

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai tại một bệnh viện năm 2020

La Thị Cẩm Lành¹, Hồ Thị Hiền^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai và một số yếu tố ảnh hưởng tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai tại một bệnh viện năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp với định tính. Quan sát trực tiếp lượt mổ lấy thai về thực hành quy trình an toàn phẫu thuật tại khoa gây mê hồi sức tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, năm 2020, phỏng vấn sâu đối tượng nghiên cứu được chọn có chủ đích đang công tác tại bệnh viện về các yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai (ATMLT). Cỡ mẫu nghiên cứu là 142 lượt mổ lấy thai.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ quy trình ATMLT ở giai đoạn trước phẫu thuật là 95,8%; giai đoạn tiến hành phẫu thuật là 81,7%; giai đoạn sau phẫu thuật là 92,2%. Tỷ lệ tuân thủ quy trình an toàn MLT là 81,7%. Một số hoạt động ATPT chưa được thực hiện theo thứ tự của quy trình: xác nhận trang thiết bị và thuốc gây mê sẵn sàng là 0,7%, gắn máy theo dõi SpO₂ là 4,2%, xem phiếu khám tiền mê là 0,7%, xác nhận tiền căn bệnh đi kèm, dị ứng, đặt nội khí quản khó, nguy cơ hít sặc với các thiết bị sẵn sàng là 0,7%, xác nhận các thành viên trong ê kíp biết tên và nhiệm vụ là 16,2%, xác nhận đúng người bệnh, vị trí, phương pháp phẫu thuật là 2,8%, ước lượng thời gian và phương pháp phẫu thuật dự kiến là 18,3%, xác nhận sử dụng kháng sinh dự phòng 60 phút trước mổ là 9%, xác nhận tình trạng vô trùng của trang thiết bị, dụng cụ là 5,6%, xác nhận lại chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật sau mổ là 2,1%. Một số yếu tố tăng cường việc tuân thủ quy trình ATMLT là lãnh đạo kiểm tra, giám sát, đánh giá định kỳ về thực hiện ATPT và chất lượng trang thiết bị. Một số yếu tố cản trở là do đặc điểm của MLT (cấp cứu).

Kết luận: Cần có hướng dẫn cụ thể hơn về qui định thực hiện quy trình ATMLT theo từng mức độ cấp cứu.

Từ khóa: An toàn phẫu thuật, mổ lấy thai, quy trình.

ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn phẫu thuật là sự phòng ngừa sai sót có thể xảy ra cho người bệnh trước, trong và sau quá trình phẫu thuật (7). ATMLT là sự phòng ngừa, hạn chế sai sót có thể xảy ra cho mẹ và trẻ sơ sinh trước, trong và sau phẫu thuật (3,6). Có khoảng 50% sự cố y khoa trên thế giới liên quan đến phẫu thuật và xảy ra tại các phòng mổ lớn (5,14) và có thể ngăn ngừa được (3). Tỷ lệ sinh mổ ngày càng có xu hướng tăng lên ở Việt Nam (10).

Năm 2009, Tổ chức y tế thế giới thiệu bảng kiểm an toàn phẫu thuật (ATPT), nhằm giảm tử vong không đáng có do phẫu thuật và các biến chứng liên quan (5,9,15,16). Năm 2013 Bộ Y tế ban hành Quy trình ATPT (4) và Tài liệu an toàn người bệnh của Bộ Y Tế (2014) ghi nhận nguyên nhân dễ xảy ra sai sót trong phẫu thuật là do lơ là, chủ quan khi theo dõi và bàn giao người bệnh, không chỉ rõ phương pháp phẫu thuật, không báo ngay khi sự cố xảy ra (5). Tỷ lệ MLT trong năm 2019 chiếm 40% tổng số ca phẫu thuật tại Bệnh viện



*Địa chỉ liên hệ: Hồ Thị Hiền

Email: hth1@huph.edu.vn

¹Bệnh viện Quận Thủ Đức

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 10/7/2021

Ngày phản biện: 06/9/2022

Ngày đăng bài: 30/10/2022

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0605SKPT21-039>

Quận Thủ Đức, bảng kiểm ATPT được thực hiện cho tất cả trường hợp mổ lấy thai ATPT (1). Nhằm tìm hiểu về sự tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai tại Khoa gây mê hồi sức (GMHS) qua thực hành bảng kiểm an toàn phẫu thuật và tìm ra một số yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hành quy trình của nhân viên y tế tham gia phẫu thuật là cần thiết. Vì vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm tìm hiểu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ qui trình MLT.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, định lượng kết hợp với định tính.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2020 đến tháng 10/2020, Địa điểm nghiên cứu: Khoa gây mê hồi sức của bệnh viện.

Đối tượng nghiên cứu

Định lượng: Lượt MLT tại khoa gây mê hồi sức của bệnh viện.

Định tính: Đối tượng nghiên cứu được chọn có chủ đích là Lãnh đạo bệnh viện, Lãnh đạo các Khoa/Phòng có liên quan (Phòng Quản lý chất lượng, Phòng kế hoạch tổng hợp, khoa sản), cán bộ quản lý khoa GMHS, phẫu thuật viên, điều dưỡng phụ trách GMHS, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng gây mê.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Định lượng: Thu thập số liệu được thực hiện quan sát 142 lượt MLT mổ lấy thai. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu 1 tỉ lệ. Trung bình có khoảng 3 ca/ngày được quan sát theo kế hoạch, trong 1 tuần có khoảng 21 ca mổ lấy thai. Thời gian quan sát thường vào buổi sáng từ 7h30 đến 11h, chiều từ 13h30 đến 16h30.

Định tính: Đối tượng nghiên cứu là cán bộ y tế được chọn có chủ đích đang làm việc tại Bệnh viện.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Định lượng: Công cụ là phiếu thu thập thông tin về thực hành quy trình an toàn phẫu thuật MLT. Phần 1: Thông tin về lượt MLT: thông tin hành chính người bệnh, phương pháp vô cảm: gây tê/gây mê, loại phẫu thuật chủ động/cấp cứu, ê kíp thực hiện MLT. Phần 2: Bảng kiểm ATPT chung chia 3 giai đoạn: 1) Giai đoạn tiền mê được thực hiện bởi bác sỹ gây mê và điều dưỡng gây mê, 2) Giai đoạn trước khi rạch da được thực hiện bởi điều dưỡng dụng cụ, bác sỹ gây mê, phẫu thuật viên, 3) Giai đoạn trước khi người bệnh rời khỏi phòng phẫu thuật được thực hiện bởi phẫu thuật viên, điều dưỡng dụng cụ, bác sỹ gây mê.

Tiến hành lấy mẫu qua quan sát trực tiếp lượt MLT thực hành BKATPT. Bảng kiểm ATPT chung của bệnh viện đang áp dụng so với bảng kiểm ATPT của TCYTGT có chỉnh sửa như sau: Giai đoạn trong mổ: Đã kiểm tra phim; giai đoạn sau mổ: Xác nhận các vấn đề của thiết bị trong mổ (hư hỏng, xử lý). Trong quá trình thu thập số liệu định lượng, chúng tôi không quan sát nhân viên y tế thực hiện hành động an toàn phẫu thuật: đã xem phim khi phẫu thuật (giai đoạn tiến hành phẫu thuật), bệnh phẩm đã được dán nhãn (giai đoạn chuẩn bị trước khi rời khỏi phòng mổ) do trường hợp ca phẫu thuật là mổ lấy thai nhân viên y tế đều đánh vào ô “không sử dụng và không có”. Do đó Bảng kiểm ATPT MLT chung được thể hiện có 16 tiêu mục.

Định tính: Phỏng vấn sâu sử dụng hướng dẫn phỏng vấn bán cấu trúc nhằm mô tả rõ hơn sự ảnh hưởng của các yếu tố như: người thực hiện phẫu thuật, trang thiết bị, cơ sở vật chất đến tuân thủ quy trình ATMLT. Thời gian mỗi cuộc phỏng vấn sâu khoảng 45 phút.

Biến số/ chủ đề nghiên cứu

Biến số định lượng gồm các nhóm biến số về các thông tin: lượt ca mổ lấy thai, nhân viên

y tế tham gia MLT, tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai ở mỗi giai đoạn phẫu thuật (trước mổ, trong mổ, sau mổ), tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai. Biến số về các yếu tố ảnh hưởng như: nhân viên y tế tham gia MLT, các hoạt động quản lý (kiểm tra, giám sát, đánh giá), trang thiết bị, cơ sở vật chất. Chủ đề nghiên cứu bao gồm thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng (đặc điểm ca phẫu thuật yếu tố quản lý, trang thiết bị, cơ sở vật chất, nhân lực, tài chính, thông tin).

Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả được sử dụng. Số liệu định

tính được gỡ bằng toàn bộ, phân tích theo chủ đề không sử dụng phần mềm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y tế Công cộng thông qua theo Quyết định số 020-243/DD-YTCC ngày 15/06/2020.

KẾT QUẢ

Thông tin chung

Nghiên cứu thực hiện trên 142 ca MLT đến phẫu thuật điều trị tại khoa GMHS Bệnh viện.

Bảng 1. Thông tin lượt MLT

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Loại phẫu thuật	Chủ động	19	13,4
	Cấp cứu	123	86,6

Nghiên cứu cho thấy có MLT cấp cứu là 86,6%, MLT chủ động là 13,4%. Tỉ lệ phẫu

thuật cấp cứu cao khoảng 6 lần MLT chủ động (Bảng 1).

Bảng 2. Thông tin nhân viên y tế tham gia phẫu thuật

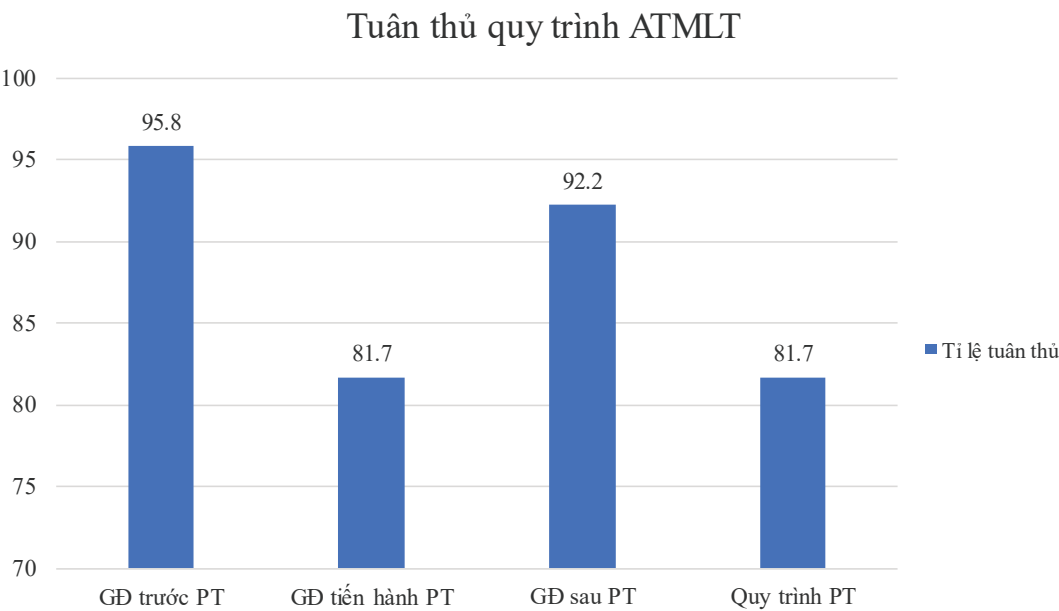
Thông tin chung		Số lượng (n = 76)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	37	48,7
	Nữ	39	51,3
Trình độ chuyên môn	Phẫu thuật viên chính	10	13,2
	Phẫu thuật viên phụ	14	18,4
	Bác sỹ gây mê	13	17,1
	Điều dưỡng gây mê	11	14,5
	Điều dưỡng dụng cụ	28	36,8

Nghiên cứu cho thấy có 76 đối tượng NVYT tham gia thực hiện 142 lượt MLT, mỗi kíp phẫu thuật có 6 thành viên gồm phẫu thuật viên chính, phẫu thuật viên phụ, bác sỹ gây

mê, điều dưỡng gây mê, 2 điều dưỡng dụng cụ (Bảng 2). Qua chia sẻ của các NVYT tham gia phỏng vấn, MLT tại Bệnh viện thường là mổ cấp cứu vì thường mổ để lấy thai cấp cứu,

vỡ ối... để bảo toàn tính mạng của mẹ và trẻ.
Như một NVYT chia sẻ:
“Mổ lấy thai cấp cứu có thể là do suy thai, vô

ối, do quá vội và nhanh, dễ bỏ bước, ưu tiên
mẹ và con là chính” (PVS10, NV).
Thực trạng tuân thủ quy trình an toàn MLT



Biểu đồ 1. Tuân thủ quy trình ATMLT

Biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ tuân thủ quy trình ATMLT ở giai đoạn trước phẫu thuật là 95,8% chiếm tỷ lệ cao nhất, giai đoạn tiến hành phẫu thuật chiếm tỉ lệ thấp nhất là 81,7% và giai đoạn trước khi rời khỏi phòng mổ là 92,2%.

Tỉ lệ tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai trung bình là 81,7%. Thực trạng tuân thủ quy trình ATPT lấy thai gồm 3 giai đoạn phẫu thuật như trước phẫu thuật, tiến hành phẫu thuật, sau phẫu thuật.

Bảng 3. Tuân thủ quy trình AT MLT (n=142)

Thông tin chung		Tuân thủ quy trình ATMLT	
		Có n (%)	Không n (%)
Giai đoạn	GD trước phẫu thuật	136 (95,8)	6 (4,2)
	GD tiến hành phẫu thuật	116 (81,7)	26 (18,3)
	GD sau sau phẫu thuật	131 (92,2)	11 (7,8)
NVYT	Bác sỹ gây mê	119 (83,8)	23 (16,2)
	Phẫu thuật viên	116 (81,7)	26 (19,3)
	Điều dưỡng gây mê	136 (95,8)	6 (4,2)
	Điều dưỡng dụng cụ	131 (92,2)	11 (7,8)
Quy trình	Ê kíp phẫu thuật	116(81,7)	26 (18,5)

Nghiên cứu cho thấy lượt MLT tuân thủ quy trình ATPT giai đoạn trước phẫu thuật là 95,8% là cao nhất, giai đoạn trong phẫu thuật là 81,7% là thấp nhất, giai đoạn sau phẫu thuật là 92,2%; lượt MLT thực hiện các hành động ATPT ở vị trí điều dưỡng gây mê là 95,8% là cao nhất, phẫu thuật viên là 81,7% là thấp nhất và điều dưỡng dụng cụ là 92,2%, bác sỹ gây mê là 83,8%. Ê kíp phẫu thuật tuân thủ quy trình ATMLT là 81,7% (Bảng 3).

“Sau phẫu thuật thông tin sẽ được tổng hợp và mô tả qua các phiếu khám cụ thể, đây cũng là điều kiện bắt buộc khi bàn giao hồ sơ, nên ti lệ tuân thủ quy trình giai đoạn trước khi chuyển ra khỏi phòng mổ cao hơn các giai

đoạn còn lại” (PVS 3, NVYT).

Lượt MLT không tuân thủ đúng quy trình ATPT chiếm 18,3% (Bảng 3). Lý do chính giải thích cho việc thực hiện tuân thủ quy trình ATMLT chưa được triệt để là do tính chất cấp cứu của nhiều lượt MLT, NVYT đã giải thích như trích dẫn dưới đây.

“Người bệnh mổ lấy thai vào viện với tình trạng cấp cứu khẩn, chưa có sự chủ động thực hiện bảng kiểm chỉ tập trung chuyên môn lo cho tính mạng của mẹ và thai nhi là chính, nên đôi lúc có thực hiện nhanh không hô to và thực hiện các bước giới thiệu tên và nhiệm vụ vì quá quen” (PVS 10, NVYT).

Bảng 4. Chẩn đoán lượt MLT cấp cứu

Thông tin chung		Lượt MLT cấp cứu	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán liên quan	Con lần đầu	12	9,8
	Con lần hai vết mổ cũ	72	58,5
	Con lần hai đình sản	6	4,9
	Tình trạng nhau bám	5	4,1
	Tim thai bất thường	8	6,5
	Tình trạng ối	16	13
	Sa dây rốn	1	0,8
	Tiền sản giật	1	0,8
	Song thai	2	1,6

Nghiên cứu cho thấy chẩn đoán lượt MLT cấp cứu con lần hai vết mổ cũ là 58,5% là cao nhất, sa dây rốn, tiền sản giật là 0,8% là thấp nhất, và song thai là 1,6%, tình trạng nhau bám là 4,1%, tim thai bất thường là 6,5%, con lần đầu (bất thường ngôi) là 9,8% (Bảng 4).

“Chẩn đoán mổ lấy thai như tim thai bất thường, sa dây rốn, tiền sản giật, những bất thường của song thai về tình trạng ối, tim thai phần lớn được thực hiện mổ lấy thai cấp cứu

để đảm bảo an toàn cho cả mẹ và thai nhi” (PVS 2, NVYT và Cán bộ quản lý).

BÀN LUẬN

Thông tin đối tượng nghiên cứu

Thành công mổ lấy thai là sự phối hợp của 6 thành viên trong ê kíp phẫu thuật, 1 ê kíp phẫu thuật gồm 6 thành viên: 1 bác sỹ gây mê, 1 điều dưỡng gây mê, 1 phẫu thuật viên chính, 1 phẫu

thuật viên phụ, 2 điều dưỡng dụng cụ (10). Nghiên cứu cho thấy có 123 lượt MLT cấp cứu, 26 lượt MLT chủ động ê kíp phẫu thuật cần khẩn trương thực hiện mổ lấy thai cấp cứu và thiếu sự chủ động trong thực hiện quy trình an toàn mổ lấy thai (5), tình trạng phẫu thuật cấp cứu nhanh thiếu sự hỗ trợ kịp thời, nhân lực được phân công tại các vị trí phòng mổ không cố định theo từng chuyên khoa, sự phân công nhân sự để đảm bảo định mức nhân lực cho từng phân loại phẫu thuật, gây thiếu hụt ê kíp cho ca mổ lấy thai cấp cứu liền kề trong thời gian bàn giao người bệnh sau phẫu thuật tại hồi sức sau mổ (10). Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, quản lý khoa phân công nhân sự hỗ trợ kịp thời để thực hiện phẫu thuật cấp cứu ngay.

Thực hiện quy trình an toàn mổ lấy thai theo giai đoạn

Giai đoạn trước phẫu thuật

Năm 2014, Bộ Y tế triển khai 83 tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, giúp các hoạt động triển khai nhận diện người bệnh chính xác (4). Tỷ lệ tuân thủ quy trình ATMLT ở giai đoạn trước phẫu thuật đạt 95,8%, tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác có thể do chỉ nghiên cứu trên trường hợp mổ lấy thai và việc thực hiện hồ sơ bệnh án được thực hiện theo đúng trình tự từ các thông tin hành chính người bệnh, thông tin cận lâm sàng, thông tin khám tiền mê, biên bản hội chẩn và tiền sử dị ứng đi kèm (2). Tuy nhiên trong lượt mổ lấy thai nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận còn một số không thực hiện đầy đủ theo quy trình ATMLT: Xác nhận tiền căn bệnh đi kèm, dị ứng, đặt nội khí quản khó, nguy cơ hít sặc với các thiết bị cần thiết đã sẵn sàng, xác nhận các trang thiết bị và thuốc gây mê đã sẵn sàng, gắn máy theo dõi SpO₂ cho người bệnh, xem phiếu khám tiền mê, hỏi thời gian ăn uống gần nhất. Theo các nhà nghiên cứu để tránh các sai sót có thể xảy ra, mà mỗi cá nhân đều có thể hạn chế hay khắc phục được; cần thực hiện đầy đủ bước trong bảng kiểm ATPT khi thực hiện MLT (5,7 và có giám sát chặt chẽ.

Giai đoạn tiến hành phẫu thuật

Tỷ lệ lượt tuân thủ quy trình ATMLT ở giai đoạn tiến hành phẫu thuật là 92,2% cao hơn nghiên cứu khác (8). Việc ước lượng thời gian phẫu thuật giúp bác sĩ gây mê chủ động hơn trong lựa chọn phương pháp gây tê/mê, chủ động hơn trong theo dõi diễn tiến bệnh, đưa ra kế hoạch điều trị nhanh, tránh lơ là, bất cẩn xảy ra sai sót trong phẫu thuật (7,9). Xác nhận sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ giúp hạn chế nguyên nhân nhiễm trùng sau mổ, tránh chòng chéo y lệnh kháng sinh điều trị (5). Theo thông tư số 43/2018/TT-BYT của Bộ Y Tế chất lượng của dụng cụ, trang thiết bị không đảm bảo là yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn khi phẫu thuật (7). Do đó kiểm tra tình trạng vô trùng của thiết bị và bộ dụng cụ mổ lấy thai qua giấy chỉ thị màu, số lượng mỗi bộ dụng cụ có 1 phiếu mô tả đi kèm cũng là những bước quan trọng cần được thực hiện trong bảng kiểm ATMLT. Cho thấy tính khẩn trương của phẫu thuật ảnh hưởng đến thực hành Bảng kiểm của thành viên phẫu thuật.

Giai đoạn sau phẫu thuật

Tỷ lệ lượt tuân thủ quy trình ATMLT ở mỗi giai đoạn sau phẫu thuật là 92,2% cao hơn nghiên cứu khác (8). Cho thấy hồ sơ được thực hiện đầy đủ trước khi thực hiện phẫu thuật, là một yếu tố quan trọng giúp tỷ lệ tuân thủ QTATPT cao hơn so với các nghiên cứu khác (19). Là yếu tố cần thực hiện và duy trì tất cả chuyên khoa, hạn chế các sai sót có thể xảy ra. Tuy nhiên theo ý kiến chuyên gia, thực hiện công việc không trao đổi, đồng nhất, tự làm theo thói quen, có thể xảy ra sự cố bất kỳ lúc nào, ngay những nhân viên y tế có kinh nghiệm và trách nhiệm (5). Do đó cần tăng cường công tác kiểm tra, giám sát, không chủ quan.

Tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai

Theo nghiên cứu của Borcard năm 2012 và cộng sự đánh giá NVYT tuân thủ quy trình ATPT với kết quả trung bình là 75%, và mức

độ tuân thủ tối đa là 90% sau phẫu thuật (12). Trong nghiên cứu, chúng tôi tìm thấy NVYT tuân thủ quy trình ATPT với kết quả trung bình là 81,7%; mức độ tuân thủ sau phẫu thuật là 92,2%. Tỷ lệ từ kết quả nghiên cứu này là cao hơn, sự khác biệt này có thể do khác thời điểm nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu. Do đó cần tiếp tục kiểm tra giám sát, để so sánh các kết quả tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật qua các mốc thời gian khác nhau nhằm tìm ra giải pháp nâng cao sự tuân thủ ATPT.

Tỉ lệ lượt MLT có tuân thủ quy trình ATPT trong đó NVYT thực hiện các hành động ATPT trong nghiên cứu điều dưỡng gây mê là 95,8%, dụng cụ viên là 92,2%, bác sỹ gây mê là 83,8%, phẫu thuật viên (PTV) là 81,7%. Theo nghiên cứu Kearns RJ (2011) tỉ lệ tuân thủ bác sỹ gây mê là 83,8%, điều dưỡng cao nhất là 84,7%, PTV chiếm 67,6% (17). De Vries quan sát trên hai đối tượng phẫu thuật viên và bác sỹ gây mê, kết quả bác sỹ gây mê không tuân thủ quy trình là 35%, PTV là 77% (13). Sự khác biệt có thể do thành viên phẫu thuật bỏ qua việc xác nhận tên và nhiệm vụ, vị trí phẫu thuật ở giai đoạn tiến hành phẫu thuật trong mổ cấp cứu. Cần tạo một thói quen tuân thủ quy trình ATPT ngay cả khi mổ cấp cứu là điều cần thiết hạn chế các sai sót có thể xảy ra.

Trong ê kíp phẫu thuật, bác sỹ gây mê theo dõi và trao đổi thông tin người bệnh cùng ê kíp phẫu thuật (4). Sự cố có thể xảy ra bất cứ kỳ giai đoạn phẫu thuật từ tiền mê, tiến hành phẫu thuật, kết thúc phẫu thuật, do đó cần có người phụ trách đảm bảo các khâu được hoàn thành. Phân công người phụ trách khi thực hiện quy trình có thể áp dụng cho mọi đối tượng NVYT (9).

Tình trạng chủ quan còn xuất hiện như bỏ bước, làm tắt khi thực hiện bảng kiểm ATMLT ở mỗi giai đoạn. Các bước thực hiện bảng kiểm ATPT ở giai đoạn tiền mê thường hay bị bỏ qua do tình trạng cấp cứu, sản phụ

đến trễ với tình trạng suy thai, ối còn ít, hay sa dây rốn. Do đó cần có sự phối hợp nhanh khi người bệnh vào cấp cứu tại khoa Sản và phòng mổ để đảm bảo an toàn người bệnh, cần có quy định cụ thể về thực hiện bảng kiểm ATPT trên từng trường hợp MLT cấp cứu (5,7).

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình an toàn mổ lấy thai

Việc thực hiện bảng kiểm ATPT không chỉ đơn thuần là đánh dấu vào các mục trong bảng kiểm. Có sự khác biệt là các ô được đánh dấu qua thực hành bảng kiểm ATPT (9). Sự phối hợp của các thành viên trong ê kíp phẫu thuật cũng được xem là hạn chế khi triển khai thực hiện bảng kiểm ATPT, chưa có quy định cụ thể về việc thực hiện Bảng kiểm của mỗi thành viên tham gia phẫu thuật trên từng loại phẫu thuật, ở từng thời điểm cấp cứu. Do đó bảng kiểm được cho là “chưa thuyết phục, và rờm rà thủ tục hành chánh” khi tham gia phẫu thuật.

Theo nghiên cứu của Fourcade cho thấy, khi thực hiện Bảng kiểm có thể dẫn đến mâu thuẫn giữa Người phụ trách Bảng kiểm và các thành viên khác trong nhóm phẫu thuật. Người phụ trách có quyền ngăn không để thực hiện bước tiếp theo nếu chưa hoàn thành bước trước đó, khiến cho một số thành viên khác có thể không hài lòng. Vì vậy, bệnh viện phải cân nhắc kỹ xem nhân viên nào phù hợp nhất với vai trò này (12). Do đó bác sỹ gây mê có đủ trình độ chuyên môn để quyết định có thể tạm dừng phẫu thuật khi chưa thực hiện đủ giai đoạn bảng kiểm ATPT (5).

Có ý kiến cho rằng bỏ một số bước trong giai đoạn tiền mê trong trường hợp cấp cứu suy thai, sa dây rốn, ối nên bỏ qua việc giới thiệu tên và xác nhận nhiệm vụ, cần NVYT tham gia mổ lấy thai có kinh nghiệm và có kiến thức thực hiện sẽ giảm sót xảy ra. Phẫu thuật viên cho rằng được giả định thông tin bệnh nhân (ví dụ dự định về tình trạng mất

máu lớn hơn 500ml, ước lượng diễn tiến bệnh nặng, các dụng cụ hỗ trợ đặc biệt) khi thực hiện hiện bảng kiểm ATPT, ngại thay đổi thói quen thực hành bảng kiểm ATPT, chưa nhận thấy hiệu quả của bảng kiểm ATPT trong mổ lấy thai, làm việc còn chủ quan lơ là, đôi lúc có thực hiện nhưng không đạt hiệu quả nhất là ở giai đoạn tiền mê, còn một số trường hợp người tham gia phẫu thuật bỏ bước xác nhận tình trạng hoạt động và chất lượng của trang thiết bị sau khi thực hiện mổ lấy thai và được cho là không quang trọng. Quy trình ATMLT dần đạt tỷ lệ thực hành tối đa khi thành viên của ê kíp phẫu thuật cùng hỗ trợ, đoàn kết, không bỏ bước nội dung thực hiện bảng kiểm ATPT và sự quan tâm giúp đỡ của cấp Lãnh đạo bệnh viện (11).

Việc tuân thủ quy trình ATMLT giúp NVYT đánh giá thông tin điều trị người bệnh chính xác hơn, căn cứ pháp lý tin cậy, giám sát thủ tục hành chính, đem lại hiệu quả tích cực cho ê kíp phẫu thuật và thai phụ khi chỉ định mổ cấp cứu (18). Để nâng cao việc thực hiện kiểm tra giám sát thực hiện quy trình ATPT, bệnh viện cần tổ chức kết hợp lấy ý kiến về những khó khăn thực hiện quy trình, đưa ra giải pháp như thường xuyên tập huấn bảng kiểm ATMLT và kiểm tra giám sát phải song song với thi đua khen thưởng (5).

KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ quy trình an toàn MLT là 81,7%. Tần suất tuân thủ quy trình ATPT cao trong các giai đoạn phẫu thuật là 95,8%. Tỷ lệ tuân thủ chung quy trình ATPT trong 142 lượt MLT ở giai đoạn tiền mê là 95,8% là cao nhất, giai đoạn tiến hành phẫu thuật là 81,7% là thấp nhất và giai đoạn sau khi kết thúc phẫu thuật là 92,2%.

Lý do không tuân thủ quy trình an toàn MLT, thiếu sự chuẩn bị chủ động khi thực hiện phẫu thuật cấp cứu, các thành viên phẫu thuật lo

tập trung chuyên môn và bỏ qua ước lượng thời gian và phương pháp phẫu thuật dự kiến trước khi rạch da là 18,3%, không xác nhận các thành viên biết tên và nhiệm vụ là 16,2%, song song là thực hiện hành động ATPT ngại phô trương không diễn tả bằng lời như không xác nhận kháng sinh dự phòng trước mổ là 9%, không xác nhận tình trạng vô trùng của trang thiết bị dụng cụ là 5,6% và một số yếu tố khác ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình ATPT lấy thai.

Khuyến nghị: Cần có quy định cụ thể bổ sung về thực hiện quy trình ATMLT cho từng mức độ cấp cứu như cấp cứu suy thai, sa dây rốn. Kiểm tra giám sát về thực hiện quy trình ATPT cho tất cả chuyên khoa tại các bệnh viện để đảm bảo qui trình an toàn phẫu thuật MLT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2013), Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, Quyết định số 1377/QĐ-BYT, ngày 24 tháng 04 năm 2013, Bộ Y Tế.
3. Bộ môn Phụ Sản (2000), Sản Phụ khoa, chủ biên, Trường Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh, tr 568-579.
4. Bộ Y tế (2013), Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện, Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013, Bộ Y Tế.
5. Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, Cục Quản lý khám chữa bệnh, Nhà xuất bản Y học (2014), Hà Nội, tr. 61-78.
6. Bộ Y tế (2016), Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam, Quyết định số 6858/QĐ-BYT, ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
7. Bộ Y tế (2018), Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở Khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2018, Hà Nội.
8. Nguyễn Viết Thanh, Hoàng Khắc Khải và Nguyễn Bá Kiên (2015), Đánh giá hiệu quả quy trình kiểm soát ATPT trước và sau mổ tiêu hóa, Hà Nội.
9. WHO (2009), Cẩm nang thực hành bảng kiểm ATPT.
10. Bộ Y Tế (2014), Quy định việc phân loại phẫu

- thuật, thủ thuật và định mức nhân lực trong từng ca phẫu thuật, thủ thuật, Thông tư số 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014, Hà Nội.
11. Trần Thị Tú Anh, Vũ Thị Hoàng Lan, Đỗ Mạnh Hùng (2018), Thực hành của hộ sinh về quy trình chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh sau MLT tại Khoa Sản bệnh lý - bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018, Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi Khoa, số 4, tr. 107-118.
 12. A. Borchard & et al. (2012): *A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery*, Ann Surg. Dec;256(6), pg. 925-33.13.
 13. Br J Oral Maxillofac Surg (2010);48:397–8. Birkmeyer JD. *Strategies for improving surgical quality—checklists and beyond*. N Engl J Med 2010; 363:1963–5.
 14. Fourcade A, Blache J-L, Grenier C, et al (2012): *Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist*. BMJ Qual Saf; 21:191–7.
 15. Haynes, AB, & et al. (2011): *Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention*, BMJ Qual Saf 20:102-7.
 16. K. L. Hullfish, & et al. (2014): *A checklist for timeout on labor and delivery: a pilot study to improve communication and safety*, J Reprod Med. Nov-Dec; 59(11-12), pg. 579-84.
 17. R. J. Kearns & et al. (2011). *The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre*, BMJ Qual Saf; 20: pg. 818-22.
 18. World Health Organization 20 Avenue Appia CH - 1211 Geneva 27 Switzerland.19. Borchard Annegret, David LB Schwappach & et al. (2012), *A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery*, Annals of surgery, September.256 (6), 925- 933.

Compliance with safety procedures for cesarean section at some hospital in 2020

La Thi Cam Lanh¹, Ho Thi Hien²

¹Thu Duc hospital

²Hanoi University of Public Health

Objectives: Describe the compliance with safe cesarean section procedures and influencing factors of the compliance in Thu Duc District Hospital, Ho Chi Minh City in 2020. **Methodology:** Cross-sectional study design, quantitative and qualitative data were collected. Direct observation of practicing safe surgical procedures during cesarean sections at the Department of Anesthesia and Resuscitation, Thu Duc District hospital was conducted. Interviews with hospital staff were conducted using semi-structured interview guides. The study was conducted from April to October 2020. The study sample size was 142 caesarean sections (C-sections). **Results:** The compliance rate of safe cesarean section procedure at each stage of surgery, was rather high: 95.8% at pre-operative stage, 81.7% surgical stage, and postoperative stage was 92.2%. The compliance rate for safe cesarean section procedure was 81.7%. Some surgical safety actions are not performed in the emergency cases such as fetal distress. **Recommendations:** It is necessary to have specific guidance on the safety procedures for each level of emergency of C-section in the hospital.

Keywords: *Surgical safety, cesarean section, procedure.*