

ĐÀO TẠO LÂM SÀNG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP CẤP NẶNG

THỰC HÀNH TỐT ĐỂ DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG

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.

Mục tiêu học tập

Sau khi kết thúc bài học, bạn có thể:

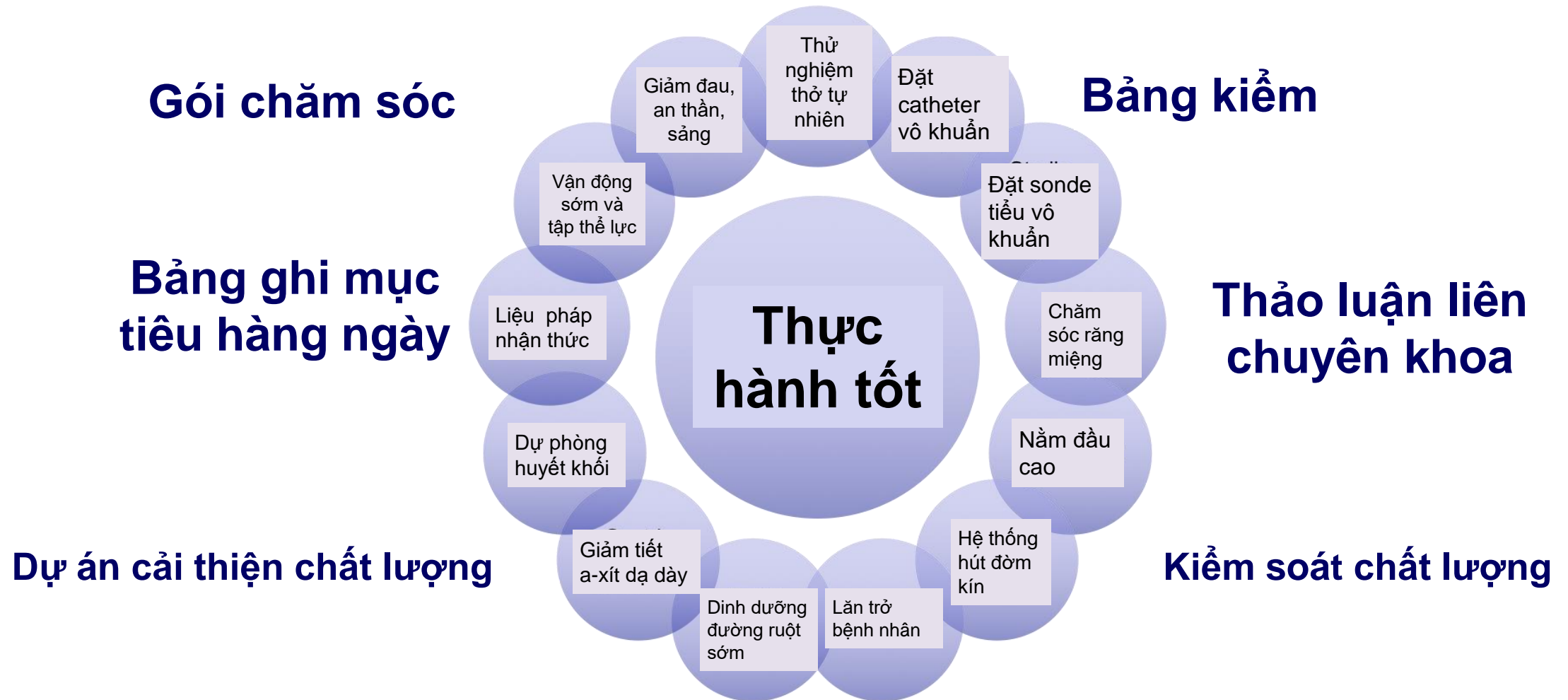
- Mô tả các biến chứng liên quan tới chăm sóc tích cực và các thực hành tốt để dự phòng.
- Mô tả cách sử dụng bảng kiểm hoặc gói chăm sóc có thể cải thiện việc triển khai các thực hành tốt nhất.
- Mô tả các lợi ích tiềm năng của gói ABCDEF và cách áp dụng!

Các bệnh nhân chăm sóc tích cực có nguy cơ mắc các biến chứng cả ngắn hạn và dài hạn.



Bệnh nhân điều trị tích cực là đối tượng nhạy cảm vì họ mắc các bệnh lý phức tạp, bị suy một hoặc nhiều cơ quan và thường xuyên cần các theo dõi và điều trị xâm lấn.

Thực hành tốt để dự phòng biến chứng



Thách thức lớn nhất là **ÁP DỤNG!**

Làm thế nào để tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận được các can thiệp dự phòng thích hợp?

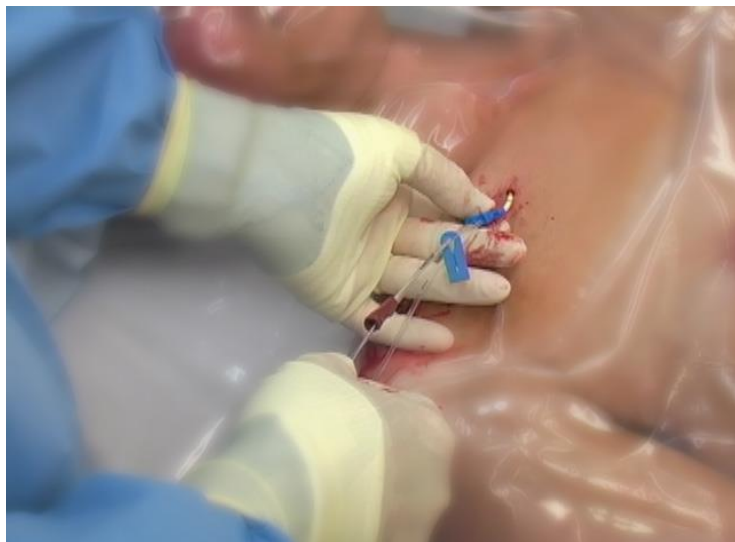
Các công cụ để triển khai (1/2)

- Bảng kiểm:
 - Công cụ có thể được sử dụng trong thực tế để cải thiện sự giao tiếp, làm việc nhóm, giảm sai sót và các phản ứng bất lợi:
 - ví dụ: bảng kiểm đặt nội khí quản trong bộ công cụ
 - Bảng kiểm an toàn phẫu thuật của WHO
 - <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>
- GÓI CHĂM SÓC:
 - Nhóm các thực hành dựa trên bằng chứng được thực hiện đồng thời theo cách đánh tin cậy để cải thiện kết cục của bệnh nhân (hơn là làm riêng lẻ):
 - ví dụ gói chăm sóc sepsis, gói ABCDEF.

Các công cụ để áp dụng (2/2)

- Thảo luận liên chuyên khoa:
 - Cuộc thảo luận chuyên môn giữa nhiều thành viên trong nhóm chăm sóc (điều dưỡng, dược sỹ, bác sỹ phục hồi chức năng, bác sỹ điều trị, trị liệu hô hấp,...)
 - Tuân thủ nhanh các thực hành tốt (ví dụ bảng ghi mục tiêu hàng ngày, bảng kiểm)
 - Cách tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm.
- Sử dụng cách tiếp cận cải thiện chất lượng để xác định công cụ cần sử dụng (bài giảng tiếp theo).

Bảng kiểm dự phòng nhiễm trùng máu



Được cho phép bởi BS. Gomersall

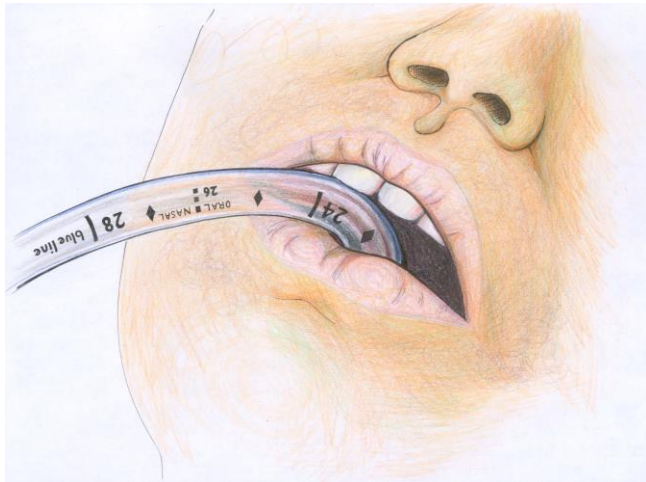


- Sử dụng 1 bảng kiểm đơn giản trong khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm:
 - Ưu tiên đặt vị trí dưới đòn
 - Rửa tay, đội mũ, dùng mặt nạ
 - Sử dụng găng tay vô khuẩn
 - Che toàn bộ bệnh nhân bằng tấm chắn vô khuẩn
 - Sử dụng chlorhexidine để sát trùng da
 - Nhắc nhở hàng ngày việc rút catheter khi không cần thiết



Sử dụng bảng kiểm khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm giúp làm giảm đáng kể sự xuất hiện nhiễm trùng máu.

Dự phòng viêm phổi liên quan thở máy (VAP) (1/3)



© Kathy Mak

<http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/ETT%20position.htm>

- Ưu tiên đặt nội khí quản đường miệng hơn là đường mũi.
- Sử dụng bộ dây máy thở mới cho từng bệnh nhân.
- Giữ bệnh nhân ở tư thế đầu cao:
 - Đầu giường từ 30° tới 45°

Mặc dù VAP rất khó chẩn đoán, nó gây gia tăng tỷ lệ tử vong, tàn tật, thời gian nằm ICU và chi phí chăm sóc y tế. Hiện tại đang có các gói sóc chuẩn.

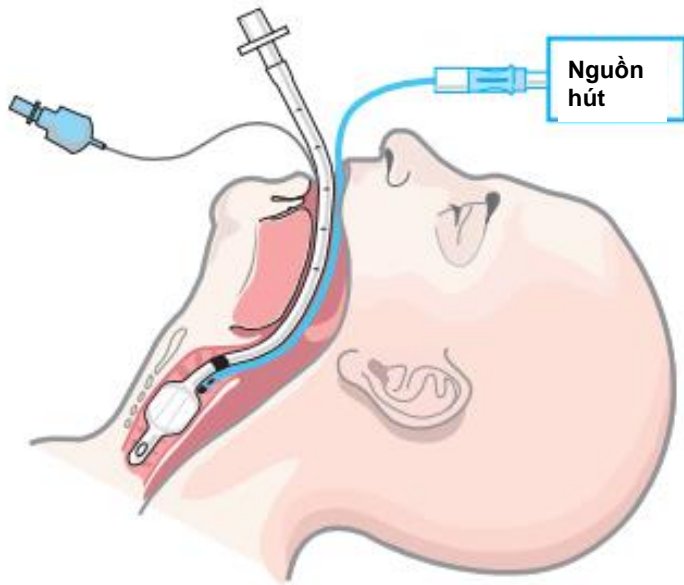
Dự phòng VAP (2/3)



Việc thay nội khí quản định kỳ không có hiệu quả trong việc làm giảm VAP và phù nề đường thở.

- Tiến hành vệ sinh răng miệng hàng ngày:
 - Ưu tiên dung dịch súc miệng hoặc gel chlorhexidine.
- Một khi bệnh nhân được thở máy, thay dây máy thở nếu bẩn hoặc vỡ nhưng không cần thay thường xuyên.
- Dẫn lưu định kỳ và làm sạch chất tiết trong lòng ống.
- Sử dụng hệ thống hút đờm kín.

Dự phòng VAP: hệ thống dây (3/3)

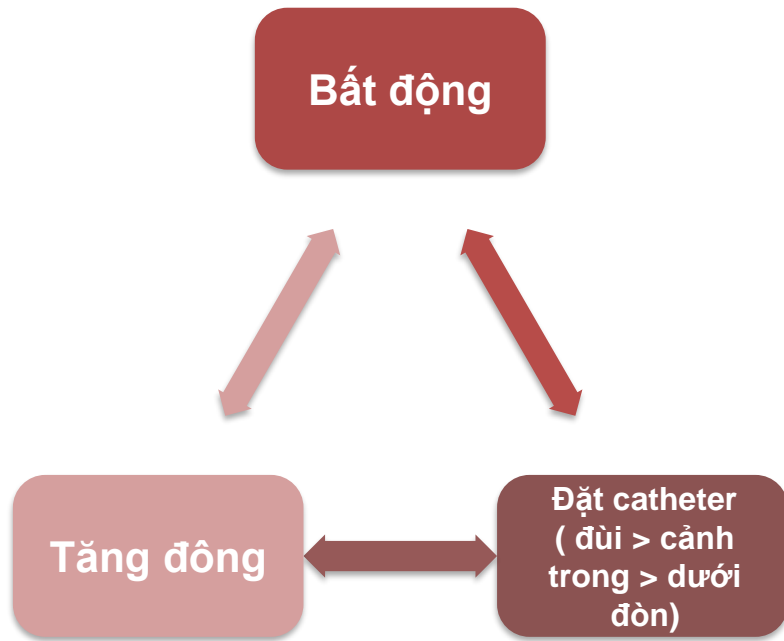


- Ở người lớn, thay bộ làm ẩm và làm ẩm khi hồng, bẩn, ướt hoặc mỗi 5–7 ngày.
- Cần nhắc sử dụng ống nội khí quản có hút trên cuff:
 - hạn chế việc hít phải chất tiết vùng miệng hầu.
- Thực hiện hàng ngày thử nghiệm thở tự nhiên.

Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu (VTE) (1/4)

- Nếu xuất hiện VTE, bệnh nhân có thể biểu hiện:

- triệu chứng tại chỗ
 - phù, đau, đỏ da ở bên chi có huyết khối
- hoặc hội chứng sau huyết khối
- tắc mạch phổi có triệu chứng hoặc tử vong
- Tỷ lệ VTE tại ICU khoảng 10%.



Dự phòng VTE (2/4)

- Bệnh nhân người lớn và thanh thiếu niên ở khoa điều trị tích cực có nguy cơ **trung bình** bị VTE thì nên được điều trị dự phòng.
- Trẻ nhỏ cũng có thể được lợi ích nếu ở nhóm nguy cơ cao:
 - thrombophilia
 - Béo phì

Dự phòng VTE (3/4)

- Sử dụng **dự phòng bằng thuốc** cho bệnh nhân nguy cơ trung bình **không có** nguy cơ chảy máu lớn:
 - heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH):
 - enoxaparin 40 mg tiêm dưới da hàng ngày
 - dalteparin 5000 tiêm dưới da hàng ngày
 - Khi có suy thận, giảm liều LMWH (trừ dalteparin)
 - * Ưu thế hơn LDUH 2 lần/ngày trong việc giảm tắc mạch phổi, giảm tiểu cầu liên quan tới heparin, tiết kiệm chi phí và đường dùng dễ chấp nhận.
 - heparin không phân đoạn liều thấp (LDUH):
 - 5000 đơn vị tiêm dưới da mỗi 8 giờ hoặc mỗi 12 giờ.



Dự phòng VTE (4/4)

- Sử dụng dự phòng cơ học nếu bệnh nhân có nguy cơ VTE trung bình nhưng nguy cơ chảy máu cao:

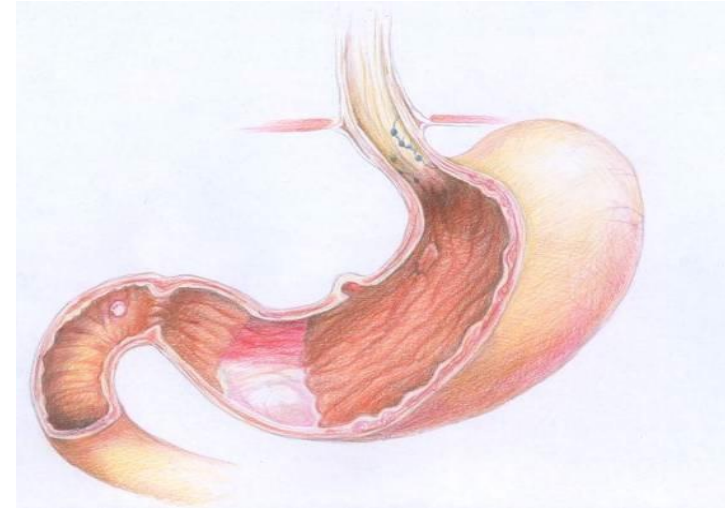


Được sự cho phép bởi BS Gomersall

- thiết bị áp lực khí ngắt quãng (có thể ưu tiên hơn)
- đeo tất áp lực ngắt quãng
- Nhớ đổi sang dự phòng bằng thuốc một khi nguy cơ chảy máu đã giảm.

Dự phòng loét và chảy máu dạ dày (1/2)

- Bệnh nhân điều trị tích cực có nguy cơ cao tổn thương niêm mạc dạ dày:
 - rối loạn tưới máu tới niêm mạc
 - tích lũy axít dạ dày.
- Hai yếu tố nguy cơ độc lập:
 - Thở máy xâm nhập trên 48 giờ
 - Có rối loạn động máu hoặc giảm tiểu cầu.



© Sally Fong

<http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Stress%20ulceration.htm>

Dự phòng loét và chảy máu dạ dày (2/2)

- Giảm các yếu tố nguy cơ:
 - duy trì huyết động (ví dụ hồi sức sớm)
 - cai máy thở càng sớm càng tốt (ví dụ thử nghiệm thở tự nhiên)
 - Dinh dưỡng đường ruột sớm để bảo vệ niêm mạc.

- Sử dụng các thuốc giảm tiết axít dạ dày:
 - Chẹn thụ thể histamine-2 (H2R)
 - Ức chế bơm proton (PPI):
 - hiệu quả hơn trong dự phòng chảy máu đường tiêu hóa nghiêm trọng nhưng kèm theo gia tăng nguy cơ viêm phổi và nhiễm *Clostridium difficile*.

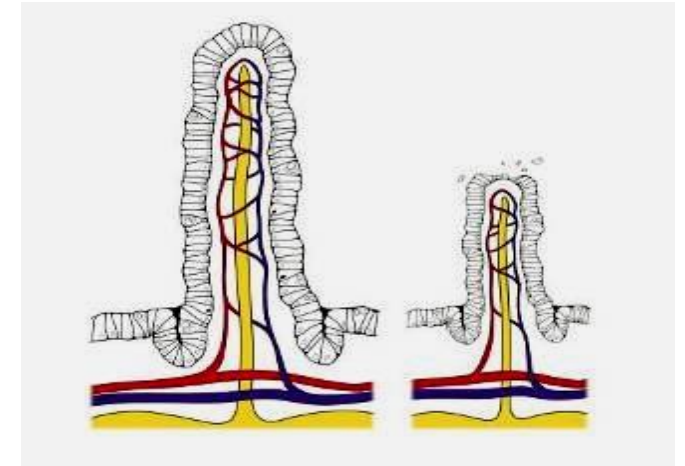
Dinh dưỡng



- Carbohydrates
- Lipids (30% nhu cầu năng lượng hàng ngày)
- Protein
- Vitamins
- Yếu tố vi lượng
- Dịch

Hỗ trợ dinh dưỡng (1/2)

- Lợi ích của dinh dưỡng đường ruột:
 - phòng teo nhung mao đường ruột
 - giảm biến chứng nhiễm trùng
 - giảm tỷ lệ loét dạ dày.
- Cân nhắc dinh dưỡng tĩnh mạch chỉ khi không thể cung cấp dinh dưỡng đường ruột hoặc không đủ:
 - sau 7 ngày nằm ICU
 - dinh dưỡng tĩnh mạch sớm làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và chi phí mà không có lợi ích lâm sàng.



© Janet Fong
<http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Diagram%20nutrition.htm>

Chỉ cho ăn khi bệnh nhân ở tư thế nằm đầu cao

Hỗ trợ dinh dưỡng (2/2)

- Bắt đầu dinh dưỡng đường ruột trong vòng 24-48 giờ sau nhập viện, sau khi hồi sức.
- Sử dụng công thức chuẩn, sẵn có tại cơ sở.
- Cho trẻ bú mẹ bằng loại sữa tương tự sữa mẹ.
- Ước tính nhu cầu calo và protein hàng ngày.
- Bắt đầu ở tốc độ thấp, điều chỉnh để đạt đích, theo dõi sự bất dung nạp:
 - chế độ ăn giảm calo (40–60%) có thể có hiệu quả.



Vận động sớm và tập thể lực

- Yếu cơ liên quan tới ICU đặc trưng bởi yếu cơ vân và giới hạn vận động thể lực:
 - kết cục trong 1 năm ở các bệnh nhân ARDS sống sót cho thấy có sự mất khối cơ kéo dài, yếu các cơ gần, và chỉ có 50% trở lại với công việc:
 - biểu hiện ít gặp ở trẻ trước dậy thì.
 - Yếu cơ do:
 - tổn thương trực tiếp thần kinh hoặc cơ
 - trạng thái viêm
 - thuốc (ví dụ: giãn cơ hoặc steroids)
 - chuyển hóa (ví dụ tăng đường huyết, suy dinh dưỡng)
 - **bất động và teo cơ.**

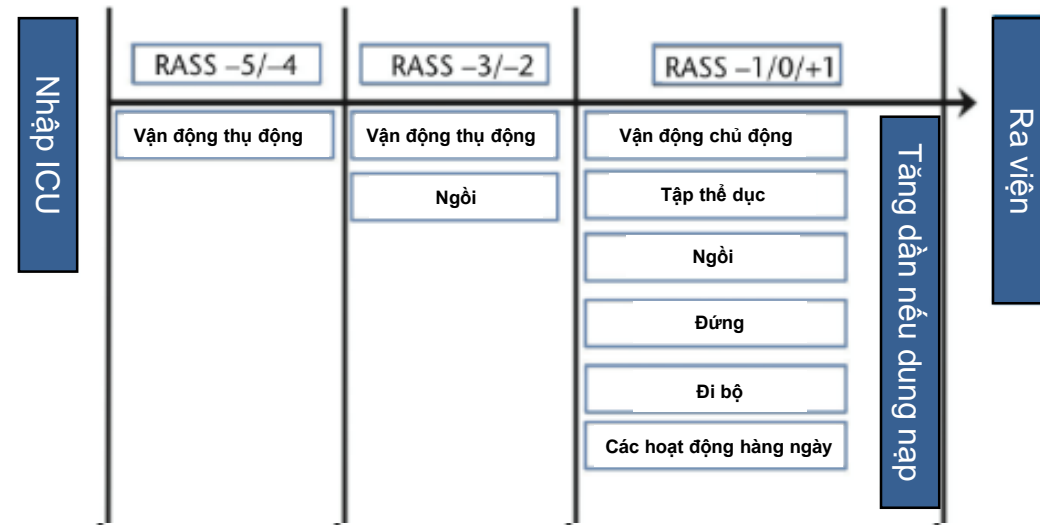


Quy trình vận động sớm và tập thể lực



Theo: www.icudelirium.org

- **Bước 1: Nhận biết bệnh nhân sẵn sàng vận động**
- **Bước 2: Tiến hành vận động theo mức độ phù hợp dựa trên điểm RASS** (theo thử nghiệm ACT-ICU , 2012, chi tiết xem bộ công cụ)
- **Bước 3: Đánh giá việc thực hiện của bệnh nhân**
- **Bước 4: Nghỉ ngày hôm sau**



Quy trình vận động sớm và tập thể lực

- An toàn và khả thi ở bệnh nhân hồi sức có thở máy.
- Cải thiện kết cục của bệnh nhân:
 - tăng sức mạnh cơ, vận động chức năng và tính độc lập
 - **giảm sáng**
 - **giảm số ngày thở máy**
 - **giảm số ngày nằm ICU**
 - **Cứu sống bệnh nhân!**

Để tối ưu hiệu quả, tiến hành can thiệp này như một phần trong gói chăm sóc ABCDEF !

Gói chăm sóc ABCDEF :



Thiết lập một quy trình công việc tại bệnh viện của bạn cho phép tiến hành tất cả các thực hành để đảm bảo hiệu quả tối ưu.

Thực tỉnh
Hô hấp
Phối hợp



Dùng an
thần nhẹ



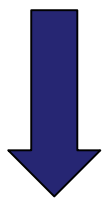
Theo dõi và
điều trị sáng



Vận động
sớm và tập
thể dục



Gia đình



Hiệu quả bao gồm giảm số ngày thở máy, thời gian nằm viện, sáng, rối loạn nhận thức và mất khả năng kéo dài, và tử vong. Các nghiên cứu vẫn đang được tiến hành.



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Tổng kết: thực hành tốt để dự phòng biến chứng (1/2)

Biến chứng	Can thiệp dự phòng
Huyết khối tĩnh mạch sâu (VTE)	Thuốc chống đông hoặc thiết bị áp lực
Viêm phổi liên quan thở máy (VAP)	Nâng đầu giường, chăm sóc răng miệng, hệ thống hút đờm kín
Nhiễm trùng máu liên quan tới catheter (BSI)	Bảng kiểm để đảm bảo kỹ thuật đặt catheter vô trùng
Loét và chảy máu dạ dày	Chẹn thụ thể histamine, ức chế bơm proton, dinh dưỡng đường ruột
Nhiễm trùng đường tiểu (UTI)	Đặt sonde tiểu vô trùng Theo dõi và chăm sóc catheter đúng

Tổng kết: thực hành tốt để dự phòng biến chứng (2/2)

Biến chứng	Can thiệp dự phòng
Loét do tỳ đè	Lăn trở bệnh nhân mỗi 4 giờ
Yếu cơ mắc phải ở Hồi sức và sàng	Vận động sớm

Tổng kết

- Bệnh nhân điều trị tích cực có nguy cơ mắc các biến chứng trong ICU và việc thực hiện các can thiệp đơn giản, đã được chứng minh có thể làm giảm các nguy cơ này.
- Cân nhắc sử dụng bảng kiểm, gói chăm sóc hoặc thảo luận liên chuyên khoa để chắc chắn bệnh nhân nhận được các can thiệp đúng.
- Gói chăm sóc là chuỗi các can thiệp dựa trên bằng chứng được áp dụng đồng thời để cải thiện kết cục của bệnh nhân (ví dụ: gói sepsis).



Lời cảm ơn

Người đóng góp

BS Charles David Gomersall, Bệnh viện Prince of Wales, Hồng Kông SAR, Trung Quốc

BS Steven Webb, Bệnh viện Royal Perth, Perth, Australia

BS Janet V Diaz, WHO, Cố vấn, San Francisco, Hoa Kỳ

BS Satish Baghwanjee, Đại học Washington, Hoa Kỳ

BS Kobus Preller Addenbrooke's Hospital, Cambridge, Anh

BS Paula Lister, Bệnh viện Great Ormond Street, London, Anh

BS Neill Adhikari, Trung tâm khoa học sức khỏe Sunnybrook, Toronto, Canada