

NHÂN TÂM TRƯỜNG HỢP ĐIỀU DƯỠNG PHÁT HIỆN SAI SÓT VÀ KHẮC PHỤC TRONG MỘT SỐ THỦ THUẬT TẠI KHOA ICU

Nguyễn Văn Sinh, Trương Tấn Khôi
Khoa Hồi sức tích cực

TÓM TẮT

Từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2013 tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, điều dưỡng đã phát hiện được 8 trường hợp sai sót trong một số thủ thuật như: Đặt ống thông dạ dày, ống nội khí quản, ống thông đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVC). Trong đó có 2 trường hợp đặt ống thông dạ dày, một vào khí quản và một cuốn trong họng. Hai trường hợp đặt nội khí quản vào thực quản. Bốn trường hợp đặt CVC lạc chỗ có 2 trường hợp lên cổ, 2 trường hợp một chưa tới và 1 quá xa. Cả 8 trường hợp này đều phát hiện bằng quan sát khi thấy những dấu hiệu bất thường như: Ống thông dạ dày nhấp nhô theo nhịp thở, bơm thức ăn trào ra mũi miệng. Bóp bóng thấy bụng phồng lên hoặc hơi còn ra đường miệng khi đã đặt nội khí quản. CVC phát hiện chủ yếu bằng nhìn thấy áp lực nhấp nhô trong dây đo rất yếu hoặc không có. Khi phát hiện đã được khắc phục tốt đồng thời lưu ý bác sĩ, điều dưỡng phải thử ống thông dạ dày sau khi đặt và trước khi ăn. Kiểm tra nội khí quản và áp lực bóng chèn mỗi ngày. Chụp X quang lại sau mỗi lần đặt CVC, khi đo phải chú ý áp lực nhấp nhô.

Abstract

From January 2013 to September 2013 in the Intensive Care Unit Department, An Giang General Hospital, nurses have detected 08 cases of errors in a number of procedures such as nasogastric tube, endotracheal intubation, and central venous catheters. There were 02 cases inserted incorrectly gastric tube, one deviated into trachea, the other deviated into oral cavity. Two cases of endotracheal intubation deviated to the esophagus. Four cases of ectopic placed CVC, 02 cases went up to patients' necks, 01 did not get far enough, and 01 got too far. All of these cases have been detected some abnormal signs such as gastric catheters heaving along with breathing rate, food drawing out the patients' mouths. Central venous catheters detected mostly by observing the measured pressure. The problems have been fixed right after errors detected. Doctors and nurses have to do double-check gastric catheter after inserting and before feeding patients. Should check endotracheal tube daily and Have an X-ray performed after CVC insertion.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tất cả bệnh nhân nhập khoa Hồi Sức tích cực và chống độc hầu hết là hôn mê, suy hô hấp, sốc... cần phải cấp cứu khẩn cấp, chẩn đoán nhanh, điều trị kịp thời, đồng thời cũng phải tiến hành ngay các thủ thuật để hỗ trợ điều trị như: Đặt nội khí quản khai thông đường hô hấp, đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm (CVC), sonde dạ dày giải áp hoặc nuôi ăn... Những công việc này đòi hỏi phải nhanh và chính xác nếu không sẽ nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Chính vì phải làm nhanh và mù nên đôi khi cũng xảy ra sai sót làm ảnh hưởng đến người bệnh. Những sai sót này hầu như ít được công bố hay đưa vào nghiên cứu.

Trong 9 tháng của năm 2013 chúng tôi ghi nhận được tám trường hợp sai sót trong thực hiện các thủ thuật đặt nội khí quản, CVC, đặt sonde dạ dày mà điều dưỡng đã phát hiện. Nhân tám trường hợp này, chúng tôi xin trình bày dưới dạng báo cáo ca bệnh để chia sẻ kinh nghiệm với quý đồng nghiệp về cách phát hiện và sửa chữa các sai sót này.

II- BÁO CÁO NHỮNG TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

A. Sai sót đặt ống thông dạ dày

Trường hợp 1: Bệnh nhân N V M., nam 53 tuổi, SNV: 6196.

Địa chỉ: Long Xuyên, An Giang.

Nhập viện ngày: 20-01-2013 với tình trạng bệnh nhân ngưng tim, ngưng thở. Chẩn đoán: Đợt cấp COPD/ngưng hô hấp tuần hoàn.

Lúc nhập viện bệnh nhân hôn mê tiến hành đặt nội khí quản, thở máy chế độ AC, đặt ống thông dạ dày. Diễn tiến ngày 21-1-2013 (ngày 2) bệnh vẫn hôn mê, thở máy AC lúc 7g30 nhìn thấy da nổi bông, đầu chi hơi tím, các thông số cài máy tốt, SpO₂ 88%, ống thông dạ dày dịch di chuyển theo nhịp thở, kiểm tra lại ống thông dạ dày nằm trong khí quản, rút hết dịch ra và rút ống đặt lại. Sau rút ống thông dạ dày bệnh nhân vẫn hôn mê, SpO₂ 90%. Nguyên nhân ống thông đi sai chỗ nghi do áp lực bóng chèn thấp nên ống thông dạ dày đi vào đường khí quản.

Trường hợp 2: Bệnh nhân T T N 71 tuổi, nữ, SNV: 22768, lý do nhập viện: Đột quỵ.

Địa chỉ: Chợ mới, An Giang. Vào viện ngày 20-04-2013 với tình trạng hôn mê, Mạch 80 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút, huyết áp 160/90 mmhg.

Chẩn đoán: Xuất huyết não

Bệnh nhân được đặt thông dạ dày bơm thuốc và nuôi ăn

Ngày 2 vào lúc 9 giờ bơm sữa cho bệnh nhân thấy sữa trào ra miệng và mũi. kiểm tra ống thông không vào thực quản chỉ gấp cuộn tròn trong họng. Rút ống thông và đặt lại, ống vào đúng vị trí, bơm sữa tốt không trào ra.

B. Sai sót đặt nội khí quản

Trường hợp 1: Bệnh nhân H T C, 74 tuổi, nữ, SNV: 41716, lý do vào viện: Hôn mê

Địa chỉ: Hòn Đất, Kiên Giang

Vào viện ngày 31-7-2013 với tình trạng hôn mê, Mạch 84 lần/1phút, nhịp thở 22 lần/phút, huyết áp 160/90 mm Hg.

Chẩn đoán: Nhồi máu não

Bệnh nhân được chuyển từ khoa Cấp Cứu sang khoa ICU với tình trạng đang bóp bóng, da niêm nhạt, hôn mê, điều dưỡng nhìn thấy bụng chướng và di chuyển theo nhịp bóp bóng. Kiểm tra lại nội khí quản đặt vào thực quản, rút ra đặt lại đúng vị trí cho bệnh nhân thở máy.

Trường hợp 2: Bệnh nhân N P H 33 tuổi, nam, SNV: 48543, lý do vào viện: Hôn mê.

Địa chỉ: Long xuyên, An Giang.

Vào viện lúc 22 giờ 50 ngày 3-9-2013 với tình trạng hôn mê, Mạch 100 lần/1phút, bóp bóng, huyết áp 100/60 mmhg.

Chẩn đoán: Xuất huyết não nhân bèo (p), xuất huyết não thất

Bệnh nhân được đưa về từ bệnh viện Chợ Rẫy nhập vào khoa ICU trong tình trạng bóp bóng rất nặng nhưng tay phải còn cử động. Tiên lượng tử vong nên không cho thở máy, đến 11 giờ ngày 4-9-2013 (ngày thứ 2) tay phải cử động nhiều hơn tiến hành cho thở máy, phát hiện lúc bóp bóng hơi thở còn xì qua mũi và miệng, kiểm tra nội khí quản nằm trong dạ dày (bệnh nhân này rất mập, bụng to nên không phát hiện bụng di chuyển theo nhịp bóp). Rút ống nội khí quản đặt lại, bệnh nhân tự thở qua nội khí quản..

C. Sai sót đặt CVC

Trường hợp 1: Bệnh nhân L T M 74 tuổi, nữ, SNV:17170, lý do vào viện: sốc nhiễm trùng.

Địa chỉ: Tân Hóa, Phú Tân, An Giang.

Chẩn đoán: Sốc nhiễm trùng từ đường hô hấp/ viêm phổi thùy.

Vào viện ngày 21-3-2013 với tình trạng lơ mơ, mạch 80 lần/1phút, nhịp thở 22 lần, huyết áp 75/43 mmHg. Bệnh nhân đã được đặt CVC tĩnh mạch nền tại bệnh viện Phú Tân. Khi đo CVP không thấy nhấp nhô, tình trạng bệnh còn thiếu nước, nghi CVC không đúng vị trí, cho chụp X quang kiểm tra, CVC chưa tới vị trí. Luân lại CVC đúng vị trí đo lại CVP =2cm H₂O

Trường hợp 2: Bệnh nhân N T B, 71 tuổi, nữ, SNV: 45254, lý do nhập viện: Viêm phúc mạc.

Địa chỉ: Chợ Mới, An Giang.

Chẩn đoán: Hậu phẫu ngày 5 viêm phúc mạc toàn thể.

Vào viện ngày 21-08-2013 sau phẫu thuật chuyển vào khoa Ngoại, Đến ngày thứ 5 bệnh nhân trở nặng được chuyển ra khoa ICU trong tình trạng lơ mơ mạch 120l/p, nhịp thở 20l/p, huyết áp 120/80 mmHg, cấp cứu đặt nội khí quản thở máy, Đặt CVC tĩnh mạch dưới đòn, sau 3 giờ đo lại điều dưỡng thấy mực nước trong thước đo không nhấp nhô nghi CVC lạc chỗ. Kiểm tra lại bằng chụp XQ, catheter lên cổ. Đặt lại đường khác kết quả đường sau vào đúng vị trí. Rút đường cũ ra đo lại kết quả CVP tốt..

Trường hợp 3: Bệnh nhân L T T, 90 tuổi, nữ, SNV: 44416, lý do nhập viện: Khó Thở.

Địa chỉ: Phụng Quới, Thạnh An, Hậu Giang.

Chẩn đoán: COPD/THA.

Vào viện ngày 12-08-2013 trong tình trạng khó thở, mạch 150l/p, nhịp thở 24l/p, huyết áp 130/89 mmHg. Đặt nội khí quản thở máy chế độ AC, Đặt CVC tĩnh mạch dưới đòn, luôn 11cm, đo lại điều dưỡng thấy mực nước trong thước đo không nhấp nhô nghi CVC lạc chỗ. Kiểm tra lại bằng chụp XQ catheter lên cổ. Rút ra đặt lại đúng vị trí.

Trường hợp 4: Bệnh nhân L T M, 76 tuổi, nữ, SNV: 49964, lý do nhập viện: Đau bụng.

Địa chỉ: An Phú, Tịnh Biên, An Giang.

Chẩn đoán: Sốc nhiễm trùng từ đường gan mật/biến chứng suy đa phủ tạng/ phình động mạch chủ bụng.

Vào viện lúc 18 giờ 45 ngày 11-9-2013 trong tình trạng hôn mê GCS 5đ, mạch 140l/p, nhịp thở 22l/p, huyết áp 120/70 mmHg. Đặt nội khí quản thở máy chế độ AC, CVC tĩnh mạch dưới đòn đặt từ bệnh viện Châu Đốc, đo CVP 12cm H₂O, Kiểm tra CVC thấy vị trí cố định rất xa nơi luôn, chiều dài 20cm, nghi CVC lạc chỗ. Kiểm tra lại bằng chụp XQ, catheter quá sâu, nằm ở vị trí thất phải. Xử trí rút bớt ra kiểm lại đúng vị trí, kết quả lượng nước vào 0n thiếu.

III- BÀN LUẬN

Theo báo cáo của tổ chức National Nurses Nutrition group ngày 21-5-2013, từ năm 2005 đến nay tại Anh có 21 trường hợp tử vong và 79 trường hợp ống thông dạ dày đặt vào phổi. Nếu sai sót đó không được phát hiện trước khi cho ăn, bệnh nhân có thể bị các biến chứng nghiêm trọng và đưa đến tử vong. Viêm phổi suy hô hấp là một trong những biến chứng quan trọng sớm nhất khi đã bơm thức ăn vào và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Vì thế Tổ chức khuyến cáo phải thử ống thông trước khi cho ăn.[2, 3, 4]

Từ tháng 01 đến 9-2013 chúng tôi đã đặt ống thông dạ dày cho 1120 bệnh nhân, có 2 trường hợp đặt sai chỗ, 01 vào khí quản, 01 cuộn trong họng chiếm 0,17%. Cả 2 trường hợp bệnh nhân đều hôn mê nên khi đặt nhầm vào khí quản hoặc nằm trong họng bệnh nhân không có phản xạ ho hoặc gồng người. Cách phát hiện đều là tình cờ, trường hợp đặt vào khí quản chắc chắn đã bơm sữa nên có nước trong ống thông dạ dày, vì thế có dấu hiệu suy hô hấp, SpO₂ giảm xuống, tím đầu chi, nước trong ống thông nhấp nhô khi bệnh nhân thở. Trường hợp nằm trong họng khi bơm thức ăn thấy xì ra mũi và miệng nhờ những dấu hiệu trên nên phát hiện được bằng quan sát.

Cả hai trường hợp này chắc chắn là điều dưỡng không thử ống thông trước khi cho ăn nên không phát hiện đặt sai chỗ. Chính vì thế khi đặt ống thông phải thử đủ ba cách là nghe,

hút, để vào ly nước, và trước khi nuôi ăn phải thử ống lại một cách kỹ lưỡng để phát hiện sớm vị trí đặt sai nhằm ngăn ngừa được tai biến nguy hiểm cho bệnh nhân.

Hình 1: ống thông dạ dày vào phổi

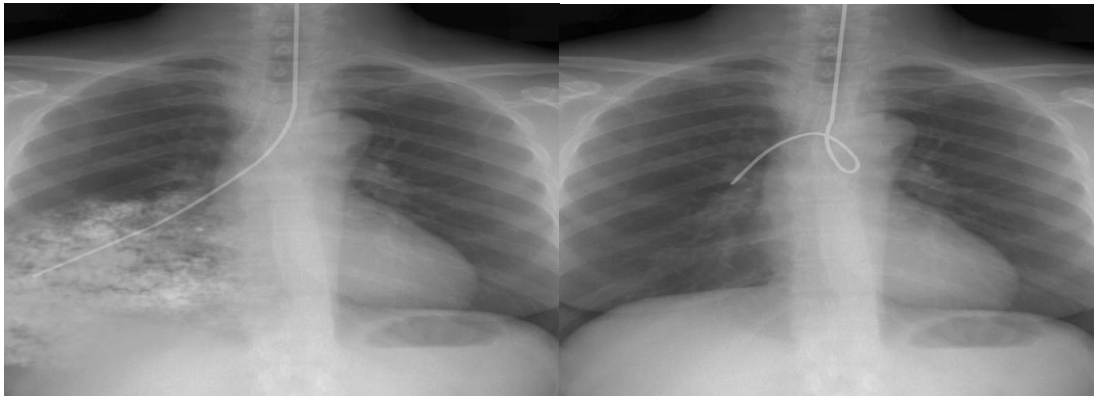


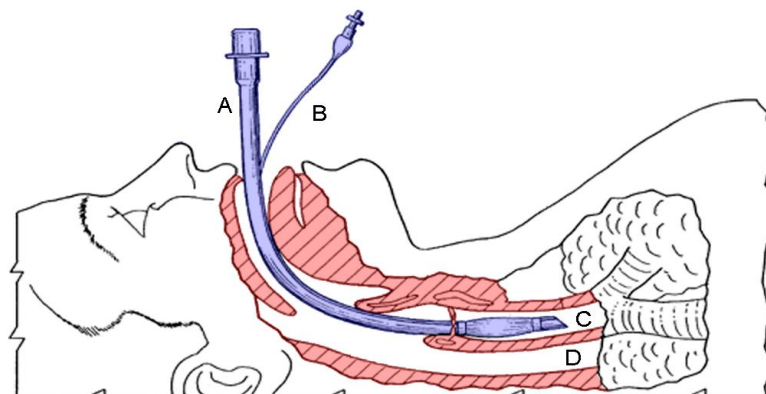
Figure 3. Chest Radiograph Representing Nasogastric Feeding Tube in Lower Lobe of Right Lung with Infiltrate

Figure 2. Chest Radiograph Representing Nasogastric Feeding Tube Coiled in Tracheobronchial Tree

Về đặt nội khí quản theo nghiên cứu của Katz và Falk trên 108 bệnh nhân được đặt nội khí quản từ hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện tại Mỹ cho thấy 25% (27/108) đặt không đúng cách và trong số 27 trường hợp sai có 67% đặt vào thực quản (18/27). Trong khi đó tại bệnh viện tỷ lệ sai sót là rất thấp. Theo Jenkins Ethal là 5,1%, trong số đó 37% xảy ra ở bệnh nhân chấn thương và 14% ở bệnh nhân nội khoa (P= 0,01). Điểm đặc biệt trong số những bệnh nhân đặt nội khí quản vào thực quản có 4/9 bệnh nhân chiếm 44% nội khí quản nằm trong thực quản nhưng bệnh nhân vẫn thở được tự nhiên. [1]

Hai trường hợp đặt sai ở khoa chúng tôi đều vào thực quản và ở nơi khác chuyển đến. Cách phát hiện trường hợp thứ nhất rất sớm chỉ sau khoảng 10 phút khi bóp bóng thấy bụng phình lên theo nhịp thở. Trường hợp thứ 2 phát hiện vào ngày thứ 2 khi thấy hơi xì ra mũi và miệng, bệnh nhân vẫn thở được tự nhiên nên có thể sống được tới khi phát hiện. Điều này là một lưu ý cho cả bác sĩ và điều dưỡng khi nhận bệnh nhân có đặt nội khí quản phải kiểm tra ngay, cũng như kiểm tra mỗi ngày vị trí và áp lực bóng chèn để phát hiện khi có sai sót hoặc tụt nội khí quản ra.

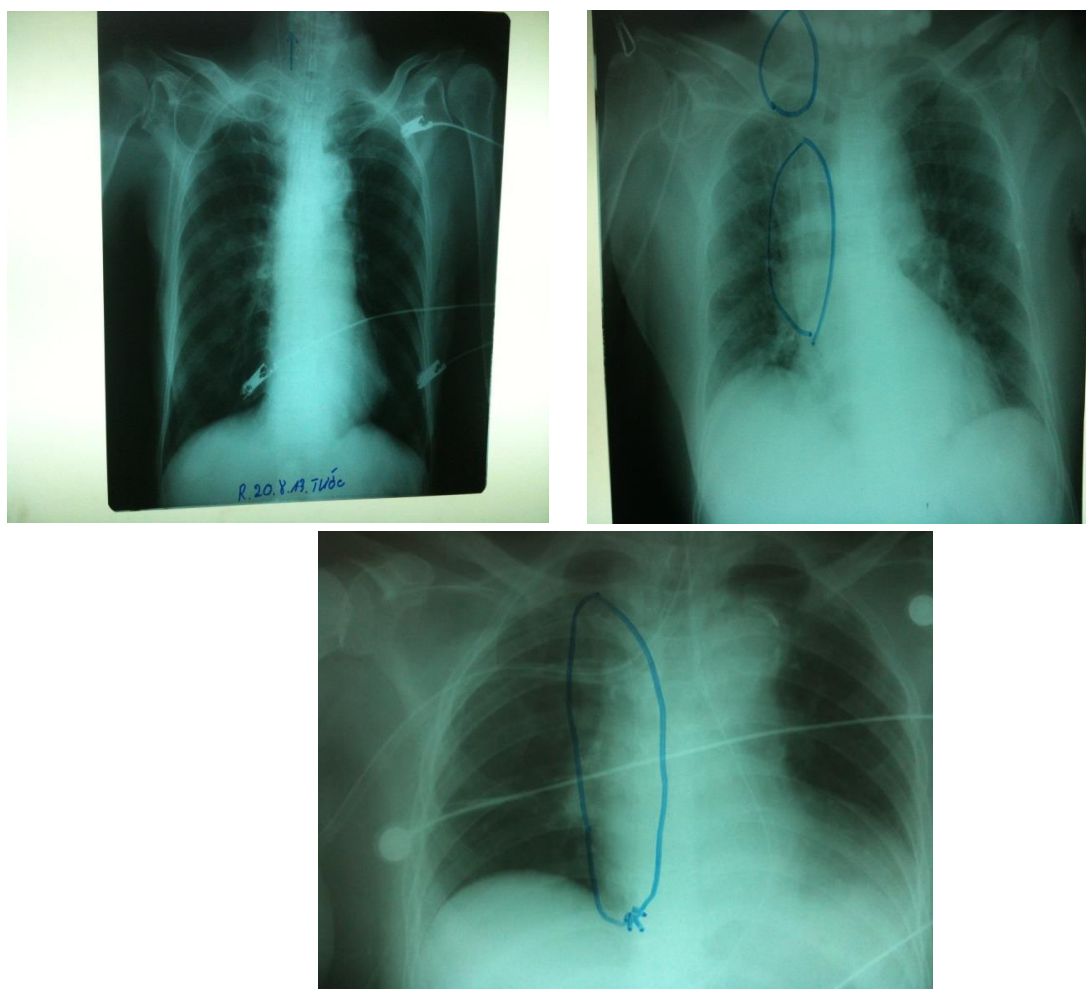
Hình 2: Vị trí đặt nội khí quản.



Theo F. Gibson và A. Bodenham nghiên cứu CVC đặt sai chỗ tại khoa gây mê thuộc bệnh viện giảng dạy của anh cho thấy rằng vị trí đặt sai CVC có thể ở nhiều chỗ như: Trung thất, màng phổi, màng tim, khí quản, thực quản, khoang màng nhện... Tỷ lệ sai sót chiếm từ 1 đến 11%. Vì thế để an toàn cho bệnh nhân và hạn chế tối đa đặt sai chỗ những việc nên làm thường qui như: Hướng dẫn bằng siêu âm, đo áp lực kim và catheter, phân tích sóng áp lực, phân tích khí máu. [5]

Trong 9 tháng đầu năm 2013 chúng tôi phát hiện có 4 trường hợp đặt CVC sai chỗ. Trong lúc chăm sóc bệnh nhân và đo CVP điều dưỡng phát hiện, báo bác sĩ kiểm tra lại. Dấu hiệu phát hiện của trường hợp 1 đặt chưa tới vị trí qui định là dấu hiệu nhấp nhô yếu và dấu hiệu thiếu nước. Trường hợp số 2 và 3 CVC lên cổ chủ yếu là mực nước nhấp nhô rất yếu khi đo. Trường hợp thứ 4 phát hiện thấy chiều dài của dây luôn quá dài (20cm). Do sai chỗ nên đo CVP không chính xác và lượng nước đưa vào cơ thể không đủ, ảnh hưởng tới việc cấp cứu bệnh nhân. Vì không có điều kiện đặt CVC hướng dẫn bằng siêu âm nên việc kiểm tra bằng X quang và kiểm tra dấu hiệu nhấp nhô là rất cần thiết sau đặt CVC.

Hình 3: CVC đặt sai chỗ.



IV- KẾT LUẬN

Qua 8 trường hợp sai sót trong thực hiện các thủ thuật đặt nội khí quản, CVC, đặt sonde dạ dày mà điều dưỡng đã phát hiện được. Bác sĩ, điều dưỡng cần lưu ý một số dấu hiệu như ống thông dạ dày khi đặt đúng vào dạ dày không bao giờ nhấp nhô theo nhịp thở, nếu có nhấp nhô là ống thông đã vào phổi.

Khi đặt ống nội khí quản bóp bóng nếu thấy mỗi lần bóp, bụng nhô lên hoặc thấy bệnh nhân có hơi thở xi ra mũi hoặc miệng là nội khí quản đã vào thực quản.

Do CVP thấy mực nước không nhấp nhô hoặc nhấp nhô rất yếu là CVC lạc chỗ.

Việc dùng các nghiệm pháp kiểm tra phải tuyệt đối tuân thủ. Đối với ống thông dạ dày sau khi đặt và trước khi nuôi ăn phải kiểm tra lại bằng 3 cách thường qui là nghe, hút, để vào ly nước.

Bệnh nhân có đặt nội khí quản khi chuyển đến khoa phải kiểm tra ngay, cũng như kiểm tra mỗi ngày vị trí và áp lực bóng chèn để sớm phát hiện khi có sai sót hoặc tụt nội khí quản.

Sau khi đặt CVC nên cho kiểm tra lại bằng X Quang và theo dõi mực nước nhấp nhô mỗi lần đo để sớm phát hiện CVC lạc chỗ.

V- TÀI LIỆU THAM KHẢO

1- Katz, SH; Falk, JL (2001). Misplaced endotracheal tubes by paramedics in an urban emergency medical services system" *Annals of emergency medicine* 37 (1): 32-7, doi: 10.1067/mem. 2001. 112098. PMID 11145768.

2- Yavascaoglu B, Acar H, Iscimen R, et al. Fatal hydrothorax due to misplacement of a nasoenteric feeding tube. *J Int Med Res* 2001 Sep-Oct;29(5):437-40.

3- Diagnosis and Management of a Misplaced Nasogastric Tube Into the Pulmonary Pleura Jamie O. Lo, MD; Vivian Wu, MD; Douglas Reh, MD; Shri Nadig, MD; Mark K. Wax, MD *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134(5):547-550. doi:10.1001/archotol.134.5.547

4- Checking placement of nasogastric feeding tubes in adults (interpretation of x ray images): summary of a safety report from the National Patient Safety Agency *BMJ* 2011; 342 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2586> (Published 5 May 2011) Cite this as: *BMJ* 2011;342:d2586

5- F. Gibson và A. Bodenham, Misplaced central venous catheters: applied anatomy and practical management, *Department of Anaesthesia, Critical Care and Pain, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Great George Street, Leeds LS1 3EX, UK*

Những từ viết tắt: CVC: Central venous catheters; CVP: Central venous Pressure.