

Theo dõi và chăm sóc bệnh nhi sau can thiệp tim mạch tại Trung tâm Tim mạch trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018: Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng

Monitoring and care of pediatric patients after cardiovascular intervention at Center for Cardiovascular Children, Vietnam National Hospital of Pediatrics in 2018: Current situation and some affecting factors

Vũ Duy Cát*,
Lê Thị Kim Ánh**

*Bệnh viện Nhi Trung ương,
**Trường Đại học Y tế Công cộng

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá việc thực hiện các quy trình theo dõi và chăm sóc sau can thiệp tim mạch và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế cắt ngang kết hợp song song định lượng và định tính. Công cụ thu thập là mẫu hồ sơ bệnh án (HSBA) và phỏng vấn sâu với lãnh đạo, cán bộ bảo hiểm y tế, bác sĩ, điều dưỡng và người nhà bệnh nhi. **Kết quả:** Trong 2 giờ đầu sau can thiệp, quy trình có tỷ lệ bác sĩ tuân thủ thấp nhất là "ký giấy cam kết khi đã giải thích cho người nhà" (53,2%), đối với điều dưỡng là "đo huyết áp", "cập nhiệt độ" và "bắt mạch mu chân" 30 phút/lần và "đánh giá tình trạng đầu chi bằng ép" (25,3%, 21,5%, 17,7%, và 21,5%). Tại Khoa Hồi sức Tim mạch, quy trình có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là "đánh giá mức độ chèn ép mạch chi" (32,5%, đối với bác sĩ) và "tính lượng dịch vào và dịch ra theo y lệnh" (35,4%, đối với điều dưỡng). Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ bao gồm: Chưa có quy trình theo dõi và chăm sóc chuyên biệt cho can thiệp tim mạch, thiếu nhân lực điều dưỡng, quá tải bệnh nhân và thiếu kinh nghiệm ở bác sĩ trẻ, cơ sở vật chất chật chội. **Kết luận:** Tỷ lệ thực hiện đúng và đầy đủ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể các nghiên cứu khác đã được báo cáo. Bệnh viện cần có quy trình chăm sóc và theo dõi chuyên biệt cho can thiệp tim mạch và cần nâng cấp cơ sở vật chất trang thiết bị để đáp ứng tiêu chuẩn của phòng can thiệp tim mạch.

Từ khóa: Can thiệp tim mạch, trẻ em, quy trình, chăm sóc, yếu tố ảnh hưởng.

Summary

Objective: To assess the implementation of the procedures of monitoring and post-intervention care and to analyze some factors affecting the compliance with these procedures. **Subject and method:** A cross-sectional design combined both (parallel) quantitative and qualitative. The tools to collect are the samples of medical records (HSBA) and in-depth interviews with leaders, health insurance staff, doctors, nurses and family members of pediatric patients. **Result:** In the first 2 hours of post-intervention, the procedure with the lowest rate of compliance by doctors was "signing the consent form when explaining to family members" (53.2%), for nurses as "measuring blood pressure", "taking the temperature with thermometer" and "catching the pulse at the instep" 30 minutes/time and "assessing

Ngày nhận bài: 29/6/2020, ngày chấp nhận đăng: 05/10/2020

Người phản hồi: Vũ Duy Cát, Email: catvd@nch.org.vn - Bệnh viện Nhi Trung ương

the status of the limbs heads in compression bandage interface pressures" (25.3%, 21.5%, 17.7%, and 21.5%). When pediatric patients were in cardiopulmonary resuscitation department, the procedure with the lowest compliance rate was "assessing the degree of pinched circuit at the limbs" (32.5%, for doctors) and "calculating the amount of fluid input and output according to the medical command" (35.4%, for nurses). Factors affecting compliance include: does not have specific monitoring and care procedures for cardiovascular intervention, lack of nursing human resources, overloaded patients and inexperience in young doctors, intervention facilities are still cramped. *Conclusion:* The rate of correct, proper and complete performance in our study is significantly lower than the other studies that have been reported. The hospital should have a specialized care and monitoring procedures for cardiovascular intervention and need to upgrade facilities, equipment to meet the standards of the cardiovascular intervention department/Room.

Keywords: Cardiovascular intervention, children, procedure, care, affecting factors.

1. Đặt vấn đề

Can thiệp tim mạch là phương pháp phổ biến trong điều trị các bệnh tim mạch, được sử dụng cho mục đích điều trị các bệnh tim mạch và chẩn đoán hình ảnh [2]. Các phương pháp can thiệp tim mạch có thể gây ra các biến chứng bao gồm rối loạn nhịp tim, co thắt mạch, rò rỉ mạch, vỡ động mạch, tắc động mạch, phình động mạch, chảy máu chỗ chọc ống, sưng, phù nề,... [2] Tỷ lệ biến chứng có thể chiếm từ 1,5 - 9% các trường hợp can thiệp [6].

Tử vong và các biến chứng sau can thiệp tim mạch hoàn toàn có thể giảm thiểu được qua việc theo dõi và chăm sóc sau can thiệp tim mạch. Nghiên cứu (NC) của Juran và cộng sự (1999) cho thấy việc theo dõi chăm sóc có thể giảm đáng kể các biến chứng [5]. NC của Rolley và cộng sự (2010) cũng chỉ ra rằng việc đào tạo, tập huấn về theo dõi và quản lý sau can thiệp tim mạch cho nhân viên y tế (NVYT) sẽ giúp giảm các biến chứng này [8].

Ngay từ năm 2004, Bệnh viện (BV) Nhi Trung ương đã bắt đầu thực hiện các can thiệp tim mạch trên bệnh nhi tim bẩm sinh (TBS).

Để giảm thiểu các biến chứng sau can thiệp tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương đã đưa ra các quy trình theo dõi và chăm sóc bệnh nhi sau can thiệp tim mạch để các NVYT thực hiện. Cho đến nay, chưa có NC đánh giá việc tuân thủ các quy trình này, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Theo dõi và chăm sóc bệnh nhi sau can thiệp tim mạch tại Trung tâm tim mạch trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018: Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng"

với mục tiêu: "Đánh giá việc thực hiện các quy trình theo dõi và chăm sóc sau can thiệp tim mạch và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng" nhằm cung cấp các bằng chứng để góp phần duy trì và cải thiện việc thực hiện quy trình tốt hơn, đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp song song phương pháp định lượng và định tính.

2.2. Đối tượng, cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu định lượng:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ như sau:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

n: Là số HSBA cần NC.

p: Là tỷ lệ các trường hợp bệnh nhi được chăm sóc đúng, ước tính $p=0,7$.

Mức tin cậy 95%, $\alpha=0,05$, $Z = 1,96$.

d: Sai số dự kiến 10%, $d = 0,1$. Sau khi thay số ta được $n = 81$, trên thực tế đã thu thập được 85 HSBA.

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống được sử dụng để chọn 85 HSBA từ tổng số 426 HSBA của các trường hợp can thiệp trong thời gian nêu trên, 6 HSBA bị loại do không đủ tiêu chuẩn. Kết quả là 79 HSBA được thu thập.

Chọn mẫu cho cấu phần định tính

Đối với lãnh đạo bệnh viện, nhân viên phụ trách bảo hiểm, bác sĩ và điều dưỡng chọn mẫu có chủ đích.

Đối với người nhà bệnh nhi: Chọn ngẫu nhiên 3 người nhà bệnh nhi đến làm can thiệp tim mạch trước khi hoàn chỉnh hồ sơ xuất viện. Tổng cộng có 10 cuộc phỏng vấn sâu (PVS) được thực hiện.

Thu thập số liệu

Số liệu thứ cấp: Bệnh án can thiệp tim mạch của bệnh nhi từ 0 đến 16 tuổi từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2018.

Số liệu sơ cấp:

Lãnh đạo bệnh viện.

Cán bộ bảo hiểm y tế.

Bác sĩ điều trị tại trung tâm tim mạch trẻ em.

Điều dưỡng tại phòng can thiệp tim mạch và điều dưỡng chăm sóc.

Người nhà bệnh nhi đến làm can thiệp trong thời gian nghiên cứu.

Dựa trên quy trình theo dõi và chăm sóc sau can thiệp, chúng tôi xây dựng bảng kiểm để thu thập thông tin về việc thực hiện các quy trình này từ HSBA. Tổng cộng có 3 nhóm quy trình: quy trình thực hiện tại phòng hồi tỉnh, tại khoa hồi sức tim

mạch, và tại Phòng khám Tim mạch khi tái khám sau 1 tháng. Bảng kiểm có các nội dung khác nhau cho từng quy trình thực hiện do bác sĩ và điều dưỡng. Dựa trên Khung lý thuyết Six Building Blocks của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), các hướng dẫn phỏng vấn sâu về các yếu tố ảnh hưởng bao gồm các nội dung về quy định của bệnh viện, nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và các vấn đề về tài chính.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Thông tin thu thập được từ phiếu điều tra, nhập liệu bằng phần mềm Excell và, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu định tính được gỡ băng và phân tích theo chủ đề.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng y đức Trường Đại học Y tế Công cộng theo quyết định số 236/2018/YTCC - HD3.

3. Kết quả

3.1. Thực trạng tuân thủ quy trình theo dõi và chăm sóc

Trong 79 HSBA được thu thập, có 44 trường hợp thông tin điều trị và 35 trường hợp thông tin chẩn đoán.

Bảng 1. Tỷ lệ trường hợp can thiệp được bác sĩ tuân thủ quy trình theo dõi và chăm sóc trước can thiệp và trong 2 giờ đầu sau can thiệp

Mục đích can thiệp Theo dõi, chăm sóc	Điều trị (n = 44)		Chẩn đoán (n = 35)		Tổng (n = 79)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Khám gây mê bệnh nhi trước can thiệp	38	86,4	30	85,7	68	86,1
Ghi y lệnh chuyển bệnh nhi đi can thiệp	35	79,5	29	82,9	64	81,0
Nhận định toàn trạng và dấu hiệu sinh tồn sau CTTM	38	86,4	30	85,7	68	86,1
Bác sĩ nội tim mạch ký biên bản hội chẩn tim mạch	44	100	33	94,3	77	97,5
Bác sĩ ký bảng kiểm vật tư tiêu hao sau can thiệp	42	95,5	33	94,3	75	94,9

Bảng 1. Tỷ lệ trường hợp can thiệp được bác sỹ tuân thủ quy trình theo dõi và chăm sóc trước can thiệp và trong 2 giờ đầu sau can thiệp (Tiếp theo)

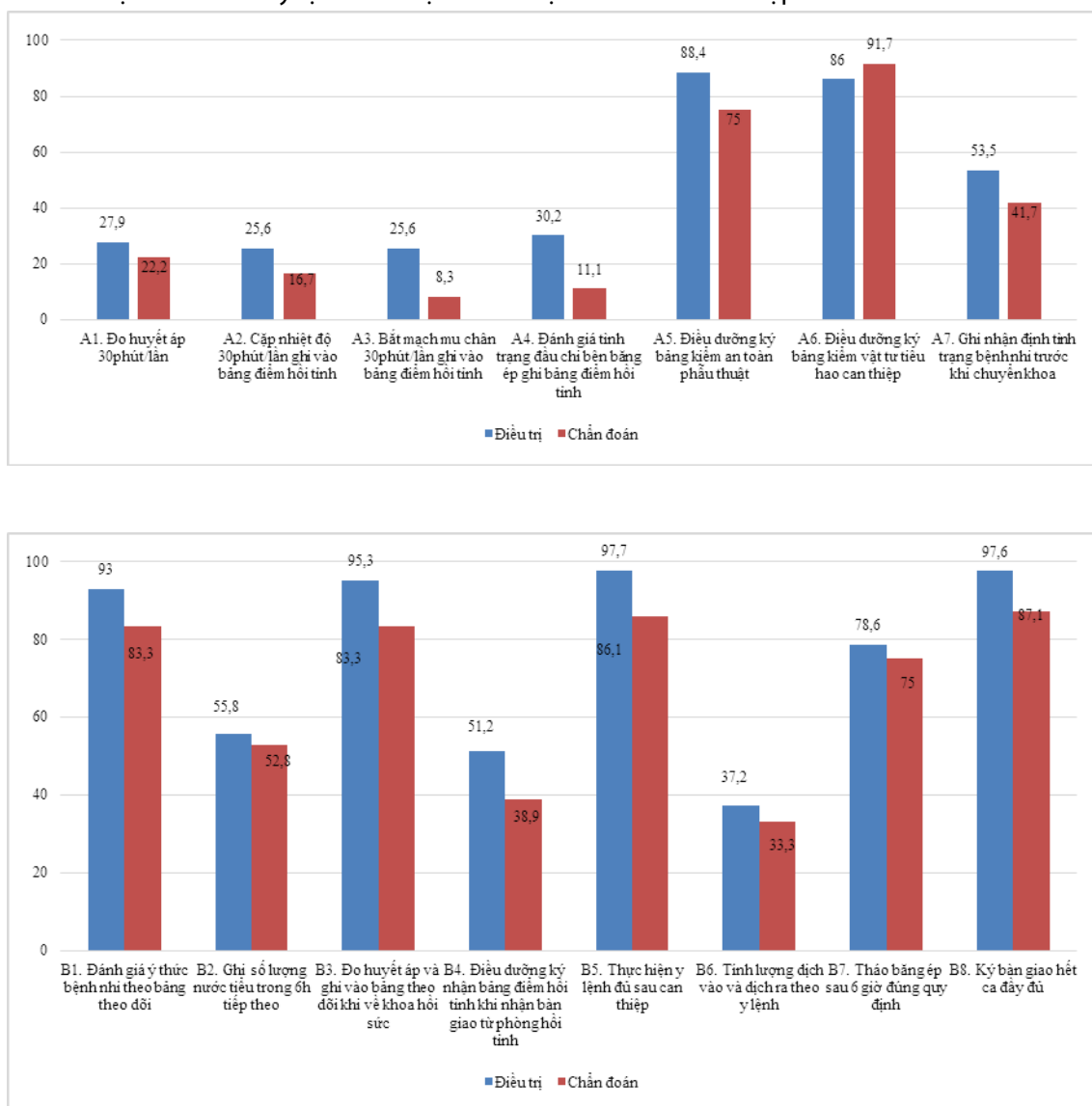
Mục đích can thiệp Theo dõi, chăm sóc	Điều trị (n = 44)		Chẩn đoán (n = 35)		Tổng (n = 79)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhận định các dấu hiệu bất thường sau can thiệp	36	81,8	29	82,9	65	82,3
Ký giấy cam kết khi đã giải thích cho người nhà	26	60	16	45,7	42	53,2
Đánh giá lại toàn trạng bệnh nhi trước khi chuyển	31	70,5	30	85,7	61	77,3
Ký phiếu gây mê hồi sức trước khi chuyển khoa	44	100	33	94,3	77	97,5
Ký y lệnh chuyển bệnh nhi về Khoa Hồi sức đầy đủ	37	84,1	32	91,4	69	87,3
Ký lược đồ phẫu thuật thủ thuật đầy đủ	43	97,7	32	91,4	75	94,9

Kết quả ở Bảng 1 cho thấy các tỷ lệ trường hợp thông tin được BS tuân thủ quy trình theo dõi và chăm sóc trong 2 giờ đầu sau can thiệp. Các quy trình có tỷ lệ tuân thủ thấp là “ký giấy cam kết khi đã giải thích cho người nhà” và “đánh giá lại toàn trạng bệnh nhi trước khi chuyển phòng hồi sức tim mạch”.

Bảng 2. Tỷ lệ trường hợp can thiệp được bác sỹ tuân thủ quy trình theo dõi và chăm sóc tại Khoa Hồi sức tim mạch

Mục đích can thiệp Theo dõi, chăm sóc	Điều trị (n = 44)		Chẩn đoán (n = 35)		Tổng (n = 79)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Ghi nhận định bệnh nhi ngay khi tiếp nhận từ phòng hồi tỉnh	43	97,7	32	91,4	75	94,9
Bác sĩ ký phiếu theo dõi điều trị đầy đủ	44	100	32	91,4	76	96,2
Ra y lệnh theo dõi bệnh nhân 6 giờ tiếp theo	42	95,3	29	82,9	71	89,9
Ra y lệnh chế độ ăn cho bệnh nhi sau can thiệp	23	53,5	22	62,9	45	57,0
Đánh giá mức độ chèn ép mạch chi	17	39,0	9	25,7	26	32,5
Cho y lệnh thuốc sau can thiệp	40	90,7	30	85,7	70	88,6
Ghi lệnh chuyển bệnh nhi siêu âm tim và điện tim	30	69,0	4/4	100	34	39,7
Ghi tổng số ngày điều trị khi bệnh nhi ra viện	42	95,3	35	100	77	97,5
Ghi chỉ định ra viện	44	100	20	57,1	64	81,0

Bảng 2 trình bày kết quả thực hiện các quy trình chăm sóc và theo dõi của BS tại Khoa Hồi sức tim mạch. Các hoạt động còn tuân thủ có tỷ lệ thấp là “đánh giá mức độ chèn ép mạch chi”, “ghi lệnh chuyển bệnh nhi siêu âm tim và điện tim” và “ra y lệnh chế độ ăn cho bệnh nhi sau can thiệp”.



Hình 1. Tỷ lệ trường hợp can thiệp được điều dưỡng tuân thủ quy trình theo dõi và chăm sóc trong 2 giờ đầu sau can thiệp tim mạch (trên) và tại Khoa Hồi sức Tim mạch (dưới)

Về việc tái khám 1 tháng sau can thiệp, trong số 79 bệnh nhi được hồi cứu HSBA có 63 bệnh nhi (79,5%) tái khám đầy đủ và 16 bệnh nhi (20,5%) không tái khám theo hẹn. Toàn bộ 63 bệnh nhi tái khám đều được BS thực hiện đầy đủ các quy trình theo dõi như khám thông thường, siêu âm tim, điện tâm đồ, chụp X-quang tim phổi, làm xét nghiệm khi có bất thường, chỉ định cân đo bệnh nhi và hẹn tái

khám lần sau. Tương tự, 100% các trường hợp tái khám cũng được điều dưỡng thực hiện các quy trình theo dõi và chăm sóc theo y lệnh.

4. Bàn luận

Trong 2 giờ đầu sau can thiệp, đây là thời điểm bệnh nhi cần được theo dõi chặt chẽ. Các chỉ định của bác sỹ cũng như chăm sóc của điều dưỡng mang tính tích cực trong việc hồi phục cho bệnh

nhi, và phát hiện xử lý sớm các biến chứng. Do vậy, việc thực hiện đầy đủ các bước theo dõi, chăm sóc cho bệnh nhi là rất quan trọng. Ở giai đoạn này các chỉ số sinh tồn thường xuyên được cập nhật 30 phút 1 lần đánh giá và cần có sự theo dõi liên tục của bác sỹ và điều dưỡng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước can thiệp và trong 2 giờ đầu sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhi được BS theo dõi và chăm sóc theo quy trình là khá cao. Tỷ lệ hoạt động được BS tuân thủ kém đó là “ký giấy cam kết khi đã giải thích cho người nhà về nguy cơ tai biến, biến chứng khi can thiệp” và “đánh giá lại toàn trạng bệnh nhi trước khi chuyển”. Đây là các tiêu chí rất quan trọng và bắt buộc liên quan đến sự an toàn của người bệnh và an toàn cho chính nhân viên y tế nhưng vẫn chưa thực hiện tốt. Điều này một phần được giải thích trong kết quả PVS là do quá tải công việc của BS và ĐD. Tuy nhiên cần lưu ý rằng, thực tế cho thấy các thắc mắc khiếu kiện trong ngành y tế 60% xuất phát từ việc không hoàn thiện đúng các thủ tục hành chính và thái độ của nhân viên y tế, chỉ có 40% thắc mắc liên quan đến chuyên môn [2]. Do đó việc thực hiện đúng quy trình và ghi cụ thể vào trong HSBA là cực kỳ cần thiết. Tại Khoa Hồi sức tim mạch, NC cho thấy một số quy trình theo dõi bệnh nhi để phát hiện kịp thời những tai biến BS thực hiện đạt tỉ lệ rất thấp, ví dụ “đánh giá mức độ chèn ép mạch chi” chỉ được thực hiện trong 32,5% trường hợp. Điều này, trên thực tế có thể được các BS thực hiện, tuy nhiên không ghi vào HSBA, một lần nữa cho thấy các BS cần lưu ý hơn nữa về việc ghi chép HSBA để tránh các khiếu kiện về sau.

Đối với việc tuân thủ quy trình của ĐD, NC của chúng tôi đã cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình chăm sóc và theo dõi thấp hơn nhiều so với BS. Kết quả này cũng thấp hơn đáng kể so với tác giả Schiks I và cộng sự (2007) với tỷ lệ đạt được quy trình là hơn 90% [9].

Các quy trình theo dõi và chăm sóc khi bệnh nhi đến tái khám được BS và ĐD thực hiện đầy đủ. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đó được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương [1], [4]. Tuy nhiên với một số xét nghiệm cần thiết để theo dõi di

chứng như siêu âm Doppler động - tĩnh mạch đùi chung thì chưa được làm đầy đủ là do khống chế của Thông tư 15/2018/TT-BYT [3], hạn chế tiếp theo là; cơ sở hạ tầng đã xuống cấp sau 8 năm đưa vào sử dụng, máy chụp mạch đã hết khấu hao. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) thì tất cả các tiêu chí hiện có của phòng can thiệp tim mạch hiện tại không đạt tiêu chuẩn về diện tích Phòng Can thiệp, Phòng Điều khiển, Phòng Hồi tỉnh và Phòng Giải thích cho bệnh nhi và người nhà [7].

Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình

Bệnh viện chưa có quy trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhi sau can thiệp tim mạch, tuy nhiên lãnh đạo bệnh viện, bác sĩ và điều dưỡng cũng đã nhận thức rõ tầm quan trọng của việc cần có quy trình này.

Hiện tại quy trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhi sau can thiệp tim mạch là quy trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhân hậu phẫu nói chung, chưa có quy trình riêng cho chăm sóc sau can thiệp tim mạch. Qua phỏng vấn sâu, lãnh đạo bệnh viện cho biết rất cần có quy trình chăm sóc và theo dõi chuyên sâu cho lĩnh vực can thiệp tim mạch.

“Tôi nghĩ nếu có quy trình chăm sóc chuyên sâu cho lĩnh vực tim mạch Nhi khoa nói chung và tim mạch can thiệp Nhi khoa nói riêng thì rất tốt” PVS - LĐ1.

Yêu cầu cần có quy trình chăm sóc và theo dõi chuyên biệt cho can thiệp tim mạch cũng được lãnh đạo Khoa nhận định là cần thiết vì góp phần giảm tai biến và biến chứng cho bệnh nhi.

“Tỷ lệ tai biến, biến chứng trên các bệnh nhi sau can thiệp hàng năm đã được báo cáo và ghi nhận nếu chúng ta quản lý tốt sẽ góp phần cảnh báo cho bệnh nhi và bác sĩ tránh được các tai biến chồng tai biến sau này” PVS - LĐ2.

Quá tải và sự thiếu kinh nghiệm của các BS trẻ ảnh hưởng đến việc thực hiện đầy đủ các quy trình

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy quá tải là phổ biến ở bác sỹ tại khu vực chăm sóc BN sau can thiệp tim mạch. Điều này dẫn đến việc mặc dù các BS biết các yêu cầu trong quy trình theo dõi và chăm sóc nhưng không thể thực hiện tốt được.

“Quy trình thăm khám cho các bệnh nhi sau can thiệp có để ra nhưng vì khối lượng công việc nhiều đôi khi chúng tôi không thể thực hiện ngay được” PVS - BSCT2.

Ngoài ra, một số bác sỹ trẻ chưa có kinh nghiệm nên chưa thực hiện đầy đủ các hoạt động theo dõi và chăm sóc.

“Việc ký HSBA chuyển bệnh nhân về khoa hồi sức tim mạch đôi khi bị bỏ sót thường rơi vào bác sỹ trẻ chưa có nhiều kinh nghiệm” PVS - BSGM2.

Điều dưỡng của trung tâm chưa đủ về số lượng và kinh nghiệm theo dõi và chăm sóc sau can thiệp tim mạch nên một số hoạt động trong quy trình bị bỏ sót.

“Về cơ bản nhân lực bác sỹ và điều dưỡng đã đáp ứng được chuyên môn sâu trong lĩnh vực can thiệp tim mạch nhi khoa, song nhân lực theo dõi và chăm sóc sau can thiệp còn thiếu và yếu” - PVS - BSCT1.

“Tiếp cận các bệnh nhi sau làm thông tim nặng còn lúng túng đôi khi mất bình tĩnh” PVS - BSGM1.

Bệnh viện đã đầu tư trang thiết bị, cơ sở hạ tầng cho đơn vị can thiệp tim mạch, tuy nhiên diện tích phòng làm can thiệp còn nhỏ so với tiêu chuẩn.

“Mong muốn của chúng tôi là bệnh viện tạo điều kiện mở rộng thêm không gian phòng hồi tỉnh vì hiện tại rất chật chội” PVS - ĐDCS1.

Các can thiệp và xét nghiệm trong quy trình theo dõi và chăm sóc bệnh nhi được thanh toán theo chế độ thanh toán bảo hiểm, nhưng một số xét nghiệm tầm soát sớm chưa được thực hiện.

Bảo hiểm y tế chi trả 100% chi phí các ca can thiệp tim mạch theo quy định do đối tượng hầu hết là trẻ dưới 6 tuổi. Tuy nhiên, vẫn còn một vài khó khăn về thanh toán bảo hiểm khi thực hiện các xét nghiệm tầm soát các di chứng sớm do có một số quy định chưa phù hợp về mức giá hoặc cách thanh toán bảo hiểm đối với bệnh viện.

“Một số xét nghiệm BS muốn làm thêm cho bệnh nhi như siêu âm Doppler động - tĩnh mạch đùi chung chưa làm thường quy được vì chưa có quy định về thanh toán bảo hiểm, mà xét nghiệm này quan trọng để đánh giá di chứng cho bệnh nhi” - PVS - BSCT1.

Việc tái khám là cần thiết nhưng một số bệnh nhi ở xa không đến tái khám theo lịch hẹn.

Kết quả phỏng vấn sâu một số phụ huynh sau khi tái khám cho thấy, đa phần các phụ huynh đưa bệnh nhi đi tái khám là ở khu vực Hà Nội, các bệnh nhi ở những khu vực xa hơn, như các tỉnh Lào Cai, Yên Bái, Điện Biên, Lai Châu, Thanh Hoá, Nghệ An,... đi lại khó khăn hơn nên nhiều phụ huynh không chắc chắn việc sẽ tái khám như lịch hẹn của bác sỹ.

“Khó khăn lớn nhất về việc tái khám là vì điều kiện đường xá, điều kiện kinh tế khó khăn nhưng vì sức khỏe của con em chúng tôi vẫn sẵn sàng đưa con đi khám đúng hẹn” PVS - GĐBN3.

5. Kết luận

Nghiên cứu đã chỉ ra nhiều bước trong quy trình theo dõi và chăm sóc sau can thiệp tim mạch chưa được các BS và ĐD tuân thủ. BV cũng cần có quy trình chăm sóc và theo dõi chuyên biệt cho can thiệp tim mạch. Ngoài ra, BV cần nâng cấp cơ sở vật chất trang thiết bị để đáp ứng yêu cầu, đặc biệt là triển khai để án bệnh án điện tử.

Tài liệu tham khảo

1. Đỗ Mạnh Hùng (2013) *Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp*. Luận án Tiến sỹ, Trường Đại học y tế công cộng.
2. Bộ Y tế (2014) *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tim mạch*. Ban hành kèm theo quyết định số 3983/QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014.
3. Bộ Y tế (2018) *Thông tư số 15/2018/TT-BYT ngày 30/5/2018 Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh trong một số trường hợp*.
4. Vũ Thị Tú Uyên (2017) *Nghiên cứu sự hài lòng của người chăm sóc trẻ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017*. Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.

5. Juran NB et al (1999) *Nursing interventions to decrease bleeding at the femoral access site after percutaneous coronary intervention. SANDBAG Nursing Coordinators. Standards of Angioplasty Nursing Techniques to Diminish Bleeding Around the Groin.* Am J Crit Care 8(5): 303-313.
6. Nasser TK et al (1995) *Peripheral vascular complications following coronary interventional procedures.* Clin Cardiol 18(11): 609-614.
7. JACC (2012) *Downloaded from content. onlinejacc.org by on May 25, 2012 Cardiac Catheterization Laboratory Standards* 59: 54-59.
8. Salamonson Y, Rolley JX, Dennison CR et al (2010) *Nursing care practices following a percutaneous coronary intervention: results of a survey of Australian and New Zealand cardiovascular nurses.* J Cardiovasc Nurs 25(1): 75-84.
9. Schoonhoven L, Schiks I, Verheugt F et al (2007) *Performance evaluation of arterial femoral sheath removal by registered nurses after PCI.* Eur J Cardiovasc Nurs 19(3): 181-189.