

KẾT QUẢ THỰC HIỆN BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 17

Huỳnh Đức Bắc¹
Nguyễn Thị Hoài Linh^{1*}, Trương Xuân Quý¹
Trương Ngọc Lê¹, Trần Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật và xác định một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện đầy đủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 152 ca phẫu thuật, thủ thuật thực hiện tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Tỷ lệ số ca phẫu thuật, thủ thuật có sử dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật là 100%. Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật đạt yêu cầu là 73,0%. Không có sự khác biệt giữa hình thức phẫu thuật với kết quả thực hiện bảng kiểm ($p > 0,05$). Ngược lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả thực hiện bảng kiểm giữa các chuyên khoa phẫu thuật, các phương pháp vô cảm và phân loại phẫu thuật ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ bảng kiểm đạt yêu cầu chưa cao. Một số yếu tố như chuyên khoa, phương pháp vô cảm và loại phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến kết quả thực hiện bảng kiểm. Bệnh viện cần tăng cường đào tạo định kỳ, chuẩn hóa trách nhiệm thành viên ekip mổ và xây dựng bảng kiểm rút gọn cho các phẫu thuật ít xâm lấn và thủ thuật nhằm nâng cao kết quả thực hiện bảng kiểm.

Từ khóa: Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, yếu tố liên quan, Bệnh viện Quân y 17.

ABSTRACT

Objectives: To assess the results of implementing the surgical safety checklist and to identify some factors associated with the complete implementation of the surgical safety checklist.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 152 surgical and procedural cases performed at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Military Hospital 17, from January 2024 to June 2024.

Results: The rate of surgical and procedural cases using the surgical safety checklist was 100%. The proportion of surgical safety checklists meeting the required standards was 73.0%. There was no difference between the type of surgery and checklist implementation ($p > 0.05$). In contrast, statistically significant differences were found between surgical specialty, anesthesia method, and surgical classification, and the checklist implementation results ($p < 0.05$).

Conclusions: The proportion of checklists meeting the required standards remains suboptimal. Several factors, including surgical specialty, anesthesia method, and type of surgery, can affect the results of the checklist. The hospital should strengthen periodic training, standardize the responsibilities of surgical team members, and develop simplified checklists for minimally invasive surgeries and procedures to improve checklist performance.

Keywords: Surgical safety checklist, associated factors, Military Hospital 17.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Hoài Linh, Email: dslinhdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/9/2025; mời phản biện khoa học: 10/2025; chấp nhận đăng: 10/12/2025.

¹Bệnh viện Quân y 17

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn phẫu thuật (PT), thủ thuật (TT) là một trong những ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc y tế hiện đại. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2009 [1], mỗi năm có khoảng 234 triệu ca PT được thực hiện, trong đó có tới 7 triệu trường hợp gặp biến chứng nghiêm trọng và ít nhất 1 triệu ca tử vong liên quan đến PT có thể phòng

tránh được. Trước thực trạng đó, WHO đã phát triển bảng kiểm an toàn phẫu thuật (Surgical safety checklist) nhằm giảm thiểu sai sót, cải thiện giao tiếp trong đội ngũ phẫu thuật viên và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân (BN). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc áp dụng bảng kiểm này giúp giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ, đồng thời nâng cao ý thức tuân thủ quy trình của ekip PT [2].

Tại Việt Nam, ngày 18/12/2018, Bộ Y tế [3] đã ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn PT theo Quyết định số 7482/QĐ-BYT và yêu cầu triển khai tại tất cả các cơ sở y tế. Bảng kiểm an toàn phẫu thuật (BKATPT) này đã được áp dụng tại Bệnh viện Quân y 17 từ năm 2019. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả thực hiện BKATPT tại đây. Việc thiếu dữ liệu đánh giá một cách hệ thống khiến công tác giám sát, cải tiến chất lượng có thể gặp nhiều khó khăn.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thực hiện BKATPT và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả thực hiện đầy đủ các nội dung của BKATPT tại Bệnh viện Quân y 17.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

152 ca PT, TT tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 01 đến tháng 6/2024.

Loại trừ các ca PT, TT thực hiện trong tình huống khẩn cấp; các trường hợp không thu thập được đầy đủ biến số nghiên cứu; các ca PT, TT có BN, người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương tiện nghiên cứu: bảng thu thập số liệu về kết quả thực hiện BKATPT, xây dựng dựa trên mẫu BKATPT của WHO [1] và Quyết định số 7482/QĐ-BYT của Bộ Y tế [3].

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện phù hợp với tiêu chí lựa chọn của nghiên cứu.

- Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu.

+ p ước lượng dựa trên nghiên cứu của Lê Thị Hằng với p = 0,901 [4].

+ Z là hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì Z = 1,96.

+ d là sai số cho phép, chọn d = 0,05.

Từ công thức này, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 137 ca PT, TT. Thực tế chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 152 ca PT, TT.

- Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: thu thập số liệu thông qua bảng thu thập số liệu về kết quả thực hiện BKATPT (dựa trên BKATPT và các thông tin liên quan trên hồ sơ bệnh án của BN nghiên cứu).

- Các chỉ số nghiên cứu: hình thức PT; các loại PT, TT; chuyên khoa; phương pháp vô cảm; tỉ lệ đạt từng mục trong các giai đoạn; tỉ lệ BKATPT đạt toàn bộ các mục (đạt trên 80% số mục).

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Các tỉ lệ được kiểm định bằng phép kiểm χ^2 (Chi-square) và Fisher's Exact Test. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với ngưỡng p < 0,05.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 17 phê duyệt thực hiện. Dữ liệu được thu thập bảo đảm khách quan, trung thực từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào quá trình điều trị. Thông tin cá nhân của BN được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

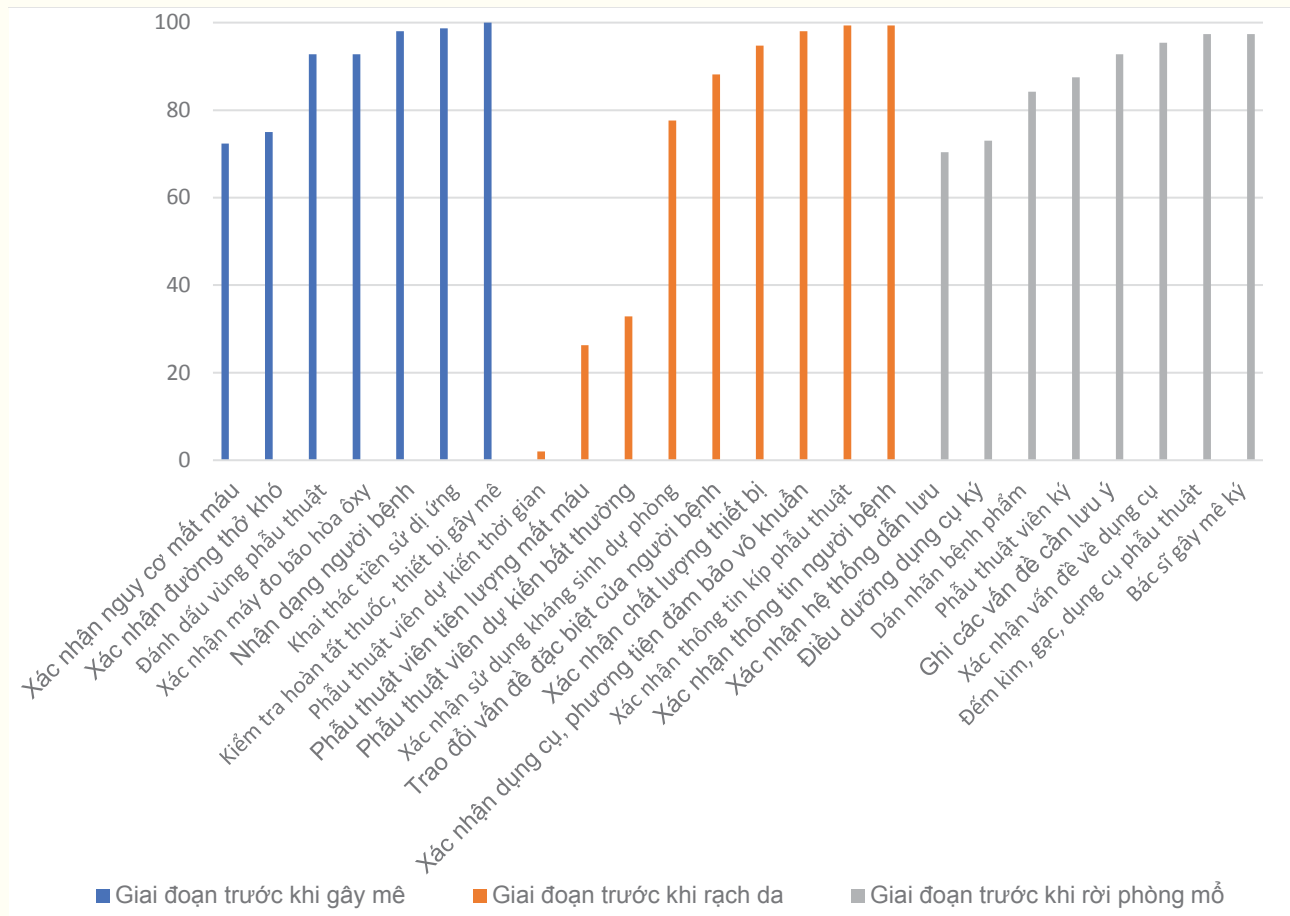
3.1. Kết quả thực hiện BKATPT

Bảng 1. Một số thông tin về ca PT, TT

Thông tin chung (n = 152)		Số lượng (%)
Hình thức PT, TT	Theo kế hoạch	141 (92,8)
	Cấp cứu	11 (7,2)
Chuyên khoa	Chấn thương chỉnh hình	90 (59,2)
	Ngoại chung	34 (22,4)
	Ba chuyên khoa	28 (18,4)
Phương pháp vô cảm	Gây tê đám rối	29 (19,1)
	Gây tê tại chỗ	37 (24,3)
	Gây tê tủy sống	62 (40,8)
	Gây mê nội khí quản	24 (15,8)
Loại PT-TT	PT loại đặc biệt	22 (14,5)
	PT loại I	69 (45,4)
	PT loại II	44 (28,9)
	PT loại III	4 (2,6)
	TT	13 (8,6)

100% các ca PT, TT nghiên cứu đều được áp dụng BKATPT và lưu cùng bệnh án của BN. Trong đó, 92,8% số ca PT, TT thực hiện theo kế hoạch, 59,2% ca thuộc chuyên khoa chấn thương chỉnh hình; phương pháp vô cảm chính là gây tê tủy sống (40,8%).

Biểu đồ trang bên cho thấy, 73,0% số BKATPT được đánh giá đạt cả ba giai đoạn, mục phẫu thuật viên dự kiến thời gian PT ở giai đoạn trước khi rạch da có tỉ lệ đạt thấp nhất.



Biểu đồ tỉ lệ đạt của từng mục trong BKATPT.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả thực hiện BKATPT

Bảng 2. Phân bố kết quả thực hiện BKATPT

Nội dung		Kết quả thực hiện toàn bộ BKATPT (SL, %)			p
		Không đạt	Đạt	Tổng	
Hình thức PT-TT	Kế hoạch	38 (27,0)	103 (73,0)	141 (100)	0,61
	Cấp cứu	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (100)	
	Tổng	41 (27,0)	111 (73,0)	152 (100)	
Phương pháp vô cảm	Gây tê đám rối	6 (20,7)	23 (79,3)	29 (100)	0,03
	Gây tê tại chỗ	17 (45,9)	20 (54,1)	37 (100)	
	Gây tê tủy sống	13 (21,0)	49 (79,0)	64 (100)	
	Gây mê nội khí quản	5 (20,8)	19 (79,2)	24 (100)	
	Tổng	41 (27,0)	111 (73,0)	152 (100)	
Chuyên khoa	Chấn thương chỉnh hình	17 (18,9)	73 (81,1)	90 (100)	0,015
	Ngoại chung	15 (44,1)	19 (55,9)	34 (100)	
	Ba chuyên khoa	9 (32,1)	19 (67,9)	28 (100)	
	Tổng	41 (27,0)	111 (73,0)	152 (100)	
Phân loại PT-TT	PT loại đặc biệt	6 (27,3)	16 (72,7)	22 (100)	0,000
	PT loại I	15 (21,7)	54 (78,3)	69 (100)	
	PT loại II	10 (22,7)	34 (77,3)	44 (100)	
	PT loại III	0 (0)	4 (100)	4 (100)	
	TT	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100)	
	Tổng	41 (27,0)	111 (73,0)	152 (100)	

Tỉ lệ BKATPT đạt ở nhóm PT, TT theo kế hoạch và cấp cứu lần lượt là 73,0% và 72,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm với $p > 0,05$.

BKATPT của nhóm có phương pháp vô cảm gây tê tại chỗ có tỉ lệ đạt thấp nhất (54,1%). Các nhóm gây tê đám rối, gây tê tủy sống, gây mê nội khí quản có tỉ lệ đạt tương đương nhau, lần lượt là 79,3%; 79,0%; 79,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Tỉ lệ BKATPT đạt ở nhóm BN PT chuyên khoa chấn thương chỉnh hình cao nhất (81,1%), sau đó là nhóm ba chuyên khoa (67,9%) và thấp nhất là chuyên khoa ngoại chung (55,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm PT có tỉ lệ BKATPT đạt (72,7-100%) cao hơn nhóm TT (23,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

100% ca PT, TT trong nghiên cứu của chúng tôi đều áp dụng BKATPT theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới và Quyết định số 7482/QĐ-BYT của Bộ Y tế; được lưu trữ đầy đủ trong hồ sơ bệnh án của BN. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hằng [5] tại Bệnh viện Da liễu Trung ương (tỉ lệ thực hiện BKATPT là 29%) và nghiên cứu của Melekie T.B [6] (39,7% thực hiện BKATPT).

Tuy nhiên, trong 152 BKATPT chỉ có 111 BKATPT hoàn thiện cả ba giai đoạn (73,0%). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Faria [7] (67,4% số BKATPT được hoàn thiện). Các nguyên nhân chủ quan chính dẫn đến các BKATPT không đạt là do nhân viên y tế ghi thiếu thông tin của BN trên BKATPT, không tích vào BKATPT hoặc tích không đúng so với tình trạng của BN được mô tả trong bệnh án (chủ yếu ở các mục: đánh dấu vùng mổ, đánh giá nguy cơ đường thở khó, nguy cơ mất máu, dự kiến bất thường và thời gian PT). Bên cạnh đó, do đặc thù của một số chuyên khoa (vùng mổ nằm sâu hoặc PT ít gây mất máu...) khiến một số mục khó thực hiện theo đúng BKATPT. Bên cạnh đó, khối lượng công việc tại phòng mổ nhiều, đặc biệt ở giai đoạn cuối ca mổ, dẫn đến thiếu sót khi hoàn thiện BKATPT.

Theo Anwer M [8] khi bắt đầu sử dụng BKATPT, tỉ lệ hoàn thiện và mức độ chính xác của các tiểu mục thường thấp do các nội dung của BKATPT thường được tích mà không kiểm tra, đối chiếu thông tin và thời điểm tích chưa đúng. Việc áp dụng BKATPT không đúng cách có thể tạo ra một cảm giác an toàn giả tạo và biến tác dụng tích cực của BKATPT thành tiêu cực, không bảo đảm an toàn cho BN. Do đó, trong quá trình triển khai cần tăng cường tập huấn cho nhân viên y tế về tầm quan trọng và cách sử dụng BKATPT đúng để mang lại hiệu quả thiết thực nhất [7], [8].

Trong BKATPT, nội dung dự kiến thời gian PT; tiền lượng mất máu; dự kiến bất thường có thể xảy ra có tỉ lệ đạt thấp nhất. Trên thực tế, các nội dung này có được thực hiện trước ca mổ, tuy nhiên, việc hoàn thiện các nội dung này trong BKATPT chưa được chú ý. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hằng [5] cũng cho thấy giai đoạn trước khi rạch da là giai đoạn có tỉ lệ hoàn thiện BKATPT thấp nhất do thiếu dự kiến thời gian của ca PT.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về kết quả thực hiện BKATPT giữa nhóm PT, TT theo kế hoạch và cấp cứu. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Pickering S.P [9] và Russ S [10]. Kết quả này cho thấy dù là tình huống cấp cứu hay theo kế hoạch, quy trình sử dụng BKATPT vẫn được duy trì và phản ánh tính khả thi của việc áp dụng BKATPT tại đơn vị.

Có sự khác biệt về kết quả thực hiện BKATPT giữa các nhóm phương pháp vô cảm, trong đó, nhóm vô cảm bằng phương pháp gây tê tại chỗ có tỉ lệ đạt thấp nhất (54,1%). Điều này có thể do phương pháp vô cảm này áp dụng cho PT PHACO, PT cắt bao quy đầu hẹp, TT cắt lọc, TT rút sonde JJ... Các PT, TT này có nguy cơ mất máu thấp, tai biến chủ yếu liên quan đến dị ứng, ngộ độc thuốc tê nên có một số nội dung trong BKATPT như xác nhận đường thở khó, xác nhận nguy cơ mất máu, dán nhãn bệnh phẩm, xác nhận hệ thống dẫn lưu... thường bị phẫu thuật viên hoặc kĩ thuật viên gây mê bỏ qua. Tác giả Lê Thị Hằng [5] cũng cho rằng các PT có diện tích can thiệp nhỏ và nông, không can thiệp sâu vào nội tạng của BN hiếm khi xảy ra nguy cơ mất máu trên 500 ml, do đó, nhân viên y tế thường bỏ qua nội dung này.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong kết quả thực hiện BKATPT của từng chuyên khoa. Kết quả này khác với nghiên cứu của Pickering S.P [9] và Russ S [10] (không thấy sự khác biệt về kết quả thực hiện của các chuyên khoa). Sự khác biệt này có thể do BN trong nghiên cứu của hai tác giả này được vô cảm chủ yếu bằng phương pháp gây mê (trên 60%), còn nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ BN vô cảm bằng gây mê chỉ chiếm 25%. Do có sự khác biệt về kết quả thực hiện BKATPT giữa các phương pháp vô cảm, nên các chuyên khoa có tỉ lệ sử dụng phương pháp vô cảm gây tê tại chỗ cao thì kết quả thực hiện BKATPT đạt thấp.

Đồng thời, kết quả thực hiện BKATPT giữa nhóm BN được thực hiện PT và nhóm thực hiện TT cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có thể do PT có mức độ phức tạp và rủi ro cao hơn nên đòi hỏi quy trình nghiêm ngặt, kiểm soát chặt chẽ hơn. Do đó, để bảo đảm tính khả thi và hiệu quả của việc thực hiện BKATPT, bệnh viện nên xây dựng mẫu BKATPT riêng đối với các TT, các PT ít xâm lấn, nguy cơ mất máu thấp.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 152 ca phẫu thuật, thủ thuật tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 17 từ tháng 01 đến tháng 6/2024, thấy 100% ca phẫu thuật, thủ thuật được áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật. Tuy nhiên, chỉ có 73,0% bảng kiểm đạt yêu cầu ở cả ba giai đoạn. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật giữa các chuyên khoa phẫu thuật, các phương pháp vô cảm và loại phẫu thuật.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng, cần có những biện pháp, giải pháp nâng cao kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, như tăng cường đào tạo định kì, chuẩn hóa trách nhiệm của từng thành viên trong ekip phẫu thuật và duy trì giám sát kèm phản hồi thường xuyên. Đồng thời, bệnh viện nên nghiên cứu, xây dựng bảng kiểm rút gọn cho các phẫu thuật ít xâm lấn và thủ thuật nhằm bảo đảm tính khả thi và hiệu quả trong thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2009), *Cẩm nang thực hành sử dụng Bảng kiểm an toàn phẫu thuật*.
2. Haynes A.B et al (2009), "A Surgical Safety Checklist to reduce morbidity and mortality in a global population", *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
3. Bộ Y tế (2018), *Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật*.
4. Lê Thị Hằng, Hoàng Ngọc Hải (2022), "Tuân thủ quy trình an toàn trong phẫu thuật của nhân viên y tế tại khoa gây mê hồi sức Bệnh viện Quân y 6 năm 2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524, tr. 327-332.
5. Lê Thị Hằng, Phạm Ngọc Độ (2023), "Tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2020", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 526 (1A), tr. 308-313.
6. Melekiet T.B, Getahun G.M (2015), "Compliance with Surgical Safety Checklist completion in the operating room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia," *BMC Res Notes*, 8(1), pp. 1-7.
7. De Faria L.R, et al (2022), "Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study", *Rev Col Bras Cir*, 49, pp. 1-11.
8. Anwer M, Shahneela M (2016), "Compliance and effectiveness of WHO Surgical Safety Check list: A JPMC Audit", *Pak J Med Sci*, 32(4), pp. 831-835.
9. Pickering S.P, Robertson E.R, Griffin D, et al. (2013), "Compliance and use of the World Health Organization checklist in UK operating theatres," *British Journal of Surgery*, 100(12), pp. 1664-1670.
10. Russ S, Rout S, Caris J, et al. (2015). "Measuring variation in use of the WHO surgical safety checklist in the operating room: A multicenter prospective cross-sectional study," *J Am Coll Surg*, 220(1), pp. 1-11. □