

- Microcarcinoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2021;31(4):410-415. doi:10.1089/lap.2020.0411
5. **Jitpratoom P, Ketwong K, Sasanakietkul T, Anuwong A.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for Graves' disease: a comparison of surgical results with open thyroidectomy. Gland Surg. 2016;5(6):546-552. doi:10.21037/gs.2016.11.04
6. **Hà Ngọc Hưng (2013).** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Basedow Tại Khoa Tai Mũi Họng BV Bạch Mai 2008-2013. Luận Văn Thạc Sĩ y Học.
7. **Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results. Surg Endosc. 2018; 32(1):456-465. doi:10.1007/s00464-017-5705-8
8. **Nguyen HX, Nguyen LT, Nguyen HV, et al.** Comparison of Transoral Thyroidectomy Vestibular Approach and Unilateral Axillobreast Approach for Endoscopic Thyroidectomy: A Prospective Cohort Study. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2021;31(1):11-17. doi:10.1089/lap.2020.0272

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ÁP DỤNG QUY TRÌNH PHỐI HỢP GIỮA ĐIỀU DƯỠNG VÀ BÁC SĨ TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Nguyễn Thị Bích Nguyệt*, Nguyễn Thị Cẩm Tú*

TÓM TẮT

Quy trình phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh (CSNB) là sự trao đổi thông tin, kiến thức và hợp tác giữa bác sĩ và điều dưỡng nhằm tạo ra sự chuyên nghiệp trong điều trị, chăm sóc mang lại sự an toàn - chất lượng - hiệu quả cho người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành trên 52 điều dưỡng trực tiếp làm công tác CSNB tại các khoa lâm sàng và hồ sơ bệnh án của người bệnh đang nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 3/2020 đến tháng 10/2020. Kết quả thu được: trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với khoảng tin cậy 95% từ 2.9 đến 3.9 với $p < 0.05$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân (tuổi, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, vị trí được phân công chăm sóc); trên mô hình phân công chăm sóc (điều dưỡng chăm sóc chính) với $p < 0.05$.

Từ khóa: Quy trình phối hợp giữa điều dưỡng và bác sĩ trong chăm sóc người bệnh.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF APPLYING THE COLLABORATIVE PROCESS BETWEEN NURSES AND DOCTORS IN PATIENT CARE AT THE HOSPITAL OF VINH MEDICAL UNIVERSITY

The process of coordination between doctors and nurses in patient care is the exchange of information, knowledge and cooperation between doctors and

nurses to create professionalism in treatment, care and safety. - quality - effective for patients. The study was conducted on 52 nurses who directly took care of patients at clinical departments and the patient's medical records were inpatient treatment at Vinh University of Medicine Hospital from 3/2020 to 8/2020. The obtained results: the average score of the level of patient care coordination after the intervention to improve the coordination of doctors and nurses is higher than before the intervention 3.4 points over time (from 12.8 to 16.2) with a 95% confidence interval from 2.9 to 3.9 with $p < 0.05$. There is a statistically significant difference between the mean scores before and after improving the coordination of doctors and nurses in patient care of individual groups of factors (age, professional level, seniority of work, work, position assigned to care); on the care assignment model (primary care nurse) with $p < 0.05$.

Keywords: The process of coordination between nurses and doctors in patient care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phối hợp của điều dưỡng với bác sĩ trong thực hiện CSNB theo phân cấp là một nhiệm vụ được quy định trong thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 của Bộ Y tế [1]. Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh là bệnh viện hạng III của tỉnh Nghệ An [3]. Bệnh viện là cơ sở khám, chữa bệnh và cũng là cơ sở thực hành của Nhà trường. Vậy, thực trạng hoạt động phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến việc thực hiện nhiệm vụ phối hợp làm việc của điều dưỡng và bác sĩ? Nhóm giải pháp nào để tăng cường làm việc nhóm trong chăm sóc người bệnh? Nhằm giảm thiểu sai sót không đáng trong chăm sóc người bệnh cũng như trả lời các vấn đề trên và cơ sở để đánh giá chất lượng bệnh viện, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá hiệu quả áp dụng

*Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Nguyệt

Email: Phongdaotaodhykv@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022

quy trình phối hợp giữa điều dưỡng và bác sĩ trong chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 52 ĐDV trực tiếp làm công tác CSNB tại các khoa lâm sàng và hồ sơ bệnh án của người bệnh đang nằm điều trị nội trú do mỗi điều dưỡng viên có tham gia

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB

Bảng 1. Kết quả đánh giá sau 3 tháng cải tiến áp dụng quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng

Mức độ phối hợp ĐD và BS		Trước cải tiến	Sau cải tiến
Bước chuẩn bị			
CB 1	Điều dưỡng chào hỏi và giới thiệu ê kíp làm việc với người bệnh, người nhà người bệnh.	50.0	72.0
CB 2	Buồng bệnh được sắp xếp gọn gàng, thẩm mỹ	86.5	98.0
CB 3	Không có người nhà trong buồng bệnh	12.5	50.0
CB 4	Người bệnh được đo mạch, nhiệt độ, huyết áp... và ghi phiếu theo dõi chức năng sống trước khi bác sĩ khám.	95.0	97.0
CB 5	HSBA được sắp xếp thứ tự ưu tiên	56.0	72.0
Bước thực hiện			
TH 1	Bác sĩ khám người bệnh theo thứ tự do điều dưỡng sắp xếp	53.0	81.5
TH 2	Bác sĩ ghi tình trạng người bệnh vào HSBA ngay tại buồng bệnh	50.0	71.0
TH 3	Y lệnh được điều dưỡng thực hiện kịp thời, chính xác	75.0	81.5
TH 4	Người bệnh, người nhà người bệnh được tư vấn GDSK	68.5	88.5
TH 5	Người bệnh hài lòng về cách giao tiếp ứng xử của cán bộ nhân viên khoa	95.0	99.0

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) tiến hành các bước chuẩn bị trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao nhất là bước chuẩn bị (người bệnh được đo dấu hiệu sinh tồn... trước khi bác sĩ khám) là 95% (trước cải tiến) và 97% (sau cải tiến). Thấp nhất là bước chuẩn bị (không có người nhà trong buồng bệnh) là 12,5% (trước cải tiến) và 50% (sau cải tiến).

Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước thực hiện trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng

trước cao nhất là bước thực hiện (người bệnh hài lòng về cách giao tiếp ứng xử của cán bộ nhân viên khoa) là 95% (trước cải tiến) và 99% (sau cải tiến). Thấp nhất là bước thực hiện (điều dưỡng ghi chép tình trạng người bệnh và y lệnh) là 12,5% (trước cải tiến) và 50% (sau cải tiến).

Phương pháp nghiên cứu: Đề tài thực hiện với 2 thiết kế nghiên cứu theo 2 mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

2. Đo lường sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB

Bảng 2. So sánh trung bình sự khác biệt điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng

Nội dung	Mean ± Std	Kiểm định TB sự khác biệt		
		Mean	95%CI	p
Sau khi áp dụng cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ & điều dưỡng	16.23 ± 1.13	3.4	2.93 - 3.88	<0.05
Trước khi áp dụng cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ & điều dưỡng	12.83 1.08			

Trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.83 lên 16.23) với $p < 0.05$

3. Đo lường sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân với sự khác biệt giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng

Các yếu tố		Nội dung	Mean ± Std	Kiểm định TB sự khác biệt		
				Mean	95%CI	p
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16.36 ± 1.02	3.64	3.11-4.17	0.002
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.72 ± 1.06			
	≥ 30 tuổi	Sau khi áp dụng QT cải tiến	15.94 ± 1.34	2.88	1.87-3.89	
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	13.06 ± 1.12			
Giới	Nam	Sau khi áp dụng QT cải tiến	15.33 ± 0.58	2.33	1.46-6.13	0.12
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	13.00 ± 2.00			
	Nữ	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16.29 ± 1.14	1.03	2.98-3.96	
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.82 ± 1.03			
Trình độ chuyên môn	Trung cấp, cao đẳng	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16 ± 1.16	2.68	1.95-3.41	0.004
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	13.32 ± 1.04			
	Đại học, sau đại học	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16.4 ± 1.10	3.93	3.35-4.51	
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.47 ± 0.97			
Thâm niên công tác	< 5 năm	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16.14 ± 0.21	3.31	2.73-3.90	0.002
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.83 ± 0.17			
	≥ 5 năm	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16.41 ± 0.93	3.59	2.70-4.48	
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.82 ± 1.27			
Vị trí được phân công CSNB	Buồng bệnh thường	Sau khi áp dụng QT cải tiến	16.33 ± 1.08	3.54	3.05-4.04	0.001
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.78 ± 1.052			
	Buồng bệnh nặng	Sau khi áp dụng QT cải tiến	15.5 ± 1.378	2.33	0.62-4.05	
		Trước khi áp dụng QT cải tiến	13.17 ± 1.329			

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân như: tuổi, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, vị trí được phân công chăm sóc với ($p < 0.05$).

4. Đo lường sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm mô hình phân công chăm sóc

Bảng 4. Mối liên quan mô hình phân công chăm sóc với khác biệt giữa trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng

Nội dung		Mean ± Std	Kiểm định TB sự khác biệt		
			Mean	95%CI	p
Điều dưỡng chăm sóc chính	Sau khi áp dụng quy trình cải tiến	16.31 ± 1.07	3.43	2.97 - 3.89	<0.05
	Trước khi áp dụng QT cải tiến	12.88 ± 1.03			
Chăm sóc nhóm	Sau khi áp dụng quy trình cải tiến	15 ± 1.73	3	5.61 - 11.61	0.27
	Trước khi áp dụng quy trình cải tiến	12 ± 1.73			

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB trên mô hình phân công chăm sóc: điều dưỡng chăm sóc chính ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Kết quả trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB. Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước chuẩn bị trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 62.5% và 79.25%. Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước thực hiện trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 68.3% và 84.3%. Như vậy sau khi bệnh viện cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB đã cải thiện giao tiếp bác sĩ và điều dưỡng, thông tin đến người bệnh được thống nhất, tạo lòng tin cho người bệnh, hình ảnh đẹp trong môi

trường bệnh; nâng cao vai trò chủ động của điều dưỡng trong CSNB, nắm bắt thông tin để báo cáo, trao đổi và phối hợp với bác sĩ đánh giá người bệnh, tăng tính chuyên nghiệp người thầy thuốc.

2. Đo lường sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trung bình điểm sau khi áp dụng quy trình phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với khoảng tin cậy 95% từ 2.9 đến 3.9 ($p < 0.05$); kết quả này cho thấy hiệu quả của can thiệp.

3. Đo lường sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân. Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân như: tuổi, giới nữ, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, vị trí được phân công chăm sóc với ($p < 0.05$).

Nhóm tuổi: trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp lần lượt là 3.64 điểm (nhóm dưới 30 tuổi) và 2.88 điểm (nhóm từ 30 tuổi trở lên). Điều này cho thấy lực lượng trẻ là đội ngũ có nhiều khả năng nắm bắt nhanh nhạy, biết nhìn nhận và dễ thay đổi hành vi và thái độ tốt trong công tác phối hợp với đồng nghiệp hoàn thành nhiệm vụ. Bệnh viện áp dụng các quy trình cải tiến, quy trình kỹ thuật mới trên đối tượng này sẽ thu được kết quả rõ rệt.

Trình độ chuyên môn của ĐTNC: trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp lần lượt là 2.68 điểm (nhóm trung cấp, cao đẳng) và 3.93 điểm (đại học, sau đại học). Thực tế cho thấy, điều dưỡng có trình độ từ đại học trở lên thì khả năng nắm bắt kiến thức chuyên môn và kỹ năng phối hợp hoàn thành nhiệm vụ mới tốt hơn điều dưỡng có trình độ trung cấp, cao đẳng. Điều này cho thấy, bệnh viện cần quan tâm nâng cao năng lực cho nhân viên để tăng cao chất lượng bệnh viện.

Thâm niên công tác: trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp lần lượt là 3.31 điểm (nhóm thời gian công tác dưới 5 năm) và 3.59 điểm (nhóm thời gian công tác từ 5 năm trở lên). Theo nghiên cứu Trần Ngọc Trung có 10% điều dưỡng cho rằng lớn tuổi là một trong những yếu tố tác động và cản trở nhiều nhất đến hoạt động CSNB [2]. Điều dưỡng có thâm niên công tác từ 10 năm trở lên chiếm 11.5%, đây là nhân lực có nhiều kinh nghiệm, kỹ năng và kiến thức chuyên môn, nhưng trong đó có một số điều dưỡng lớn tuổi, sức khỏe hạn chế, vì vậy dễ gặp trở ngại trong một vài kỹ năng, kỹ thuật chuyên môn khó cần độ chính xác cao, đặc biệt là ở khoa có tính chất đặc thù liên quan đến phẫu thuật, thủ thuật nhiều, nên ảnh hưởng đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ. Do đó bệnh viện cần có chính sách phù hợp để luân chuyển điều dưỡng có thời gian

công tác ngắn giữa các khoa hoặc cử đi tập huấn hoặc phối hợp các đối tượng có thời gian công tác khác nhau giữa các khoa, tạo điều kiện để phối hợp CSNB, hoàn thành nhiệm vụ.

Vị trí được phân công CSNB: trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp lần lượt là 3.54 điểm (nhóm buồng bệnh thường) và 2.33 điểm (nhóm buồng bệnh nặng).

Giới: trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trên đối tượng nữ giới cao hơn trước can thiệp là 3.47 điểm với ($p < 0.05$).

Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB trên nhóm nam, lý giải điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi trên nhóm đối tượng nam quá nhỏ. Theo Ozdemir, nghiên cứu về giới và nghề nghiệp, nhận thức của sinh viên điều dưỡng về vai trò của điều dưỡng nam ở Thổ Nhĩ Kỳ. Kết quả chỉ ra rằng, nghề điều dưỡng vẫn được coi là nghề phù hợp cho phái nữ, nhưng trong một số hoạt động CSNB vẫn cần có điều dưỡng nam hỗ trợ, đặc biệt khoa cấp cứu, phẫu thuật là nơi thích hợp cho giới nam, khoa Nhi, khoa Sản là nơi thích hợp cho nữ giới làm việc hơn [5]. Phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi góp phần giúp các nhà quản lý điều dưỡng có kế hoạch bố trí nhân lực, phân công nhiệm vụ phù hợp với năng lực, sở trường và tính chất công việc chuyên môn nhằm tạo điều kiện ĐDV nam phát huy năng lực hoàn thành nhiệm vụ.

4. Đo lường sự khác biệt trung bình điểm trước và sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm mô hình phân công chăm sóc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB trên mô hình phân công chăm sóc: điều dưỡng chăm sóc chính ($p < 0.05$). Trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với khoảng tin cậy 95% từ 2.9 đến 3.9.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong mô hình phân công chăm sóc nhóm.

Quyết định số 3973/QĐ-UBND, ngày 09 tháng 11 năm 2020, "V/v phê duyệt phương án tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ

chức bộ máy, nhân sự và tài chính của Bệnh viện Trường ĐHYK Vinh giai đoạn 2020-2022" quy mô giường bệnh của Bệnh viện theo lộ trình cụ thể như sau: 100 giường (năm 2020), 150 giường (năm 2021), 150 giường (năm 2022) [4]. Trước cơ hội, cũng là thách thức mới, việc lựa chọn mô hình chăm sóc phù hợp là cần thiết nhằm mang lại hiệu quả trong công việc, tăng cường phối hợp điều dưỡng với Bác sĩ trong CSNB, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước chuẩn bị trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 62.5% và 79.25%. Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước thực hiện trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 68.3% và 84.3%.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm sau khi áp dụng quy trình phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với khoảng tin cậy 95% từ 2.9 đến 3.9 ($p < 0.05$).

Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân như: tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, vị trí được phân công chăm sóc với ($p < 0.05$).

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB trên mô hình phân công chăm sóc: điều dưỡng chăm sóc chính ($p < 0.05$). Trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với $p < 0.05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 về việc Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, Hà Nội.
2. Trần Ngọc Trung (2012), Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. UBND tỉnh Nghệ An (2018), Quyết định về việc thành lập Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, số 2808/QĐ-UBND ngày 5/7/2018 của UBND tỉnh Nghệ An.
4. UBND Tỉnh Nghệ An (2020), Quyết định số 3973/QĐ-UBND, ngày 09 tháng 11 năm 2020, "V/v phê duyệt phương án tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, nhân sự và tài chính của Bệnh viện Trường ĐHYK Vinh giai đoạn 2020-2022".
5. A. Ozdemir & et al (2008), "Gender and career: Female and male nursing students' perceptions of male nursing role in Turkey", Health Science Journal® All Rights Reserved, 2(3), pg. 153-161.

BẤT THƯỜNG XUẤT PHÁT ĐỘNG MẠCH VÀNH PHẢI TỪ XOANG VÀNH TRÁI TRÊN CLVT 256 DÂY: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Đình Minh*

TÓM TẮT

Bất thường xuất phát của động mạch vành phải từ xoang vành trái là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp. Động mạch vành phải xuất phát bất thường chạy giữa động mạch chủ và động mạch phổi nên bị chèn ép khi hoạt động gắng sức có thể gây nên các triệu chứng lâm sàng như ngất xỉu, nhồi máu cơ tim hay đột tử. Chẩn đoán bệnh thường dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính mạch vành. Đa số các trường hợp được điều trị bảo tồn. Điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch được chỉ định đối với các trường hợp có nguy cơ. Chúng tôi

trình bày hai trường hợp có bất thường xuất phát động mạch vành phải từ xoang vành trái phát hiện tình cờ khi chụp cắt lớp vi tính mạch vành và điểm y văn về quan điểm chẩn đoán và điều trị đối với dị tật này.

Từ khóa: bất thường động mạch vành, cắt lớp vi tính, đột quỵ tim mạch.

SUMMARY

ABNORMAL ORIGIN OF THE RIGHT CORONARY ARTERY FROM THE LEFT CORONARY SINUS ON 256-SLICE MSCT: CASE REPORTS

Abnormal origin of the right coronary artery from the left coronary sinus is a rare congenital anomaly. The right coronary artery has an abnormal origin and runs between the aorta and the pulmonary trunk, so it is compressed when physical activity causing these symptoms such as syncope, myocardial ischemia, and sudden cardiac death.. Diagnosis is usually based on MDCT coronary angiography. In most

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhhd24@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022