KẾT QUẢ XỬ TRÍ TÌNH TRẠNG THOÁT MẠCH Ở BỆNH NHÂN NẰM KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Minh Tiến, Hoàng Thị Lam Hương*, Lê Thị Uyên Ly*, Nguyễn Việt Trường**

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả xử trí tình trạng thoát mạch ở bệnh nhân nằm khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1/7/2013 – 30/06/2014.*

Phương pháp nghiên cứu*: Mô tả tiến cứu hàng loạt trường hợp.*

Kết quả: *32 bệnh nhân thoát mạch, tuổi trung bình 33,8 tháng, trên phân nửa dưới 12 tháng, Bệnh lý thường gặp trong nhóm thoát mạch bao gồm sốc nhiễm khuẩn (34,4%), sốc sốt xuất huyết dengue (18,8%), viêm phổi nặng (25%). Thoát mạch thường xảy ra ở vị trí bệnh nhân hay cử động. Biểu hiện lâm sàng vị trí thoát mạch bao gồm sưng nề (96,9%), đau (81,3%), thay đổi màu da nơi thoát mạch trắng 18 (56,3%), đỏ 10 (31,2%), tím 4 (12,5%). Phần lớn các trường hợp được chườm ấm (93,7%) do các dịch truyền có glucose, calci, kali, bicarbonate, hay thuốc diaphyllin, dopamine, dobutamine, adrenaline, noradrenaline. Kết quả chăm sóc với tỉ lệ lành tổn thương không để sẹo là 93,7%, lành vết thương để lại sẹo là 6,3%. Thời gian lành vết thương trung bình 7,1 ngày, nhắn nhất 3 ngày, dài nhất 14 ngày.*

Kết luận: *Thoát mạch là một trong những biến chứng quan trọng liên quan đến tiêm truyền. Nhận biết sớm và xử trí đúng cách sẽ giảm thiểu tổn thương cho bệnh nhân.*

Từ khóa: *Thoát mạch.*

ABSTRACT

ASSESSMENT AND NURSING CARE OF INTRAVENOUS EXTRAVASATION PATIENTS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Nguyen Minh Tien, Hoang Thi Lam Huong, Le Thi Uyen Ly, Nguyen Viet Truong

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 19 - No 6 - 2015: 123 - 128

Objective: *Assess and manage intravenous extrasavation patients in pediatric intensive care unit, Children's hospital 1 from July 1st 2013 till June 30th 2014.*

Methods: *Prospective descriptive study of cases series.*

Results: *32 intravenous (IV) extrasavation patients included with average age of 33.8 months old, more than half of them under 12 months old. Common diseases in intravenous extrasavation were septic shock (34.4%), Dengue shock syndrome (18.8%), pneumonia. IV extravasations have happened at movable sites. Clinical findings included swelling (96.9%), pain (81,3%). Skin color of IV extrasavation became white 18 (56.3%), red 10 (31.2%), bruise 4 (12.5%). Most of cases have been applied with warm compress (93.7%) due to vasocontristive effects of diluted fluid containing glucose 10%, calcium chloride 10%, potassium chloride, bicarbonate, or medication such as diaphylline, dopamine, dobutamine, adrenaline, noradrenaline. Nursing care outcome consisted of healing without scars 93.7%, healing with scars 6.3%. Mean duration of healing were 7.1 days, shortest 3 days, longest 14 days.*

Conclusion: *IV extrasavation is a severe complication of IV therapy. Early recognition and appropriate management will minimize injuries for IV extrasavation patients .*

* Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tác giả liên lạc: ĐD Hoàng Thị Lam Hương, *ĐT:* 0908891945, *Email:* lamhuong.nd1@gmail.com.

***Key words**: IV extrasavation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa Hồi sức nhận điều trị tất cả bệnh nhân nặng từ các khoa chuyển đến hàng năm khoảng 800-850 bệnh nhân, Trong đó trên 80% bệnh nhân được truyền dịch, truyền thuốc, đặc biệt là truyền thuốc vận mạch với nhiều loại khác nhau được phối hợp cùng với kháng sinh truyền tĩnh mạch chẳng hạn như Vancomycin, Imipenem, Meropenem trong suốt quá trình điều trị. Do đó nguy cơ thoát mạch ở những bệnh nhân nặng rất cao đặc biệt ở những bệnh nhân khó thiết lập đường truyền như trẻ nhũ nhi, trẻ dư cân hoặc sốc sâu như sốc sốt xuất huyết nặng, sốc nhiễm khuẩn. Những bệnh nhân này cần phải có nhiều đường truyền nhưng do khó chích nên chỉ thiết lập được 1 hoặc 2 đường truyền vì thế phải truyền chung đường khi bác sĩ cho nhiều loại thuốc điều trị nhằm cứu sống bệnh nhân làm tăng nguy cơ thoát mạch hơn nữa. Nhận biết và xử trí thoát mạch cũng là vấn đề tương đối mới vì chưa được huấn luyện thành thạo tại nhà trường cũng như tại bệnh viện. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài Đánh giá kết quả xử trí tình trạng thoát mạch ở bệnh nhân khoa Hồi Sức Tích Cực – Chống Độc bệnh viện Nhi Đồng 1 nhằm rút ra một số nhận xét về biểu hiện lâm sàng thoát mạch và kinh nghiệm xử trí thoát mạch cũng như các biện pháp ngăn ngừa.

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát

Đánh giá và xử trí tình trạng thoát mạch ở bệnh nhân nằm khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Nhi đồng 1 từ 1/7/2013 – 30/06/2014.

Mục tiêu cụ thể

Xác định đặc điểm lâm sàng tình trạng thoát mạch .

Xác định tỉ lệ các yếu tố liên quan đến thoát mạch.

Xác định tỉ lệ các can thiệp xử trí bệnh nhân thoát mạch, kết quả xử trí.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả tiến cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu liên tiếp không xác suất.

Tiêu chí chọn bệnh

Bệnh nhân trên 1 tháng tuổi, nằm khoa hồi sức có can thiệp điều trị qua đường tĩnh mạch, biểu hiện thoát mạch bao gồm 1 trong các biểu hiện sau:

Thông đường tĩnh mạch khó khăn.

Đau vùng tiêm truyền.

Sưng nề vùng tiêm truyền.

Đổi màu da vùng tiêm truyền: trắng, đỏ, tím.

Da xung quanh vùng tiêm truyền thay nhiệt độ từ ấm sang lạnh.

Phân độ tổn thương do thoát mạch.

Độ 1: thông tĩnh mạch khó khăn, không sưng, không bóng nước, có thể thay đổi màu da nơi tiêm, đau, da chi ấm.

Độ 2: thông tĩnh mạch khó khăn, sưng nhẹ, sờ vùng thoát mạch cứng hơn xung quanh, đổi màu trắng hoặc đỏ, đau, da chi ấm.

Độ 3: Không thể thông tĩnh mạch, sưng vừa, lan lên trên, dưới vị trí tiêm, sờ cứng, không có hoặc có bóng nước nhỏ < 0,5 cm, đổi màu trắng hoặc đỏ, đau, thời gian đổ đầy mao mạch phần chi bên dưới 2-3", đau, da chi mát.

Độ 4: Không thể thông tĩnh mạch, sưng nhiều, lan lên trên, dưới vị trí tiêm, sờ cứng, có bóng nước lớn nhiều > 0,5cm, đổi màu trắng hoặc đỏ, tím, đen, đau, thời gian đổ đầy mao mạch phần chi bên dưới ≥4", da chi lạnh, mạch nhẹ, yếu.

Thời gian nghiên cứu từ 1/7/2013 – 30/06/2014, tại khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Nhi đồng 1.

Cách tiến hành: tất cả bệnh nhân nằm khoa hồi sức có can thiệp điều trị qua đường tĩnh mạch được theo dõi mỗi tua trực, mỗi ngày cho đến khi chuyển khoa.

Các can thiệp cho bệnh nhân: khi phát hiện bệnh nhân thoát mạch, thực hiện qui trình xử trí thoát mạch như sau.

Ngưng dịch truyền hay thuốc tiêm truyền.

Dùng ống tiêm 5-10 ml rút ngược để hút các dịch mô xung quanh có thể .

Rút bỏ kim truyền.

Sát trùng vị trí tiêm.

Nâng cao chi có thoát mạch.

Nếu chưa có bóng nước.

- Chườm ấm:

Chỉ định: dịch truyền có glucose, calci, kali, bicarbonate, hay thuốc diaphyllin, dopamine, dobutamine, adrenaline, noradrenaline.

Cách chườm: dùng túi gel pack, được làm ấm khoảng 40-50^{0}C, bọc trong túi vải, kiểm tra nhiệt độ, đặt lên vùng thoát mạch 15-20 phút, lặp lại mỗi 2-3 giờ/ lần, tối đa 2 ngày.

- Chườm lạnh:

Chỉ định: thuốc amphotericine B, vancomycin, amiodarone, Phenobarbital.

Cách chườm: dùng túi gel pack làm lạnh 15-20^{0}C để ngăn đá tủ lạnh 1-2 giờ, bọc trong túi vải, đặt lên vùng thoát mạch 15-20 phút, lặp lại 2-3 giờ/ lần, tối đa 2 ngày.

Nếu có bóng nước:

Chưa vỡ: chăm sóc với povidine.

Vỡ: chăm sóc với silverdine.

Nếu có bóng nước hoại tử: điều trị oxy cao áp khi tình trạng bệnh nhân cho phép

Thu thập số liệu: đặc điểm dịch tễ, biểu hiện lâm sàng, các can thiệp xử trí thoát .mạch, theo bảng thu thập số liệu.

Xử lý dữ liệu

Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS for Window 18.0, Mô tả đặc tính của mẫu nghiên cứu theo tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, các can thiệp xử trí, thông qua các số thống kê trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ.

KẾT QUẢ

Trong thời gian một năm từ 01/07/2013 - 30/06/2014, có 32 trẻ có biểu hiện thoát mạch trong số 678 trẻ nằm khoa hồi sức được tiêm truyền, được đưa vào lô nghiên cứu với đặc điểm dịch tễ, lâm sàng như sau:

Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng

Bảng 1: *Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng*

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình (tháng)	33,8 ± 7,9 (2 tháng – 13 tuổi)
≤ 12 tháng	17 (53,1%)
Giới: Nam/nữ	12 (37,5%) / 20 (62,5%)
Địa phương: Thành phố/tỉnh	10 (31,2%) / 20 (68,8%)
Bệnh lý	
Sốc nhiễm khuẩn	11 (34,4%)
Sốc sốt xuất huyết dengue	6 (18,8%)
Viêm phổi nặng	8 (25%)
Ngạt nước	4 (12,5%)
Viêm não màng não	1 (3,1%)
Bệnh tay chân miệng	1 (3,1%)
Dị vật đường thở	1 (3,1%)

Đặc điểm lâm sàng thoát mạch

Bảng 2: *Đặc điểm lâm sàng thoát mạch*

Đặc điểm	Kết quả
Vị trí thoát mạch	
Ngón tay	1 (3,1%)
Ngón chân	1 (3,1%)
Mu bàn tay	7 (21,9%)
Mu bàn chân	2 (6,25%)
Cổ tay	2 (6,25%)
Cổ chân	2 (6,25%)
Vùng khuỷu	3 (9,4%)
Vùng khoeo	2 (6,25%)
Biểu hiện lâm sàng vị trí tiêm	
Đau	26 (81,3%)
Sưng nề	31 (96,9%)
Trắng/đỏ/tím	18 (56,3%)/10 (31,2%)/ 4 (12,5%)
Sưng trắng/đỏ dọc đường đi tĩnh mạch	3 (9,4%)
Bóng nước	10 (31,3%)
Kích thước (cm)	2,8 ± 0,3
Hoại tử	8 (25%)
Mạch phần chi bên dưới rõ	32 (100%)

Đặc điểm	Kết quả
Số vạch SpO_2 > 5 vạch	32 (100%)
Phân độ thoát mạch	
Lúc phát hiện	
Độ 1	14 (43,7%)
Độ 2	18 (56,3%)
Sau 24 giờ	
Độ 1	9 (28,1%)
Độ 2	13 (40,6%)
Độ 3	8 (25%)
Độ 4	2 (6,3%)

Các yếu tố liên quan đến tiêm truyền

Bảng 3: *Các yếu tố liên quan đến tiêm truyền*

Đặc điểm	Kết quả
Loại kim luồn	
22G	9 (28,1%)
24G	23 (71,9%)
Loại catheter tĩnh mạch trung tâm	0 (0%)
Loại dịch truyền	
Dịch pha (glucose 10%, KCl 10%, $CaCl_2$ 10%)	16 (50%)
Dịch pha bicarbonate	4 (12,5%)
Mannitol 20%	2 (6,3%)
Voluven 6%	1 (3,1%)
Albumin 5%	1 (3,1%)
Thuốc	
Dopamine	9 (28,1%)
Dobutamine	8 (25%)
Adrenaline	4 (12,5%)
Noradrenaline	2 (6,3%)
Vancomycin	2 (6,3%)
Midazolam	3 (9,4%)
Fentanyl	3 (9,4%)

Các yếu tố nguy cơ thoát mạch

Bảng 4: *Các yếu tố nguy cơ thoát mạch*

Đặc điểm	Kết quả
Sốc	13 (40,6%)
Phù	4 (12,5%)
Dư cân	3 (9,4%)
Nhũ nhi	17 (53,1%)
Truyền ≥ 2 loại (thuốc hoặc dịch truyền) trên cùng catheter tĩnh mạch	18 (56,3%)
Thời gian lưu catheter > 48 giờ	2 (6,3%)

Kỹ thuật chăm sóc thoát mạch

Bảng 5: *Kỹ thuật chăm sóc thoát mạch*

Đặc điểm	Kết quả
Ngưng thuốc / dịch truyền	32 (100%)
Dùng ống tiêm gắn kim tiêm và rút ngược	18 (56,3%)
Rút bỏ kim	23 (71,9%)
Sát trùng vị trí tiêm	32 (100%)
Nâng cao chi có thoát mạch	26 (81,3%)
Chườm ấm	30 (93,7%)
Chườm lạnh	2 (6,3%)
Bôi povidine	7 (21,9%)
Bôi silverdine	3 (9,4%)
Điều trị oxy cao áp	4 (12,5%)
Kết quả chăm sóc	
Lành không sẹo	30 (93,7%)
Lành để sẹo	2 (6,3%)
Thời gian lành (ngày)	7,1 ± 3,4 (3-14 ngày)

BÀN LUẬN

Trong thời gian một năm từ 01/07/2013 - 30/06/2014, có 32 trẻ có biểu hiện thoát mạch trong số 678 trẻ nằm khoa hồi sức được tiêm truyền, được đưa vào lô nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 4,7% với tuổi trung bình 33,8 tháng, hơn một nửa ở trẻ nhũ nhi (53,1%), nam 37,5%, nữ 62,5%, ở tỉnh (68,2%) nhiều hơn thành phố (31,2%). Bệnh lý thường gặp trong nhóm thoát mạch bao gồm sốc nhiễm khuẩn (34,4%), sốc sốt xuất huyết dengue (18,8%), viêm phổi nặng (25%), ít gặp hơn gồm ngạt nước, viêm não màng não, dị vật đường thở.

Tình trạng thoát mạch xảy ra phần lớn ở mu bàn tay (21,9%) đây là vị trí điều dưỡng dễ tiếp cận tĩnh mạch nhất. Ngoài ra tình trạng thoát mạch cũng xảy ra ở các vị trí cổ tay (6,25%), cổ chân (6,25%), vùng khuỷu (9,4%), vùng khoeo (6,25%). Đây là những vị trí bệnh nhân hay cử động nhiều nhất nên dễ trật đường truyền gây thoát mạch. Do vậy trong thực hành điều dưỡng, nên tránh, hạn chế chọn đường truyền tĩnh mạch ở vị trí các khớp[1].

Biểu hiện lâm sàng vị trí thoát mạch bao gồm sưng nề (96,9%), đau (81,3%), thay đổi màu da nơi thoát mạch trắng 18 (56,3%), đỏ 10 (31,2%), tím 4 (12,5%), do tình trạng co mạch hay dãn mạch gây ra bởi thuốc hay dịch truyền thoát ra. Sưng đổi màu màu da dọc đường đi tĩnh mạch 9,4%[1]. Xuất hiện bóng nước 31,3%, kích thước trung bình 2,8 cm, kèm hoại tử 25%, tưới máu phần chi bên dưới còn tốt với mạch rõ 100%, và

vạch SpO_2 này trên 5 vạch 100%. Phân độ thoát mạch lúc mới phát hiện độ 1 và độ 2 chiếm tỉ lệ 43,7% và 56,3%, sau 24 giờ tình trạng thoát mạch diễn tiến theo phân độ 1, độ 2, độ 3 và độ 4 lần lượt là 28,1%, 40,6%, 25% và 6,3%. Để phát hiện sớm thoát mạch, người điều dưỡng cần quan sát vị trí đường truyền tĩnh mạch xem có sưng nề hay đổi màu sắc da hay phản ứng của trẻ như đau, nhăn mặt, khóc, cử động chi do đau. Vị trí tiêm truyền được khuyến cáo dán băng keo trong (tegaderm) để dễ nhìn thấy. Ngoài ra thuốc hay dịch truyền được truyền qua máy bơm tiêm hay máy truyền dịch nên cài đặt mức áp lực báo động tắc nghẽn thấp nhất có thể để máy báo động sớm khi có thoát mạch vừa xảy ra.

Các yếu liên quan đến tiêm truyền ảnh hưởng đến tình trạng thoát mạch bao gồm kim luồn nhỏ 24G 71,9%, so với kim luồn 22G 28,1%. Không ghi nhận thoát mạch ở các catheter trung tâm. Loại dịch truyền gây thoát mạch bao gồm dịch pha (glucose 10%, KCl 10%, $CaCl_2$ 10%) chiếm tỉ lệ 50%, dịch pha bicarbonate 12,5%, mannitol 6,3%, voluven 3,1%, albumin 3,1%. Các thuốc gây thoát mạch bao gồm dopamine 28,1%, dobutamine 25%, adrenaline 12,5%, noradrenaline 6,3%, vancomycin 6,3%, midazolam, fentanyl 9,4%. Như vậy dịch pha và dopmine là dịch truyền và thuốc gây thoát mạch nhiều nhất vì được sử dụng nhiều hơn các loại dịch truyền và thuốc khác[1,2,3].

Các yếu tố nguy cơ thoát mạch bao gồm tình trạng sốc 40,6%, phù 12,5%, dư cân 9,4%, cơ địa nhũ nhi 53,1%, truyền 2 loại thuốc hay dịch truyền trên cùng một đường truyền tĩnh mạch 56,3%. Thời gian lưu catheter tĩnh mạch trên 48 giờ 6,3%. Theo Lynn Hadaway, các yếu tố nguy cơ thoát mạch bao gồm:

- Trẻ nhỏ nhũ nhi, trẻ dư cân.
- Trẻ không biết nói, khiếm khuyết thần kinh cảm giác.
- Trẻ hôn mê hoặc dùng an thần.
- Dịch truyền hay dung dịch thuốc có độ pH acid hay nồng độ thẩm thấu cao.
- Trẻ cần truyền nhiều loại thuốc, truyền dịch tốc độ cao.
- Đường truyền tĩnh mạch nhỏ, hay di động (ngón tay, da đầu, gần khớp, mu bàn tay chân).
- Vị trí đường truyền tĩnh mạch bị che kín, không nhìn thấy.
- Cố định không chắc đường truyền tĩnh mạch.
- Băng chặt đường truyền.
- Cài đặt mức áp lực phát hiện tắc nghẽn trên máy bơm, truyền dịch cao.

Về kỹ thuật chăm sóc thoát mạch, sau khi được huấn luyện các điều dưỡng biết cách phát hiện sớm thoát mạch và can thiệp xử trí kịp thời bao gồm ngưng thuốc/dịch truyền gây thoát mạch, dùng ống tiêm rút ngược chỉ thực hiện 56,3% các trường hợp. Đây là động tác cần thiết để giảm thiểu lượng thuốc hay dịch truyền lan ra xung quanh nhưng do mới nên tỉ lệ điều dưỡng thực hiện không cao. Vì vậy cần nhắc nhỡ điều dưỡng thực hiện tốt động tác này thông qua nhấn mạnh tầm quan trọng của nó và giám sát thực hiện. Tất cả các trường hợp đều được rút bỏ kim truyền, sát trùng vị trí tiêm, nâng cao chi có thoát mạch 81,3%. Phần lớn các trường hợp được chườm ấm (93,7%) vì các thuốc và dịch truyền trong cấp cứu hồi sức trẻ em thường gây co thắt 2 đầu tiểu động mạch và tiểu tĩnh mạch của mao mạch dễ đưa đến giảm tưới máu và thiếu máu nuôi vùng thoát mạch, đưa đến tạo bóng nước, hoại tử mô vùng thoát mạch[4]. Đó là các dịch truyền có glucose, calci, kali, bicarbonate, hay thuốc diaphyllin, dopamine, dobutamine, adrenaline, noradrenaline, aminophylline, etoposide, thuốc cản quang nên chúng tôi chườm ấm bằng cách dùng túi gel pack, được làm ấm khoảng 40-50^{0}C, bọc trong túi vải, kiểm tra nhiệt độ, đặt lên vùng thoát mạch 15-20 phút, lặp lại mỗi 2-3 giờ/ lần, tối đa 2 ngày. Có 2 trường hợp thoát mạch do truyền vancomycin phải chườm lạnh vì thuốc này gây dãn mạch và thấm lan ra mô xung quanh rất nhanh, gây tổn

thương mô nên phải chườm lạnh để gây co mạch, hạn chế sự lan tỏa của thuốc. Chúng tôi chườm lạnh bằng cách dùng túi gel pack làm lạnh 15-20^{0}C để ngăn đá tủ lạnh 1-2 giờ, bọc trong túi vải, đặt lên vùng thoát mạch 15-20 phút, lặp lại 2-3 giờ/ lần, tối đa 2 ngày. Các thuốc làm dãn mạch hay thấm lan rộng ra mô xung quanh khi bị thoát mạch bao gồm amphotericine B, vancomycin, amiodarone, phenobarbital, diazepam, cyclophosphamide, cefotaxime, ceftriaxone, acyclovir và chườm lạnh nhằm giảm thiểu, hạn chế thuốc lan ra mô xung quanh gây tổn thương mô. Việc chườm ấm hay lạnh chỉ áp dụng cho các trường hợp thoát mạch không nổi bóng nước. Nếu có nổi bóng nước chúng tôi chỉ chăm sóc tại chỗ như bôi povidine nếu bóng nước không vỡ (21,9%), bôi silverdine nếu bóng nước vỡ (9,4%). Có 4 trường hợp (12,5%) có biểu hiện hoại tử bóng nước nhiều nơi thoát mạch, được điều trị oxy cao áp cho kết quả lành tổn thương tốt. Hiện nay tại các nước tiên tiến trên thế giới đã sử dụng các thuốc điều trị thoát mạch như Dimethyl sulfoxide (DMSO) 99%, hyaluronidase, Sodium Thiosulphate 25%, Phentolamine, Dexrazoxane, Glycerine trinitrate với chỉ định tùy loại tác nhân gây thoát mạch và cách dùng theo từng loại thích hợp.

Kết quả chăm sóc với tỉ lệ lành tổn thương không để sẹo là 93,7%, lành vết thương để lại sẹo là 6,3%. Thời gian lành vết thương trung bình 7,1 ngày, nhắn nhất 3 ngày, dài nhất 14 ngày.

Công tác phát hiện chăm sóc xử trí thoát mạch là của ê kíp bác sĩ và điều dưỡng, nên có sự thống nhất, phối hợp trong đánh giá xử trí. Người điều dưỡng khi thực hiện y lệnh truyền dịch hay truyền thuốc của bác sĩ, đặc biệt khi truyền nhiều loại thuốc, dịch truyền ở bệnh nhân nặng, cần thảo luận với bác sĩ về nguy cơ thoát mạch để đưa ra quyết định an toàn cho bệnh nhân như cần thiết lập thêm đường truyền hay bác sĩ bộc lộ tĩnh mạch hoặc chích tĩnh mạch trung tâm như tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch cảnh trong, tĩnh mạch dưới đòn, cũng như tích cực theo dõi sát bệnh nhân để kịp thời phát hiện thoát mạch sớm, báo bác sĩ cùng đưa ra xử trí thích hợp, giảm thiểu tổn thương cho bệnh nhân.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 trường hợp thoát mạch tại khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Nhi Đồng 1, chúng tôi nhận thấy thoát mạch là một trong những biến chứng quan trọng liên quan đến tiêm truyền. Nhận biết sớm và xử trí đúng cách sẽ giảm thiểu tổn thương cho bệnh nhân. Cần lưu ý đến các yếu tố nguy cơ gây thoát mạch và các biện pháp phòng ngừa thích hợp giúp giảm thiểu nguy cơ thoát mạch. Ngoài ra cần huấn luyện nâng cao kiến thức kỹ năng cho điều dưỡng về phòng ngừa, nhận biết và chăm sóc bệnh nhân thoát mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ajchariya S, Arthi K (2006), Extravasation Injury: What is the Appropriate Management of Extravasated Skin Ulcer? *The THAI Journal of SURGERY*; 27: pp.19-25.
2. Gault DT (1993). Extravasation injuries. *Br J Plast Surg*; 46: pp.91-6.
3. Heckler FR (1989). Current thought on extravasation injuries. *ClinPlast Surg*; 16: pp.557-63.
4. Rudolph R, Larson DL (1987). Etiology and treatment of chemotherapeutic agent extravasation injuries. A review. *JClin Oncol*; 5: pp.1116-26.

Ngày nhận bài báo: *10/10/2015.*
Ngày phản biện: *14/10/2015.*
Ngày bài báo được đăng: *11/12/2015.*