KẾT QUẢ SỬ DỤNG BĂNG DÁN TRONG SUỐT CỐ ĐỊNH - BẢO VỆ ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN Ở TRẺ TẠI KHOA NỘI TỔNG QUÁT, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Nguyễn Ái Nương, Nguyễn Thị Cẩm Lệ, Trần Thị Vạn Hòa, Nguyễn Ngọc Tuyền, Phạm Thị Ngọc Thy
Bệnh viện Nhi Đồng 1

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Mô tả kết quả sử dụng băng dán trong suốt trong cố định và bảo vệ đường truyền tĩnh mạch ngoại biên ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 1.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 208 bệnh nhi từ lúc đặt kim luồn đến khi có chỉ định rút bỏ, thời gian từ 10/2024 đến 03/2025 tại khoa Nội tổng quát.*

Kết quả nghiên cứu: *Thời gian lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại biên trung bình là 60,3 ± 29,5 giờ. Biến chứng liên quan đường truyền được ghi nhận ở 134/208 trẻ (64,4%), với thời gian phát hiện trung bình là 31,6 ± 32,3 giờ sau đặt.*

Kết luận: *Thời gian lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại biên trung bình khi sử dụng băng dán trong suốt là 60,3 ± 29,5 giờ và tỉ lệ phát hiện biến chứng là 64,4% với thời gian phát hiện trung bình là 31,6 ± 32,3 giờ sau đặt. Kết quả cung cấp cơ sở thực tiễn cho việc theo dõi và chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại biên ở trẻ em.*

Từ khóa: *Đường truyền tĩnh mạch ngoại biên, băng dán trong suốt, biến chứng đường truyền.*

OUTCOMES OF USING TRANSPARENT DRESSINGS FOR SECUREMENT AND PROTECTION OF PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS IN PEDIATRIC PATIENTS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Tran Nguyen Ai Nuong, Nguyen Thi Cam Le, Tran Thi Van Hoa, Nguyen Ngoc Tuyen, Pham Thi Ngoc Thy
Children's Hospital 1

Objective: To describe the outcomes of an improved transparent dressing technique for the securement and protection of peripheral intravenous catheters (PIVCs) in pediatric patients at Children's Hospital 1.

Methods: A prospective descriptive study was conducted among 208 pediatric inpatients in the General Pediatrics Department from the time of peripheral intravenous catheter insertion until the indication for its removal between October 2024 and March 2025.

Results: The mean PIVC dwell time was 60.3 ± 29.5 hours. The mean time to detection of catheter-related complications was 31.6 ± 32.3 hours following insertion. The overall incidence of PIVC-related complications was 64.4%.

Nhận bài: 30-8-2026; Phản biện: 20-9-2026; Chấp nhận: 23-10-2026
Người chịu trách nhiệm: Trần Nguyễn Ái Nương
Email: nuongtran0206@gmail.com
Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Đồng 1

Conclusion: Transparent dressings were associated with a mean catheter dwell time of 60.3 ± 29.5 hours. Although the complication detection rate was 64.4%, early identification occurred at a mean of 31.6 hours post-insertion.

Keywords: Peripheral intravenous catheter, transparent dressing, catheter-related complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên (Peripheral Intravenous Catheter - PIVC) là một thủ thuật thực hành thiết yếu và phổ biến nhất ở bệnh nhi nội trú, nhằm cung cấp dịch truyền, thuốc và các chế phẩm máu. Tuy nhiên, việc duy trì một đường truyền tĩnh mạch ổn định ở trẻ em thường gặp rất nhiều thách thức do kích thước mạch máu nhỏ, lớp mỡ dưới da dày, bản tính hiếu động và ít hợp tác của trẻ. Hệ quả là PIVC ở bệnh nhi rất dễ gặp các biến chứng cơ học và nhiễm khuẩn như thấm dịch, thoát mạch, viêm tĩnh mạch, tuột kim và tắc nghẽn, dẫn đến thất bại đường truyền trước khi kết thúc liệu trình điều trị. Thất bại đường truyền không chỉ gây đau đớn cho trẻ do phải chọc kim lại nhiều lần, mà còn làm tăng khối lượng công việc của điều dưỡng và gia tăng chi phí y tế. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2024 đã ban hành hướng dẫn chuyên biệt về phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết và các biến chứng liên quan đến catheter ngoại biên, trong đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn vật liệu cố định phù hợp và theo dõi vị trí đặt liên tục để đảm bảo an toàn [1].

Các nghiên cứu dịch tễ học trên thế giới cho thấy tỷ lệ thất bại của PIVC ở trẻ em vẫn ở mức đáng lo ngại. Theo một tổng quan hệ thống và phân tích gộp năm 2020 của Indarwati và cộng sự, tỷ lệ thất bại PIVC nói chung ở bệnh nhi lên đến 38% [2]. Tương tự, trong một nghiên cứu thuần tập tiến cứu đa trung tâm, tác giả Ben Abdelaziz (2017) ghi nhận biến chứng thấm dịch, thoát mạch xảy ra ở 37,2% số catheter được theo dõi, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến việc phải rút kim luồn sớm [3].

Để giảm thiểu các rủi ro này, Hướng dẫn Thực hành Tiêm truyền (Infusion Therapy Standards of Practice) năm 2024 khuyến cáo sử dụng băng dán trong suốt bán thấm để cố định PIVC [4]. Phương pháp này dễ dàng quan sát liên tục vùng da quanh vị trí chích kim để phát hiện sớm dấu hiệu bất thường. [5].

Xuất phát từ lý đó, phòng Điều dưỡng đã cho áp dụng cố định bằng băng dán trong suốt thay thế cách cố định kim luồn bằng băng keo vải trên Khoa Nội tổng quát, Bệnh viện Nhi đồng 1. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả kết quả sử dụng băng dán trong suốt trong cố định đường truyền tĩnh mạch ngoại biên ở trẻ em, đồng thời xác định các yếu tố lâm sàng liên quan đến biến chứng đường truyền tại Khoa Nội tổng quát, Bệnh viện Nhi đồng 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ có độ tuổi dưới 16 tuổi và có chỉ định nhập viện tại các khoa Nội Tổng Quát (NTQ) 1,2 tại bệnh viện Nhi đồng 1.

Tiêu chí chọn vào:

- Trẻ có chỉ định đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên thuộc các khoa NTQ1, NTQ2 tại bệnh viện Nhi đồng 1

- Trẻ và thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chí loại ra:

- Trẻ có rối loại đông máu nặng.

- Người bệnh chuyển khoa/tử vong.

- Trẻ/Thân nhân biết nhạy cảm với băng dính.

- Trẻ/ Thân nhân rút lui không đồng ý tham gia tiếp

- Dữ liệu không thu thập đầy đủ.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm

Bệnh viện Nhi đồng 1, từ tháng 10/2024 đến 03/2025.

Cỡ mẫu

Lấy mẫu toàn bộ bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Số bệnh nhi thực tế đưa vào phân tích: 208.

Quy trình nghiên cứu:

Cập nhật tiến bộ trong thực hành trị liệu tĩnh mạch an toàn cho toàn bộ Điều dưỡng 2 khoa NTQ1,2 bao gồm các nội dung:

o Các biến chứng liên quan đến PIVC: viêm TM, thoát mạch, nhiễm trùng PIVC, thuyên tắc - huyết khối

o Gói đặt PIVC: Kỹ thuật đặt, chọn lựa TM, chuẩn bị da và cách đặt kim luồn, cố định đường truyền và công cụ I-DECIDED quyết định rút sớm PIVC khi không cần thiết.

o Quản lý vùng vô trùng, lựa chọn loại đường truyền, kích cỡ kim

o Gói theo dõi PIVC: Vệ sinh tay, phương tiện phòng hộ, đánh giá theo dõi PIVC, sát khuẩn các cổng kết nối, thay hệ thống kết nối, thay băng dán, thông tráng đường truyền.

Tập huấn nhóm nghiên cứu viên về cách thức thu thập dữ liệu và thực hiện quan sát. Tiến hành áp dụng thử 30 trẻ tại khoa NTQ1,2 từ: tuần 41 đến tuần 42 năm 2024, kết quả áp dụng thử ghi nhận: Phản hồi tích cực từ nhân viên y tế: băng dán đẹp, nhìn chuyên nghiệp, quan sát được PIVC dễ dàng và phát hiện sớm các trường hợp: thoát mạch, rỉ dịch, máu. Ghi nhận da ít tổn thương do băng dán. Tuy nhiên kết quả ghi nhận có 21/30 ca băng dán ướt, bong tróc các mép keo và 5 ca tụt kim luồn trong 24 giờ sau đặt. Chính vì thế chúng tôi cần cải thiện ngay một số điểm về độ bám dính của băng keo. Cải tiến quy trình dán băng trong gồm các bước: làm sạch vùng da xung quanh kim luồn bằng cồn 70 độ và chờ khô, sau đó dùng gạc mỏng hoặc băng cá nhân lót vùng da bên dưới cánh bướm của kim luồn để hạn chế tổn thương áp lực do thiết bị. Tiếp theo, dùng băng keo vải cố định cánh bướm của kim luồn vào bề mặt da và cuối cùng dùng băng dán trong suốt bảo vệ che phủ kim luồn. Ghi ngày giờ và tên người thực hiện đặt kim luồn.

Mỗi trẻ đưa vào nghiên cứu được áp dụng 1 lần duy nhất quy trình dán băng trong cải tiến. Thời điểm bắt đầu theo dõi: thời điểm hoàn tất đặt và cố định PIVC. Kim luồn được theo dõi và đánh giá theo mỗi cử tiêm thuốc hoặc tối thiểu 24 giờ đối với thuốc tiêm 1 cử trong ngày.

Thời điểm kết thúc theo dõi: thời điểm PIVC được rút do hoàn tất điều trị, xuất hiện biến chứng đầu tiên cần rút, catheter không còn cần thiết, xuất viện.

Phân tích số liệu: Số liệu thu thập được sẽ xử lí bằng phần mềm SPSS 26. Biến số định tính: tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng: tính điểm trung bình (ĐTB) và độ lệch chuẩn (ĐLC) với các biến định lượng có phân phối chuẩn; giá trị trung vị, giới hạn cao nhất, thấp nhất với các biến định lượng không phân phối chuẩn. Phép kiểm Mann-Whitney-U cho so sánh 2 biến định lượng giữa hai nhóm độc lập và Chi-square/ Fisher test cho sánh 2 biến để phân tích mối liên quan giữa các biến định tính.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả các hoạt động can thiệp trên đối tượng tham gia nghiên cứu và các đối tượng tham gia đều được đảm bảo về tính an toàn và công bằng trong suốt quá trình điều trị và chăm sóc. Kết quả nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, chăm sóc và tiên lượng bệnh trong hiện tại và các hoạt động của đối tượng nghiên cứu ở tương lai. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được bảo đảm bí mật về thông tin cá nhân và các vấn đề phát hiện được trong lúc thu thập cũng như trong phân tích số liệu. Số liệu thu thập chỉ sử dụng cho nghiên cứu không sử dụng vào mục đích khác. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Đồng 1. Mã số đề tài: CS/N1/24/62. Công nhận theo số 2948/QĐ-BVNĐ1.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	NTQ1 (n1 = 95)	NTQ2 (n2=113)	Chung (n=208)	Giá trị p
Tuổi (STB ± ĐLC)	2,1 ± 1,9	1,4 ± 1	1,7 ± 1,6	<0,001**
Giới tính (n, %)				0,13*
Nữ	38 (40)	34 (30,1)	72 (34,6)	
Nam	57 (60)	79 (69,9)	136 (65,4)	
Cân nặng (STB±ĐLC)	10,6 ± 8,9	9,8 ± 10,7	10,2 ± 9,9	0,28**
Chiều cao (STB±ĐLC)	77,1 ± 17,8	72,4 ± 12,8	74,5 ± 15,4	0,09**
Vị trí chích TM (n,%)				
Mu tay	90 (94,7)	98 (86,7)	188 (90,4)	
Mu chân	1 (1,1)	2 (1,8)	3 (1,4)	
Mắt cá chân	4 (4,2)	13 (11,5)	17 (8,2)	
Kích thước kim (n,%)				
22G	12 (12,6)	0	12 (5,8)	
24G	83 (87,4)	113 (100)	196 (94,2)	
Mục đích đặt PIVC (n,%)				
Tiêm thuốc	92 (96,8)	104 (92)	196 (94,2)	
Truyền thuốc	1 (1,1)	2 (1,8)	3 (1,5)	
Theo dõi	2 (2,1)	7 (6,2)	9 (4,3)	
Vùng da xung quanh PIVC (n,%)				
Khô	46 (48,4)	67 (59,3)	113 (54,3)	
Ẩm ướt	49 (51,6)	45 (39,8)	94 (45,2)	
Tổn thương	0	1 (0,9)	1 (0,5)	
Hiện trạng băng keo (n,%)				
Băng sạch	26 (27,4)	42 (37,2)	68 (32,7)	
Băng khô	14 (14,7)	19 (16,8)	33 (15,9)	
Băng dơ	12 (12,6)	19 (16,8)	31 (14,9)	
Băng ướt	23 (24,2)	2 (1,8)	25 (12)	
Nguyên vẹn	3 (3,2)	0	3 (1,4)	
Bong tróc	17 (17,9)	31 (27,4)	48 (23,1)	
P<0.05: có ý nghĩa thống kê.				
Test: *Chi-square; **Mann-Whitney U				

3.2. Thời gian lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại biên

Bảng 2. Thời gian lưu kim luồn trung bình

Đặc điểm	NTQ1 (n=95)	NTQ2 (n=113)	Chung (n=208)	Giá trị p
Thời gian lưu PIVC (STB ± ĐLC) (Trung vị, min-max)	65,4 ± 35,3 59 (3 -144)	55, 3 ± 23,3 53 (5 - 100)	60,3 ± 29,5 57 (3-144)	0,067**
P<0.05: có ý nghĩa thống kê.				
Test: *Chi-square; **Mann-Whitney U				

3.3 Biến chứng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên

Bảng 3. Biến chứng đường truyền ngoại biên

Đặc điểm	NTQ1 (n1 =95, %)	NTQ2 (n2=113, %)	Chung (n=208, %)
Biến chứng (n, %)			
Không có	22 (23,2)	52 (46,0)	74 (35,6)
Viêm TM	0	17 (15)	17 (8,2)
Thoát mạch/thấm dịch	32 (33,7)	22 (19,5)	54 (26)
Tụt kim luồn	14 (14,7)	22 (19,5)	36 (17,3)
Rỉ dịch	19 (20)	0	19 (9,1)
Rỉ máu	6 (6,3)	0	6 (2,9)
Gập kim	2 (2,1)	0	2 (1)
Nhiễm trùng	0	0	0
Thời gian xuất hiện biến chứng (STB±ĐLC)	39,7±35,1	24,7 ± 28,2	31,6 ± 32,3
Tần suất kiểm tra IV (n,%)			
1-3 giờ	1 (1,1)	2 (1,8)	3 (1,5)
4-6 giờ	63 (66,3)	0	63 (30,3)
8 giờ	20 (21,1)	110 (97,3)	130 (62,5)
12 giờ	8 (8,4)	0	8 (3,8)
24 giờ	3 (3,1)	1 (0,9)	4 (1,9)

3.4 Các yếu tố liên quan đến biến chứng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên

Bảng 4. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến biến chứng PIVC

Đặc điểm	N=208		Giá trị p
	Có biến chứng (n=134)	Không có biến chứng (n= 74)	
Thời gian lưu PIVC (STB±ĐLC)	53,1 ± 27,5	73,4 ± 28,6	<0,001**
Vị trí đặt PIVC (n,%)			0,28*
Mu tay	119 (88,8)	69 (93,2)	
Mu chân	2 (1,5)	1 (1,4)	
Mắt cá chân	13 (9,7)	4 (5,4)	
Thiết bị hỗ trợ (n,%)			0,87*
Đèn	37 (66.1)	19(33.9)	
Không	97 (63.8)	55(36.2)	
Kích thước kim (n,%)			0,22*
22G	10 (7,5)	2 (2,7)	
24G	124 (92,5)	72 (97,3)	
Băng keo dán thêm			0,11*
Keo vải	118 (88,1)	70 (94,6)	
Keo co giãn	15 (11,2)	4 (5,4)	
Không	1 (0,7)	0	
Vùng da xung quanh (STB±ĐLC)	1,7 ± 0,8	1,1 ± 0,3	<0,001**
Vùng da xung quanh PIVC (n,%)			<0,001*
Khô	44 (32,8)	69 (93,2)	
Ẩm ướt	89 (66,4)	5 (6,8)	
Tổn thương	1 (0,7)	0	

Đặc điểm	N=208		Giá trị p
	Có biến chứng (n=134)	Không có biến chứng (n= 74)	
Tình trạng băng (STB±ĐLC)	4,1 ± 1.2	4,5 ± 0.9	0,065**
Hiện trạng băng keo (n,%)			<0,001*
Băng sạch	22 (16,4)	46 (62,2)	
Băng khô	12 (9)	21 (28,3)	
Băng dơ	27 (20,1)	4 (5,4)	
Băng ướt	25 (18,7)	0	
Nguyên vẹn	3 (2,2)	0	
Bong tróc	45 (33,6)	3 (4,1)	

P<0.05: có ý nghĩa thống kê

Test: *Chi-square; **Mann-Whitney U

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian lưu PIVC trung bình khi sử dụng phương pháp băng dán cải tiến là 60,3 ± 29,5 giờ. Thời gian này thấp hơn so với nghiên cứu thuần tập tiến cứu của Ben Abdelaziz và cộng sự (2017) là 68,82 ± 35,71 giờ [3], dài hơn so với nghiên cứu của Tricia Kleidon và cộng sự (2020) với thời gian lưu trung vị chỉ đạt 51 giờ [10]. Tuy nhiên không thể so sánh và đưa ra kết luận là nghiên cứu chúng tôi có kết quả tốt hơn. Sự khác biệt này phần lớn xuất phát từ đặc điểm nhân khẩu học: Bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình rất nhỏ (khoảng 1,4 - 2,1 tuổi). Ở độ tuổi này, trẻ thường hiếu động, quấy khóc và khó hợp tác, làm tăng nguy cơ xê dịch kim. Theo Helm và cộng sự (2015), thất bại đường truyền do sự cố định lỏng lẻo ở trẻ nhỏ là nguyên nhân chính làm rút ngắn thời gian lưu kim và là một "vấn đề được chấp nhận nhưng không thể chấp nhận được" trong thực hành lâm sàng [7]. Mặc dù vậy, tỷ lệ gỡ kim do xuất viện/hoàn tất điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 38,9%, cho thấy việc áp dụng băng dán trong suốt có kết hợp thêm băng keo vải đã giúp duy trì đường truyền ở mức độ phù hợp, hạn chế số lần chọc kim lại cho trẻ.

Trong nghiên cứu tỷ lệ phát hiện biến chứng chung là 64,4%. Trong đó, thoát mạch/thấm dịch (26%), tụt kim (17,3%) và viêm tĩnh mạch (8,2%). Khi so sánh với y văn, tỷ lệ thấm dịch của chúng tôi thấp hơn mức 37,2% của tác giả Ben Abdelaziz [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng chung lại cao hơn so với phân tích gộp về tỷ lệ thất bại PIVC của Indarwati (38%) [2]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc thù nhóm tuổi. Nghiên cứu của Baye ND và cộng sự (2023) trên nhóm nhũ nhi cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng rất cao (thoát mạch 42%, viêm tĩnh mạch 29,7%) [6], cho thấy bản chất mạch máu mỏng manh của trẻ nhỏ luôn tiềm ẩn rủi ro lớn bất kể hình thức cố định nào. Bên cạnh đó, theo Rickard và cộng sự (2018), các loại băng dán trong suốt giúp điều dưỡng tối ưu hóa khả năng quan sát bằng mắt thường [8]. Nhờ đó, thời gian phát hiện biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi diễn ra rất sớm (chỉ 31,6 ± 32,3 giờ sau đặt), kết quả phát hiện biến chứng của nghiên cứu chúng tôi sớm hơn so với trung bình là 48,7 giờ (KTC 95%: 45,9-51,5)

Baye ND [6]. Sự quan sát rõ ràng giúp điều dưỡng phát hiện ngay các dấu hiệu rỉ dịch hay rỉ máu nhỏ để can thiệp kịp thời trước khi tiến triển thành viêm tĩnh mạch nặng.

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian lưu kim, tình trạng băng dán, và tình trạng vùng da xung quanh với việc xuất hiện biến chứng (p < 0,001). Về thời gian lưu, nhóm có biến chứng ghi nhận thời gian lưu kim trung bình ngắn hơn (53,1 ± 27,5 giờ) so với nhóm không biến chứng (73,4 ± 28,6 giờ). Điều này phản ánh đúng thực tế lâm sàng, khi sự xuất hiện của các biến chứng cơ học là nguyên nhân trực tiếp buộc điều dưỡng phải rút bỏ catheter. Về tình trạng băng dán và vùng da, nghiên cứu ghi nhận nhóm

bệnh nhi có băng dán bong tróc, ẩm ướt và vùng da xung quanh tổn thương có tỷ lệ biến chứng cao hơn đáng kể ($p < 0,001$). Kết quả này đồng thuận mạnh mẽ với đánh giá tổng quan của Corley (2023), nhấn mạnh rằng sự suy giảm tính nguyên vẹn của băng dán có mối tương quan trực tiếp đến sự gia tăng các biến cố bất lợi của PIVC [9]. Việc kết hợp thêm băng keo vải lên lớp màng trong suốt là nỗ lực để tăng độ bám dính, tuy nhiên tình trạng da ẩm ướt do mồ hôi hoặc rỉ dịch ở trẻ em vẫn là một thách thức. Theo Marsh (2015), sự ẩm ướt tại vùng da đặt kim sẽ phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên, làm tăng rủi ro tổn thương thành mạch [5]. Hướng dẫn của INS (2024) cũng đưa ra khuyến cáo cấp thiết về việc duy trì vùng da khô ráo và băng dán nguyên vẹn để dự phòng thất bại đường truyền [4].

Tuy nhiên, do hạn chế của thiết kế cắt ngang mô tả quan sát, chúng tôi không thể khẳng định chắc chắn về mặt nhân quả: liệu băng dán bong tróc, ẩm ướt là tác nhân dẫn đến biến chứng, hay chính biến chứng (như rỉ dịch, thấm mạch từ lòng mạch ra ngoài) đã làm ướt và hỏng độ bám dính của băng keo. Dù theo chiều hướng nào, việc tuân thủ tần suất kiểm tra PIVC định kỳ và thay băng cố định khi băng mất độ bám dính vẫn là biện pháp cốt lõi để đảm bảo quản lý tốt đường truyền và an toàn cho bệnh nhi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu sử dụng phương pháp băng dán trong suốt cố định và bảo vệ đường truyền ngoại biên khoa Nội tổng quát 1, 2 tại bệnh viện Nhi đồng 1 với thời gian lấy mẫu từ tháng 10/2024 đến tháng 03/2025 trên 208 đối tượng bệnh nhi. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian lưu đường truyền tĩnh mạch ngoại biên ghi nhận dùng băng dán trong suốt là 60,3 ± 29,5 giờ. Tỉ lệ biến chứng liên quan kim luồn tĩnh mạch ngoại biên phát hiện được 64,4%. Thời gian xuất hiện biến chứng là 31,6 ± 32,3 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**. Guidelines for the prevention of bloodstream infections and other infections associated with the use of intravascular catheters. Part I: Peripheral catheters, WHO 2024.
2. **Indarwati F, Mathew S, Munday J** *et al.* Incidence of peripheral intravenous catheter failure and complications in paediatric patients: Systematic review and meta analysis. Int J Nurs Stud 2020;102:103488. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103488
3. **Ben Abdelaziz R, Hafsi H, Hajji H** *et al.* Peripheral venous catheter complications in children: predisposing factors in a multicenter prospective cohort study. BMC Pediatrics 2017;17(1):208. https://doi.org/10.1186/s12887-017-0965-y
4. **Nickel B, Gorski L, Kleidon T** *et al.* Infusion therapy standards of practice. J Infus Nurs 2024;47(1S):S1-S285. https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000532
5. **Marsh N, Webster J, Mihala G** *et al.* Devices and dressings to secure peripheral venous catheters to prevent complications. Cochrane Database Syst Rev 2015;(6):CD011070. https://doi.org/10.1002/14651858.cd011070.pub2
6. **Baye ND, Teshome AA, Ayenew AA** *et al.* Incidence, time to occurrence and predictors of peripheral intravenous cannula-related complications among neonates and infants in Northwest Ethiopia: an institutional-based prospective study, BMC Nursing 2023;22(11):11. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01164-x
7. **Helm RE, Klausner JD, Klemperer JD** *et al.* Accepted but unacceptable: peripheral IV catheter failure. J Infus Nurs 2015;38(3):189-203. https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000100
8. **Rickard CM, Marsh N, Webster J** *et al.* Dressings and securements for the prevention of peripheral intravenous catheter failure (SAVE Trial) in adults: a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. Lancet 2018;392(10145):419-430. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31380-1

9. **Corley A, Marsh N, Ullman AJ** *et al.* Peripheral intravenous catheter securement: An integrative review of contemporary literature around medical adhesive tapes and supplementary securement products, Journal of Clinical Nursing 2023; 32(9-10): 1841-1857. https://doi.org/10.1111/jocn.16237

10. **Kleidon TM, Rickard CM, Gibson V** *et al*. Smile - Secure my intravenous line effectively: A pilot randomised controlled trial of peripheral intravenous catheter securement in paediatrics. J Tissue Viability 2020;29(2):82-90. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.03.006