

ĐÀO TẠO LÂM SÀNG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP CẤP NẶNG

THỞ MÁY XÂM NHẬP TRONG HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP QUẢN LÝ ĐAU, KÍCH ĐỘNG VÀ SẢNG

Dịch sang tiếng Việt từ bản tiếng Anh *Đào tạo lâm sàng về Nhiễm trùng hô hấp cấp nặng, 2020*. WHO không chịu trách nhiệm về nội dung và tính chính xác của bản dịch. Trong trường hợp có sự không nhất quán giữa bản dịch tiếng Việt và bản tiếng Anh, bản tiếng Anh sẽ là bản chính thức.

Translated from Vietnamese from Clinical Care Severe Acute Respiratory Infection, 2020. WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the Vietnamese, the original English version shall be the binding and authentic version.



**World Health
Organization**

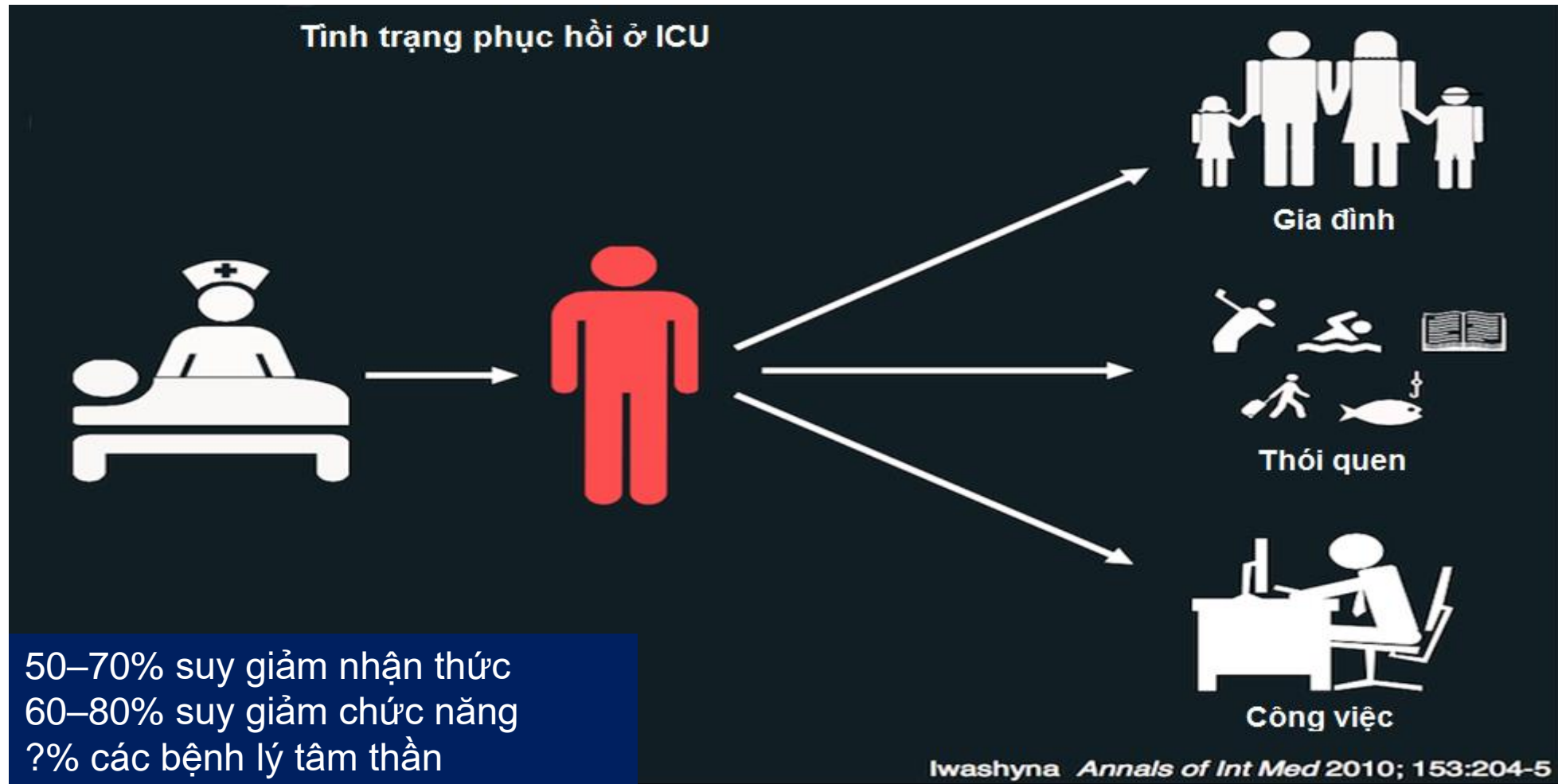
HEALTH
EMERGENCIES
programme

Mục tiêu học tập

Kết thúc bài học, bạn có thể :

- Mô tả các biến chứng lâu dài liên quan tới sử dụng thuốc an thần ở bệnh nhân nguy kịch (trước hết là không gây hại).
- Mô tả lợi ích lâu dài liên quan tới việc tiếp cận quản lý đau, kích động, sảng (PAD) theo protocol.
- Xây dựng một protocol phù hợp với bối cảnh bệnh viện của bạn.

Bệnh nhân hồi phục : các biến chứng lâu dài



Lịch sử dùng thuốc an thần

- Trong lịch sử, bệnh nhân được an thần sâu vì:
 - Những thế hệ máy thở đầu tiên không nhạy cảm với nỗ lực thở của bệnh nhân, dẫn đến sự mất thoải mái và mất đồng thì bệnh nhân-máy thở
 - Niềm tin là gây quên cho bệnh nhân là điều mong muốn.
- An thần nhẹ hoặc không sử dụng an thần là tiêu chuẩn hiện tại khi chăm sóc hầu hết bệnh nhân
 - Các máy thở hiện đại đều nhạy với nỗ lực bệnh nhân và các bệnh nhân đồng bộ hơn với máy thở
 - Chứng quên có thể góp phần thực sự vào nguy cơ sang chấn tâm lý
 - An thần sâu có thể gây các biến chứng hô hấp, tim mạch, thần kinh, tâm lý, và miễn dịch và góp phần vào nguy cơ tử vong.

Mục tiêu là tạo cho bệnh nhân THOẢI MÁI, bao gồm kiểm soát đau, chống lo âu phòng và điều trị sáng.

Đạt được cân bằng giữa giảm đau và an thần đang là một thách thức.



Thực hiện đầy đủ hướng dẫn PAD giúp cải thiện kết cục bệnh nhân

- Kết cục trước mắt
 - Số ngày thở máy ít hơn (rút ống sớm hơn)
 - Số ngày bị sảng ít hơn
 - Số ngày nằm ICU ít hơn
 - Chi phí nằm viện thấp
 - Vận động nhiều hơn trong thời gian nằm ICU
 - Tăng tỉ lệ sống.
- Kết cục lâu dài
 - Chức năng nhận thức tốt hơn
 - Vận động thực thể tốt
 - Ít gặp các rối loạn tâm thần (sang chấn tâm lý, trầm cảm, lo lắng)
 - Tăng tỉ lệ sống.

Phát triển một hướng dẫn PAD phù hợp với bệnh viện của bạn



Xây dựng PAD protocol

Bước 1: Đánh giá, phát hiện tình trạng đau, kích động và sảng bằng việc sử dụng các thước đo được chuẩn hóa

Bước 2: Quản lý đau đầu tiên: ngăn ngừa và điều trị

Bước 3: Quản lý lo lắng: chọn thuốc an thần

Bước 4: Quản lý sảng: phòng và điều trị

Bước 5: Nhận biết các tình huống đặc biệt có thể cần an thần sâu và thuốc giãn cơ (ARDS nặng)

Bước 6: Theo dõi- ghi chép- phiên giải- đáp ứng

Bước 7: Chăm sóc chất lượng: thực hiện như một phần của gói ABCDEF.

Bước 1



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Nhận biết đau, kích động và sảng

- Bệnh nhân thở máy nên được đánh giá thường quy để phát hiện đau, kích động và sảng :
 - ví dụ: 1 tới 2 lần cho mỗi ca trực của điều dưỡng và khi cần.
- Sử dụng các công cụ chuẩn hóa để giảm thiểu sai khác giữa những người thực hiện khác nhau.
- Kích thích là triệu chứng không đặc hiệu của đau, lo lắng, hoặc sảng :
 - tìm và xử trí nguyên nhân gốc rễ.

Tại sao bệnh nhân nằm ICU lại đau?

Đau

Bệnh nhân có thể bị đau do nhiều nguyên nhân:

- Do chính bản thân bệnh lý:
Ví dụ: viêm màng phổi, vị trí tổn thương, phẫu thuật
- Do tiến triển bệnh:
Ví dụ: khó chịu do ống nội khí quản, cứng khớp, chăm sóc vết thương, vùng loét tì đè hoặc bất động.

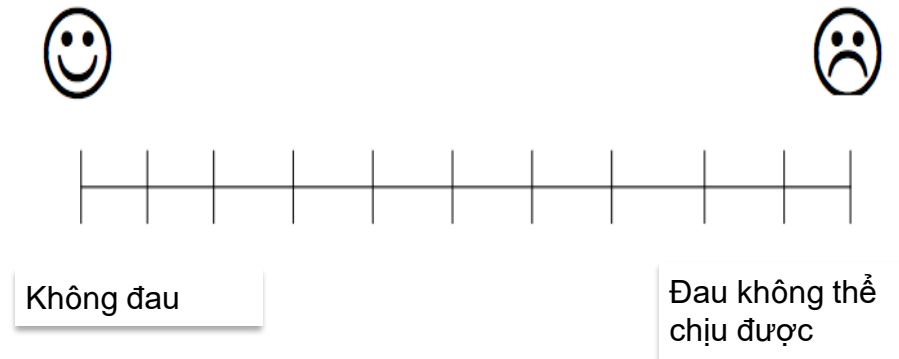
Các dấu hiệu không đặc hiệu của đau gồm toát mồ hôi, tăng huyết áp, mạch nhanh. Những dấu hiệu này ít đáng tin cậy.

Bước 1a. Nhận biết đau



- Bệnh nhân có thể tự kể, sử dụng thang đo đau 10 điểm:
 - tin cậy, chính xác (tiêu chuẩn vàng):
 - Thang đo qua tín hiệu thị giác (Visual Analog Scale, VAS)
 - Khuôn mặt Wong Baker
- Các bệnh nhân không giao tiếp được hoặc dung an thần, sử dụng thang đo đau theo hành vi:
 - đánh giá dựa trên biểu hiện khuôn mặt, di chuyển chi, tình trạng căng cơ và chống máy thở :
 - Thang điểm đau theo hành vi (Behavioural Pain Scale, BPS) và công cụ quan sát đau trong chăm sóc tích cực (Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT))
 - Thang Comfort-B.

Thước đo đau



Thang điểm đau theo hành vi (BPS)		
Dấu hiệu	Mô tả	Điểm
Biểu thị khuôn mặt	Thoải mái	1
	Căng nhẹ (ví dụ: cau lông mày)	2
	Căng toàn bộ (ví dụ: nhắm mắt)	3
	Nhăn nhó	4
Vận động chi	Không cử động	1
	Uốn cong 1 phần	2
	Uốn cong toàn bộ với các ngón tay co	3
	Co rút liên tục	4
Phối hợp với thở máy	Cử động dung nạp tốt	1
	Ho nhưng còn thở theo máy phần lớn thời gian	2
	Chống máy	3
	Không thể kiểm soát thông khí	4

Điểm BPS dao động từ 3 (không đau)- 12 (đau hết mức)

Điểm càng thấp thì hiệu quả an thần là cao.

Tại sao bệnh nhân nằm ICU lại lo âu?

Lo âu

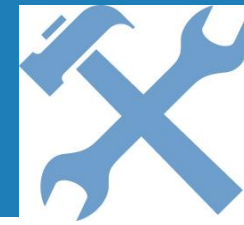
Bệnh nhân có thể có cảm giác sợ hãi quá mức, lo lắng và có thể biểu hiện như kích thích tăng hoạt động.

Bệnh nhân cũng có thể biểu hiện giảm hoạt động, hội chứng cai, hay ngờ vực hoặc bộ dạng thờ ơ

Do chính các bệnh lý gốc (ví dụ, sepsis) hoặc do bản thân thuốc điều trị (ví dụ liên quan đến thuốc)



Bước 1b. Nhận biết tình trạng lo âu



- Ở người lớn và trẻ em, sử dụng thang điểm kích thích- an thần (Richmond Agitation-Sedation Scale- (RASS) (slide sau): :
 - dựa trên sự quan sát đáp ứng của bệnh nhân với lời nói và kích thích đau.
 - sự di chuyển của cơ thể, mở mắt, thời gian tiếp xúc ánh mắt
- Ở trẻ em, sử dụng thang điểm (Comfort-B scale) :
 - dựa trên quan sát hành vi của trẻ :
 - khóc, trương lực cơ mặt, trương lực cơ, vận động, thức tỉnh, mức độ hợp tác máy thở

Thang điểm RASS (thời gian đánh giá 20 giây)

Điểm	Thuật ngữ	Mô tả
+4	Hiếu chiến	Hiếu chiến rõ ràng hoặc bạo lực và nguy hiểm ngay lập tức cho nhân viên
+3	Rất kích động	Kéo hoặc rút ống/ đường truyền hoặc có hành vi gây hấn
+2	Kích động	Thường xuyên di chuyển không có mục đích hoặc chống máy thở
+1	Bồn chồn	Lo lắng hoặc sợ hãi nhưng hành động mạnh mẽ như gây hấn
0	Tỉnh táo và bình tĩnh	
-1	Thẫn thờ	Không tỉnh táo hoàn toàn nhưng duy trì sự thức tỉnh (giao tiếp ánh mắt) với lời nói (>10 giây)
-2	An thần nhẹ	Nhận thức ngắn có giao tiếp ánh mắt với lời nói (<10 giây)
-3	An thần trung bình	Vận động hoặc mở mắt với lời nói (nhưng không có giao tiếp bằng ánh mắt)
-4	An thần sâu	Không đáp ứng với giọng nói, có vận động hoặc mở mắt khi kích thích thực thể
-5	Mất sự thức tỉnh	Không đáp ứng với giọng hoặc kích thích thực thể

Kích thích
giọng nói

Kích thích
thực thể

Tại sao bệnh nhân nằm ICU lại bị sáng?

Sáng

Bệnh nhân biểu hiện dao động về nhận thức liên quan tới sự mất chú ý và tư duy lẫn lộn hoặc rối loạn tri giác xuất hiện trong khoảng thời gian ngắn.

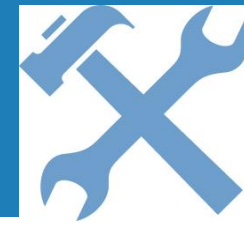
Có 3 dạng: giảm động, tăng động và hỗn hợp. Hình thức tăng động ít phổ biến nhưng dễ chẩn đoán nhất.

Do các tình trạng thứ phát (ví dụ: đau, hạ oxy máu, sốc, nhiễm trùng, bất thường điện giải, rối loạn chuyển hóa, thuốc). Benzodiazepines là thuốc phổ biến gây hội chứng cai.

Sáng là yếu tố dự báo độc lập nguy cơ tử vong.

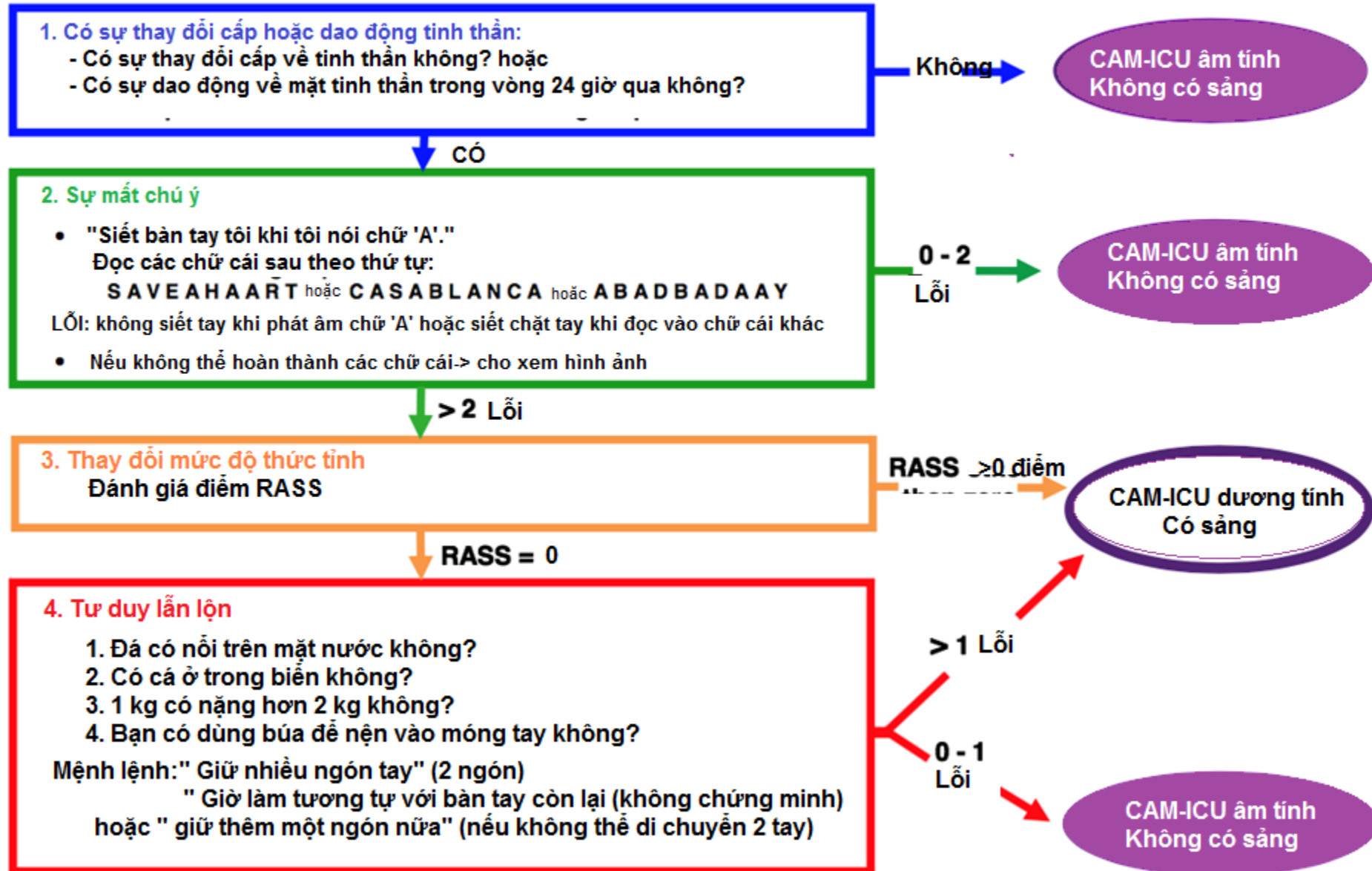


Bước 1c. Nhận biết sáng



- Phương pháp đánh giá tình trạng lú lẫn (Confusion Assessment Method, CAM-ICU) dùng để đánh giá sáng ở bệnh nhân người lớn (CAM-ICU) và trẻ em trên 4 tuổi (pCAM-ICU).
 - Dựa trên:
 - Sự dao động về tình trạng tinh thần
 - Mất chú ý
 - Các mức độ thức tỉnh
 - Tư duy lẫn lộn.

Sơ đồ phương pháp đánh giá lú lẫn tổng ICU (CAM-ICU)



BƯỚC 2



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Quản lý đau trước tiên (1/2)

- Tiếp cận theo cách giảm đau có thể phù hợp ở hầu hết bệnh nhân nguy kịch và giảm thiểu nhu cầu thêm thuốc an thần:
 - Dùng thuốc giảm đau trước để làm dịu cơn đau trước khi có thủ thuật xâm hoặc có khả năng gây đau.
- Sử dụng opioid điều trị đau không do thần kinh:
 - Thuốc phổ biến:
 - fentanyl, morphine, hydromorphone.
 - Liều:
 - Bắt đầu liều ngắt quãng
 - Cân nhắc truyền liên tục dựa trên nhu cầu liều ngắt quãng hoặc nếu bệnh nhân có đau mạn tính
 - Tránh an thần quá mức.



Quản lý đau trước tiên (2/2)

- Tối ưu thuốc giảm đau không opiate đơn thuần để giảm thiểu sử dụng thuốc opioid và những ảnh hưởng thứ cấp có hại của chúng:
 - acetaminophen (paracetamol)
 - Kháng viêm không steroid, thuốc (ví dụ. ibuprofen) ở những bệnh nhân nhất định, nhưng không dùng thường quy ở TRẺ < 1 tháng
 - Sucrose đường uống cho giảm đau thủ thuật cho trẻ sơ sinh.
- Bệnh nhân đau do thần kinh, có thể cân nhắc các thuốc:
 - gabapentin, carbamazepine, amitriptyline.
- Với trường hợp đau khu trú, cân nhắc gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ tại chỗ

BƯỚC 3



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Quản lý lo âu (1/4)

- Đặt ra mục tiêu :
 - Dựa theo tình trạng lâm sàng, các kế hoạch điều trị.
 - Sự đồng ý của đội ngũ chăm sóc y tế.
- Với hầu hết bệnh nhân, mục tiêu là an thần nhẹ để bệnh nhân tỉnh (0), trấn tĩnh (-1):
 - Trừ khi có chống chỉ định trên lâm sàng.
- Sử dụng thuốc an thần để đạt được điểm an thần theo mục tiêu:
 - Luôn sử dụng liều thấp nhất để đạt được mục tiêu an thần và giảm những tác dụng thứ cấp có hại.



Quản lý lo âu (2/4)

- Chọn thuốc an thần tác dụng ngắn khi có thể:
 - Truyền tĩnh mạch liên tục thuốc tác dụng rất ngắn:
 - propofol không dùng cho trẻ <16 tuổi
 - dexmedetomidine (nếu có sẵn)
 - An thần đường uống hay được sử dụng ở trẻ em:
 - chloral hydrate
 - triclofos
 - Benzodiazepine tác dụng ngắn, liều ngắn quãng (ví dụ: midazolam)
- Các lựa chọn thay thế:
 - ketamine (nếu có sẵn)
 - clonidine (nếu dexmedetomidine không có sẵn)

Tránh truyền liên tục benzodiazepines vì có liên quan tới thời việc kéo dài thời gian thở máy và tăng nguy cơ sảng.



Quản lý lo âu (3/4)

- Thận trọng khi truyền benzodiazepin tĩnh mạch liên tục ở bệnh nhân không sử dụng được thuốc có tác dụng ngắn.
- Ưu tiên truyền tĩnh mạch liều thấp, điều chỉnh liều thấp nhất để đạt được điểm RASS mong muốn.
- Nếu bệnh nhân an thần quá mức khi truyền tĩnh mạch liên tục, đánh giá hàng ngày bằng thử nghiệm thức tỉnh (SAT).
- Dừng narcotic (ngay khi kiểm soát được cơn đau) và các thuốc an thần là an toàn ở hầu hết bệnh nhân nặng, ngoại trừ:
 - Co giật, cai rượu, kích động nặng, nhồi máu cơ tim tiến triển, tăng áp lực nội sọ hoặc đang dùng thuốc giãn cơ



Quản lý lo âu (4/4)

- Nếu tiến hành thử nghiệm thức tỉnh (SAT):
 - Theo dõi sát bệnh nhân với các dấu hiệu kích thích, huyết động không ổn định, suy hô hấp
 - Nếu có các dấu hiệu trên, truyền lại thuốc an thần với liều bằng $\frac{1}{2}$ liều trước đó
- Một vài chuyên gia gợi ý không dùng an thần, ngoại trừ morphin 2.5-5 mg bolus khi cần:
 - Có thể giảm thời gian thở máy, thời gian nằm ICU và nằm viện, giảm nguy cơ sảng
 - Không làm tăng nguy cơ tự rút ống nội khí quản hoặc các biến chứng khác
 - Phụ thuộc rất lớn vào tỉ lệ điều dưỡng: bệnh nhân

**Phối hợp SAT và thử nghiệm thở tự nhiên (SBT).
Khi thực hiện đồng thời, có thể rút ngắn thời gian
thở máy và bệnh nhân có khả năng sống sót sau 1
năm cao hơn.**



BƯỚC 4



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Quản lý sảng (1/4)

- Điều trị các tình trạng bệnh lý kèm theo.
- Dừng các thuốc gây sảng (ví dụ: benzodiazepines).
- Kiểm soát cơn đau hợp lý.

Sảng là yếu tố nguy cơ độc lập gây tử vong ở ICU và gây suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sống sót

Cần thiết nhận biết và điều trị sớm.

Tuy nhiên, còn thiếu dữ liệu về các thử nghiệm lâm sàng về cách điều trị có hiệu quả cao nhất.



Quản lý sáng (2/4)

- Sử dụng các can thiệp không thuốc:
 - Vệ sinh giấc ngủ:
 - Đảm bảo chu trình ngủ bằng việc kiểm soát ánh sáng, giảm tiếng ồn, kích thích ban đêm, che mắt, nút lỗ tai
 - Các hoạt động nhóm bệnh nhân.
 - Định hướng:
 - Định hướng lại bệnh nhân với môi trường xung quanh, trấn an và khuyến khích gia đình tới thăm, có các đồ vật quen thuộc trong phòng
 - Cung cấp phương tiện trực quan, máy trợ tính, ti vi trong cả ngày, âm nhạc.
 - Vận động và tập luyện sớm.
 - Rút bỏ ống, và dây buộc càng sớm càng tốt.

Bước 5



World Health
Organization

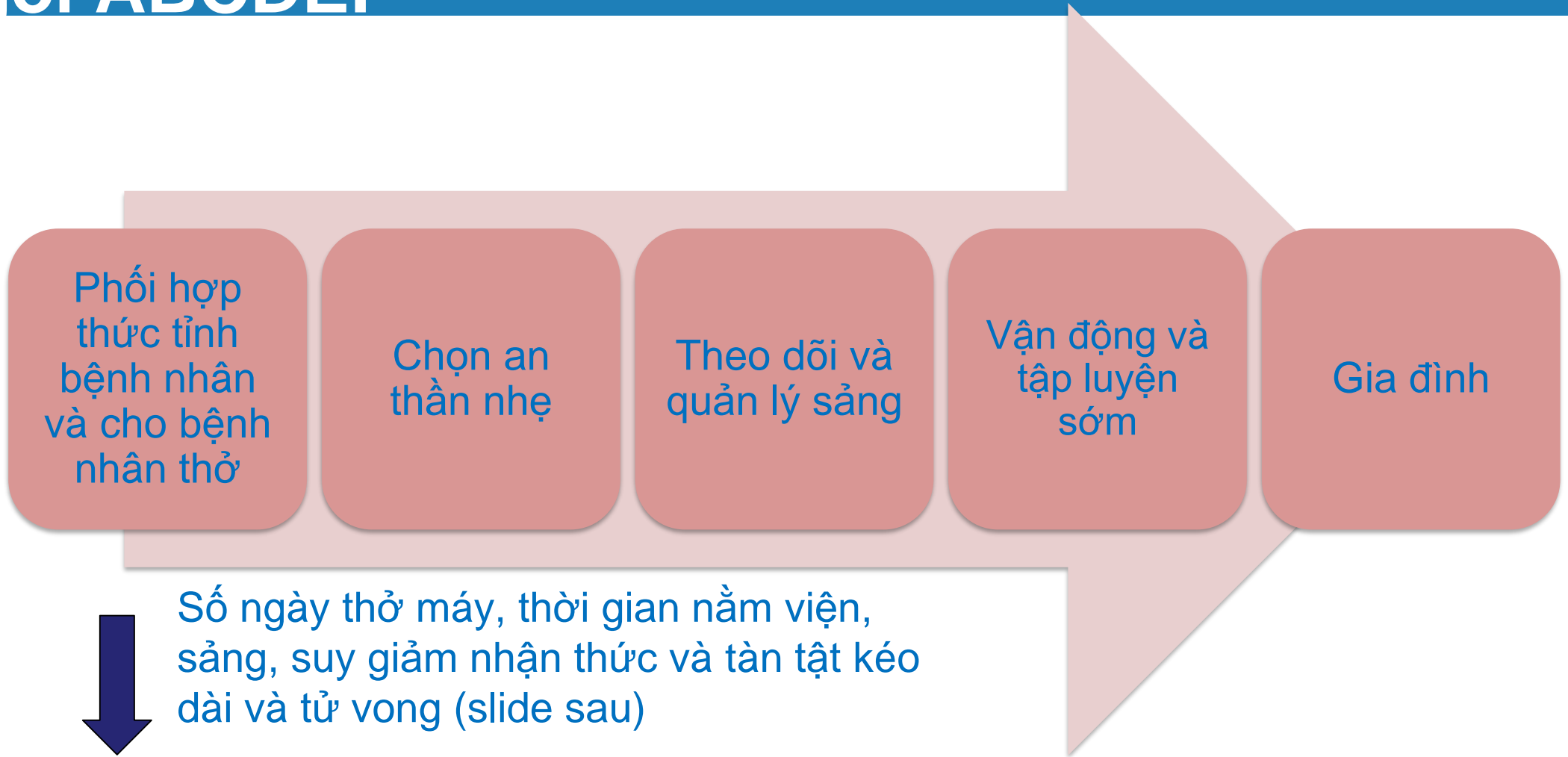
HEALTH
EMERGENCIES
programme

Những cân nhắc đặc biệt ở bệnh nhân ARDS nặng

- Ở bệnh nhân ARDS nặng, đích an thần sâu (RASS -4, -3) để tối ưu chiến lược thông khí bảo vệ phổi:
 - Bệnh nhân ARDS nặng dễ xấu đi nếu có vận động nhẹ hoặc mất đồng bộ với máy thở.
 - Không nên ngắt quãng an thần.
- Sử dụng thuốc giãn cơ sớm trong thời gian ngắn (<48 giờ):
 - Liên quan tới giảm tỉ lệ tử vong và tăng thời gian không bị suy tạng
 - **Và không gây yếu cơ kéo dài**
- Thuốc giãn cơ phải được sử dụng kết hợp với thuốc an thần truyền tĩnh mạch để giúp gây quên và giảm đau
 - Thuốc giãn cơ **không có** tác dụng an thần, gây quên hoặc giảm đau.



Đau, kích động, sáng như là một phần của gói ABCDEF



Trang web hữu ích

Để tìm thấy hướng dẫn PAD, các video, công cụ đào tạo bao gồm thông tin về gói ABCDE, xin truy cập website:
www.icudelirium.org



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Tóm tắt

- Thực hiện tiếp cận quản lý đau, kích động, sáng theo protocol để cải thiện kết cục bệnh nhân.
- Thường quy đánh giá bệnh nhân với công cụ được chuẩn hóa (ví dụ: VAS, RASS, CAM-ICU).
- Trước tiên cần điều trị đau (opioid hoặc không opioid) để giảm thiểu tác dụng có hại của thuốc an thần.
- Điều trị lo âu bằng thuốc an thần không benzodiazepin (khi có thể) và đạt đích an thần nhẹ ở hầu hết bệnh nhân.
- Sử dụng các can thiệp không dùng thuốc để phòng ngừa sáng



Lời cảm ơn

Những người tham gia

Dr Charles David Gomersall, The Chinese University of Hong Kong,
Prince of Wales Hospital, Hong Kong, SAR, China

Dr Janet V Diaz, WHO Consultant, San Francisco CA, USA

Dr Neill Adhikari, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Canada

Dr Steve Webb, Royal Perth Hospital, Australia

Dr Satish Bhagwanjee, University of Washington, USA

Dr Kobus Preller Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

Dr Paula Lister, Great Ormond Street Hospital, London, UK

Dr Wes Ely Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, USA

