

đưa ra một số khuyến nghị đối với lãnh đạo các cấp về hoàn thiện chính sách, pháp luật trong công tác KCB, chính sách tự chủ tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập; ban hành giá dịch vụ KCB trên cơ sở tính đúng, tính đủ các yếu tố chi phí; nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, TTBYT, cơ sở hạ tầng, ứng dụng CNTT trong công tác KCB và công tác quản lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chính phủ** (2015), Nghị định số: 16/2015/NĐ-CP ngày 14 tháng 2 năm 2015 về Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập.
2. **Chính phủ** (2021), Nghị định số: 60/2021/NĐ-CP ngày 21 tháng 6 năm 2021 về Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập.
3. **UBND tỉnh Bình Thuận** (2021), Quyết định số 42/QĐ -UBND ngày 08/01/2021 về việc giao quyền tự chủ tài chính cho các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế giai đoạn 2020 – 2022.
4. **Chính phủ** (2018), Nghị định 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 về Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT.
5. **Bộ Y tế** (2019), Thông tư 13/2019/TT-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2019 của Bộ Y tế về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 39/2018/TT-

BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa các BV cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

6. **Hội đồng nhân dân tỉnh Bình Thuận** (2020), Nghị quyết số: 07/2020/NQ-HĐND ngày 11 tháng 6 năm 2020 của HĐND tỉnh Bình Thuận về Quy định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập trên địa bàn tỉnh.
7. **Huỳnh Thanh Huỳnh** (2022), Thực trạng thu chi tài chính và những thuận lợi khó khăn tại Trung tâm Y tế huyện Đăk Glông tỉnh Đăk Nông giai đoạn 2018 – 2021.
8. **Phạm Lê Thăng** (2022), Công tác thu chi tài chính y tế và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác thu chi tài chính tại BV Giao thông vận tải Vĩnh Phúc giai đoạn 2019-2021, Luận văn Chuyên khoa II – Tổ chức Quản lý y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng.
9. **Phan Văn Đức** (2018), Đánh giá kết quả hoạt động tài chính của bệnh viện quận 2, TP. Hồ Chí Minh trước và sau tự chủ tài chính (2014-2017), Luận văn Chuyên khoa II Trường Đại học Y tế Công cộng.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHÂN LOẠI NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG BẰNG THANG ĐIỂM RTS TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9

Nguyễn Thị Thúy¹, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phân loại người bệnh chấn thương bằng thang điểm RTS tại Trung tâm Cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 448 bệnh nhân cấp cứu chấn thương tại Trung tâm cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2022 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 40 ± 21 . Nam giới chiếm đa số với 64%. Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất là tai nạn giao thông, chiếm 60,9%. 27% số bệnh nhân có từ 2 chấn thương trở lên. 2 loại chấn thương phổ biến nhất là chấn thương sọ não với 46,4% và chấn thương chi chiếm 39,3%. Phần lớn bệnh nhân có RTS ở mức 12 chiếm 92,2%. Đa số bệnh nhân chấn thương nằm điều trị tại Trung tâm cấp cứu trong thời gian ngắn, dưới 6 giờ. 60,5% bệnh nhân điều trị ngoại trú, bệnh nhân có

RTS dưới 12 có tỷ lệ mổ cấp cứu, hồi sức tích cực cao hơn so với nhóm RTS 12 điểm. **Kết luận:** Thang điểm RTS là công cụ hữu ích hỗ trợ điều dưỡng trong đánh giá mức độ nặng, tình trạng cần ưu tiên xử trí sớm ở bệnh nhân cấp cứu chấn thương.

Từ khóa: cấp cứu chấn thương, thang điểm RTS

SUMMARY

EVALUATION OF SORTING PATIENTS WITH REVISED TRAUMA SCORE AT EMERGENCY CENTER

Objective: Evaluate effectiveness of using revised trauma score on sorting patients at emergency center. **Method:** Descriptive study on 448 trauma patients treated with basal – bolus insulin therapy at Endocrinology Department in Bachmai Hospital from 1/2023 to 7/2023. **Results:** Average age is 40 ± 21 . 64% of all patients are males. The most common cause of trauma is traffic accident, 60,9%. 27% of patients have multi trauma. Head and limb trauma are most popular with percentage of 46,4% and 39,3%. Majority of patients are with RTS 12 points (92,2%). Most of patients stay in emergency center for a short time, under 6 hours. 60,5% of all patients were discharged to home, patients with RTS under 12 have emergency surgery and resuscitation rate higher than

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy

Email: thuynta9@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

patients with RTS 12 points. **Conclusion:** Revised trauma score is a useful tool for nurses in assessing trauma patients condition and sorting patients priority. **Keywords:** trauma emergency, revised trauma score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương nói chung là một vấn đề quan trọng của y tế và toàn xã hội, đa số nạn nhân ở tuổi lao động, tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Số nạn nhân tử vong do chấn thương hàng năm không ngừng gia tăng tại Việt Nam. 50% các trường hợp tử vong do chấn thương xảy ra ngay trong giờ đầu tiên sau tai nạn, 30% xảy ra sau vài giờ. Chỉ có 20% tử vong xảy ra muộn từ 2 đến 6 tuần sau tai nạn. Chính vì vậy cấp cứu, xử trí đúng trong những giờ đầu ngay sau tai nạn được coi là những vấn đề cốt lõi để làm giảm tỷ lệ tử vong do chấn thương. Do nhu cầu phân loại, điều trị, những thang điểm phân loại chấn thương lần lượt xuất hiện như AIS (Abbreviated Injury Scale), ISS (Injury Severity Score), RTS (Revised Trauma Score). Việc đánh giá đúng độ nặng của chấn thương và tiên lượng sớm theo các tiêu chuẩn cho phép đưa ra các quyết định xử trí đúng đắn trong cấp cứu.

Trung tâm Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai tiếp nhận số lượng người bệnh cấp cứu hàng ngày từ 200 đến 300 bệnh nhân, trong đó các loại hình chấn thương chiếm khoảng 10 – 15%. Với số lượng bệnh nhân lớn, thường xuyên trong tình trạng quá tải, các bệnh nhân với bệnh lý đa dạng, phức tạp, trong khi các phòng mổ, nhân lực trong bệnh viện còn hạn chế, vai trò của người điều dưỡng trong phân loại mức độ ưu tiên người bệnh đặc biệt quan trọng. Việc đánh giá đúng độ nặng của chấn thương và tiên lượng sớm theo các tiêu chuẩn giúp đưa ra các quyết định xử trí đúng đắn trong cấp cứu. Chúng tôi lựa chọn bảng điểm chấn thương sửa đổi RTS trong phân loại người bệnh chấn thương vì tính đơn giản, dễ áp dụng, phù hợp với môi trường cấp cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Trung tâm cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2022 đến tháng 8/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân chấn thương trên 16 tuổi được cấp cứu và điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai.

- Chưa được can thiệp ngoại khoa ở nơi khác.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không được đánh giá đầy đủ

theo các yếu tố tiên lượng trong khi tiếp nhận và điều trị bệnh nhân, hồ sơ bệnh án thiếu thông tin nghiên cứu.

- Bệnh nhân tử vong trong bệnh viện do nguyên nhân khác không liên quan đến chấn thương

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: lấy mẫu toàn bộ.

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương: hình thái chấn thương, kiểu tổn thương, mức độ ưu tiên, mức độ nặng của nhóm bệnh nhân đánh giá bằng thang điểm RTS, thời gian nằm tại Trung tâm cấp cứu, kết quả điều trị của bệnh nhân chấn thương.

2.5. Xử lý số liệu:

Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu mô tả nên không ảnh hưởng đến bệnh nhân. Các số liệu thu thập được giúp nhà lâm sàng phân loại tốt hơn, cải thiện kết quả cấp cứu và điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

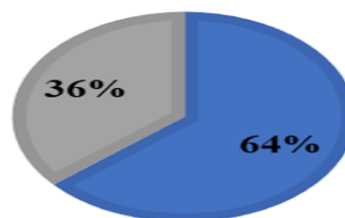
Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 40 tuổi	244	54,5
40 – 60 tuổi	112	25,0
Trên 60 tuổi	92	20,5

Tuổi trung bình của bệnh nhân: 40 ± 21 tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi phổ biến nhất của nhóm bệnh nhân chấn thương là nhóm tuổi trẻ, dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ 54,5%.

Phân bố bệnh nhân theo giới tính

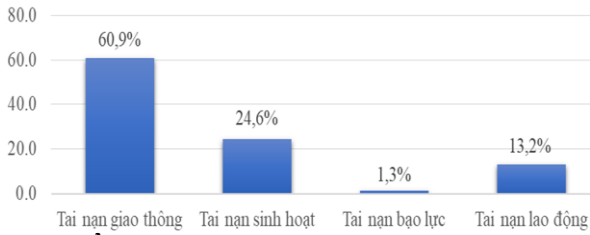
■ Nam ■ Nữ



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn trong số bệnh nhân chấn thương.

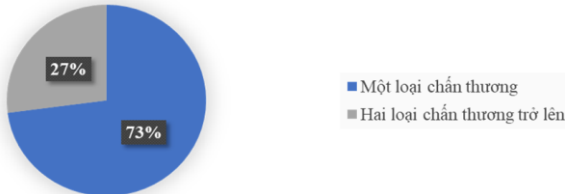
Nguyên nhân chấn thương



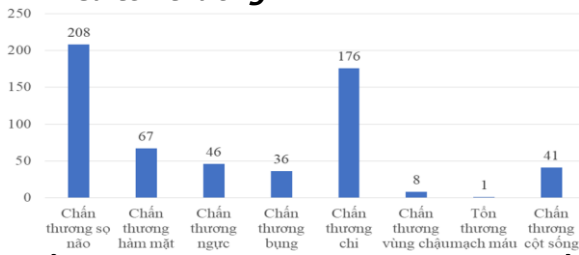
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân chấn thương

Nhận xét: Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất là tai nạn giao thông, chiếm 60,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương
Hình thái chấn thương



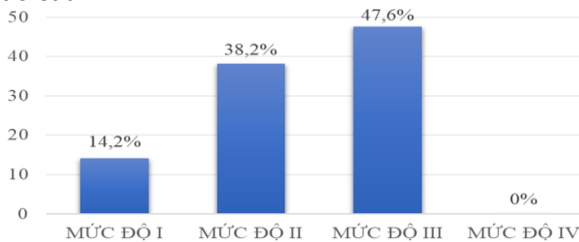
Biểu đồ 3.3. Hình thái chấn thương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu
Kiểu tổn thương



Biểu đồ 3.4. Phân loại bệnh nhân theo kiểu tổn thương

Nhận xét: Loại chấn thương phổ biến nhất là chấn thương sọ não với 208 trường hợp (46,4%) tiếp đến là chấn thương chi (39,3%).

Mức độ ưu tiên. Phân bố mức độ ưu tiên của nhóm bệnh nhân được trình bày bằng biểu đồ sau.



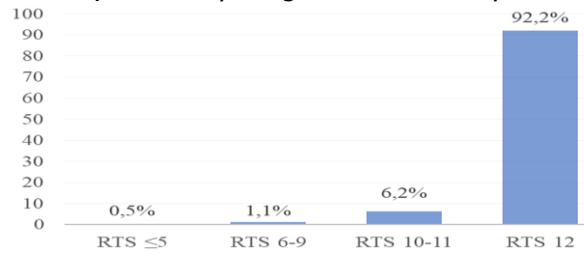
Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhân theo mức độ ưu tiên

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chấn thương ưu tiên ở mức độ III, không có bệnh nhân ở mức IV, được đánh giá và điều trị sau 60 phút.

Mức độ nặng của nhóm bệnh nhân

nghiên cứu đánh giá bằng thang điểm RTS

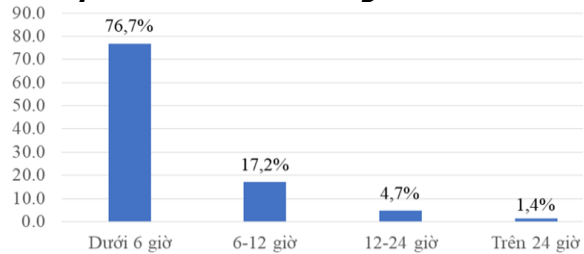
Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo điểm RTS được trình bày bằng biểu đồ dưới đây.



Biểu đồ 3.6. Phân bố bệnh nhân theo điểm RTS

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có RTS ở mức 12, chấn thương mức độ nhẹ chiếm 92,2%.

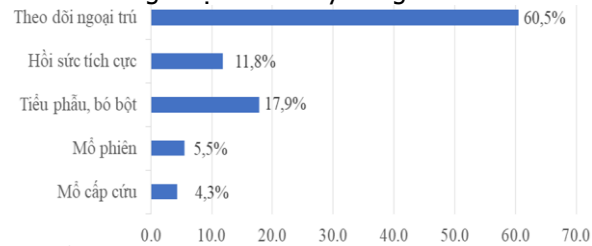
Thời gian nằm tại Trung tâm cấp cứu của bệnh nhân chấn thương



Biểu đồ 3.7. Thời gian nằm tại Trung tâm cấp cứu của bệnh nhân chấn thương

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chấn thương nằm điều trị tại Trung tâm cấp cứu trong thời gian ngắn, dưới 6 giờ.

Hướng điều trị của bệnh nhân chấn thương. Hướng điều trị của bệnh nhân cấp cứu chấn thương được trình bày bằng biểu đồ sau.



Biểu đồ 3.8. Hướng điều trị của bệnh nhân cấp cứu chấn thương

Liên quan giữa thang điểm RTS và hướng điều trị của bệnh nhân chấn thương được trình bày ở bảng dưới đây.

Bảng 3.2. Thang điểm RTS và hướng điều trị của bệnh nhân cấp cứu chấn thương

	Hướng xử trí		P
	Mô cấp cứu, hồi sức n(%)	Mô phiến, tiểu phẫu, theo dõi n(%)	

Điểm	12	36 (11,5%)	278 (88,5%)	0,00
RTS	Dưới 12	20 (60,6%)	13 (39,4%)	
Tổng		56	291	

Nhận xét: Những bệnh nhân có RTS dưới 12 có tỷ lệ mổ cấp cứu, hồi sức cao hơn đáng kể so với nhóm RTS 12 điểm và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là 40 ± 21 tuổi, tương đương với nghiên cứu của Galvagno (2018) là 41 ± 18 tuổi, cao hơn nghiên cứu của Georgios là 32,7 tuổi. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân cấp cứu chấn thương là tuổi lao động vì nhóm tuổi này tham gia nhiều hoạt động như giao thông, lao động, thể thao nên tỷ lệ chấn thương cũng cao hơn.

Nam chiếm đa số trong các bệnh nhân chấn thương với tỷ lệ 64%, tương đương với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Galvagno (2018) là 70% hay Kim (2017) là 66,7%.

Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất trong nghiên cứu là tai nạn giao thông chiếm 60,9%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu khác như Alvarez (2016), tỷ lệ này là 53%.

27% số bệnh nhân có từ 2 chấn thương trở lên. Điều này có thể giải thích dựa vào nguyên nhân chấn thương tai nạn giao thông thường có cơ chế gia tốc nên nạn nhân thường có chấn thương ở nhiều bộ phận khác nhau như ngực, bụng, sọ, chi.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có mức độ ưu tiên từ I đến III, không có bệnh nhân ở mức IV, tức là tất cả bệnh nhân cấp cứu chấn thương đều được đánh giá xử trí trong vòng dưới 1 giờ.

Phần lớn bệnh nhân cấp cứu chấn thương có thang điểm RTS ở mức 12, nghĩa là ở mức độ nhẹ, tỷ lệ này ở nghiên cứu của Galvagno (2018) là 85,7%. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân cấp cứu chấn thương ở mức độ nhẹ, trung bình, số lượng bệnh nhân nặng chỉ chiếm thiểu số, vì vậy cần đánh giá, phân loại để xử lý sớm những trường hợp nặng, nguy hiểm đến tính mạng.

Theo nghiên cứu, 76,7% bệnh nhân nằm tại trung tâm cấp cứu dưới 6 giờ, điều này phù hợp với tỷ lệ RTS 12 điểm cao, đa số bệnh nhân ở mức nhẹ, sau khi chẩn đoán và xử trí sẽ sớm rời trung tâm cấp cứu.

60,5% bệnh nhân được theo dõi ngoại trú, tỷ lệ mổ cấp cứu là 4,3%, hồi sức là 11,8%. Điều này phù hợp với phân bố điểm RTS của nhóm bệnh nhân. Đa số có RTS 12, tức ở mức nhẹ. Tuy nhiên có trên 90% bệnh nhân ở mức 12 mà

có khoảng 15% bệnh nhân cần mổ cấp cứu, hồi sức. Do vậy thang điểm RTS chỉ có ý nghĩa sàng lọc lúc vào viện, bệnh nhân chấn thương vẫn có thể diễn biến trong quá trình nằm viện, do đó vẫn cần các đánh giá thêm đối với từng cá thể bệnh nhân chứ không chỉ dựa hoàn toàn vào điểm RTS lúc vào viện.

Những bệnh nhân có RTS dưới 12 có tỷ lệ mổ cấp cứu, hồi sức là 60,6% cao hơn đáng kể so với nhóm RTS 12 điểm với 11,5% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều đó chứng tỏ đây là thang điểm tương đối hữu ích trong phân loại ban đầu, tuy nhiên quá trình chẩn đoán, điều trị từng cá thể vẫn cần thận trọng vì bệnh nhân cấp cứu chấn thương với RTS 12 điểm ban đầu vẫn có tỷ lệ diễn biến nặng, cần hồi sức, mổ cấp cứu.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm RTS là công cụ hữu ích hỗ trợ điều dưỡng trong đánh giá mức độ nặng, tình trạng cần ưu tiên xử trí sớm ở bệnh nhân cấp cứu chấn thương, đặc biệt trong trường hợp bệnh phòng cấp cứu nhiều bệnh nhân, số lượng nhân lực hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Hữu Tú và cộng sự.** 2006. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ thương tích do tai nạn của bệnh nhân khi vào viện, liên quan độ nặng chấn thương. Kỷ yếu Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường Đại học Y dược Việt Nam lần thứ XIII, 69-75.
- Richards JR, Navarro ML, Derlet RW.** 2000. Survey of directors of emergency department in California on overcrowding. West J Med, P385-388.
- The Lewin Group.** 2002. Emergency department Overload. A Growing Crisis, The results of the American Hospital Association Survey of Emergency Department (ED) and hospital capacity.
- Alvarez BD, Razente DM và cộng sự.** 2016. Analysis of the Revised Trauma Score (RTS) in 200 victims of different trauma mechanisms. Rev Col Bras Cir, 43(5):334-340.
- Galvagno SM, Massey M, Bouzat P và cộng sự.** 2019. Correlation Between the Revised Trauma Score and Injury Severity Score: Implications for Prehospital Trauma Triage. Prehospital Emergency Care, 23(2):263-270.
- Giannakopoulos GF, Saltzherr TP, Lubbers WD và cộng sự.** 2011. Is a maximum Revised Trauma Score a safe triage tool for Helicopter Emergency Medical Services cancellations?: European Journal of Emergency Medicine, 18(4):197-201.
- Kim SC, Kim DH, Kim TY và cộng sự.** 2017. The Revised Trauma Score plus serum albumin level improves the prediction of mortality in trauma patients. The American Journal of Emergency Medicine, 35(12):1882-1886.