

MANAGEMENT OF PATIENTS RETURNED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT UNPLANNED WITHIN 72 HOURS AT TAN PHU DISTRICT HOSPITAL, IN 2019

Luong Van Sinh*, Bui Thi Nhi, Hoang Thi Phuong Thao

Tan Phu Dist Hospital - 611 Au Co, Phu Trung Ward, Tan Phu Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 04/07/2024

Revised: 08/08/2024; Accepted: 27/08/2024

ABSTRACT

Backgrounds: Describe the management results of patients returning to the Emergency Department unplanned within 72 hours and some correlated factors at Tan Phu Dist Hospital, 2019.

Methods: A retrospective study collected patient data at the Emergency Department, Tan Phu Dist Hospital using Hsoft hospital management software from January 1, 2019, to December 31, 2019.

Results: There were 22,417 eligible patients, and 340 patients returned within 72 hours, accounting for 1.5%. Some differences between the two groups of patients who returned and did not return to the emergency department within 72 hours: The group of patients who returned had a higher average age of 49 ± 19 ($p < 0.01$), more women than men ($p < 0.01$), higher health insurance payments ($p < 0.001$), longer emergency hospital stay ($p < 0.01$) and a higher proportion of hospital stays over 120 minutes ($p < 0.01$). Intestinal infections, dengue fever, vestibular disorders, hypertension, and digestive disorders had a higher rate ($p < 0.01$). The group of patients who returned to the emergency department and had to be hospitalized was 71.18%. Patients with health insurance, diagnosed with 1 of 5 diseases (intestinal infection, vestibular disorder, dengue fever, hypertension, and digestive disorder) had a higher risk of return than other diseases ($p < 0.05$). Patients with a hospital stay in the emergency department ≥ 120 minutes had an OR = 1.31, $p < 0.05$ compared with the group < 120 minutes.

Conclusions: The management results of patients returning to the emergency department within 72 hours showed a trend towards older patients, women, using health insurance, longer emergency hospital stays, and five medical conditions including intestinal infections, vestibular disorders, dengue fever, hypertension, digestive disorders.

Keywords: Return to the emergency department unplanned, quality index, emergency department.

*Corresponding author

Email address: Drsinh2001@gmail.com

Phone number: (+84) 90364173

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1490>

QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH QUAY TRỞ LẠI KHOA CẤP CỨU NGOÀI KẾ HOẠCH TRONG VÒNG 72 GIỜ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN TÂN PHÚ, NĂM 2019

Lương Văn Sinh*, Bùi Thị Nhi, Hoàng Thị Phương Thảo

Bệnh viện quận Tân Phú - 611 Âu Cơ, P. Phú Trung, Q. Tân Phú, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2024

Chỉnh sửa ngày: 08/08/2024; Ngày duyệt đăng: 27/08/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả quản lý người bệnh quay trở lại Khoa cấp cứu ngoài kế hoạch trong vòng 72 giờ và một số yếu tố tương quan tại Bệnh viện quận Tân Phú, năm 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu thu thập dữ liệu người bệnh đến Khoa cấp cứu, Bệnh viện Quận Tân Phú bằng phần mềm quản lý bệnh viện Hsoft từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 đến ngày 31 tháng 12 năm 2019.

Kết quả: Có 22.417 người bệnh đủ điều kiện, người bệnh quay lại trong 72 giờ là 340 người bệnh, chiếm 1,5%. Một số đặc điểm khác biệt giữa hai nhóm người bệnh quay lại và không quay lại khoa cấp cứu trong 72 giờ: Nhóm người quay lại có tuổi trung bình cao hơn 49 ± 19 ($p < 0,01$), nữ chiếm nhiều hơn nam ($p < 0,01$), thanh toán bằng bảo hiểm y tế cao hơn ($p < 0,001$), thời gian nằm viện cấp cứu dài hơn ($p < 0,01$) và thời gian nằm viện trên 120 phút chiếm tỷ lệ cao ($p < 0,01$). Các bệnh nhiễm trùng đường ruột, sốt xuất huyết, rối loạn tiền đình, tăng huyết áp và rối loạn tiêu hóa có tỷ lệ cao hơn ($p < 0,01$). Nhóm người bệnh trở lại cấp cứu, phải nhập viện là 71,18%. Người bệnh có bảo hiểm y tế, được chẩn đoán 1 trong 5 bệnh (nhiễm trùng đường ruột, rối loạn tiền đình, sốt xuất huyết, tăng huyết áp và rối loạn tiêu hóa) có nguy cơ quay lại cao hơn các bệnh khác ($p < 0,05$). Người bệnh có thời gian nằm viện tại khoa cấp cứu ≥ 120 phút có OR = 1,31, $p < 0,05$ so với nhóm < 120 phút.

Kết luận: Kết quả quản lý người bệnh quay lại khoa cấp cứu trong vòng 72 giờ cho thấy xu hướng là người bệnh lớn tuổi, nữ giới, sử dụng bảo hiểm y tế, nằm viện cấp cứu lâu hơn và mắc 5 bệnh lý gồm nhiễm trùng đường ruột, rối loạn tiền đình, sốt xuất huyết, tăng huyết áp và rối loạn tiêu hóa.

Từ khóa: Trở lại cấp cứu ngoài kế hoạch, chỉ số chất lượng, khoa cấp cứu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh quay trở lại khoa cấp cứu ngoài kế hoạch là trường hợp người bệnh nhập viện trở lại khoa cấp cứu sau xuất viện mà không hẹn tái khám hoặc trước thời gian hẹn. Chỉ số người bệnh quay trở lại cấp cứu ngoài kế hoạch 72 giờ (gọi tắt là quay trở lại khoa cấp cứu trong vòng 72 giờ) được nhiều trung tâm, bệnh viện trên thế giới chọn là chỉ số chất lượng bệnh viện. Tỷ lệ này thay đổi tùy theo quốc gia, tùy từng vùng trong quốc gia

và còn tùy theo bệnh viện chuyên khoa hay đa khoa [3], [4], [8]. Theo ghi nhận của các nghiên cứu, nhóm tuổi > 60 ở nhóm quay trở lại có tỷ lệ cao hơn so với nhóm không quay lại và nữ trong nhóm quay trở lại cũng cao [1]; hình thức thanh toán viện phí cho thấy trong nhóm quay trở lại cấp cứu qua BHYT tư nhân thấp hơn và tự trả cao hơn [2]; nguyên nhân quay trở lại cấp cứu gồm: Do người bệnh, do lỗi của nhân viên y tế, do tổ chức hệ thống và do quá trình bệnh lý (gồm: Diễn tiến

*Tác giả liên hệ

Email: Drsinh2001@gmail.com

Điện thoại: (+84) 90364173

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1490>

bệnh, bệnh tái phát, biến chứng và bệnh lý khác) [3]; kết quả điều trị lần 2 của những người bệnh quay lại là xuất viện chiếm đa số 70,2%, nhập viện 15,7% và phải chuyển viện 14,1% [3]; liên quan đến sai lầm do nhân viên y tế, ghi nhận gồm: Chẩn đoán, điều trị và tiên lượng của nhân viên y tế chưa chính xác [4]; sự khác biệt về trình độ bác sĩ không có ý nghĩa thống kê [3]. Số liệu từ AHRQ 2007 và AHRQ 2009, chi phí trung bình cho một người bệnh cấp cứu cao hơn người bệnh khám bệnh (1038/176 USA) [4]. Ngoài ra, chi phí sẽ tăng thêm khi người bệnh quay trở lại phải nhập viện điều trị hay chuyển viện. Tại bệnh viện quận Tân Phú đã bổ sung chỉ số này vào bộ chỉ số đánh giá chất lượng tại Khoa cấp cứu năm 2018. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm ghi nhận tỷ lệ người bệnh quay trở lại cấp cứu trong vòng 72 giờ; đặc điểm và một số yếu tố tương quan đến việc quay trở lại Khoa cấp cứu Bệnh viện quận Tân Phú trong vòng 72 giờ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu thuần tập, hồi cứu. Chúng tôi thu thập dữ liệu người bệnh đến Khoa cấp cứu, bệnh viện Quận Tân Phú bằng phần mềm quản lý bệnh viện Hsoft từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 đến ngày 31 tháng 12 năm 2019: Người bệnh đến khoa cấp cứu đủ tiêu chuẩn (tiêu chuẩn loại trừ là người bệnh dưới 16 tuổi và người bệnh tử vong trước khi đến bệnh viện lần đầu), người bệnh quay trở lại khoa cấp cứu trong vòng 72 giờ, tuổi và nhóm tuổi; giới tính; hình thức thanh toán viện phí; bệnh lý được chẩn đoán lần nhập viện lần đầu theo ICD-10; thời gian nằm điều trị cấp cứu lần đầu và lần quay trở lại (phút); trình độ bác sĩ điều trị lần đầu được thu

thập theo 3 cấp: Bác sĩ đa khoa, bác sĩ chuyên khoa I, Thạc sĩ; nguyên nhân quay trở lại, nguyên nhân quay trở lại chúng tôi phân tích giữa 2 chẩn đoán cùng với lý do nhập viện (lần đầu và lần quay lại); kết quả xử trí lần nhập viện thứ 2; thời gian quay trở lại cấp cứu lần 2.

Số liệu sẽ được mã hóa và phân tích bằng phần mềm Stata 13. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Phân tích đơn biến để tìm sự khác biệt giữa các biến số: Dùng phép kiểm chi bình phương (χ^2) để so sánh thăm dò tỉ lệ giữa các nhóm của biến số định tính, nếu có $> 25\%$ số ô trong bảng có tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5 thì biến số đó được điều chỉnh bằng cách dùng phép kiểm chính xác Fisher (exact Fisher test); dùng phép kiểm t để so sánh thăm dò số trung bình giữa các số nhóm có biến số định lượng (phân tích Anova một yếu tố). Trước đó, phương sai của các nhóm đã được kiểm định là không có sự khác biệt. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$. Phân tích đa biến để tìm những yếu tố liên quan đến sự quay trở lại ngoài kế hoạch 72 giờ. Do biến kết cục là biến nhị giá (quay trở lại và không quay lại) nên chúng tôi dùng phương pháp Hồi quy logistic để phân tích mối tương quan.

3. KẾT QUẢ

Tổng số người bệnh nhập viện đủ điều kiện nghiên cứu là 22,417 người bệnh, có 340 người bệnh quay trở lại cấp cứu trong vòng 72 giờ, chiếm tỷ lệ 1,52%.

Người bệnh quay trở lại trong vòng 72 giờ có những đặc điểm sau:

Bảng 1. đặc điểm bệnh nhân quay trở lại cấp cứu

Đặc điểm		N (%/Mean \pm SD)
Tuổi		340 (49,10 \pm 19,08)
Nhóm tuổi	16 – 40	129 (37,94%)
	41 – 60	103 (30,29%)
	61 – 80	86 (25,29%)
	> 80	22 (6,47%)
Giới tính	Nam	125 (36,76%)
	Nữ	215 (63,24%)

Đặc điểm		N (%/Mean ± SD)
Hình thức thanh toán	BHYT	34 (10%)
	Không BHYT	306 (90%)
Nhóm bệnh lý quay trở lại	Rối loạn chức năng tiền đình	44 (12,94%)
	Tăng huyết áp	35 (10,29%)
	Rối loạn tiêu hóa	35 (10,29%)
	Nhiễm trùng đường ruột	31 (9,12%)
	Sốt xuất huyết	26 (7,65%)
	Bệnh lý khác	169 (49,71%)
Trình độ bác sĩ	Bác sĩ đa khoa	246 (72,35%)
	Bác sĩ chuyên khoa I	49 (14,41%)
	Thạc sĩ	45 (13,24%)
Kết quả điều trị	Toa về	37 (10,88%)
	Nhập viện	242 (71,18%)
	Chuyển viện	36 (10,59%)
	Khác	25 (7,35%)
Nguyên nhân	Liên quan bệnh nhân	47 (13,82%)
	Liên quan bác sĩ	38 (11,18%)
	Liên quan bệnh diễn tiến nặng	208 (61,18%)
	Thời gian nằm điều trị cấp cứu (phút)	340 (154,44 ± 67,64)
Nhóm thời gian nằm điều trị cấp cứu (phút)	< 120	134 (39,41%)
	≥ 120	206 (60,59%)



4. BÀN LUẬN

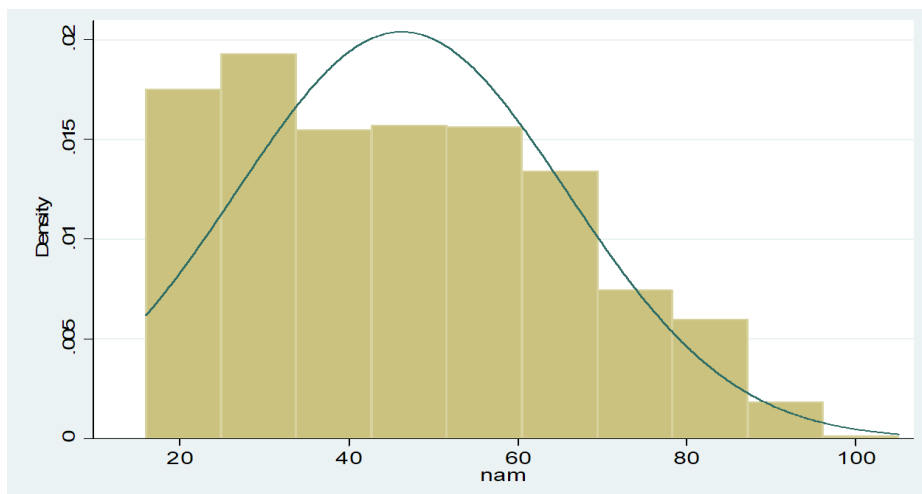
Tỷ lệ người bệnh quay trở lại của chúng tôi là 1,52%, cao hơn của tác giả Hassan Barzegari thực hiện tại Khoa cấp cứu bệnh viện Golestan, Ahvaz, Iran là 0,99% [3] và thấp so với các nghiên cứu khác. Tại Singapor, theo Amy Hui Sian Chan tỷ lệ này tại Bệnh viện đa khoa Changi, Singapore năm 2014 là 4,3%. Trong khi của tác giả tại Bệnh viện đa khoa Singapor, Singapore năm 2013 tỷ lệ là 3,25% [1]. Trong nghiên cứu “Nguyên nhân quay trở lại khoa cấp cứu trong vòng 72 giờ” của tác giả Alberto Jiménez-Puente và công sự thực hiện tại khoa cấp cứu của 3 bệnh viện thuộc Hệ thống Y tế Công cộng của Andalusia, Tây ban nha: Bệnh viện Niversitario Virgen de la Victoria ở Malaga, Bệnh viện Costa del Sol ở Bệnh viện Marbella và Bệnh viện de Alta Resolución ở Benalmádena, hai bệnh viện đầu tiên là bệnh viện chuyên khoa và bệnh viện thứ ba là bệnh viện kỹ thuật cao. Trong đó, bệnh viện đầu tiên là bệnh viện có các chuyên khoa mà hai bệnh viện còn lại không có. Kết quả số ca cấp cứu thu dung tại ba bệnh viện là

151129, 107210 và 53868 và tỷ lệ quay lại theo thứ tự là 8,1, 11,5 và 0,01% [5]. Qua đó, chúng tôi thấy tỷ lệ này khác nhau tùy theo quốc gia, từng vùng trong quốc gia và còn tùy theo bệnh viện chuyên khoa hay đa khoa. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng cần xem xét thêm vì một số người bệnh quay trở lại cấp cứu nhưng có thể đến các bệnh viện khác do số liệu chỉ thu thập tại bệnh viện quận Tân phú.

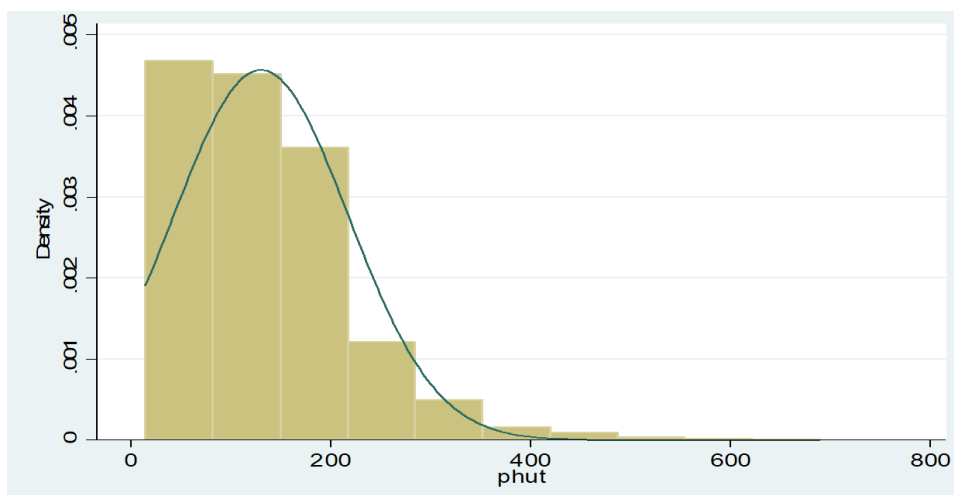
Thời gian người bệnh quay trở lại Khoa Hồi sức cấp cứu trung bình là 1390 Phút (Khoảng 23 giờ).

4.1. Phân tích sự khác biệt các đặc điểm của hai nhóm

Phân phối đặc điểm của tuổi và thời gian cấp cứu là biến định lượng, không phân phối chuẩn (hình 1 và hình 2), nên chúng tôi sử dụng phương pháp thống kê Mann-Whitney test để so sánh; các biến khác là biến đặc tính sẽ dùng phương pháp thống kê Chi² để so sánh.



Hình 1. Phân phối tuổi



Hình 2. phân phối thời gian cấp cứu

Bảng 2. đặc điểm giữa 2 nhóm

Đặc điểm		Nhóm không quay trở lại	Nhóm quay trở lại	Phương pháp thống kê	P
Tuổi (Mean/SD)		46,20 ± 19,57	49,10 ± 19,08	Mann – Whitney test	0,0036
Nhóm tuổi	16 – 40	9,661 (43,76)	129 (37,94)	Chi ²	0,047
	41 – 60	6,783 (30,72)	103 (30,29)		
	61 – 80	4,392 (19,89)	86 (25,29)		
	> 80	1,241 (5,62)	22 (6,47)		
Giới tính	Nam	9,849 (44,61)	125 (36,76)	Chi ²	0,004
	Nữ	12,228 (55,39)	215 (63,24)		
Hình thức thanh toán	BHYT	16,191 (73,34)	306 (90,00)	Chi ²	0,0001
	Không BHYT	5,886 (26,66)	34 (10,00)		
Thời gian nằm điều trị tại khoa cấp cứu		130 ± 88	154 ± 68	Mann – Whitney test	0,0001
Nhóm thời gian nằm cấp cứu	< 120 Phút	11,509 (52,13)	134 (39,41)	Chi ²	0,001
	≥ 120 Phút	10,568 (47,87)	206 (60,59)		
Bệnh lý	Khác	15,755 (71,36)	169 (49,71)	Chi ²	0,001
	NTĐR	1,418 (6,42)	31 (9,12)		
	SXH	658 (2,98)	26 (7,65)		
	RLCNTĐ	2,319 (10,50)	44 (12,94)		
	THA	1,055 (4,78)	35 (10,29)		
	RLTH	872 (3,95)	35 (10,29)		
Trình độ bác sĩ	Bác sĩ đa khoa	16,335 (73,99)	246 (72,35)	Chi ²	0,378
	Bác sĩ chuyên khoa I	3,341 (15,13)	49 (14,41)		
	Thạc sĩ	2,401 (10,88)	45 (13,24)		

Theo số liệu phân tích trên, chúng tôi thấy nhóm quay trở lại có những đặc điểm sau:

- Tuổi trung bình lớn tuổi hơn (49 ± 19 so với 46 ± 20 tuổi), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($Z = -2.913$, $p = 0.0036$); nhóm tuổi 61 – 80 tuổi và ≥ 81 chiếm tỷ lệ cao hơn (25,29% so với 19,89% và 6,47 so với 5,62%) và nhóm tuổi 16 – 40 tuổi và 41 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn (37,94% so với 43,76% và 30,29% so với 30,72%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,047$ (bảng 2). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu “Đặc điểm người bệnh quay trở lại phòng cấp cứu 72 giờ tại Bệnh viện đại học Singapore” của tác giả Amy Hui Sian Chan và cộng sự các nhóm tuổi > 60 ở nhóm quay trở lại có tỷ lệ cao hơn so với nhóm không quay lại và ngược lại các nhóm tuổi từ 60 tuổi trở xuống có tỷ lệ nhỏ hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,001$ [1].

- Giới tính nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (63,24% so với 55,39%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,004$

(bảng 2). Tương tự, trong nghiên cứu của Amy Hui Sian Chan và cộng sự, nữ trong nhóm quay trở lại cũng chiếm tỷ lệ cao (55,24% so với 51,09%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,001$ [1].

- Hình thức thanh toán viện phí qua BHYT chiếm tỷ lệ cao (90% so với 73,34%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,0001$ (bảng 2). Trong một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu nhập khoa cấp cứu từ 1998 đến 2006 tại Hoa Kỳ, tác giả Julius Cuong Pham, MD, PhD phân loại nguồn tiền để trả viện phí được thành 4 nhóm: BHYT tư nhân (Private), BHYT người già (Medicare), BHYT thu nhập thấp (Medicaid), tự trả (Self-pay) và khác, cho thấy trong nhóm quay trở lại cấp cứu chi viện phí qua BHYT tư nhân thấp hơn và tự trả cao hơn [2]. Sự khác biệt này có thể do hệ thống thu thập số liệu tại Bệnh viện quận Tân Phú chỉ có ghi nhận số liệu BHYT từ hệ thống bảo hiểm xã hội không ghi nhận người bệnh chi trả qua bảo hiểm y tế tư nhân (do chính sách chi trả BHYT tư

nhân tại Việt nam chỉ trả sau khi người bệnh xuất viện kèm theo các chứng từ thanh toán).

- Thời gian cấp cứu trung bình nhóm quay lại có thời gian kéo dài hơn (154 ± 68 phút so với 130 ± 88 phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,001$ (bảng 2). Thời gian cấp cứu là thời gian được đo lường từ lúc người bệnh nhập viện khoa cấp cứu đến khi người bệnh xuất viện, được đo lường trong lần nhập viện đầu tiên. Đây là chỉ số chất lượng bệnh viện mới được đưa vào để đo lường hiệu suất của Khoa cấp cứu, Bệnh viện Quận Tân Phú. Chỉ số này phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh, các xét nghiệm cần phải làm, diễn tiến của bệnh, nhân lực của khoa cấp cứu và một số yếu tố khác... Phân tích theo nhóm thời gian nằm cấp cứu, trong nhóm quay trở lại nhóm thời >120 phút chiếm tỷ lệ cao hơn (52,13% so với 39,41%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,001$ (bảng 2).

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy các bệnh lý nhiễm trùng đường ruột, sốt xuất huyết, rối loạn chức năng tiền đình, tăng huyết áp và rối loạn tiêu hóa ở nhóm quay trở lại có tỷ lệ cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$) (bảng 2). Tuy nhiên, mô hình bệnh tật thay đổi tùy theo loại hình bệnh viện nên rất khó so sánh.

Sự khác biệt về trình độ bác sĩ ở hai nhóm không có ý

nghĩa thống kê $p=0,378$ (bảng 2). Nghiên cứu của Amy Hui Sian Chan và cộng sự, cũng có kết quả tương tự [1].

Có 208 người bệnh (chiếm 61,18%) quay trở lại do bệnh lý diễn tiến nặng hơn, có 47 người bệnh quay trở lại cấp cứu do người bệnh (chiếm 13,82%), 47 người bệnh quay trở lại do bệnh lý khác (chiếm 13,82%) và có 38 người bệnh (chiếm 11,18%) quay trở lại Khoa Hồi sức cấp cứu do bác sĩ (bảng 3). Có sự tương đồng với nghiên cứu cắt ngang của tác giả Alberto Jiménez-Puente về nguyên nhân người bệnh quay trở lại cấp cứu trong vòng 72 giờ, nguyên nhân do người bệnh chiếm 14,5% số lượt khám lại; 15,2% là do lỗi của nhân viên y tế, 9,2% do tổ chức hệ thống và 61,1% là do quá trình bệnh lý (gồm: Diễn tiến bệnh, bệnh tái phát, biến chứng và bệnh lý khác). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả Alberto Jiménez-Puente, là nghiên cứu quan sát, cắt ngang trên hồ sơ bệnh án, được phân tích của 2 chuyên gia để xác định nguyên nhân trên một số tiêu chuẩn hóa, nên nguyên nhân được xác định chi tiết hơn [5]. Còn nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu thuần tập, hồi cứu chỉ thu thập dữ liệu trên phân mềm thông kê bệnh viện nên đánh giá chủ quan tác giả dựa trên lý do nhập viện, chẩn đoán ban đầu và lần 2, xử trí của bác sĩ. Vì vậy, chúng tôi đề xuất cần có nghiên cứu thiết kế riêng để phân tích đặc điểm này.

Bảng 3. Nguyên nhân bệnh nhân quay trở lại Khoa Hồi sức cấp cứu (n=340)

Nguyên nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
Do người bệnh	47	13,82
Do bác sĩ	38	11,18
Do bệnh diễn tiến nặng	208	61,18
Do bệnh lý khác	47	13,82

Tỷ lệ cần nhập viện chiếm tỷ lệ cao 71,18%, cấp toa về 10,88%, chuyển viện chiếm 10,59%, xử trí khác chiếm 7,35% và không có trường hợp nào tử vong (bảng 4). So với kết quả điều trị chung tỷ lệ người bệnh cần nhập viện điều trị ở nhóm người bệnh quay trở lại cấp cứu chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm chung (71,18% so với 28,19%). Trong một nghiên cứu hồi cứu cắt ngang tại phòng cấp cứu Bệnh viện Golestan, Ahvar, Iran, tác giả Hassan Barzegari cho biết kết quả điều trị lần 2 của những người bệnh quay lại là 70,2% xuất viện, 15,7% nhập viện và 14,1% phải chuyển viện [3]. Tuy nhiên, bệnh lý quay trở lại trong nghiên cứu của tác giả Hassan Barzegari đa số là chấn thương chiếm 37,1% khác với trong nghiên cứu của chúng tôi 5 bệnh lý chiếm tỷ lệ cao là bệnh lý nội khoa nên việc so sánh rất khó.

Bảng 4. Kết quả điều trị của bệnh nhân khi quay trở lại (n=340)

Kết quả điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Toa về	37	10,88
Nhập viện	242	71,18
Chuyển viện	36	10,59
Khác	25	7,35

4.2. Mối tương quan giữa các đặc điểm với việc quay trở lại của người bệnh

Qua phân tích các đặc điểm của nhóm quay trở lại cấp cứu, ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: Tuổi, nhóm tuổi, giới, hình thức thanh toán viện phí, bệnh lý, thời gian nằm điều trị cấp cứu và nhóm thời gian nằm cấp cứu giữa hai nhóm.

Chúng tôi sử dụng phương pháp hồi quy logistic đơn biến để phân tích mối tương quan qua các biến số trên với biến số kết cục quay lại. Xem xét mối tương quan đơn biến của các biến số trên với biến số kết cục quay lại có kết quả như sau: Tuổi $p=0,0073$, nhóm tuổi $p=0,0537$, giới $p=0,0036$, hình thức thanh toán viện phí $p=0,0001$,

bệnh lý $p=0,0001$, thời gian cấp cứu $p=0,0001$, nhóm thời gian cấp cứu $p=0,0001$. Qua đó, biến nhóm tuổi không có mối tương quan ($p=0,0537$). Cả hai biến thời gian cấp cứu đều có mối tương quan đến sự quay lại của người bệnh ($p=0,0001$) và để xây dựng mô hình có tính thực tế chúng tôi chọn biến nhóm thời gian cấp cứu để đưa vào phân tích đa biến.

Qua mô hình hồi quy logistic đa biến lần 1 là: Tuổi, giới, hình thức thanh toán, bệnh lý và nhóm thời gian cấp cứu, biến phụ thuộc là quay trở lại cấp cứu. Qua phân tích lần 1, chúng tôi thấy 2 biến số tuổi và giới có $p > 0,05$. Vì thế chúng tôi xây dựng mô hình 2 không có 2 biến trên. Kết quả như sau:

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến lần 2

Logistic regression	Number of obs	=	22,417
	LR chi ² [7]	=	133,21
	Prob > Chi ²	=	0,0000
Log likelihood = -1694.9349	Pseudo R2	=	0,0378

		Odds Ratio (95% CI)	P Value
Hình thức thanh toán	Tự thanh toán	Reference	
	Bảo hiểm y tế	2,69 (1,87 – 3,87)	0,001
Bệnh lý	Bệnh lý khác	Reference	
	Nhiễm trùng đường ruột	1,69 (1,14 – 2,51)	0,008
	Sốt xuất huyết	3,48 (2,28 – 5,30)	0,001
	Rối loạn chức năng tiền đình	1,46 (1,04 – 2,05)	0,027
	Tăng huyết áp	2,50 (1,72 – 3,64)	0,001
	Rối loạn tiêu hóa	3,22 (2,21 - 4,67)	0,001
Thời gian cấp cứu	< 120 Phút	Reference	
	≥ 120 Phút	1,31 (0,003 – 0,006)	0,018

So sánh hai mô hình đa biến trên bằng phép kiểm likelihood ratio test, ta có kết quả $p=0,4952$. Vì vậy 2 mô hình này như nhau, nên chúng tôi chọn mô hình 2 có ít biến số hơn.

Kiểm tra sự phù hợp của mô hình, chúng tôi dùng phép kiểm goodness-of-fit test, kết quả $p=0,9977$. Chứng tỏ mô hình này phù hợp với dữ liệu.

Kiểm tra độ hợp tuyến của mô hình bằng phép kiểm vif, uncentered. Kết quả VIF trung bình (mean Variance Inflation Factor) là 3,17, mô hình có độ hợp tuyến vừa.

So sánh 2 mô hình và các phép kiểm định ta thấy mô hình 2 là phù hợp. Chúng tôi thấy có một số yếu tố có liên quan đến nguy cơ quay trở lại của người bệnh:

- Hình thức thanh toán qua bảo hiểm y tế có nguy cơ

cao so với hình thức tự thanh toán viện phí (OR=2,70, $p=0,001$). Cần thêm dữ liệu trong những nghiên cứu sau này, để xem xét trình trạng lạm dụng bảo hiểm y tế hoặc do những người bệnh tự thanh toán chi phí KCB có điều kiện kinh tế, khi phải quay trở lại sẽ chọn các bệnh viện tuyến trên.

- 5 bệnh lý (NTĐR, RLCNTĐ, SXH, THA và RLTH) có nguy cơ quay trở lại cao hơn bệnh lý khác và bệnh lý sốt xuất huyết có nguy cơ quay trở lại cao hơn (OR=3,48, $p=0,001$), Bệnh lý sốt xuất huyết là bệnh lý thường có diễn tiến kéo dài, một số người bệnh do lo lắng sẽ quay trở lại cấp cứu không theo kế hoạch. Do đó, trước khi người bệnh xuất viện cần giải thích kỹ để người bệnh hiểu rõ diễn biến bệnh.

- Nhóm người bệnh có thời gian cấp cứu ≥ 120 Phút

có nguy cơ quay trở lại cao hơn nhóm có thời gian cấp cứu < 120 phút (OR=1,31, p=0,02). Người bệnh có thời gian điều trị cấp cứu kéo dài thường có bệnh lý nặng, cần có nhiều xét nghiệm để chẩn đoán và theo dõi kéo dài. Trong kết quả điều trị khi người bệnh quay trở lại cấp cứu thì nhập viện chiếm tỷ lệ cao 71,18%. Do vậy, những người bệnh có thời gian nằm cấp cứu kéo dài cần xem xét cho người bệnh nhập viện. Tuy nhiên cần có phân tích sâu hơn để xem xét thời gian điều trị cấp cứu có liên quan đến bệnh lý nặng, số xét nghiệm cần làm.

Qua nghiên cứu cho thấy chỉ số người bệnh quay trở lại cấp cứu ngoài kế hoạch trong vòng 72 giờ là một chỉ số để đo lường hiệu quả cấp cứu và an toàn của người bệnh. Vì vậy cần duy trì chỉ số này để làm cơ sở cho việc cải tiến chất lượng tại Khoa cấp cứu. Tuy nhiên nghiên cứu có một số tồn tại cần khắc phục sau:

- Nguyên nhân quay trở lại Khoa cấp cứu cần thiết để đo lường hiệu quả của hoạt động khám chữa bệnh cấp cứu và có giải pháp để nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Nên nguyên nhân quay trở lại phân tích chưa đầy đủ, muốn vậy cần một nghiên cứu thuần tập tiến cứu kết hợp số liệu trên phần mềm kết hợp các tài liệu trong hồ sơ bệnh án và có chuyên gia độc lập để đánh giá khách quan nguyên nhân quay trở lại.

- Tuy mô hình có ý nghĩa thống kê (p=0,001) và qua các kiểm định cho thấy phù hợp với dữ liệu và độ hợp tuyến, nhưng Pseudo R² = 0,0378. Do đó cần một nghiên cứu để bổ sung một số đặc điểm liên quan khác. Các nghiên cứu trước đây, các tác giả thấy có sự quay trở lại cấp cứu có liên quan đến mức độ nặng của bệnh khi vào cấp cứu, các chuyên khoa có trong bệnh viện để hỗ trợ cho cấp cứu... Từ đó mới đo lường được hiệu quả cấp cứu và có kế hoạch cải tiến hiệu quả.

- Nghiên cứu chỉ lấy mẫu tại bệnh viện cho nên có thể bỏ sót các trường hợp người bệnh quay trở lại cấp cứu tại các bệnh viện khác. Cần 1 nghiên cứu hợp tác với các bệnh viện khu vực hoặc tuyến trên để có số liệu đầy đủ người bệnh quay trở lại.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh quay trở lại khoa cấp cứu trong vòng 72 giờ là 1,52%. Kết quả quản lý người bệnh quay lại khoa cấp cứu trong vòng 72 giờ cho thấy xu hướng là người bệnh lớn tuổi, nữ giới, sử dụng bảo hiểm y tế, nằm viện cấp cứu lâu hơn và mắc 5 bệnh lý gồm nhiễm trùng đường ruột, rối loạn tiền đình, sốt xuất huyết, tăng huyết áp và rối loạn tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Alberto Jiménez Puente, Antonio Lara-Blanquer, et al (2015) "Causes of 72-hour return visits to hospital emergency departments". *Emergencias*, 27, 287-293.
- [2] Amy Hui Sian Chan, Shu Fang Ho, et al (2016) "Characteristics of patients who made a return visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore tertiary hospital". *Singapor Med J*, 57 (6), 301-306
- [3] CP Ng, CH Chung (2003) "An analysis of unscheduled return visits to the accident and emergency department of a general public hospital". *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 10 (3)
- [4] Debra White (5/2010) *Seventy Two Hour Emergency Department Returns*, Master of Nursing, Washington state university, 3.
- [5] Guan Lin Goh, Peiqi Huang, et al (6/2016) "Unplanned reattendances at the paediatric emergency department within 72 hours: A one-year experience in KKH". *Singapore Med J* 57 (6), 307-313.
- [6] Hassan Barzegari, Mohammad Ali Fahimi, Schwann Dehghanian, et al (2017) "Emergency Department Readmission Rate within 72 Hours after Discharge; a Letter to Editor". *Emerg (Teharan)*, 5 (2), 64.
- [7] Julius Cuong Pham, Thomas Dean Kirsch, et al (4/2011) "Seventy-two-hour Returns May Not be a Good Indicator of Safety in the Emergency Department: A National Study". *Acad Emerg Med*, 18 (4), 390-397.
- [8] Lisa Calder, Anita Pozgay, et al (2/2015) "Adverse events in patients with return emergency department visits". *BMJ Qual Saf* 24 (2), 142-148.
- [9] Mazen El Sayed, Elsy Jabbour, et al (1/2016) "Discharge Against Medical Advice From the Emergency Department: Results From a Tertiary Care Hospital in Beirut, Lebanon". *Medicine*, 95 (6)
- [10] S Nunez, A Hexdall, et al (2006) "Unscheduled returns to the emergency department: An outcome of medical errors?". *Qual Saf Health Care* 15, 102-108.