	N	20	27	31
		%	**60.6%**	81.8%	93.9%
	TBMMN-TM-Nội tiết	N	36	42	38
		%	81.8%	95.5%	**86.4%**
	Sốc nhiễm trùng	N	23	28	35

Nhóm bệnh		%	63.9%	**77.8%**	97.2%
	Tiêu hóa	N	30	41	41
		%	**63.8%**	87.2%	**87.2%**
	CTSN-NĐ - Khác	N	29	35	37
		%	70.7%	85.4%	90.2%
	Tổng cộng	N	138	173	182
		%	**68.7%**	**86.1%**	**90.5%**
		p>0,05			

Nhận xét:

- Chẩn đoán phù hợp chiếm tỷ lệ 68,7% trong đó các nhóm bệnh thường chẩn đóan chưa chính xác cao là hô hấp (39,4%), tiêu hóa (36,2%); (p>0,05).
- Xử trí phù hợp chiếm tỷ lệ 86,1%; trong đó nhóm xử trí không phù hợp chiếm tỷ lệ cao là nhóm sốc nhiễm trùng (22,2%), bệnh đường hô hấp, CTSN, ngộ độc. Các xử trí không phù hợp là truyền dịch chậm trong bệnh nhân sốc, cho kháng sinh, dùng omeprazol, không ghi y lệnh tư thế bệnh nhân, không đặt NKQ…
- Chuyển bệnh phù hợp chiếm tỷ lệ 90,5% trong đó nhóm bệnh chuyển sai thường gặp là TBMMN-TM-Nội tiết (13,6%), tiêu hóa (12,8%). Lý do chuyển không phù hợp thường gặp là CTSN, TBMMN, hôn mê hạ đường huyết…

2.5. Mức độ không phù hợp trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh theo thời gian

Bảng 2: *Mức độ không phù hợp trong chẩn đoán, xử trí ban đầu và chuyển bệnh theo thời gian*

			Xử trí tại khoa cấp cứu		
			Chẩn đoán phù hợp	Xử trí phù hợp	Chuyển phù hợp
Giờ nhập viện	Giờ cao điểm(8-13g)	N	33	46	46
		%	63.5%	88.5%	88.5%
	Giờ không cao điểm	N	101	120	127
		%	72.7%	86.3%	91.4%
Tổng cộng		N	134	166	173
		%	**70.2%**	**86.9%**	**90.6%**
		p>0,05		p>0,05	p>0,05

Nhận xét:

- Có sự khác biệt về chẩn đóan sai giữa giờ cao điểm và không cao điểm (36,5% so với 27,3%) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05)
- Không có sự khác biệt về xử trí sai giữa giờ cao điểm và không cao điểm (11,5% so với 13,7%); p>0,05
- Có sự khác biệt về chuyển bệnh sai giữa giờ cao điểm và không cao điểm (11,5% so với 8,6%) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

2.6. Kết quả điều trị

Tử vong và nặng xin về 57 trường hợp chiếm tỷ lệ 28,4%; chuyển thành phố Hồ Chí Minh 27 trường hợp (13,4%); ra viện 117 trường hợp (58,2%).

BÀN LUẬN:

Nghiên cứu chúng tôi gồm 201 bệnh nhân được chuyển từ KCC đến KHSTC với độ tuổi từ 17 đến 116. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 60,46 ± 19,26 (từ 17 đến 116), tuổi gặp nhiều nhất là 50-80 tuổi. Giới nam chiếm tỷ lệ 61,2%. Thời gian lưu lại trung bình tại KCC là 50,7 ± 40,3 phút. Thời gian nhập viện trong ngày cao điểm từ 8 giờ đến 13 giờ (cao nhất 13 giờ), thấp nhất lúc 1, 3 và 20 giờ. Không có sự khác biệt về HATT, điểm Glasgow giữa KCC và KHSTC (103 ± 49mmHg so với 106 ± 39 mmHg; p>0,05 và 11,8 ± 4,3 so với 11,3 ± 4,5; p=0,29). Tuy nhiên có sự khác biệt về HATTr và mạch giữa 2 khoa (59 ± 30 mmHg so với 64 ± 20 mmHg; p=0,03 và 87 ± 33 so với 95± 25 lần / phút; p=0,00). Biểu đồ 2 cho thấy có mối tương quan chặt chẽ HATT (r=0,77; p=0,00) và Glasgow (r=0,91; p=0,00) và có mối tương quan không chặt chẽ HATTr (r=0,46; p=0,00) và mạch (r=0,22; p=0,01) giữa KCC và HSTC. Qua kết quả bảng 1 chúng ta thấy chẩn đoán phù hợp trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ 68,7% và khác nhau trong từng nhóm bệnh, trong đó các nhóm bệnh thường chẩn đóan có sai lệch cao là hô hấp (39,4%), tiêu hóa (36,2%); tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Xử trí phù hợp chiếm tỷ lệ 86,1%; nhóm xử trí không phù hợp chiếm tỷ lệ cao là nhóm sốc nhiễm trùng (22,2%), nhóm bệnh đường hô hấp, CTSN, ngộ độc (p>0,05). Các xử trí không phù hợp là truyền dịch chậm trong bệnh nhân sốc, cho kháng sinh (không cần thiết, khi chưa cấy máu /sốc nhiễm trùng), không ghi y lệnh tư thế bệnh nhân, không đặt NKQ trước khi rửa dạ dày đối với bệnh nhân ngộ độc nặng, XHTH truyền Glucose 5%, sử dụng omeprazol,

huyết áp thấp (80/50 mmHg) cho nitromint . Bên cạnh đó bác sĩ khoa Cấp cứu cần chú ý cho những xét nghiệm có giá trị chẩn đoán trong cấp cứu: Xquang phổi trong bệnh nhân suy hô hấp, ECG trong bệnh nhân sốc tuổi cao, xét nghiệm đường huyết nhanh trong các bệnh nhân hôn mê. Chuyển bệnh phù hợp chiếm tỷ lệ 90,5%; nhóm bệnh chuyển sai thường gặp là TBMMN-TM-Nội tiết (13,6%), tiêu hóa (12,8%); p>0,05. Lý do chuyển không phù hợp thường gặp là CTSN tiên lượng tử vong < 6 giờ, TBMMN với GCS >8 không có suy hô hấp, hôn mê hạ đường huyết, bệnh ung thư. Có sự khác biệt về chẩn đóan sai và chuyển bệnh sai giữa giờ cao điểm và không cao điểm (36,5% so với 27,3%); p>0,05 và 11,5% so với 8,6%; p>0,05). Tuy nhiên không có sự khác biệt về xử trí sai giữa giờ cao điểm và không cao điểm (11,5% so với 13,7%; p>0,05). Theo chúng tôi nguyên nhân xử lý chưa phù hợp là:

- Do thiếu cán bộ chuyên khoa HSCC tại khoa, phần lớn là bác sĩ trẻ mới ra trường chưa có kinh nghiệm trong hồi sức cấp cứu.
- Thiếu trang thiết bị chuyên môn: mornitoring, bơm tiêm điện, máy truyền dịch, máy thở….
- Bệnh đông quá tải, khám nhiều chuyên khoa: nội, ngoại, sản, nhi, chuyên khoa lẻ, chấn thương nhất là vào những giờ cao điểm.

Về kết quả điều trị: tử vong và nặng xin về chiếm tỷ lệ 28,4%; chuyển thành phố Hồ Chí Minh và ổn ra viện chiếm tỷ lệ theo thứ tự 13,4% và 58,2%.

Kết luận và kiến nghị:

Bước đầu đánh giá mức độ phù hợp trong chẩn đoán giữa KCC và KHSTC bệnh viện ĐKTT An Giang chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Chẩn đoán phù hợp chiếm tỷ lệ 68,7%, các nhóm bệnh thường chẩn đóan sai thường gặp là hô hấp (39,4%), tiêu hóa (36,2%); (p>0,05).
- Xử trí phù hợp chiếm tỷ lệ 86,1%; các xử trí không phù hợp là truyền dịch chậm trong bệnh nhân sốc, cho kháng sinh, omeprazol không cần thiết, không ghi y lệnh tư thế bệnh nhân, không đặt NKQ kịp thời. Cần chú ý cho những xét nghiệm có giá trị chẩn đoán.
- Chuyển bệnh phù hợp chiếm tỷ lệ 90,5%; lý do chuyển không phù hợp thường gặp là CTSN tiên lượng tử vong < 6 giờ, TBMMN với GCS >8 không có suy hô hấp, hôn mê hạ đường huyết…

- Có sự khác biệt về chẩn đóan sai và chuyển bệnh sai giữa giờ cao điểm và không cao điểm (36,5% so với 27,3%); p>0,05 và 11,5% so với 8,6%; p>0,05).

Kiến nghị:

- Cần đào tạo bác sĩ, điều dưỡng mới chuyên ngành HSCC cho khoa Cấp cứu
- Các bác sĩ mới ra trường nên thực hành tại khoa Hồi sức ít nhất 6 tháng để có kinh nghiệm về HSCC: Đặt NKQ, đặt CVP, hồi sức tim phổi, nhận định các dấu hiệu nặng cần xử trí ngay.
- Cập nhật thường xuyên phác đồ điều trị và lọc bệnh tại khoa Cấp cứu
- Có thông tin liên hệ thường xuyên giữa khoa Cấp cứu và Hồi sức TC
- Cung cấp đủ trang thiết bị cần thiết cho khoa Cấp cứu.
- Cần có chế độ ưu tiên, ưu đãi cho KCC để thu hút bác sĩ giỏi

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Chí Phi và CS (1998), Đánh giá mức độ không phù hợp trong chẩn đóan giữa bệnh viện tuyến dưới và bệnh viện Bạch Mai, Công trình nghiên cứu khoa học 1999-2000 Bệnh viện Bạch Mai, Tập 1, trang 150-157.

2. Quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc, *(Ban hành kèm theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21/01/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế).*

3. Michael J. B, Bernard Unger, Julie Spence, Eric Grafstein (2008), Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity *CJEM* ;10(2):136-142.