

SỰ CỐ GẬP ỐNG THÔNG TRONG ĐẶT THÔNG TIỂU KHÓ Ở NGƯỜI BỆNH ĐA BỆNH LÝ NỀN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Bùi Văn Thắng¹, Phạm Đức Tuấn², Nguyễn Thị Quyên¹, Đinh Thị Vân Anh³

¹Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City, Việt Nam.

²Khoa Ung bướu, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City, Việt Nam.

³Khoa Nội chung, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City, Việt Nam.

TÓM TẮT

Giới thiệu: Đặt ống thông tiểu là thủ thuật phổ biến trong chăm sóc tiết niệu, nhưng có thể phát sinh biến chứng nguy hiểm, đặc biệt ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật hoặc can thiệp đường niệu. Một trong những biến chứng hiếm gặp là ống thông bị gập và bóng được bơm lên trong niệu đạo.

Ca bệnh: Báo cáo này trình bày thông tin về 1 người bệnh nam, 85 tuổi, có tiền sử nhiều bệnh lý nền và đã trải qua nhiều lần mổ cắt u bàng quang nội soi và nhiều lần bơm hóa chất bàng quang qua ống thông. Lần này ống thông Foley đã bị gập và bóng được bơm khi vẫn còn trong niệu đạo. Người bệnh sau đó được chuyển xuống phòng mổ để bác sĩ chuyên khoa thận tiết niệu phá bóng bằng nội soi niệu đạo dưới gây tê tủy sống.

Kết luận: Đây là một ví dụ điển hình về tai biến kỹ thuật có thể gặp khi đặt ống thông tiểu ở người bệnh có tiền sử can thiệp niệu đạo nhiều lần. Bài học thực hành rút ra là với người bệnh có tiền sử can thiệp tiết niệu nên được đánh giá kỹ và có tư vấn của bác sĩ chuyên khoa, có thể cần đặt ống thông dưới hướng dẫn của nội soi.

Từ khóa: Đặt ống thông tiểu khó, gập ống thông tiểu, biến chứng trong đặt ống thông foley.

ABSTRACT

KINKING OF THE URINARY CATHETER DURING DIFFICULT CATHETERIZATION IN A PATIENT WITH MULTIPLE COMORBIDITIES: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Bui Van Thang¹, Pham Duc Tuan², Nguyen Thi Quyen¹, Dinh Thi Van Anh³

Introduction: Urinary catheterization is a common procedure in urological care, but it may lead to serious complications, especially in patients with a history of urinary tract surgeries or interventions. One rare complication is that catheter becomes kinked and the balloon is inflated in the urethra.

Case report: This report describes an 85-year-old male patient with multiple comorbidities and a history of several transurethral bladder tumor resections, as well as repeated intravesical chemotherapy administered via catheter. In this instance, the Foley catheter was kinked, and the balloon was inflated while still in the urethra. The patient was transferred to the operating room, where a urologist deflated the balloon endoscopically via urethroscopy under spinal anesthesia.

Conclusion: This is a representative example of a technical complication that may occur during urinary catheterization in patients with a history of multiple urethral interventions. The practical lesson is that patients with a history of urological interventions should undergo thorough evaluation and specialist consultation. In some cases, catheterization should be performed under endoscopic guidance.

Keywords: Difficult urinary catheterization, catheter kinking, Foley catheter complications.

Ngày nhận bài: 17/7/2025. Ngày chỉnh sửa: 05/9/2025. Chấp thuận đăng: 23/9/2025

Tác giả liên hệ: Bùi Văn Thắng. Email: thang126@gmail.com. ĐT: 0912524586

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt ống thông Foley là một can thiệp lâm sàng phổ biến được thực hiện để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài. Ước tính có hơn 100 triệu ống thông tiểu được bán ra trên toàn cầu mỗi năm, trong đó khoảng 30 triệu ống được sử dụng chỉ riêng tại Hoa Kỳ [1].

Phần lớn trường hợp điều dưỡng tiến hành đặt ống thông tiểu cho người bệnh đều thuận lợi và thành công, tuy nhiên trên thực tế không phải là không có khó khăn hoặc biến chứng xảy ra trong quá trình đặt. Những biến đổi giải phẫu bình thường và bất thường đều có thể góp phần gây thất bại trong việc đặt ống thông tiểu. Tiền sử tiết niệu của người bệnh sẽ xác định các can thiệp phẫu thuật hoặc X-quang trước đó có thể ảnh hưởng đến các mối quan hệ giải phẫu quan trọng đối với việc đặt ống thông tiểu. Việc sử dụng dụng cụ, chấn thương và nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục trước đó cũng có thể dẫn đến những thay đổi giải phẫu, gây khó khăn cho việc đặt ống thông Foley [1].

Nghiên cứu của Arun Z Thomas và cộng sự đã cho thấy trong số 864 lượt khám tiết niệu, 6% liên quan đến các biến chứng phát sinh do đặt ống thông tiểu ở nam giới trong thời gian 1 năm. Biến chứng phổ biến nhất là chấn thương niệu đạo (67%), bóng vô tình bị phồng lên trong niệu đạo (12%). Trong số 51 trường hợp mắc bệnh liên quan đến ống thông tiểu, 38 (74%) là do các thực tập sinh thực hiện và trong số đó, 28 (73%) xảy ra trong 6 tháng đầu thực tập [2].

Một trong những biến chứng hiếm gặp nhưng có thể đòi hỏi can thiệp xâm lấn là không thể tháo ống

thông do bóng không xẹp - thường liên quan đến gặp ống thông, tắc nghẽn kênh dẫn hoặc chèn ép đầu ống thông trong niệu đạo. Nếu không xử trí đúng cách, tình trạng này có thể dẫn đến tổn thương niệu đạo, chảy máu, nhiễm trùng tiết niệu hoặc phải mổ lấy ống thông.

Tình huống lâm sàng được trình bày dưới đây mô tả một người bệnh nam 85 tuổi có nhiều bệnh lý nền (ung thư bàng quang, K tuyến tiền liệt, đa u tủy xương), có tiền sử phẫu thuật đường tiết niệu và nhiều lần đặt ống thông tiểu, đã gặp sự cố nghiêm trọng trong lần đặt ống thông bơm hóa chất định kỳ. Báo cáo này nhằm phân tích yếu tố nguy cơ, cách xử trí và bài học rút ra từ một tình huống đặc biệt hiếm gặp nhưng có thể gây hậu quả nặng nề nếu không được nhận diện và can thiệp kịp thời.

II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

2.1. Thông tin người bệnh

Người bệnh nam, 85 tuổi, nhập viện khoa Ung bướu bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City để bơm hoá chất bàng quang điều trị ung thư theo lịch. Người bệnh có tiền sử bệnh lý phức tạp: điều trị lao thận trái (1983), gãy xương đùi phải đóng đinh nội tuỷ (1994), mô phi đại tiền liệt tuyến (2010), mô sỏi niệu quản phải (2015), suy thận mạn (từ 2015), ung thư bàng quang phát hiện tháng 10/2020, năm 2021 phát hiện ung thư tuyến tiền liệt, năm 2023 phát hiện đa u tủy xương. Trong quá trình điều trị từ năm 2020 đến nay, người bệnh đã nhiều lần trải qua các phẫu thuật, thủ thuật ngoại khoa cũng như đặt ống thông bàng quang để điều trị hoá chất. Thông tin cụ thể được trình bày tại bảng 1 dưới đây:

Bảng 1: Tiền sử bệnh lý và các thủ thuật liên quan đến hệ tiết niệu

Mốc thời gian	Sự kiện
10/2020	Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u đáy bàng quang, kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán: ung thư biểu mô đường niệu không xâm lấn.
11/2020 - 06/2021	Trải qua 10 lần bơm hóa chất bàng quang qua ống thông (14F hoặc 16F) để điều trị, trong thời gian này có phẫu thuật cắt tổn thương xơ gây chít hẹp cổ bàng quang.
05/2021	Đặt ống thông 14F để bơm hoá chất nhưng không được => sau khi có sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa, đã dùng ống thông hút đờm thay thế và bơm hoá chất thành công.
07/2021	Đặt ống thông 14F để bơm hoá chất nhưng không vào được, chuyển bác sĩ ngoại - nong niệu đạo, tạm ngưng điều trị
09/2024	Cắt xơ cổ bàng quang từ góc 5h đến 7h và cắt u tái phát đáy bàng quang, kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán: ung thư biểu mô đường niệu thể nhú, không xâm nhập độ cao.
11 - 12/2024	6 lần bơm hóa chất bàng quang thuận lợi bằng ống thông 12F

Sự cố gập ống thông trong đặt thông tiểu khó ở người bệnh đa bệnh lý nền...

2.2. Diễn tiến lâm sàng và quá trình can thiệp

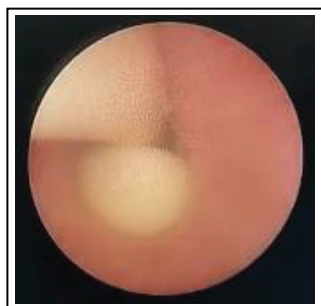
Người bệnh nhập viện ngày 13/1/2025 để bơm hóa chất bàng quang theo chu kỳ sau khi đã điều trị phẫu thuật cắt u bàng quang lần 2. Đây là lần bơm hóa chất thứ 7 trong đợt điều trị này. Các lần trước đã thực hiện bơm hóa chất thuận lợi với ống thông 12F.

Lần này sau khi người bệnh vào viện, 2 điều dưỡng (1 người hơn 10 năm và 1 người gần 20 năm kinh nghiệm) đã tiến hành phối hợp đặt ống thông Foley 2 nhánh cỡ 12F qua đường niệu đạo theo quy trình kỹ thuật mà Vinmec đã xây dựng. Trong quá trình đặt, khi có ít nước tiểu chảy ra đầu ống thì gặp cản trở và không tiếp tục đẩy vào được, sau khi dừng lại để động viên người bệnh thả lỏng vì nghĩ là do co thắt cổ bàng quang, điều dưỡng tiếp tục đẩy ống sâu thêm đến khi còn 2 - 3 cm cuối cùng thì dừng và nhận thấy có ra thêm một ít nước tiểu trong ống dẫn lưu. Điều dưỡng tiến hành bơm bóng chèn 10 ml nước cất

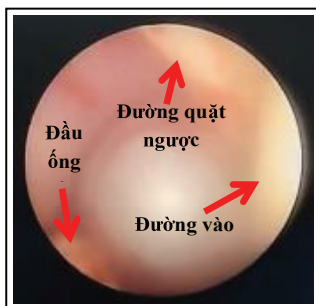
để cố định ống thông, người bệnh báo đau tức vùng niệu đạo, ngay lập tức điều dưỡng hút trở lại nước đã bơm vào bóng chèn nhưng không hút ra được.

Xử trí. Điều dưỡng tiến hành cắt ngang đầu ngoài của ống thông vì nghĩ rằng đường bơm bóng chèn bị lỗi, tuy nhiên nước trong bóng chèn vẫn không ra, nước tiểu cũng không chảy qua ống ống thông → Mời bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu đến kiểm tra: nghi ngờ bóng không xếp do gập 1 đoạn trong niệu đạo → Bác sĩ đã dùng guide wire luồn qua nhánh bơm bóng chèn để chọc thủng bóng nhưng không thành công → Chuyển người bệnh đến phòng mổ, gây tê tùy sống, tiến hành nội soi niệu đạo bằng Optic 4mm 30 độ và phá bóng ống thông bằng Laser → Sau phá bóng thành công, đặt ống thông mới loại 14F, theo dõi nước tiểu trong và không chảy máu. 40 giờ sau thủ thuật, người bệnh ổn định, được rút ống thông và ra viện.

Hình ảnh nội soi và mô tả của BS sau thủ thuật thể hiện dưới đây:



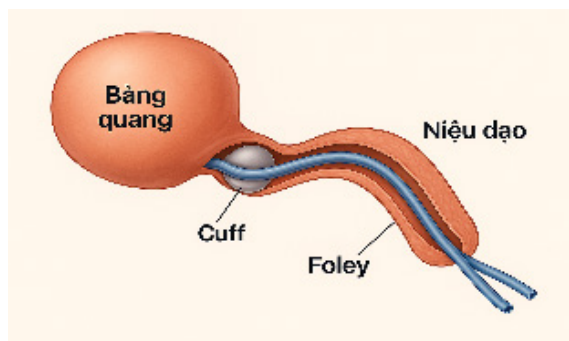
Hình 1: Bóng và ống thông trong niệu đạo nhìn theo chiều đi từ ngoài vào (có 1 đường ống thông đi vào)



Hình 2: Bóng và ống thông trong niệu đạo nhìn theo chiều đi từ trong bàng quang ra (đầu ống, bóng và 2 đoạn ống thông trong lòng niệu đạo)



Hình 3: Bóng và ống thông trong niệu đạo nhìn theo chiều đi từ trong bàng quang ra (có 2 đoạn ống thông trong lòng niệu đạo → có 1 đoạn quạt ngược)



Hình 4: Minh họa lại hình ảnh ống thông bị gập và bóng được bơm lên trong niệu đạo của người bệnh

III. BÀN LUẬN

3.1. Những tình huống có thể dẫn đến đặt thông tiểu khó ở nam giới

Đối với thủ thuật đặt ống thông tiểu ở nam giới, các nguyên nhân dẫn tới khó khăn trong quá trình đặt thường là do niệu đạo bị hẹp. Các vùng hẹp ở niệu đạo nam thường xảy ra ở các vị trí sau: hồ thuyền (hẹp do dụng cụ can thiệp, nhiễm trùng hoặc kích ứng); niệu đạo hành (hẹp do chấn thương, dụng cụ, nhiễm trùng hoặc nguyên nhân chưa rõ); và cổ bàng quang (thường hẹp do xạ trị hoặc dụng cụ hoặc phẫu thuật trước đó). Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có thể gây chèn ép niệu đạo tuyến tiền liệt. Lỗ tiểu thấp, niệu đạo đôi, túi thừa niệu đạo và hồ sau là những biến thể giải phẫu khác có thể dẫn đến việc đặt ống thông tiểu khó khăn [1].

Trong ca bệnh này, nguyên nhân khiến ống thông bị gập có thể do niệu đạo và cổ bàng quang đã bị sẹo xơ trong những lần can thiệp trước đây, cùng với đó là việc sử dụng ống thông 12F có độ mềm nhất định, khi đầu ống vướng phần hẹp mà cố đẩy thêm thì ống dễ bị gập dẫn đến việc điều dưỡng lâm tưởng ống thông đã vào bàng quang do vẫn thấy được gần hết chiều dài của ống vào niệu đạo và đã bơm bóng chèn khi mà đầu ống vẫn nằm trong niệu đạo.

Chấn thương đặt ống thông niệu đạo biến một thủ thuật tương đối đơn giản thành một trường hợp khẩn cấp với khả năng gây bệnh lâu dài cũng như gánh nặng tài chính đáng kể cho cả người bệnh và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong trường hợp nặng có thể dẫn đến các biến chứng có khả năng gây tử vong [3].

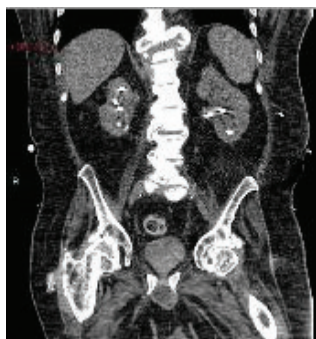
Theo Villanueva và cộng sự, một trong những sai lầm thường gặp là cố gắng đặt nhiều lần mà không đánh giá lại tình trạng giải phẫu, dẫn đến tăng nguy cơ tai biến [4]. Ngoài ra, hiện tượng ống thông bị gập hoặc thắt nút trong niệu đạo hoặc bàng quang cũng

là một biến chứng hiếm gặp nhưng đã được ghi nhận trong y văn. Vijay Pal Singh và cộng sự đã tìm hiểu chi tiết 3 ca bệnh trẻ em và 31 ca khác cho thấy: Thắt nút xảy ra hầu như chỉ ở trẻ em (33/34, 97%), phổ biến hơn ở trẻ trai (22/34, 65%) và thường liên quan đến ống thông nuôi ăn (27/34, 79%) với thắt nút ở bàng quang (28/34, 82%). Chiều dài đặt, cỡ nòng và độ cứng của ống thông, kỹ thuật và các yếu tố của người bệnh là những yếu tố quan trọng. Tránh đặt quá nhiều và sử dụng ống thông có kích thước phù hợp (không quá nhỏ) có thể làm giảm nguy cơ [5].

Một nghiên cứu đa trung tâm của Stefanie M. Croghan đăng trên tạp chí Journal of Investigative Surgery năm 2022 được tiến hành trong khoảng thời gian 3 - 4 tháng, kết hợp bảy bệnh viện học thuật trên khắp Vương quốc Anh và Ireland. Các trường hợp chấn thương niệu đạo phát sinh từ nỗ lực đặt ống thông đã được ghi lại. Kết quả cho thấy đã xác định được sáu mươi sáu chấn thương do đặt ống thông niệu đạo. Tỷ lệ chấn thương trung bình là $6,2 \pm 3,8$ trên 1000 lần đặt ống thông (3,18 - 14,42/1000). Tất cả người bệnh bị thương đều là nam, tuổi trung bình $76,1 \pm 13,1$ tuổi. Chấn thương do đặt ống thông niệu đạo xảy ra ở nhiều bệnh viện/cộng đồng, phổ biến nhất là khoa cấp cứu (36%) và khoa nội/phẫu thuật (30%). Cần can thiệp tiết niệu ở 94,7% (54/57), trong đó cần đặt ống thông trên xương mu ở 12,3% (n = 7) [6].

3.2. Một số sự cố được báo cáo trong y văn

Một báo cáo ca bệnh được đăng trên tạp chí BMJ năm 2014: người bệnh nam giới, 51t, bị liệt tứ chi, ống thông tiểu được đặt để rửa bàng quang do chảy máu bể thận. Ống thông cỡ 16F, đặt thuận lợi, máu được dẫn lưu qua ống thông. Ngày hôm sau, ống thông bị tắc. Chụp CT thận và bàng quang cho thấy ống thông Foley bị gập đôi ở niệu đạo hành, bóng chèn nằm trong niệu đạo [7].



Hình 5: Hình ảnh CT không thấy ống thông và bóng chèn trong bàng quang



Hình 6-7: Hình ảnh CT cho thấy ống thông và bóng chèn nằm trong niệu đạo hành

Sự cố gập ống thông trong đặt thông tiểu khó ở người bệnh đa bệnh lý nền...

Ca bệnh khác được báo cáo trên tạp chí SpringerOpen năm 2022: Một phụ nữ 88 tuổi (cao 143 cm; cân nặng 51 kg) đã được lên lịch phẫu thuật nội soi không liên quan đến đường tiết niệu. Sau khi gây mê toàn thân, một ống thông Foley 14-Fr đã được đưa vào qua niệu đạo mà không gặp khó khăn. Mặc dù ống thông được đưa vào đủ sâu đối với người bệnh nữ, vẫn quan sát thấy ít nước tiểu chảy ra. Bóng của ống thông sau đó được bơm bằng 10 mL nước cất và ống thông được rút ra cho đến khi cảm thấy có lực cản. Ca phẫu thuật hoàn thành mà không gặp khó khăn gì và không thấy ống thông niệu đạo bị trục trặc trong thời gian quanh phẫu thuật. Vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật, ống thông niệu đạo đã được tháo ra theo đúng kế hoạch. Điều dưỡng phụ trách người bệnh gặp một chút khó khăn khi rút dịch bơm bóng, đã rút được 7 trong số 10 mL nước cất; sau đó điều dưỡng đã tháo ống thông ra. Ống thông được rút ra với lực cản nhẹ và phát hiện thấy một nút thắt trong ống thông (Hình 4). May mắn thay, không có tổn thương niệu đạo nào xảy ra và người bệnh được xuất viện vào ngày thứ 10 sau phẫu thuật [8].



Hình 8: Ống thông bị 1 nút thắt và bóng chưa xếp hoàn toàn sau khi rút ra từ niệu đạo của người bệnh

Tác giả Subramanian và cộng sự sau khi hồi cứu lại 5 trường hợp người bệnh bị chấn thương cột sống có liệt hoàn toàn tứ chi hoặc 2 chi dưới tại 1 Trung tâm chấn thương từ năm 2012 - 2015, những trường hợp này đều gặp sự cố bóng chèn của ống thông Foley được bơm lên khi vị trí vẫn nằm trong niệu đạo (hình ảnh minh họa của 1 ca bệnh trong số đó được thể hiện ở hình 5). Tác giả đã đưa ra các khuyến cáo: người bệnh chấn thương tủy sống có nguy cơ cao bị bóng chèn của ống thông tiểu phồng lên trong niệu đạo do mất cảm giác, co thắt cơ thắt

niệu đạo và đi sai vị trí do chấn thương niệu đạo trước đó. Giáo dục và đào tạo bác sĩ và điều dưỡng về kỹ thuật đặt ống thông đúng cách cho người bệnh chấn thương tủy sống là rất quan trọng để ngăn ngừa tình trạng này. Nếu người bệnh chấn thương tủy sống có triệu chứng bị mất hoặc rối loạn phản xạ tự chủ sau khi đặt ống thông, cần nghi ngờ đặt ống thông niệu đạo không đúng cách [9].



Hình 9: Hình ảnh XQ bên trái và CT bên phải đều cho thấy bóng của ống thông Foley được bơm lên trong niệu đạo gần của người bệnh bị chấn thương cột sống

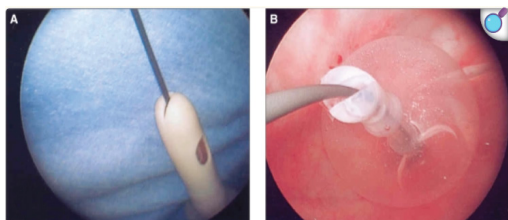
3.3. Cách xử lý khi nghi ngờ ống thông bị thắt nút, gập ống thông hoặc bóng được bơm lên trong niệu đạo

Thông tin tiền sử liên quan đến các lần đặt ống thông trước đây của nhân viên y tế là vô cùng quan trọng: khoảng cách ống thông khi đặt vào niệu đạo cảm thấy tắc nghẽn (< 16cm có thể bị hẹp niệu đạo, > 16cm có thể do phì đại tiền liệt tuyến, kỹ thuật không đúng hoặc co thắt cổ bàng quang), đã từng bị bơm bóng trong niệu đạo hoặc loại và kích thước ống thông đã sử dụng, cũng như số lượng người đã thử đặt ống thông trước đó (số lượng người đã thử càng nhiều có thể cho thấy việc đặt ống thông càng khó khăn). Phương pháp tiếp cận được chúng tôi khuyến nghị đối với việc đặt ống thông niệu đạo nam khó khăn ở những người bệnh bị bí tiểu hoặc cần đặt ống thông Foley để theo dõi lượng nước tiểu là thử nghiệm ban đầu với ống thông 18F, sau đó là ống thông silicon 12F. Nếu phương pháp này không thành công, chúng tôi đề xuất sử dụng kỹ thuật Glidewire mù hoặc ống soi bàng quang mềm để đưa Glidewire dưới tầm nhìn trực tiếp là những lựa chọn hợp lý [4].

Một khuyến cáo khác của Rei K Chiou và cộng sự được đưa ra sau khi áp dụng cho hơn 150 trường hợp đặt ống thông khó mà không gặp bất kỳ biến

Sự cố gấp ống thông trong đặt thông tiểu khó ở người bệnh đa bệnh lý nền...

chúng nào, đó là việc nên đặt một dây dẫn vào bàng quang qua vùng cản trở, sau đó đặt một ống thông Foley lên trên dây dẫn. Đây là một thủ thuật rất dễ thực hiện và có thể được hướng dẫn cho điều dưỡng viên để tránh việc phải gọi bác sĩ tiết niệu một cách không cần thiết [10].

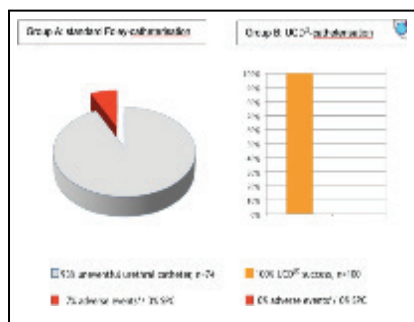


Hình 10: Minh họa cách sử dụng dây dẫn khi đặt sonde tiểu

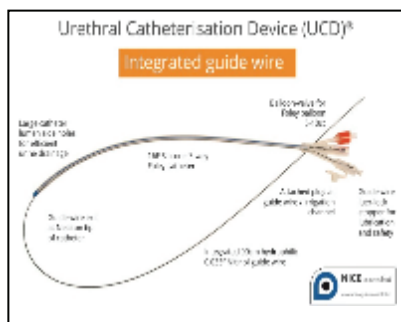
Một số phương pháp có thể áp dụng khi bóng không xẹp trong bàng quang hoặc niệu đạo đã được đề cập và khuyến cáo sử dụng: dùng kim để chọc thủng bóng dưới hướng dẫn của siêu âm trên xương mu kèm theo gây tê tại chỗ; nội soi bàng quang có gây mê toàn thân [11].

Tác giả F. Khayyamfar và cộng sự cũng đã đề xuất đến kỹ thuật để xử lý khi bóng không xẹp dẫn đến việc không rút được ống thông ra đó là cắt dần đoạn ống thông bên ngoài niệu đạo dọc theo chiều dài của ống thông đến khi nước trong bóng chảy ra và rút ống. Biện pháp này đã hiệu quả đối 78% người bệnh gặp sự cố bóng của ống thông không xẹp [12]. Trong ca bệnh của chúng tôi, điều dưỡng cũng đã thực hiện việc cắt ống thông nhưng không hiệu quả.

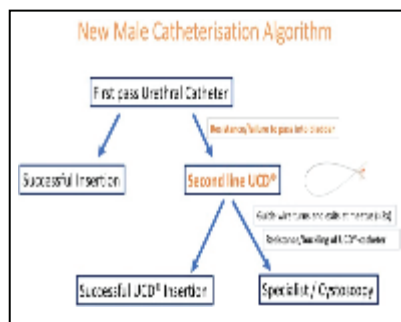
Một nghiên cứu đoàn hệ đã được thực hiện tại một trung tâm tim mạch lồng ngực so sánh tính an toàn và hiệu quả của việc đặt ống thông Foley giữa 2 nhóm người bệnh: nhóm 1 được đặt ống thông theo quy trình thường quy bình thường và nhóm 2 được đặt ống thông với thiết bị hỗ trợ (thiết bị đặt ống thông niệu đạo). Kết quả cho thấy 7% người bệnh trong nhóm 1 gặp phải biến cố bất lợi như chảy máu niệu đạo hoặc phải đặt ống thông trên xương mu, trong khi 100% người bệnh ở nhóm 2 đều được đặt ống thông thành công và không xảy ra biến cố nào [3]. Chi tiết được thể hiện ở các hình dưới đây:



Hình 11: So sánh giữa nhóm đặt ống thông Foley có thiết bị hỗ trợ với kỹ thuật thường quy



Hình 12: Hình ảnh thiết bị hỗ trợ đặt ống thông niệu đạo



Hình 13: Lưu đồ mới giúp xử lý tình trạng đặt ống thông tiểu khó ở nam giới

3.4. Bài học kinh nghiệm

Qua các tài liệu tham khảo và từ ca bệnh thực tế này, có thể rút ra một số bài học kinh nghiệm như sau: Luôn xác định chính xác vị trí ống thông trước khi bơm bóng chèn; nên sử dụng dây dẫn đường đôi với các trường hợp đặt ống thông tiểu khó; cần có sự phối hợp sớm với chuyên khoa ngoại tiết niệu trong các ca phức tạp hoặc người bệnh có tiền sử can thiệp đường tiết niệu nhiều lần, có thể cần đặt ống thông dưới hướng dẫn của nội soi; việc xây dựng các hướng dẫn xử trí đặt ống thông khó và đào

tạo mô phỏng lâm sàng sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng này cho thấy rằng đặt ống thông tiểu không đơn thuần là thủ thuật kỹ thuật, mà là một can thiệp cần đánh giá kỹ càng, nhất là với người bệnh có yếu tố nguy cơ, có tiền sử can thiệp hoặc phẫu thuật đường tiết niệu nhiều lần hoặc phức tạp. Tai biến có thể tránh được nếu điều dưỡng có kiến thức, thao tác đúng, biết dừng lại đúng lúc và phối hợp kịp thời với bác sĩ chuyên khoa.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki. Bệnh nhân đã được cung cấp đầy đủ thông tin và đồng ý cho sử dụng dữ liệu lâm sàng và hình ảnh trong báo cáo này. Danh tính của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bianchi A, Leslie SW, Chesnut GT. Difficult Foley Catheterization, in StatPearls. 2025: Treasure Island (FL).
2. Thomas AZ, Giri SK, Meagher D, Creagh T. Avoidable iatrogenic complications of urethral catheterization and inadequate intern training in a tertiary-care teaching hospital. BJU international. 2009; 104(8): 1109-1112.
3. Bugeja S, Mistry K, Yim I, Tamimi A, Roberts N, Mundy A. A new urethral catheterisation device (UCD) to manage difficult urethral catheterisation. World journal of urology. 2019; 37: 595-600.
4. Villanueva C, Hemstreet III GP. Difficult male urethral catheterization: a review of different approaches. International braz j urol. 2008; 34: 401-412.
5. Singh VP, Sinha S. Spontaneous knotting of urinary catheters placed with nonindwelling intent: Case series and literature review. Urol Ann. 2019; 11(4): 443-446.
6. Croghan SM, Hayes L, O'Connor EM, Rochester M, Finch W, Carrie A, et al. A prospective multi-institutional evaluation of iatrogenic urethral catheterization injuries. Journal of Investigative surgery. 2022; 35(10): 1761-1766.
7. Subramanian V, Soni B, Hughes P, Singh G. Doubling back of Foley catheter in urethra in a tetraplegic patient: delayed recognition. BMJ Case Rep. 2014; 2014.
8. Oishi A, Mogami M, Kushida N, Nemoto C, Inoue S. Rare case of urethral catheter knot formation in a woman during elective surgery. JA Clin Rep. 2022; 8(1): 97.
9. Subramanian V, Soni BM, Hughes PL, Singh G, Oo T. The risk of intra-urethral Foley catheter balloon inflation in spinal cord-injured patients: Lessons learned from a retrospective case series. Patient Safety in Surgery. 2016; 10: 1-8.
10. Chiou RK, Aggarwal H, Chen W. Glidewire-assisted Foley catheter placement: a simple and safe technique for difficult male catheterization. Canadian Urological Association Journal. 2009; 3(3): 189.
11. Utlu A, Guclu Utlu S, Aksakalli T, Cinislioglu, Demirdogen S. Management of Non-Deflating Foley Catheter Balloons in Emergency and Urology Clinics: A 5-Year Retrospective Study. Grand journal of urology (Online). 2023; 3(3).
12. Khayyamfar F, Forootan SK, Ghasemlouei A, Khayyamfar AM, Ghasemi H. Two New Techniques for Management of Non-Deflating Foley Catheters in Men. Translational Research in Urology. 2021; 3(3): 121-124.