

Áp dụng mô hình thực hành chăm sóc tích hợp trong chăm sóc người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Implementing the integrated practice unit model for comprehensive stroke care at General International Hospital Vinmec Times City

Mai Xuân Thiên*,
Nguyễn Đăng Tuấn và Nguyễn Ngọc Quang

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Tóm tắt

Mục tiêu: Mục tiêu chính là đánh giá hiệu quả việc áp dụng mô hình thực hành chăm sóc tích hợp (IPU) trong chăm sóc người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Vinmec Times City từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng, nhóm nghiên cứu (Nhóm NC) là nhóm bệnh nhân bị đột quỵ nhập viện điều trị tại Bệnh viện Vinmec được quản lý điều trị và chăm sóc theo mô hình IPU với nhóm chứng lịch sử (Nhóm C) là những bệnh nhân đột quỵ được nhập viện và điều trị trước đó theo cách tiếp cận truyền thống. Đánh giá hiệu quả áp dụng dựa trên các chỉ số đánh giá chất lượng bao gồm các chỉ số về quy trình, chỉ số về kết quả và các chỉ số từ góc nhìn người bệnh. **Kết quả:** Chỉ số chất lượng ở nhóm NC cho thấy tỷ lệ tuân thủ Clinical Pathway chẩn đoán và điều trị đột quỵ cấp là 91,3%, thời gian “cửa-kim” trung bình người bệnh (NB) được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết là 30,5 phút, tỷ lệ NB được đánh giá phục hồi chức năng trong vòng 48 giờ là 92,5%, tỷ lệ NB đột quỵ được test sàng lọc chức năng nuốt là 93,9%, tỷ lệ NB ra viện được khám, tư vấn kế hoạch phục hồi chức năng tại thời điểm ra viện là 75%, tỷ lệ NB đột quỵ não đến sớm (< 4,5 giờ) ra viện với mRS < 3 là 48,1%, tỷ lệ NB tái khám sau 1 tháng là 52,8%, tương ứng các chỉ số này ở nhóm chứng lần lượt là: 72,3%, 42,5%, 62,3%, 73,4%, 32,1%, 34,7%, 35,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Việc áp dụng mô hình IPU trong chăm sóc người bệnh đột quỵ làm cải thiện chất lượng điều trị người bệnh đột quỵ trong giai đoạn cấp, rút ngắn được các thời gian can thiệp cấp cứu, tăng tỷ lệ tuân thủ phác đồ điều trị, đánh giá toàn diện người bệnh dự phòng biến chứng làm tăng khả năng phục hồi cho người bệnh đột quỵ.

Từ khóa: Mô hình đơn vị thực hành tích hợp, chỉ số chất lượng, chăm sóc người bệnh đột quỵ não.

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness of implementing the integrated practice unit (IPU) model in providing comprehensive stroke care at Vinmec Times City General International Hospital from January 2023 to September 2024. **Subject and method:** We conducted a controlled trial. The study group (Group NC) consisted of stroke patients admitted to Vinmec hospital and treated and managed according to the IPU model. The historical control group (Group C) consisted of stroke patients who were previously admitted and treated according to the traditional approach. The effectiveness of the application is assessed using quality indicators such as process, outcome, and patient perspective. **Result:** Quality indicators in the study

Ngày nhận bài: 15/10/2024, ngày chấp nhận đăng: 02/12/2024

* Tác giả liên hệ: dr.thienmx@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

group (NC group) showed that the compliance rate with the Clinical Pathway for diagnosis and treatment of acute stroke was 91.3%, the "door-needle" time for patients receiving thrombolytic drugs was 30.5 ± 8.3 minutes, the rate of patients assessed for functional recovery within 48 hours was 92.5%, the rate of stroke patients receiving a swallowing function screening test was 93.9%, the rate of discharged patients who were examined and consulted on a rehabilitation plan at the time of discharge was 75%, the rate of stroke patients who arrived early (<4.5 hours) and were discharged with mRS < 3 was 48.1%, the rate of patients who returned for a follow-up visit after 1 month was 52.8%. These indicators in the control group (group C) were: 72.3%, 42.5 ± 10.3 , 62.3%, 73.4%, 32.1%, 34.7%, 35.8%, respectively. The difference was statistically significant with $p < 0.05$. *Conclusion:* Utilizing the IPU model in stroke patient care enhances the quality of treatment during the acute phase, reduces emergency intervention times, improves adherence to treatment regimens, conducts comprehensive patient assessments to prevent complications, and enhances the recovery potential of stroke patients.

Keywords: Integrated practice unit model, quality indicator, comprehensive stroke care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong và tàn phế, để lại gánh nặng vô cùng nặng nề cho gia đình và cho xã hội về cả kinh tế lẫn tinh thần và chất lượng cuộc sống, quản lý người bệnh đột quỵ vô cùng phức tạp, liên quan đến nhiều lĩnh vực với chi phí và nguy cơ rủi ro rất lớn. Mặc dù khi cấp cứu ban đầu và điều trị thành công, người bệnh vẫn còn nguy cơ cao về biến chứng, quản lý các yếu tố nguy cơ có thể dẫn tới đột quỵ tái phát và phải nhập viện lại. Hiện nay ở Việt Nam cũng như trên thế giới việc điều trị còn đang phân mảnh, chưa có sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa dẫn đến hiệu quả giữa các giai đoạn chăm sóc còn chưa có kết quả tốt.

Mô hình đơn vị thực hành tích hợp (IPU - Integrated Practice Unit) là một nhóm làm việc chuyên nghiệp bao gồm cả chuyên gia lâm sàng và phi lâm sàng, làm việc cùng nhau để cung cấp một chu trình chăm sóc cho một nhóm người bệnh có cùng đặc điểm về bệnh lý hoặc những điều kiện liên quan mật thiết với nhau, được chấp nhận rộng rãi như một giải pháp sẽ giúp cho hệ thống y tế có thể đương đầu với nhu cầu ngày càng tăng về nguồn lực y tế khi dân số ngày càng già đi và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng phức tạp. Chăm sóc tích hợp được kỳ vọng sẽ đạt được hiệu quả chăm sóc sức khỏe tốt hơn, tránh được sự phân mảnh trong các giai đoạn chăm sóc người bệnh, tối ưu hóa sự phối hợp giữa các chuyên khoa liên quan, giảm chi phí bởi sự cải thiện hệ thống^{1,2}.

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City là một trong những Bệnh viện đa khoa tư nhân lớn nhất phía Bắc tại Việt Nam, với phương châm lấy người bệnh làm trung tâm chúng tôi luôn áp dụng những phương pháp điều trị tiên tiến trên thế giới, cũng như nghiên cứu tìm hiểu những mô hình y tế phù hợp để đảm bảo tối ưu hiệu quả điều trị và giảm thiểu chi phí cho người bệnh, nhận thấy tại Việt Nam mặc dù sự phát triển tốt các kỹ thuật mới, tuy nhiên các mô hình chăm sóc đột quỵ hiện tại chưa khắc phục được những hạn chế trong quản lý người bệnh một cách liên tục xuyên suốt.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu chính để đánh giá hiệu quả của việc áp dụng mô hình đơn vị thực hành tích hợp (IPU) trong chăm sóc người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Vinmec Times City.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán và điều trị đột quỵ não

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp đột quỵ rất nặng, phối hợp nhiều bệnh lý mạn tính phức tạp (xơ gan, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, suy tim sung huyết...), huyết động không ổn định có nguy cơ cao tử vong, bệnh nhân từ chối điều trị tại Vinmec.

2.2. Phương pháp

Từ cuối năm 2022, bệnh viện bắt đầu triển khai phát triển các mô hình đơn vị thực hành tích hợp

vào việc quản lý điều trị và chăm sóc người bệnh làm giảm sự phân mảnh, cải thiện tình trạng chăm sóc liên tục, nhằm đổi mới và cung cấp dịch vụ tốt hơn chúng tôi đã tiến hành áp dụng mô hình IPU trong quản lý các mặt bệnh khác nhau.

Thuộc tính của IPU³
Được tổ chức xung quanh một tình trạng y tế hoặc phân khúc dân số có nhu cầu chăm sóc tương tự
Đội ngũ đa ngành với các thành viên có thời gian dành riêng cho nhóm
Đơn vị tổ chức chung
Nhóm chịu trách nhiệm về toàn bộ chu trình chăm sóc người bệnh
Giáo dục, tham gia và theo dõi bệnh nhân
Cơ cấu quản lý và lập kế hoạch thống nhất
Cùng nằm trong cơ sở chuyên trách
Đội trưởng nhóm bác sĩ hoặc người quản lý chăm sóc lâm sàng giám sát toàn bộ quá trình chăm sóc
Các thước đo kết quả chung
Thường xuyên tổ chức các cuộc họp chính thức và không chính thức đánh giá hoạt động nhóm

Từ đó chúng tôi xác định và xây dựng IPU đột quy với mục đích tiếp cận, áp dụng các hướng dẫn điều trị mới nhất trên thế giới, cũng như quản lý người bệnh tập trung vào các nhu cầu chăm sóc y tế theo luồng dịch vụ khách hàng bao gồm toàn bộ chu trình điều trị chăm sóc toàn diện người bệnh đột quy.



Hình 1. Chu trình chăm sóc người bệnh đột quy liên tục toàn diện

Chúng tôi thành lập IPU đột quy thành viên là các bác sĩ, điều dưỡng đến từ các chuyên khoa Cấp cứu, hồi sức tích cực, nội thần kinh - đột quy, chẩn đoán hình ảnh can thiệp, phục hồi chức năng, dược sĩ lâm sàng, dinh dưỡng và tâm lý những thành viên trong IPU được quy định chức năng, nhiệm vụ trong quyết định thành lập IPU của Bệnh viện. Làm việc phối hợp điều trị chăm sóc người bệnh trong giai đoạn nằm điều trị nội trú, và khi ra viện chúng tôi giữ liên lạc để theo dõi tình trạng sử dụng thuốc, phục hồi chức năng cũng như nhắc lịch tái khám đối với những trường hợp có nhu cầu.

Chúng tôi tiến hành thử nghiệm có đối chứng, nhóm nghiên cứu (Nhóm NC) là nhóm bệnh nhân bị đột quy nhập viện điều trị tại Bệnh viện Vinmec được quản lý điều trị và chăm sóc theo mô hình IPU với nhóm chứng lịch sử (Nhóm C) là những bệnh nhân đột quy được nhập viện và điều trị trước đó theo cách tiếp cận truyền thống.

Tiêu chí đánh giá: Ngoài các tiêu chí chung về đặc điểm nhân trắc, các đặc điểm chung về lâm sàng, cận lâm sàng. Chúng tôi đánh giá hiệu quả áp dụng dựa trên các chỉ số đánh giá chất lượng bao gồm các chỉ số về quy trình, chỉ số về kết quả và các chỉ số từ góc nhìn người bệnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Để tài được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

Thời gian nghiên cứu:

Đối với nhóm chứng lịch sử (Nhóm C): Lấy số liệu trong 2 năm 2021 và 2022.

Đối với nhóm nghiên cứu (Nhóm NC): Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được làm sạch, nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0, sử dụng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ**Bảng 1. Đặc điểm của 2 nhóm nghiên cứu**

STT	Đặc điểm	Nhóm NC (229 BN)	Nhóm C (200 BN)	p
1	Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$) min-max	66,5 $\pm$ 15,5 22 - 102	60,5 $\pm$ 15,5 30 - 99	>0,05
2	Giới (Tỷ lệ nam/nữ)	2,3	2,1	>0,05
3	Loại đột quỵ			
	Nhồi máu não (n, (%))	173 (75,5%)	160 (80,0%)	>0,05
	Xuất huyết não (n, (%))	32 (14,0%)	26 (13,0%)	>0,05
	Khác (n, (%))	24 (10,5%)	14 (7,0%)	>0,05
4	Tỷ lệ NB điều trị tiêu sợi huyết (n, (%))	20 (8,7%)	15 (7,5%)	>0,05
5	Tỷ lệ NB điều trị lấy huyết khối cơ học (n, (%))	28 (12,3%)	21 (10,5%)	>0,05
6	Tỷ lệ NB can thiệp phình mạch não (n, (%))	25 (10,9%)	20 (10,0%)	>0,05
7	Tỷ lệ NB được phẫu thuật lấy khối máu tụ (n, (%))	5 (2,1%)	4 (2,0%)	>0,05
8	NIHSS khi nhập viện (($\bar{X} \pm SD$), min - max)	5,7 $\pm$ 6,9 0-33	6,1 $\pm$ 7,9 0-35	>0,05
9	Mức độ nặng của đột quỵ			
	Nhẹ (NIHSS 1-4) n, (%)	123 (53,7%)	119 (59,5%)	>0,05
	Trung Bình (NIHSS 5-15) (n, (%))	68 (29,7%)	58 (29,0%)	>0,05
	Nặng (NIHSS 16-20) (n, (%))	25 (10,9%)	19 (9,5%)	>0,05
	Rất nặng (NIHSS 21-42) (n, (%))	13 (5,7%)	4 (2,0%)	>0,05
10	NIHSS tại thời điểm ra viện (($\bar{X} \pm SD$), min - max)	3,6 $\pm$ 5,8 0-30	5,6 $\pm$ 6,8 0-30	<0,05
12	mRS trước khi nhập viện (($\bar{X} \pm SD$), min - max)	0,3 $\pm$ 0,8 0-4	0,4 $\pm$ 0,9 0-5	>0,05
13	mRS tại thời điểm ra viện (($\bar{X} \pm SD$), min - max)	1,9 $\pm$ 2,0	1,9 $\pm$ 2,0	>0,05
14	Mức độ phục hồi tại thời điểm ra viện			
	mRS 0-2 (n, (%))	116 (50,7%)	88 (44,0%)	<0,05
	mRS 3-6 (n, (%))	113 (49,3%)	112 (56,0%)	<0,05
15	Tỷ lệ tử vong (n, (%))	5 (2,2%)	4 (2,0%)	>0,05

Bảng 2. So sánh hai nhóm nghiên cứu dựa trên các chỉ số chất lượng

STT	Tiêu chí	Nhóm NC	Nhóm C	p
1	Tỷ lệ tuân thủ Clinical Pathway chẩn đoán và điều trị đột quỵ cấp (%)	91,3	72,3	<0,05
2	Thời gian “cửa-kim” NB được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết (($\bar{X} \pm SD$) phút, min - max)	30,5 $\pm$ 8,3 22-38	42,5 $\pm$ 10,3 29-55	<0,05
3	Tỷ lệ NB đột quỵ nhồi máu não cấp được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết có thời gian “cửa - kim” < 60 phút (%)	100	100	>0,05

STT	Tiêu chí	Nhóm NC	Nhóm C	p
4	Thời gian “cửa-kim vào đông mạch đùi” NB được lấy huyết khối cơ học ($(\bar{X} \pm SD)$ phút, min - max)	112,5 $\pm$ 5,6 60-150	128,5 $\pm$ 25,6 80-200	>0,05
5	Tỷ lệ NB được lấy huyết khối cơ học với thời gian “cửa - bện” < 120 phút (%)	80	60	>0,05
6	Tỷ lệ NB được tái thông mạch não với TIC1 2b-3 (%)	90,5	85	>0,05
7	Tỷ lệ NB được đánh giá phục hồi chức năng trong vòng 48 giờ (%)	92,5	62,3	>0,05
8	Tỷ lệ NB nghi ngờ bị đột quỵ được chẩn đoán bằng CT scan não hoặc MRI não (%)	100	100	>0,05
9	Tỷ lệ NB đột quỵ được test sàng lọc chức năng nuốt (%)	93,9	73,4	<0,05
10	Tỷ lệ NB đột quỵ nhồi máu não được dự phòng bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, hoặc thuốc chống đông đúng phác đồ (%)	98,2	97,2	>0,05
11	NB đột quỵ được điều trị tại đơn vị đột quỵ hoặc phòng ICU chuyên biệt trong suốt thời gian nằm viện (%)	100	100	>0,05
12	Tỷ lệ được khám, tư vấn kế hoạch phục hồi chức năng tại thời điểm ra viện (%)	75	32,1	<0,05
13	Tỷ lệ NB đột quỵ nhồi máu não đến sớm (< 4,5 giờ) ra viện với mRS < 3 (%)	48,1	34,7	<0,05
14	Tỷ lệ NB tái khám sau 1 tháng (%)	52,8	35,8	<0,05

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy về đặc điểm chung của về nhân chủng học và mô hình đột quỵ nhập viện tại Bệnh viện Vinmec Times City (tỷ lệ các loại đột quỵ và mức độ nặng của bệnh) là tương đương nhau ở cả hai nhóm.

Đơn vị thực hành tích hợp (IPU) đã được đề xuất như một phương tiện để tái cấu trúc nhóm đa chuyên khoa nhằm tăng giá trị của trong việc chăm sóc sức khỏe⁴. IPU đòi hỏi cấu trúc và quy trình được tổ chức theo một khuôn khổ khái niệm được thiết kế để đạt được kết quả chung. Trong một IPU, các chuyên gia làm việc nhóm để hướng đến một mục tiêu chung là tối ưu hiệu quả điều trị người bệnh nhất có thể, thành viên của IPU được đặt cùng vị trí để tạo điều kiện giao tiếp, hợp tác hiệu quả nâng cao lợi ích cho người bệnh. Đó là cơ sở để tin rằng khái niệm IPU có thể áp dụng tốt cho chăm sóc người bệnh đột quỵ làm tăng hiệu quả điều trị giai

đoạn cấp, giảm tỷ lệ biến chứng, giảm tỷ lệ tái phát và tăng khả năng phục hồi và trở lại cuộc sống bình thường. Để theo dõi kết quả của việc chăm sóc đột quỵ, các tiêu chuẩn được đưa ra với bộ các chỉ số (như tỷ lệ tử vong, thời gian nằm viện, % điều trị tiêu sợi huyết, v.v.) đặc biệt được áp dụng rộng rãi tại các đơn vị và trung tâm đột quỵ tại Việt Nam hiện nay là bộ chỉ số chất lượng theo tiêu chuẩn của Hội Đột quỵ Châu Âu và Hội Đột quỵ Thế Giới, và được thu thập dữ liệu thông qua hệ thống lưu trữ Res-Q để thuận tiện cho việc theo dõi, đánh giá theo các tiêu chí nhất định⁵.

Trong nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả của việc áp dụng mô hình IPU trong điều trị và chăm sóc đột quỵ chúng tôi cũng sử dụng bộ chỉ số chất lượng gồm các chỉ số thuộc quy trình, kết quả và các chỉ số dựa trên phỏng vấn người bệnh (PROM), kết quả thu được không có sự khác biệt đối với các chỉ số thời gian “cửa-kim chọc động mạch đùi” ở NB được lấy huyết khối cơ học, tỷ lệ NB được tái thông

mạch não với TIC1 2b-3, tỷ lệ NB nghi ngờ đột quy được chẩn đoán bằng CT scan hoặc MRI não, tỷ lệ NB nhồi máu não được dự phòng bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu hoặc bằng thuốc chống đông đúng phác đồ, tỷ lệ NB đột quy được điều trị tại đơn vị đột quy hoặc phòng ICU chuyên biệt trong quá trình nằm viện, với $p > 0,05$. Thời gian “cửa - kim chọc động mạch đùi” trong nghiên cứu của chúng tôi còn kéo dài ở cả hai nhóm, không có sự khác biệt và phần lớn nguyên nhân do chờ đợi quyết định từ gia đình có thể do chi phí, cũng như sự nghi ngại khi thực hiện kỹ thuật cao tại một cơ sở y tế tư nhân, chúng tôi hy vọng sẽ cải thiện trong thời gian tới khi uy tín và thương hiệu ngày được nâng cao. Còn những chỉ số khác không có sự khác biệt vì liên quan đến vấn đề chẩn đoán và điều trị thì tại Vinmec đã được chuẩn hóa và đào tạo ngay từ đầu, nên ngay cả khi chưa áp dụng mô hình IPU các bác sĩ chuyên khoa đều thực hiện rất đầy đủ và triển khai kỹ thuật rất tốt. Tuy nhiên sự khác biệt của mô hình IPU không phải là sự xuất sắc của từng chuyên khoa mà là sự phối hợp, làm việc nhóm đi đến mục tiêu chung đáp ứng nhu cầu trong toàn bộ chu trình chăm sóc sức khỏe người bệnh và điều này đã thể hiện sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở các chỉ số tỷ lệ tuân thủ Clinical Pathway chẩn đoán và điều trị đột quy cấp là 91,3%, thời gian “cửa-kim” NB được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết là $30,5 \pm 8,3$ phút, tỷ lệ NB được đánh giá phục hồi chức năng trong vòng 48 giờ là 92,5%, tỷ lệ NB đột quy được test sàng lọc chức năng nuốt là 93,9%, tỷ lệ NB ra viện được khám tư vấn kế hoạch phục hồi chức năng tại thời điểm ra viện là 75%, tỷ lệ NB đột quy não đến sớm ($< 4,5$ giờ) ra viện với mRS < 3 là 48,1%, tỷ lệ NB tái khám sau 1 tháng là 52,8% ở nhóm nghiên cứu, còn tương ứng các chỉ số này ở nhóm chứng (nhóm C) lần lượt là: 72,3%; $42,5 \pm 10,3$; 62,3%; 73,4%; 32,1%; 34,7%; 35,8%. Từ đó cho thấy khi áp dụng mô hình thực hành chăm sóc tích hợp các chỉ số liên quan đến tuân thủ quy trình phối hợp đã cải thiện một cách đáng kể, dẫn đến rút ngắn thời gian người bệnh được can thiệp cấp cứu, cải thiện hiệu quả điều trị.

Trên thế giới mô hình IPU đã được triển khai áp dụng ở nhiều nơi đối với một số bệnh lý như viêm xương khớp, ung thư cổ tử cung...⁶ cho thấy cải

thiện hiệu quả điều trị và kể cả về mặt kinh tế y tế. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp của Johanneke và cộng sự⁷ cho thấy cải thiện chi phí đáng kể khi áp dụng mô hình IPU trong chăm sóc người bệnh đột quy. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu đầu tiên về việc triển khai mô hình đơn vị thực hành tích hợp (IPU) được tiến hành tại Việt Nam, các tiêu chí đánh giá chưa đồng nhất so với các nghiên cứu khác trên thế giới, và vẫn còn một số hạn chế như là hiện nay chúng tôi vẫn đang tập trung áp dụng mô hình chăm sóc trong giai đoạn người bệnh điều trị tại Bệnh viện, hạn chế dữ liệu cũng như đánh giá ảnh hưởng của mô hình đối với giai đoạn chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng tiên phát, dự phòng thứ phát cũng như các giai đoạn sau khi ra viện của chu trình chăm sóc người bệnh đột quy toàn diện, cũng chưa thể đánh giá được hiệu quả về mặt chi phí y tế.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng mô hình IPU trong chăm sóc người bệnh đột quy làm cải thiện chất lượng điều trị người bệnh đột quy trong giai đoạn cấp, rút ngắn được các thời gian can thiệp cấp cứu, tăng tính phối hợp, làm việc nhóm giữa các chuyên khoa liên quan, đánh giá toàn diện người bệnh dự phòng biến chứng làm tăng khả năng phục hồi cho người bệnh đột quy, tuy nhiên cần triển khai nghiên cứu áp dụng mô hình IPU ở cả giai đoạn dự phòng ban đầu, dự phòng tiên phát, dự phòng thứ phát và các chu trình sau khi ra viện để có một bức tranh toàn thể trong việc triển khai áp dụng mô hình IPU trong toàn bộ chu trình chăm sóc điều trị người bệnh đột quy và có thể nghiên cứu áp dụng rộng rãi trong chăm sóc người bệnh đột quy tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Monitor (2015) *Delivering better integrated care Internet*. Department of Health, United Kingdom. 2014 Mar 27 [updated 11 Mar 2015; cited 17 Sept 2015]. <https://www.gov.uk/guidance/enabling-integrated-care-in-the-nhs>.
2. National Committee for Quality Assurance [internet]. Integrated care for people with Medicare and Medicaid: A roadmap for quality. 2013 Mar 5 [cited 17 Sept

- 2015].<http://thescanfoundatiion.org/national-committee-quality-assurance-integrated-care-people-medicare-and-medicaid-roadmapquality>.
3. Zhang J, Gu LL, Xu Y, Zhao BB, Li D, Xiao C (2022) *Integrated Medical Care and the Continuous 4C Nursing Model to Improve Nursing Quality and Clinical Treatment of Patients with Acute Stroke: Based on a Retrospective Case-Control Study*. Contrast Media Mol Imaging: 4810280.
 4. Porter ME, Teisberg EO (2026) *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
 5. Bélanger A, Beaudet L, Lapointe T, Houle J (2024) *Clinical and organisational quality indicators for the optimal management of acute ischaemic stroke in the era of thrombectomy: A scoping review and expert consensus study*. BMJ Open 14(2): 073173.
 6. Jayakumar P, Mills Z, Triana B et al (2023) *A Model for Evaluating Total Costs of Care and Cost Savings of Specialty Condition-Based Care for Hip and Knee Osteoarthritis in an Integrated Practice Unit*. Value Health 26(9): 1363-1371.
 7. Tummers JF, Schrijvers AJ, Visser-Meily JM (2012) *Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review*. Int J Integr Care 12:e193. doi: 10.5334/ijic.847.