

MỘT SỐ BÀI HỌC KINH NGHIỆM TỪ CÁC SỰ CỐ, NGUY CƠ



BÀI HỌC TỪ SỰ CỐ:

NHẦM LẤN THUỐC BLUE METHYLEN



1

Tua trực ngày 29/10/2018

- Lúc 17 giờ Bác sĩ T chỉ định thuốc Blue methylen dung dịch 10% pha truyền cho bệnh nhân.
- Đến 18 giờ, Bác sĩ B cho y lệnh Blue methylen 1% pha truyền.
- Điều dưỡng lấy thuốc Blue methylen 10% từ tủ thuốc trực thực hiện y lệnh cho bệnh nhân.

lấy 5ml dung dịch Methylenblue
pha truyền 9ml dung dịch glucose 5%
cho bệnh nhân
sau đó lấy 5ml dung dịch Methylenblue
pha truyền 9ml dung dịch glucose 5%
cho bệnh nhân
sau đó lấy 5ml dung dịch Methylenblue
pha truyền 9ml dung dịch glucose 5%
cho bệnh nhân

Sáng ngày 30/10/2018

- Điều dưỡng phụ trách thuốc nhập y lệnh thuốc Blue Methylen 1% và lĩnh bù lại thuốc từ trực Blue Methylen 1%.
- Sau khi lĩnh Blue Methylen 1% (thuốc bôi ngoài da) điều dưỡng đã xếp vào tủ thuốc truyền (thay vì Blue Methylen 10%).

Tua trực ngày 09/11/2018

- Bác sĩ T chỉ định Blue Methylen 1% pha truyền cho bệnh nhân Nguyễn Hoàng L.
- Điều dưỡng kiểm tra tủ thuốc trực có Blue Methylen 1% (thuốc bôi ngoài da đã bỏ nhầm sang tủ thuốc dịch truyền) nên lấy sử dụng cho bệnh nhân.

ĐIỀU TRỊ	Chẩn đoán lâm sàng
Methylen blue 1% 5ml	
Methylen blue 1% 5ml	
Glucose 5% 50ml	
Glucose 5% 50ml	

Y lệnh không rõ ràng

Blue Methylen 10 %
pha truyền và Blue Methylen
1% bôi ngoài da
thời điểm xảy ra sự cố



NGUYÊN NHÂN VÀ GIẢI PHÁP

+ Nguyên nhân:	+ Giải pháp:
Bác sĩ cho y lệnh không rõ ràng.	- Khoa Dược tập huấn lại cách pha Blue Methylen cho các Bác sĩ và Điều dưỡng các khoa sử dụng Blue Methylen
Điều dưỡng xếp nhầm thuốc bôi ngoài da qua tủ thuốc truyền.	- Xem xét lại vị trí tủ thuốc bôi ngoài da và dịch truyền cho phù hợp - Điều dưỡng xếp thuốc kiểm tra, đối chiếu thông tin rõ ràng trước khi xếp thuốc vào tủ
Chai thuốc Blue methylen 10% và 1% giống nhau, nhãn thuốc ghi không rõ ràng, thiếu thông tin.	- Khoa Dược thiết kế lại nhãn chai thuốc - Phân biệt, cảnh báo cho nhân viên y tế khi có các thuốc nhìn hoặc nghe gần giống nhau (LASA)  <i>Thuốc dùng ngoài Blue methylen 1% và dung dịch pha tiêm Blue methylene 10% được thiết kế lại sau hợp phân tích nguyên nhân gốc</i>

BÀI HỌC TỪ SỰ CỐ

PHÒNG NGỪ SỰ CỐ BẰNG CÁCH TRAO ĐỔI BÀN GIAO THÔNG TIN HIỆU QUẢ



Điều dưỡng B nhận được y lệnh thuốc cho bệnh nhân N.T.H, sinh năm 1980 từ hồ sơ bệnh án: NaCl 3‰ 500ml TTM XX giọt/ phút



Lạ nhỉ! Hình như NaCl 500 ml không có hàm lượng 3‰

Để tôi xem lại hồ sơ. Cảm ơn chị.



Bác sĩ K vui lòng xem lại y lệnh thuốc cho bệnh nhân N.T.H Sinh năm 1980. Có phải là NaCl 500ml 3‰ không?



Thấy lạ nên Điều dưỡng B hỏi lại Bác sĩ

Tôi đã xem lại hồ sơ bệnh án. NaCl 9‰ 500ml chứ không phải NaCl 3‰ 500ml. Xin lỗi chị, tôi ghi số 9 giống số 3 quá nên chị hiểu nhầm



Vâng. Tôi thấy nghi ngờ nên hỏi lại



NGUYÊN NHÂN VÀ GIẢI PHÁP

+ Nguyên nhân:

Chữ viết tay không rõ ràng của Bác sĩ K trong hồ sơ bệnh án là NaCl 9‰ 500 ml nhưng số 9 viết giống số 3 dẫn đến Điều dưỡng B đọc thành NaCl 3‰ 500 ml

+ Bài Học

Nhờ hỏi lại khi nhận y lệnh không rõ ràng mà Điều dưỡng B đã ngăn chặn được sự cố y khoa trên. Do đó, để đảm bảo an toàn người bệnh:

- Luôn kiểm tra lại thông tin trước khi giao, nhận thông tin, công việc
- Luôn hỏi lại khi có nghi ngờ hoặc không rõ

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN HÔM NAY

MỘT SỐ THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU PHÁT ÂM GẦN GIỐNG NHAU

Thuật ngữ "LASA" (Look-Alike, Sound-Alike) dùng để chỉ TÊN/NHÃN HIỆU các DƯỢC PHẨM "nhìn giống nhau và đọc gần giống nhau".

"LASA" là một trong các NGUY CƠ dẫn tới Sai sót/Sự cố/Tai biến Y khoa trong thực hành điều trị và chăm sóc.

Một số thuốc có tên phát âm gần giống nhau



Captopril STADA 25 mg
và Catoprine



Thuốc Mibelet
và Nebilet



Thuốc Detriat 100 mg
và Debridat 100 mg

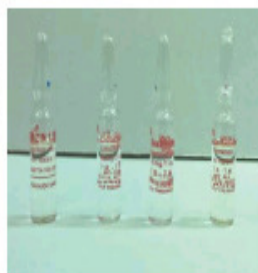


NovoRapid FlexPen, Mixtard 30 FlexPen
và NovoMix 30 FlexPen
NovoRapid FlexPen, Mixtard 30 FlexPen
và NovoMix 30 FlexPen

Một số thuốc có hoạt chất khác nhau nhưng thiết kế bao bì kiểu dáng màu sắc giống nhau



Fenilham 50µ/ml
Pethidin-Hameln 50mg/ml và
Sulfentanyl-Hameln 50µ/ml



Vó ống thuốc tiêm
Aminazin 1,25% 2 ml,
Lidocain 2% 2ml,
Dexamethasone 4 mg 2 ml,
Gentamycin 80mg 2 ml



Thuốc tiêm
Triaxobiotic 2000g và
Tenamyd Cefuroxime 1500 mg



Norepine 1mg/ml
Tanganil 500mg/5ml
Cordarone 150mg/3ml
Calci clorid 500mg

Một số thuốc có cùng hoạt chất nhưng hàm lượng khác nhau



Vỏ thuốc viên
Co Aprovel 150/12.5mg
Aprovel 150 mg



Augmentin 625 mg
và Augmentin 1 g

3



Cetamet 250 mg
và Cetamet 500 mg



Myfortic 180 mg
và Myfortic 360 mg

BÀI HỌC VỀ SỰ CỐ

BÀN GIAO TRAO ĐỔI THÔNG TIN RÕ RÀNG, CHÍNH XÁC

4

8 giờ 30 phút



Điều dưỡng khoa **A** rút máu bệnh nhân và gửi đến khoa M để thực hiện xét nghiệm X

Khoa Xét nghiệm M



Kỹ thuật viên N nhận mẫu máu của bệnh nhân

Kỹ thuật viên (KTV) **N - Nhân viên mới**

Điều dưỡng khoa **A**

10 phút sau, Kỹ thuật viên N gọi điện thoại báo xét nghiệm X không thực hiện tại khoa M và bàn giao ca trực cho kỹ thuật viên **C**

Alo, tôi gọi báo xét nghiệm X không thực hiện tại khoa M.



Kỹ thuật viên **N**

Vâng



Điều dưỡng khoa **A**

Điều dưỡng khoa **A** không đến nhận lại mẫu máu đã gửi tại khoa M mà rút máu lại bệnh nhân và gửi đến khoa V

Khoa xét nghiệm V



Ngày hôm sau, cả 2 khoa đều trả kết quả xét nghiệm của bệnh nhân về khoa **A**

NGUYÊN NHÂN VÀ BÀI HỌC KINH NGHIỆM

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân tại sao?

- KTV **N** là nhân viên mới chưa nắm rõ các xét nghiệm đang thực hiện tại khoa.
- KTV **N** báo khoa M không thực hiện xét nghiệm X trong khi khoa M vẫn thực hiện xét nghiệm này và bàn giao ca trực cho KTV **C** không rõ ràng (không ghi sổ bàn giao).
- Điều dưỡng khoa **A** không nhận lại mẫu máu đã gửi khoa M mà rút máu lại bệnh nhân gửi khoa V.
- KTV **N** và điều dưỡng khoa **A** trao đổi và xử lý thông tin không hiệu quả.

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

- Luôn bàn giao, trao đổi thông tin rõ ràng và thống nhất
- Tập huấn định kỳ cho nhân viên mới

Hai người bệnh cùng tên, N.T.O sinh năm **1952** phòng 1 và N.T.O sinh năm **1954** phòng 3. Bác sĩ A nói với điều dưỡng N lấy máu người bệnh N.T.O (**1952**) phòng 1 làm xét nghiệm công thức máu.

5

PHÒNG 1



PHÒNG 3



Chị lấy máu cho người bệnh N.T.O phòng 1 để làm xét nghiệm công thức máu

Vâng

Sau đó, Bs A lấy tem của người bệnh N.T.O sinh năm **1954** dán lên phiếu chỉ định



Điều dưỡng N lấy tem người bệnh N.T.O sinh năm **1952** phòng 1 dán lên ống xét nghiệm và tiến hành lấy máu. Sau đó, quay lại gặp Bs A để lấy phiếu chỉ định và gửi mẫu máu kèm phiếu chỉ định đến khoa xét nghiệm.

Thông tin trên mẫu máu và phiếu chỉ định không trùng khớp, chị vui lòng kiểm tra lại

Vâng

Sau khi tiếp nhận mẫu máu, đối chiếu phiếu chỉ định, kỹ thuật viên xét nghiệm phát hiện thông tin trên mẫu máu của người bệnh N.T.O sinh **1952** nhưng phiếu chỉ định của người bệnh N.T.O sinh năm **1954**

NGUYÊN NHÂN VÀ GIẢI PHÁP

+ Nguyên nhân:

- Bác sĩ A chỉ định miêng trong trường hợp không khẩn cấp và chỉ nói tên người bệnh và số phòng (số phòng không được sử dụng làm công cụ xác định người bệnh) sau đó Bác sĩ A lấy nhầm tem của người bệnh N.T.O sinh năm 1954 dán lên phiếu chỉ định cho người bệnh N.T.O sinh năm 1952.
- Điều dưỡng N dán tem, chuẩn bị ống xét nghiệm và lấy máu trước khi nhận phiếu chỉ định từ Bác sĩ A. (Theo quy trình trước xét nghiệm: Sau khi xác định đúng người bệnh, đúng chỉ định, nhân viên y tế mới tiến hành lấy mẫu xét nghiệm).
- Khi nhận y lệnh miêng từ Bác sĩ A, Điều dưỡng N không xác nhận lại thông tin và y lệnh.

+ Giải pháp

- Chỉ ra và thực hiện y lệnh miêng trong trường hợp cấp cứu. Người thực hiện y lệnh miêng phải xác nhận lại thông tin.
- Luôn thực hiện đúng quy trình xác định người bệnh (họ và tên, năm sinh, số nhập viện) trước khi cung cấp dịch vụ y tế.
- Thông báo cho nhân viên y tế khi có những người bệnh trùng tên hoặc những thông tin dễ nhầm lẫn.



Bệnh nhân Đ nhập viện khoa A điều trị động kinh. Sau đó, được chuyển khoa B để điều trị bệnh lý khác.



Ngày hôm sau, bệnh nhân bị té từ trên giường xuống sàn nhà trong lúc lên cơn động kinh.



Ngày xuất viện, bệnh nhân bước sàn nhà và bị té khi lên cơn động kinh.

NGUYÊN NHÂN

- Điều dưỡng bàn giao bệnh nhân từ khoa A không cảnh báo nguy cơ té ngã của bệnh nhân
- Điều dưỡng chăm sóc và Bác sĩ điều trị chưa theo dõi sát bệnh nhân
- Chưa kiểm soát tốt cơn động kinh
- Bệnh nhân té lần 1 nhưng không được cảnh báo

BIỆN PHÁP

- Theo dõi sát tình trạng bệnh nhân
- Bàn giao và cảnh báo cho các nhân viên y tế khác tình trạng bệnh nhân có nguy cơ té ngã
- Các Bác sĩ cho thuốc lưu ý xem xét điều chỉnh thuốc phù hợp để kiểm soát tốt cơn động kinh

Chủ đề thảo luận hôm nay

PHÒNG TẾ NGÃ TRONG BỆNH VIỆN



Tế ngã là nguyên nhân thứ 2 dẫn đến chấn thương, thậm chí gây tử vong. Mỗi năm, trên thế giới ước tính có 646.000 người tử vong do té ngã. Hơn 80% trong số này xảy ra ở các nước đang phát triển và kém phát triển (Tổ chức Y tế thế giới, 2017). Theo một nghiên cứu năm 2013 tại Mỹ, trung bình cứ một trường hợp té ngã tăng thêm 6,3 ngày nằm viện, chi phí tăng thêm trung bình 14,000 đô la Mỹ mỗi ca.

Những người bệnh có nguy cơ té ngã cao

- Người bệnh động kinh.
- Rối loạn tri giác.
- Khả năng thăng bằng kém.
- Người già, trẻ em, người khuyết tật.
- Người bệnh giảm thính lực, thị lực.
- Ra khỏi giường hay ngồi dậy quá nhanh.
- Bệnh lý đi kèm: Rối loạn dinh dưỡng, bệnh lý cơ xương khớp, rối loạn vận động.
- Sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến tim mạch, thần kinh, thuốc điều trị huyết áp, thuốc trầm cảm...
- Người di chuyển cần đến dụng cụ hỗ trợ (xe lăn, nạng, khung di chuyển...)
- Cẩn vào nhà vệ sinh gấp.

Những nguy cơ do môi trường không an toàn:

- Giường bệnh không có song chắn
- Sàn nhà trơn, ướt
- Chướng ngại vật
- Giày dép không an toàn



Giường bệnh có bệnh nhân nằm phải được kéo

Các việc nên làm để phòng ngừa té ngã cho người bệnh



Kéo song chắn giường bệnh khi vận chuyển người bệnh

- Cung cấp phương tiện hỗ trợ người bệnh di chuyển.
- Theo dõi, cảnh báo cho bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân về tác dụng phụ của các loại thuốc gây chóng mặt, buồn ngủ, mất thăng bằng...
- Bố trí các vật dụng nơi thuận tiện, dễ lấy để bệnh nhân không phải cố gắng với tay hay những tư thế làm tăng nguy cơ té ngã.
- Đặt biển cảnh báo sàn, trơn trượt khi sàn ướt.
- Lưu ý bệnh nhân lơ mơ, rối loạn ý thức.
- Kéo song giường hai bên hoặc để bệnh nhân ngồi dựa lưng về phía sau của xe lăn, khi vận chuyển người bệnh.
- Luôn kéo song chắn giường lên khi có bệnh nhân nằm hoặc ngồi.
- Đánh giá nguy cơ té ngã ngay khi bệnh nhân nhập viện: Mức độ nhận thức, sức mạnh của các cơ, gần đây có bị té ngã không? có thường hay xay xầm, mất thăng bằng? khả năng di chuyển, vệ sinh cá nhân...
- Tìm hiểu tiền sử bệnh và các loại thuốc bệnh nhân hiện đang sử dụng.
- Cảnh báo và bàn giao nguy cơ té ngã của người bệnh cho các nhân viên y tế khác.
- Trao đổi với thân nhân bệnh nhân việc đánh giá toàn diện nguy cơ té ngã và những yếu tố, hoàn cảnh tăng nguy cơ té ngã.
- Hướng dẫn người bệnh mang giày phù hợp: Kích thước, đế bằng, có độ bám nền nhà tốt.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi một lúc trên giường để lấy giữ thăng bằng trước khi di chuyển hoặc đứng lên, tránh di chuyển đột ngột.
- Hướng dẫn bệnh nhân gọi sự giúp đỡ khi không thể một mình di chuyển nhất là vào ban đêm.
- Cảnh báo cho người bệnh không vịn vào các vật dụng có bánh xe, các vật dụng được không cố định chắc chắn.
- Khi thấy chóng mặt nên nằm hoặc ngồi xuống.
- Lưu ý những người bệnh hậu phẫu, xuất huyết tiêu hóa, những bệnh nhân có nguy cơ té ngã nên vệ sinh tại giường, địu, đỡ khi bệnh nhân cần di chuyển.