

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG NHẬP VIỆN TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỐI, BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2009

**TÔ GIA KIÊN - Đại học Y Dược Tp.HCM
LÊ QUỐC HÙNG, PHAN NHẬT THÀNH, LÊ THỊ ANH THƯ
Bệnh viện Chợ Rẫy**

TÓM TẮT

Giới thiệu: Nhập viện không hợp lý là một trong những nguyên nhân gây ra quá tải bệnh viện. Để giảm quá tải bệnh viện, nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ bệnh nhân nhập viện không hợp lý và mô tả nguyên nhân nhập viện không hợp lý

tại Khoa bệnh nhiệt đới, bệnh viện Chợ Rẫy năm 2009.

Phương pháp: Đơn vị quản lý nguy cơ và Khoa bệnh Nhiệt Đới tiến hành đánh giá nhanh 593 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đến điều trị vào 06/2009.

Các bệnh án được chọn mẫu thuận tiện để khảo sát, sau đó các bệnh án được xem là nhập viện chưa hợp lý được chọn ra để khảo sát chi tiết hơn.

Kết quả: Tỷ lệ nhập viện không đúng tuyến và không hợp lý là 68,7%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán khi chẩn đoán nhập viện và khi chẩn đoán ra viện ở một số bệnh. Nguyên nhân nhập viện không hợp lý là do bệnh nhân muốn được nhập viện và do sự không chắc chắn trong chẩn đoán lúc tiếp nhận bệnh nhân.

Kết luận: Nên tiến hành khảo sát tỷ lệ nhập viện không hợp lý trong toàn bệnh viện. Thành lập hội đồng chẩn đoán, chuẩn hóa và sử dụng tiêu chuẩn mã hóa phân loại bệnh tật và nguyên nhân tử vong.

Từ khóa: nhập viện không hợp lý, quá tải bệnh viện, Chợ Rẫy.

SUMMARY

Introduction: Inappropriate admission is one of the causes of hospital overload. To decrease the overload, the study was conducted aiming to identify the percentage of inappropriate admission and describe causes of inappropriate admission in the Department of Tropical diseases, Cho Ray hospital in 2009.

Methods: The Unit of hospital risk management cooperated with the department of Tropical diseases to conduct a rapid assessment on 593 records of inpatients who were treated at the department in June 2009. The records were sampled conveniently. Then the records, which were considered as inappropriate admission, were selected for further examination.

Results: The percentage of inappropriate admission was 68.7%. There were significantly different diagnoses amongst patients who were admitted compared to patients who were discharged. Causes of inappropriate admission were patients wanted to be admitted and an uncertain diagnoses at the time of admission.

Conclusions: Similar study should be conducted throughout the hospital. The Council of diagnoses should be established, standardise and apply the system of disease and death cause classifications.

Keywords: inappropriate admission, hospital overload, Cho Ray.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá tải bệnh viện là một vấn đề đang được các bệnh viện quan tâm trong những năm gần đây, nó làm tăng chi phí điều trị và làm giảm chất lượng chăm sóc bệnh nhân^[7]. Chợ Rẫy là một bệnh viện lớn, tuyến cuối cùng của khu vực phía Nam, một trong ba bệnh viện được Bộ y tế đầu tư phát triển thành bệnh viện đa khoa hoàn chỉnh. Chính vì vậy mà số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị trong ngày rất đông, báo cáo cho thấy tần suất sử dụng giường bệnh trong năm 2009 đạt 145%^[8]. Một trong những nguyên nhân dẫn tới quá tải bệnh viện là việc nhập viện không hợp lý^[7]. Nhập viện không hợp lý cũng là một vấn đề sức khỏe quan trọng^[3]. Có bằng chứng cho thấy một tỷ lệ lớn các bệnh nhân nhập viện là không hợp lý^[1, 6, 9, 10].

Tại bệnh viện Chợ Rẫy chưa có một khảo sát chính thức nào để xác định tỷ lệ nhập viện không hợp lý và những nguyên nhân dẫn tới nhập viện không hợp lý. Để có được số liệu chính thức về nhập viện không hợp lý nhằm hạn chế quá tải bệnh viện và góp phần làm giảm các chi phí điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc, thực hiện một khảo sát để xác định tỷ lệ bệnh nhân nhập viện không hợp lý là cần thiết. Vì vậy, Đơn vị quản lý nguy cơ kết hợp với Khoa bệnh nhiệt đới tiến hành một đánh giá nhanh nhằm xác định tỷ lệ bệnh nhân nhập viện không hợp lý và mô tả nguyên nhân nhập viện không hợp lý tại Khoa bệnh nhiệt đới, bệnh viện Chợ Rẫy năm 2009.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp chọn mẫu dựa trên sự thuận tiện, nghiên cứu tiến hành đánh giá nhanh trên 593 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đã được điều trị nội trú tại Khoa bệnh nhiệt đới, bệnh viện Chợ Rẫy trong tháng 6/2009. Chẩn đoán lúc nhập viện và chẩn đoán lúc ra viện của các bệnh nhân được thu thập để chọn ra những bệnh án khảo sát. Danh sách bệnh án bao gồm chẩn đoán lúc nhập viện và chẩn đoán lúc ra viện của tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Bệnh Nhiệt Đới trong tháng sẽ được xây dựng để bác sĩ của Khoa Bệnh Nhiệt Đới chọn bệnh án cho việc khảo sát. Nếu chẩn đoán nhập viện và chẩn đoán ra viện không giống nhau, các bệnh án sẽ được chọn để khảo sát chi tiết hơn. Các thông tin về lý do nhập viện không hợp lý và tuyến điều trị của các bệnh án được chọn sẽ được bác sĩ, người giúp chọn bệnh án lúc đầu, thu thập nhờ vào mẫu khảo sát được thiết kế sẵn.

KẾT QUẢ

Kết quả khảo sát 593 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đã điều trị nội trú tại Khoa bệnh Nhiệt Đới trong tháng 06/2009 được trình bày trong bảng 1. Kiểm định chi bình phương cho thấy tỷ lệ bệnh được chẩn đoán lúc nhập viện và ra viện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; tuy nhiên, trong trường hợp nhức đầu migraine ($p = 0,82$), lupus ($p = 0,2$) và viêm xoang ($p = 0,876$) không cho thấy sự khác biệt trong chẩn đoán. Trong các trường hợp khác biệt, độ mạnh của sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh được chẩn đoán lúc nhập viện và ra viện $< 70\%$; tuy nhiên, trong trường hợp chưa chẩn đoán được nguyên nhân thì độ mạnh của sự khác biệt là 100% với sự khác biệt là 17,9% ($p < 0,001$).

Sự khác biệt trong chẩn đoán nhập viện và ra viện ($n = 593$)

	Nhập viện		Ra viện		P (χ^2)	Power	Khác biệt (%)	p (Z)
	Tần số	%	Tần số	%				
Chưa rõ nguyên nhân	122	20,6	16	2,7	<0,001	1	17,9	<0,001
Rắn cắn	61	10,3	59	10,0	<0,001	0,03	0,3	0,847
Sốt xuất huyết	50	8,4	61	10,3	<0,001	0,20	-1,9	0,273

Viêm màng não	48	8,1	65	11,0	<0,001	0,38	-2,4	0,093
Ngộ độc hoá chất	42	7,1	46	7,8	<0,001	0,08	-0,6	0,658
Nhiễm siêu vi	38	6,4	57	9,6	<0,001	0,46	-3,2	0,042
Ngộ độc thuốc	25	4,2	23	3,8	<0,001	0,03	0,3	0,768
Rối loạn điện giải	22	3,7	19	3,2	<0,001	0,05	0,5	0,634
Dị ứng	17	2,9	16	2,7	<0,001	0,03	0,2	0,860
Tiêu chảy	17	2,9	16	2,7	<0,001	0,03	0,2	0,860
Rối loạn tiền đình	13	2,2	16	2,7	<0,001	0,04	-0,5	0,573
Ngộ độc rượu	12	2,0	13	2,2	<0,001	0,03	-0,2	0,834
Viêm não	10	1,7	9	1,5	<0,001	0,03	0,2	0,817
Viêm mô tế bào	10	1,7	9	1,5	<0,001	0,03	0,2	0,817
Tai biến mạch máu não	10	1,7	3	0,5	<0,001	0,40	1,2	0,051
Nhiễm trùng tiêu hóa	9	1,5	4	0,7	<0,001	0,18	0,8	0,163
Nhiễm trùng da	7	1,2	2	0,3	<0,001	0,61	0,8	0,094
Migrain	6	1,0	5	0,8	0,820	0,03	0,2	0,762
Thương hàn	4	0,7	2	0,3	<0,001	0,06	0,3	0,413
Nhiễm trùng huyết	4	0,7	21	3,5	<0,001	0,27	0,8	0,094
Steven Johnson	4	0,7	3	0,5	<0,001	0,03	0,2	0,705
Rối loạn tiêu hóa	3	0,5	3	0,5	<0,001	-	0	1,000
Lupus	2	0,3	2	0,2	0,200	-	0	1,000
Viêm họng	1	0,2	12	2,0	<0,001	0,77	-1,9	0,002
Viêm xoang	1	0,2	14	2,4	0,876	0,87	-2,2	<0,001
Côn trùng đốt	4	0,7	5	0,8	<0,001	0,03	-0,2	0,738
Khác	51	8,6	92	15,5	<0,001	0,95	-6,9	<0,001

Bảng 2 cho thấy độ nhạy (sens), độ đặc hiệu (spec), giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV) của chẩn đoán nhập viện khi lấy chẩn đoán ra viện làm chuẩn. Độ nhạy cho biết tỷ lệ người bị bệnh có chẩn đoán dương tính, trong khi độ đặc hiệu cho biết tỷ lệ người không bệnh có chẩn đoán âm tính. Giá trị tiên đoán dương cho biết tỷ lệ người có chẩn đoán dương tính thật sự có bệnh, còn giá trị tiên đoán âm cho biết tỷ lệ người có chẩn đoán âm tính thật sự không mắc bệnh.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của chẩn đoán nhập viện so với chẩn đoán ra viện

	Nhập viện (n)	Ra viện (n)	Sens	Spec	PPV	NPV
Chưa rõ nguyên nhân	122	16	68,8	80,8	9,0	98,9
Rắn cắn	61	59	100	99,6	96,7	100
Sốt xuất huyết	50	61	68,9	98,5	84,0	96,5
Viêm màng não	48	65	38,5	95,6	52,1	92,7
Ngộ độc hoá chất	42	46	97,6	99,1	97,6	99,1
Nhiễm siêu vi	38	57	33,3	96,5	50,0	93,2
Ngộ độc thuốc	25	23	91,3	99,3	84,0	99,7
Rối loạn điện giải	22	19	68,4	98,4	59,1	99,0
Dị ứng	17	16	81,3	99,3	76,5	99,5
Tiêu chảy	17	16	68,8	99,0	64,7	99,1
Rối loạn tiền đình	13	16	50,0	99,1	61,5	98,6
Ngộ độc rượu	12	13	76,9	99,7	83,3	99,5
Viêm não	10	9	55,6	99,1	50,0	99,3
Viêm mô tế bào	10	9	77,8	99,5	70,0	99,7
Tai biến mạch máu não	10	3	33,3	98,5	10,0	99,7
Nhiễm trùng tiêu hóa	9	4	25,0	98,6	11,1	99,5
Nhiễm trùng da	7	2	100	99,2	28,6	100
Migrain	6	5	0	99,0	0	99,2
Thương hàn	4	2	50,0	99,5	25,0	99,8
Nhiễm trùng huyết	4	21	14,3	99,8	75,0	96,9
Steven Johnson	4	3	66,7	99,7	50,0	99,8
Rối loạn tiêu hóa	3	3	66,7	99,8	66,7	99,8
Lupus	2	2	100	100	100	100
Viêm họng	1	12	8,3	100	100	98,1
Viêm xoang	1	14	0	99,8	0	97,6
Côn trùng	4	5	80	100	100	99,8

Với giả thuyết là tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán lúc nhập viện của một bệnh là như nhau ở những bệnh nhân được nhập viện đúng tuyến và những bệnh nhân được nhập viện không đúng tuyến, sự khác biệt về tỷ lệ thể hiện bằng số đo PR. Kết quả bảng 3 cho thấy ở những bệnh nhân chưa rõ nguyên nhân, rắn cắn, sốt xuất huyết, viêm màng não, ngộ độc hóa chất, nhiễm siêu vi, ngộ độc thuốc, tiêu chảy, rối loạn tiền đình, tỷ lệ bệnh nhân được nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến có khác nhau ($p < 0,05$). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do rối loạn điện giải, dị ứng, viêm não, nhiễm trùng tiêu hóa, nhiễm trùng da, nhức đầu migrain, thương hàn, rối loạn tiêu hóa và côn trùng cắn là không khác biệt giữa những bệnh nhân được nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến. Còn lại các bệnh nhân nhập viện do ngộ độc rượu, viêm mô tế bào, tai biến mạch máu não, nhiễm trùng huyết, Steven Johnson, Lupus, viêm họng và viêm xoang thì tỷ lệ bệnh nhân nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến là có khác biệt nhưng không thể kiểm định thống kê do có các giá trị bằng 0.

Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến khi chẩn đoán nhập viện

	Đúng tuyến		Không đúng		PR	CI95%	P
	Tần số	%	Tần số	%			
Chưa rõ nguyên nhân	59	15,2	63	30,9	0,49	0,36-0,67	<0,001
Rắn cắn	57	14,7	4	2,0	7,47	2,75-20,3	<0,001
Sốt xuất huyết	6	1,5	44	21,6	0,07	0,03-0,16	<0,001
Viêm màng não	43	11,1	5	2,5	4,51	1,81-11,2	<0,001
Ngộ độc hoá chất	38	9,8	4	2,0	4,98	1,80-13,8	<0,001
Nhiễm siêu vi	8	2,1	30	14,7	0,14	0,07-0,30	<0,001
Ngộ độc thuốc	23	5,9	2	0,9	6,03	1,44-25,3	0,005
Rối loạn điện giải	17	4,4	5	2,5	1,78	0,67-4,76	0,240
Dị ứng	10	2,6	7	3,4	0,75	0,29-1,94	0,551
Tiêu chảy	6	1,5	11	5,4	0,29	0,11-0,76	0,008
Rối loạn tiền đình	3	0,8	10	4,9	0,16	0,04-0,57	0,001
Ngộ độc rượu	12	3,1	0	0	-	-	-
Viêm não	9	2,3	1	0,5	4,72	0,60-37,00	0,101
Viêm mô tế bào	10	2,6	0	0	-	-	-
Tai biến mạch máu não	10	2,6	0	0	-	-	-
Nhiễm trùng tiêu hóa	8	2,1	1	0,5	4,19	0,53-33,3	0,138
Nhiễm trùng da	6	1,5	1	0,5	3,15	0,38-26,0	0,260
Migrain	4	1,0	2	1,0	1,04	0,19-5,68	0,956
Thương hàn	3	0,8	1	0,5	1,57	0,16-15,0	0,691
Nhiễm trùng huyết	4	1,0	0	0	-	-	-
Steven Johnson	4	1,0	0	0	-	-	-
Rối loạn tiêu hoá	2	0,5	1	0,5	1,05	0,1-11,5	0,969
Lupus	2	0,5	0	0	-	-	-
Viêm họng	0	0	1	0,5	-	-	-
Viêm xoang	1	0,3	0	0	-	-	-
Còn trùng cắn	2	0,5	2	0,9	0,52	0,07-3,70	0,510

Với giả thuyết là tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán lúc ra viện của một bệnh là như nhau ở những bệnh nhân được nhập viện đúng tuyến và những bệnh nhân được nhập viện không đúng tuyến, sự khác biệt về tỷ lệ thể hiện bằng số đo PR. Kết quả bảng 4 cho thấy ở những bệnh nhân nhập viện do rắn cắn, sốt xuất huyết, viêm màng não, ngộ độc hóa chất, nhiễm siêu vi, ngộ độc thuốc, rối loạn điện giải, tiêu chảy, rối loạn tiền đình, nhức đầu migrain, viêm họng và viêm xoang, tỷ lệ bệnh nhân được nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến có sự khác biệt ($p < 0,05$). Trong khi những bệnh nhân nhập viện chưa rõ nguyên nhân, do dị ứng, ngộ độc rượu, rối loạn tiêu hóa và còn trùng cắn thì không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Còn lại những bệnh nhân nhập viện do viêm não, viêm mô tế bào, tai biến mạch máu não, nhiễm trùng

tiêu hóa, nhiễm trùng da, thương hàn, nhiễm trùng huyết, Steven Johnson và lupus thì tỷ lệ nhân nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến là có khác biệt nhưng không thể kiểm định thống kê do có các giá trị bằng 0.

Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến khi chẩn đoán ra viện

	Đúng tuyến		Không đúng		PR	CI95%	p
	Tần số	%	Tần số	%			
Chưa rõ nguyên nhân	12	3,1	4	2,0	1,57	0,51-4,82	0,422
Rắn cắn	56	14,4	3	1,5	9,79	3,10-30,89	<0,001
Sốt xuất huyết	6	1,5	55	27,0	0,06	0,03-0,13	<0,001
Viêm màng não	64	16,5	1	0,5	33,6	4,69-240,2	<0,001
Ngộ độc hoá chất	41	10,5	5	2,5	4,3	1,73-10,71	<0,001
Nhiễm siêu vi	2	0,5	55	27,0	0,02	0,004-0,08	<0,001
Ngộ độc thuốc	21	5,4	2	1,0	5,50	1,30-23,3	<0,001
Rối loạn điện giải	18	4,6	1	0,5	9,44	1,27-70,2	0,007
Dị ứng	10	2,6	6	2,9	0,87	0,32-2,37	0,791
Tiêu chảy	3	0,8	13	6,4	0,12	0,03-0,42	<0,001
Rối loạn tiền đình	2	0,5	14	6,9	0,07	0,02-0,33	<0,001
Ngộ độc rượu	11	2,8	2	1,0	2,9	0,65-12,9	0,144
Viêm não	9	2,3	0	0	-	-	-
Viêm mô tế bào	9	2,3	0	0	-	-	-
Tai biến mạch máu não	3	0,8	0	0	-	-	-
Nhiễm trùng tiêu hóa	4	1,0	0	0	-	-	-
Nhiễm trùng da	2	0,5	0	0	-	-	-
Migrain	1	0,3	4	2,0	0,13	0,01-1,17	0,031
Thương hàn	2	0,5	0	0	-	-	-
Nhiễm trùng huyết	21	5,4	0	0	-	-	-
Steven Johnson	3	0,8	0	0	-	-	-
Rối loạn tiêu hoá	2	0,5	1	0,5	1,04	0,1-11,5	0,969
Lupus	2	0,5	0	0	-	-	-
Viêm họng	4	1,0	8	3,9	0,26	0,08-0,86	0,018
Viêm xoang	3	0,8	11	5,4	0,14	0,04-0,51	<0,001
Còn trùng cắn	2	0,5	3	1,5	0,35	0,06-2,08	0,226

Trong số 593 bệnh án khảo sát, có 204 hồ sơ bệnh án được xem là không hợp lý phải nằm lại bệnh viện Chợ Rẫy. Nhóm nghiên cứu quyết định chọn thuận tiện 115 bệnh án nhập viện không hợp lý, nghĩa là có chẩn đoán lúc nhập viện và chẩn đoán lúc ra viện không giống nhau, để khảo sát chi tiết hơn. Kết quả khảo sát trên 115 hồ sơ bệnh án cho thấy 79 trường hợp (68,7%, KTC95%: 60,1-77,3) là nhập viện không hợp lý. Trong số 79 hồ sơ nhập viện không hợp lý thì 13,9% trường hợp có thể điều trị tại tuyến tỉnh, 40,5% trường hợp có thể được điều trị tại tuyến huyện và 45,6% trường hợp có thể được điều trị ngoại trú. Ngoài ra, khoảng 27,8% trường hợp nhập viện không hợp lý nhưng do những đối tượng đó ở tỉnh và vào bệnh viện lúc khuya nên họ xin được nằm lại bệnh viện. Trong số các trường hợp được khảo sát, khoảng 48,9% trường hợp có chẩn đoán lúc nhập viện và chẩn đoán lúc ra viện không giống nhau. Tuy nhiên

khi sử dụng kiểm định 2 tỷ lệ thì kết quả cho thấy sự khác biệt giữa 2 lần chẩn đoán không có ý nghĩa thống kê ($p=0,7656$). Kiểm định chi bình phương cũng không cho thấy có sự khác biệt giữa những trường hợp có 2 lần chẩn đoán không đồng nhất với việc nhập viện không hợp lý ($p=0,108$).

BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện toàn bộ 593 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân nhập viện Khoa Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Chợ Rẫy vào tháng 06/2009. Các bệnh án được một bác sĩ của Khoa Bệnh Nhiệt Đới chọn nên hạn chế được sai lệch do những người thu thập thông tin. Do không có tiêu chuẩn chẩn đoán vàng, cũng như nghiên cứu không sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng để hỗ trợ cho chẩn đoán nên việc xác định chẩn đoán nào là chính xác có thể bị sai lệch. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng chẩn đoán ra viện làm chuẩn để so sánh chẩn đoán nhập viện và ra viện vì nhóm nghiên cứu lập luận rằng nếu bệnh nhân được điều trị hết bệnh thì có nghĩa là chẩn đoán đó đúng. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện không hợp lý ban đầu được xác định là 34,4% (204/593 bệnh án). Khi khảo sát 115 bệnh án được chọn cho thấy tỷ lệ nhập viện không hợp lý là 68,7%. So với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới thì tỷ lệ này cao hơn^[1, 6, 9, 10]. Các nghiên cứu trên điều tra ở nhiều khoa phòng khác nhau, nên việc so sánh kết quả là chưa thật hợp lý. Mặc dù vậy, tỷ lệ nhập viện không hợp lý khá cao trong nghiên cứu này là một cảnh báo ban đầu đáng cho các nhà quản lý bệnh viện phải quan tâm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy do việc chẩn đoán lúc nhập viện không xác định được nguyên nhân gây bệnh nên cũng góp phần làm tăng tỷ lệ nhập viện không hợp lý. Ngoài ra việc bệnh nhân ở tỉnh tới bệnh viện vào lúc khuya và xin ở lại bệnh viện cũng góp phần làm tăng tỷ lệ nhập viện không hợp lý. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nguyên nhân của việc nhập viện không hợp lý là do tuyến dưới không có nhân lực và trang thiết bị phù hợp, kiến thức quản lý bệnh nhân và kinh nghiệm lâm sàng của đội ngũ bác sĩ kém, một số bác sĩ quá thận trọng trong điều trị^[5], bác sĩ hay/và bệnh nhân muốn nhập viện^[2, 4], không chắc chắn trong chẩn đoán, sai lệch trong chẩn đoán, thời gian ra y lệnh hạn chế, áp lực của nhà quản lý và các ràng buộc do quy chế bệnh viện^[4]. Nghiên cứu này chưa xác định được tại Khoa bệnh Nhiệt Đới có các nguyên nhân giống như các nghiên cứu trước đây trên thế giới nêu hay không, nhưng theo một số thông tin không chính thức thì việc chẩn đoán giữa các khoa nhận bệnh và khoa điều trị là không đồng nhất. Dù kết quả nghiên cứu chưa chứng minh được sự khác biệt trong tất cả các loại bệnh, nhưng cũng cho thấy sự khác biệt ở một số bệnh (bảng 1).

Kết quả ở bảng 2 cho thấy tất cả các chẩn đoán khi nhập viện đều cho độ đặc hiệu rất cao > 90%

(ngoại trừ chưa rõ nguyên nhân có độ nhạy là 80,8%); nghĩa là nếu 100 người được bác sĩ chẩn đoán là không có bệnh, thì >90 bệnh nhân sẽ không có bệnh thật sự. Tương tự, giá trị tiên đoán âm rất cao >92%, nghĩa là nếu 100 bệnh nhân được chẩn đoán nhập viện là âm tính thì >92 bệnh nhân sẽ không bị bệnh thật sự. Ngược lại, độ nhạy và độ đặc hiệu của các chẩn đoán nhập viện rất thay đổi từ 0-100% so với chẩn đoán khi ra viện. Độ nhạy thể hiện khả năng phát hiện bệnh và giá trị tiên đoán dương cho biết độ tin cậy của xét nghiệm. Sự thay đổi của độ nhạy và giá trị tiên đoán dương trong chẩn đoán lúc nhập viện cho thấy các chẩn đoán nhập viện ít tin cậy.

Bảng 3 và 4 cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ giữa bệnh nhân nhập viện đúng tuyến và không đúng tuyến lúc chẩn đoán nhập viện và khi ra viện. Đối với các chẩn đoán cho PR >1 nghĩa là tỷ lệ bệnh nhân nhập viện đúng tuyến cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nhập viện không đúng tuyến, điều này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán nhập viện hợp lý cao hơn chẩn đoán nhập viện không hợp lý. Ngược lại, nếu các chẩn đoán cho PR <1 thì tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán nhập viện không hợp lý cao hơn. Một sai lệch gặp phải khi phân tích kết quả này là việc mã hóa các phân loại bệnh trong hồ sơ bệnh án. Do chưa có tiêu chuẩn mã hóa bệnh thống nhất nên nhóm nghiên cứu chỉ dựa trên sự mã hóa của riêng nhóm, vì vậy kết quả có thể sẽ không phù hợp nếu sử dụng một phương pháp mã hóa phân loại bệnh tật khác.

Nghiên cứu này không quan tâm chi tiết đến từng loại chẩn đoán do đó chưa thể khẳng định được sự khác biệt chẩn đoán giữa khoa nhập bệnh và điều trị rõ nhất ở những bệnh cảnh nào. Bên cạnh đó, việc tiến hành nghiên cứu trong một Khoa của bệnh viện cũng làm hạn chế giá trị bên ngoài của nghiên cứu. Không có bằng chứng nào cho thấy sự khác biệt này chỉ tồn tại ở mỗi khoa bệnh Nhiệt Đới, hoặc tình trạng khác biệt tương tự cũng xảy ra ở những Khoa khác trong bệnh viện. Do đó, kết quả nghiên cứu này không giúp khẳng định sự nhập viện không hợp lý là do khoa nhận bệnh hay do khoa điều trị. Một hạn chế khác nữa là nghiên cứu này không phân tích kỹ các bệnh khác mà để chung tất cả các bệnh không thường gặp trong tháng để phân tích, việc này gây sai lệch trong phân tích các kết quả của các bệnh khác. Như chúng ta đã biết là một số bệnh thay đổi theo mùa, do đó việc sử dụng số liệu của một tháng không cho phép kết quả nghiên cứu được suy luận ra cho toàn năm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc tiến hành khảo sát tỷ lệ nhập viện không hợp lý trên tất cả các Khoa của bệnh viện một cách thường xuyên và liên tục là hết sức cần thiết. Việc khảo sát này cũng cần tập trung xác định cụ thể các nguyên nhân gây ra việc nhập viện không hợp lý trong toàn bệnh viện để có hướng khắc phục nhằm nâng cao chất lượng phục vụ cũng như tiết kiệm được ngân sách cho cá nhân, gia đình, cộng đồng và bệnh viện. Hội đồng chẩn đoán

cũng cần được thành lập để xây dựng các tiêu chuẩn chẩn đoán vàng cho các bệnh thường gặp tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beech R, Challah S, Ingram RH. Impact of cuts in acute beds on services for patients. *British Medical Journal*. 1987;294(14):685-8.
2. Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001;94:628-31.
3. De Marco G, Mangani S, Corraera A, Di Caro S, Tarallo L, De Franciscis A, et al. Reduction of Inappropriate Hospital Admissions of Children With Influenza-Like Illness Through the Implementation of Specific Guidelines: A Case-Controlled Study. 2005:e506-11.
4. Giannini A, Consonni D. Physicians' perceptions and attitudes regarding inappropriate admissions and resource allocation in the intensive care setting. 2006:57-62.
5. Hammond CL, Pinnington LL, Phillips MF. A qualitative examination of inappropriate hospital

admissions and lengths of stay. *BMC Health Services Research*. 2009;9(44).

6. Houghton A, Bowling ANN, Jones IAN, Clarke KIM. Appropriateness of Admission and the Last 24 Hours of Hospital Care in Medical Wards in an East London Teaching Group Hospital. 1996:543-53.

7. Le Quang Cuong, Tran Thi Mai Oanh, Khuong Anh Tuan, Duong Huy Luong, et. al. Hospital overload in Hanoi and Ho Chi Minh City – An assessment and recommendations. Vietnam: Health Strategy and Policy Institute 2009.

8. Phòng kế hoạch tổng hợp. Số liệu hoạt động chuyên môn 2005-2009. Tp. Hồ Chí Minh: Bệnh viện Chợ Rẫy; 2010.

9. Pourreza A, Kavosi Z, Khabiri R, Salimzadeh H. Inappropriate admission and hospitalization in teaching hospitals of Tehra university of medical sciences, Iran. *Pak J Med Sci*. 2008;24(2):301-5.

10. Torrance N, Lawson JAR, Hogg B, Knox J. Acute admissions to medical beds. *J Roy Coll Gen Practit*. 1972;22:211-9.