

THỰC TRẠNG HỆ THỐNG CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐỒNG THÁP

Trần Tấn Hiếu¹

TÓM TẮT

Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Tháp là bệnh viện hạng II có 735 giường bệnh. Khoa Cấp cứu tổng hợp, BVĐK Đồng Tháp hiện có 4 bác sĩ cùng 25 điều dưỡng trung học. Trực nhận bệnh cấp cứu chia làm 3 kíp, mỗi kíp 12 giờ gồm 1 bác sĩ và 7 ĐD, tiếp nhận trung bình 65 BN với tỷ lệ cần cấp cứu thật sự 28%, chấn thương là nguyên nhân hàng đầu 33,5%. Chỉ có 5,6% đến viện bằng xe cấp cứu.

Khoa CCTH đã được tách riêng khỏi Khoa Hồi sức. Được trang bị phương tiện khá đầy đủ và hiện đại, bác sĩ có ưu đãi độc hại 35% lương. Tuy nhiên còn ít Bác sĩ chuyên khoa Cấp cứu làm việc tại Bệnh viện. Hầu hết chẩn đoán và xử trí của Bác sĩ đều dựa vào lâm sàng. Sự hiệp lực giữa các chuyên khoa còn chưa đồng bộ. Sức thu hút của Khoa Cấp cứu còn chưa lớn đối với các Bác sĩ. Vận chuyển cấp cứu tại khu vực còn quá thô sơ.

Bộ y tế đang xây dựng dự án nâng cao năng lực cấp cứu tại các BV tuyến tỉnh, tạo một động lực rất tốt cho việc phát triển chuyên ngành cấp cứu. Do số lượng bác sĩ còn thiếu, môi trường làm việc chưa thu hút, đặc thù ĐBSCL có sông ngòi kênh rạch chằng chịt là rào cản rất lớn cho việc phát triển hệ thống vận chuyển cấp cứu. Chính vì vậy, sự phối hợp tốt của các chuyên gia, đẩy mạnh công tác đào tạo, xây dựng chính sách ưu đãi cho cán bộ làm công tác cấp cứu, ... là những biện pháp tích cực giúp phát triển hệ thống cấp cứu tại khu vực.

ABSTRACT

GENERAL VIEW ON EMERGENCY SYSTEM OF THE PROVINCIAL HOSPITAL IN MEKONG DELTA REGION

Tran Tan Hieu¹

The Dongthap Hospital, located in Mekong delta, is considered as second class of its kind. It contains 735 patient beds. The ER department contains 4 Doctors (one Dean, specialist level 1 of General Surgery and three physicians) work closely with 25 nurses. Department Service provides in three shifts one of which lasts twelve hours with one physician and seven nurses. On average, the hospital received 65 patients per day in which injury is the top list taking 33.5%, 28% urgency need. Patients with Ambulance service occupy 5.6%.

1. HSCC và Chống độc, BVĐK Đồng Tháp

Bệnh viện Trung ương Huế

The ER department is equipped with latest medical equipments, technology and transportation. The ER unit works independently with ICU. The doctors enjoy 35% salary surplus for Poisson benefit service. The hospital is lack of physicians to work for their department. Almost of diagnosis and treatment is based on its clinical examination. Triage room in ER is still under establishment. Connections between the departments are not united. The attraction of ER is insufficient for physicians interest. Transportation of ER is still being updated.

The Ministry of health has a project to enrich ER department for provincied level in order to develop advance technique in its field. The number of doctor work in public hospital is not enough because of poor attraction. Transportation of patients to the hospital is unconvincing due to nature canals system on the way.

The cooperation of specialists, good training, priority policy for the emergency doctors,... were necessary to develop ER system in the Mekong delta region.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL) là một bộ phận của châu thổ sông Mê Kông có diện tích 39.734km². Theo kết quả điều tra ngày 01/4/2009, dân số vùng này là 17.178.871 người. Nơi đây có khí hậu cận xích đạo, mưa nhiều nắng nóng. Giao thông trong khu vực tương đối thuận tiện ở thành thị, còn nông thôn thì có nhiều sông ngòi, kênh rạch, chằng chịt. ĐBSCL có 12 Tỉnh và 1 Thành phố. Trong số đó, Đồng Tháp là tỉnh có chỉ số tăng trưởng GDP cao và chỉ số về cạnh tranh kinh tế đứng thứ 1 trong khu vực ĐBSCL. Đến tháng 2 năm 2011, Bệnh viện đa khoa (BVĐK) Tỉnh Đồng Tháp (tọa lạc tại Tp Cao Lãnh) đạt chuẩn bệnh viện hạng II với quy mô 735 giường bệnh, 21 khoa lâm sàng, 12 khoa không giường bệnh và 6 phòng chức năng. Khoa Hồi sức - Cấp cứu Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp được thành lập từ năm 1976, sau đó được tách riêng thành Khoa Cấp cứu tổng hợp (CCTH) từ năm 1992.

Việc đánh giá hoạt động cấp cứu tại bệnh viện nhằm đề xuất một số giải pháp để cải thiện thực trạng cấp cứu tại bệnh viện là một vấn đề cần thiết.

II. MÔ HÌNH HOẠT ĐỘNG

2.1. Nhân lực:

- Bốn Bác sĩ (1 BS Trưởng khoa, chuyên khoa cấp 1 ngoại tổng quát, và 3 BS đa khoa).
- Một cử nhân điều dưỡng, 25 điều dưỡng trung học.

2.2. Cơ sở vật chất:

Khoa CCTH chia làm 2 khu vực:

Phòng tiếp đón có sức chứa 5 băng ca, trang bị 1 Oxy âm tường.

Phòng bệnh: có sức chứa 12 giường trang bị 12 Oxy âm tường,

2.3. Trang thiết bị:

- 4 máy thở xâm nhập hiệu T Bird
- Hai máy thở không xâm nhập New Vision,
- Một máy shock điện,
- Một máy siêu âm tại giường (đã xuống cấp),
- Một điện tâm đồ,
- 6 monitoring
- 1 máy đo SpO₂ cầm tay,
- 12 ổ cắm máy hút khí nén trung tâm.

2.4. Hoạt động

- BVĐK Đồng Tháp tổ chức trực nội viện theo Khối. Bác sĩ Trưởng khoa cấp cứu trực khối ngoại. Trực nhận bệnh cấp cứu chia làm 3 tua, mỗi tua 1 Bác sĩ cấp cứu trực và 7 ĐD trực liên tục suốt 12 giờ. Trong giờ hành chính, Khoa CCTH sẽ tiếp nhận các bệnh nhân (BN) người lớn được xem là “nặng” ngoại trừ Sản phụ khoa. Ngoài giờ hành chính, khoa CCTH tiếp nhận tất cả các BN người lớn đến viện ngoại trừ Sản phụ khoa.

- Bác sĩ trực nhận bệnh cấp cứu có nhiệm vụ phân loại bệnh. Nếu bệnh đe dọa tính mạng, phải xử lý cấp cứu ngay tại chỗ. Nếu bệnh nặng, cho nhập viện vào Khoa Hồi sức tích cực chống độc. Nếu bệnh thông thường, có thể cho nhập viện vào các chuyên khoa hoặc cho toa thuốc về. Nếu có

vết thương, phải xử trí vết thương. Nếu cần phẫu thuật, cho nhập viện vào Khoa CCTH.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Số bệnh nhân trung bình: 65 BN/ngày

Bảng 1: Giới của bệnh nhân

Nam	61,7%
Nữ	38,3%

Bảng 2: Địa dư

Thành phố	71,5%
Nông thôn	28,5

- 5,6% đến viện bằng xe cấp cứu (BV tuyến dưới, hoặc xe cấp cứu ngoại viện chuyển đến),
- 94,4% tự đến (Taxi, xe máy, tàu, thuyền,...).

3.2. Mô hình bệnh tật

Bảng 3. Nguyên nhân cấp cứu

Nguyên nhân	Tỉ lệ
Chấn thương	33,50
Tâm thần kinh	15,24
Chuyên khoa	0,22
Khác*	51,14
Tổng số	100

*: Ngộ độc, bệnh lý tim mạch, hô hấp,...

Chấn thương là nguyên nhân hàng đầu khiến các BN đến cấp cứu (33,5%). Tiếp theo là các bệnh về Tâm thần kinh (15,24%). Nhóm bệnh có liên quan đến các chuyên khoa lẻ như: Mắt, Răng hàm mặt, TMH chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,22%).

Bảng 4. Tỉ lệ cấp cứu thật sự

Cần cấp cứu	28%
Không cần cấp cứu	72%

Trong tổng số các BN đến khám cấp cứu, tỷ lệ BN cần cấp cứu thật sự là 28%, trong khi số còn lại 72% là không cần cấp cứu. Tiêu chí xác định 2 nhóm của thống kê trên dựa vào suy luận hồi cứu:

BN cần cấp cứu thật sự: Bác sĩ trực cấp cứu cho nhập viện vào Khoa CCTH hay khoa Hồi

sức tích cực chống độc, hoặc BN tử vong trước vào viện.

BN không cần cấp cứu thật sự: Bác sĩ trực cấp cứu cho đơn thuốc về hoặc nhập viện vào các chuyên khoa khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ưu điểm

Khoa CCTH ngày này hầu như đã được tách riêng khỏi Khoa Hồi sức tạo điều kiện cho nhân viên Khoa tập trung chuyên vào 1 công tác.

Các khoa CCTH đều được trang bị các phương tiện hỗ trợ và máy móc, thiết bị hiện đại phục vụ cho việc hồi sức cấp cứu BN.

Số lượng ĐDTH trực cấp cứu là 7 người đã góp phần đảm đương được khối công việc nặng nề của Khoa CCTH.

Nhà nước đã có mức trợ cấp ưu đãi độc hại dành cho Bác sĩ trực cấp cứu là 35%.

4.2. Thực trạng

Trước năm 2010, tại miền Nam Việt Nam, không có Trường đào tạo Bác sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc. Vì thế số lượng Bác sĩ chuyên khoa Cấp cứu làm việc tại các BV ĐBSCL tương đối ít. Điều này ít nhiều ảnh hưởng đến tư duy tổ chức cũng như thực hành cấp cứu.

Bác sĩ trực cấp cứu là Bác sĩ đa khoa thực hành, phải làm việc đơn độc liên tục trong 12 giờ, tiếp nhận trung bình 65 BN. Bác sĩ này phải xử lý cấp cứu nhiều chuyên khoa (Nội, Ngoại, Chuyên khoa lẻ). Tâm lý BN đến khám cấp cứu rất đặc biệt, tạo sức ép không nhỏ cho Bác sĩ. Hầu hết chẩn đoán và xử trí của Bác sĩ đều dựa hoàn toàn vào lâm sàng, vì không có thời gian và không gian cho BN nằm lưu tại phòng nhận bệnh cấp cứu hầu có thêm các cận lâm sàng cần thiết.

Phân loại bệnh còn chủ quan và chưa có đủ điều kiện đào sâu. Hiện tại, đa số các khoa lâm sàng tuy có phòng bệnh nặng nhưng trang thiết bị còn thiếu, chưa có máy thở xâm nhập hay không xâm nhập. Áp lực đặt ra cho các Bác sĩ trực cấp cứu là nếu chuyển bệnh nhân vào khoa lâm sàng, sau đó BN trở nặng hơn thì Bác sĩ phải giải trình trong giao ban.

Sự hiệp lực giữa các chuyên khoa còn chưa đồng bộ chẳng hạn như 1 BN dị vật thực quản do hóc xương cá, khi vào viện nếu không có dấu hiệu đe dọa tính mạng, bác sĩ trực cấp cứu sẽ phải mời Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng (không trực nội viện). Trong quá trình chờ đợi, BN sẽ thiếu kiên nhẫn làm áp lực lên người có mặt lúc đó là Bác sĩ trực cấp cứu, gây mất thời gian và ảnh hưởng tâm lý Bác sĩ.

Sức thu hút của Khoa CC vẫn còn chưa lớn đối với các Bác sĩ. Họ làm việc cực nhọc, nhưng chưa có chính sách ưu đãi thỏa đáng hơn dành cho bản thân, ngoài mức phụ cấp độc hại 35%, vẫn chưa có thêm một sự ưu đãi nào khác. Ở khu vực Đồng bằng sông Mê Kông còn thiếu vắng những buổi sinh hoạt khoa học chuyên đề hồi sức cấp cứu và chống độc nên góp phần làm hạn chế việc nâng cao năng lực chuyên môn của đội ngũ thầy thuốc ở đây. Chính vì vậy, đầu năm 2011 đã có 1 Bác sĩ khoa CCTH BV ĐK Đồng Tháp tự ý bỏ việc.

Vận chuyển cấp cứu tại khu vực còn quá thô sơ. Chỉ có 5.6% BN đến phòng cấp cứu bằng xe cấp cứu chuyên dùng. Phần còn lại họ chở bằng xe gắn máy, ghe, xuồng, thậm chí bằng bất cứ phương tiện gì sẵn có như: xe ba gác, xe cảnh sát,... Trong khi đó, ở các thành phố lớn có những trung tâm vận chuyển cấp cứu 115, ở các nước phát triển có các xe cấp cứu có thể can thiệp sâu vào BN, mạng lưới vận chuyển cấp cứu được hỗ trợ bởi các thiết bị định vị toàn cầu, quan sát bằng vệ tinh, có trực thăng cấp cứu.

4.3. Cơ hội

Hiện nay, đội ngũ Bác sĩ đa khoa thực hành tuổi đời còn trẻ ở các BV ĐBSCL khá nhiều. Trường ĐHYD TP HCM đã có khóa đào tạo chuyên ngành HSCC & CD từ năm 2011. Điều này tạo điều kiện thuận lợi cho việc kiện toàn hệ thống nhân sự chuyên khoa trong vùng.

Bộ Y tế đang xây dựng dự án nâng cao năng lực cấp cứu tại các BV tuyến tỉnh, tạo một động lực rất tốt cho việc phát triển chuyên ngành cấp cứu.

4.4. Thách thức

Số lượng bác sĩ làm việc tại các BV còn thiếu

nghiêm trọng, để đầu tư nhân sự đầy đủ cho khoa Cấp cứu ở các BV tuyến tỉnh là điều còn chưa khả thi.

Môi trường làm việc, trợ cấp ưu đãi dành cho bác sĩ cấp cứu còn chưa đủ sức thu hút nhiều tài nguyên chất xám. Bên cạnh đó, chính sách xã hội hóa y tế làm xuất hiện nhiều BV dân lập với các khoản lương hậu hĩnh gây hấp dẫn đối với một số bác sĩ.

Hạ tầng giao thông còn đang phát triển, mức sống của người dân còn chênh lệch giữa nông thôn và thành thị. Bên cạnh đó, đặc thù ĐBSCL có sông ngòi kênh rạch chằng chịt. Đây là những rào cản rất lớn cho việc phát triển hệ thống vận chuyển cấp cứu trong vùng.

Trong công tác khám chữa bệnh, cấp cứu là một hoạt động có tính chất quyết định nhằm hạ thấp tỷ lệ tử vong và hạn chế di chứng lâu dài. Vì vậy, khi đến bất cứ một bệnh viện nào, người ta cũng quan tâm đến công tác cấp cứu, coi đó là một thước đo dựa trên các tiêu chí như: Trang thiết bị phục vụ công tác cấp cứu (cơ sở hạ tầng và máy móc); trình độ cán bộ chuyên môn (đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên,...); công tác tổ chức, điều hành (qui chế cấp cứu) và đặc biệt là việc đào tạo, tập huấn công tác này.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống cấp cứu tại Đồng bằng sông Mê Kông bên cạnh những điểm mạnh và cơ hội cũng còn nhiều điểm yếu và thách thức. Nhân dân địa phương mong muốn có được hệ thống cấp cứu nói riêng và chăm sóc y tế nói chung tốt hơn, đảm bảo được nhu cầu khám chữa bệnh, bác sĩ và nhân viên cấp cứu địa phương luôn cần có một môi trường làm việc có tính chuyên nghiệp, đảm bảo khả năng được đào tạo liên tục, đặc biệt là điều kiện vật chất và tinh thần được nâng cao.

Sự giúp đỡ tích cực của các chuyên gia, đẩy mạnh công tác đào tạo cán bộ vùng sâu, vùng xa, xây dựng chính sách ưu đãi cho cán bộ làm công tác cấp cứu ở cơ sở, tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị,... là những biện pháp tích cực giúp phát triển hệ thống cấp cứu tại khu vực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), “*Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc*”, Quyết định số 1 /2008/QĐ-BYT ngày 21/1/2008. *hướng cấp cứu hồi sức tại bệnh viện và vấn đề cấp cứu ngoại viện*”, Quản lý bệnh viện, Bộ Y tế (Ed.) (Vol. Thông tư Liên Bộ Y tế - Quốc phòng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 447 – 458.
2. Vũ Văn Đính (1997), “*Tổ chức quản lý Mạng*