

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG NGƯỜI BỆNH COVID-19 THÔNG KHÍ CƠ HỌC

ThS. ĐD. Tạ Thị Thanh Trúc

Khoa Hồi Sức Tích Cực – BV. Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

2021-06-10

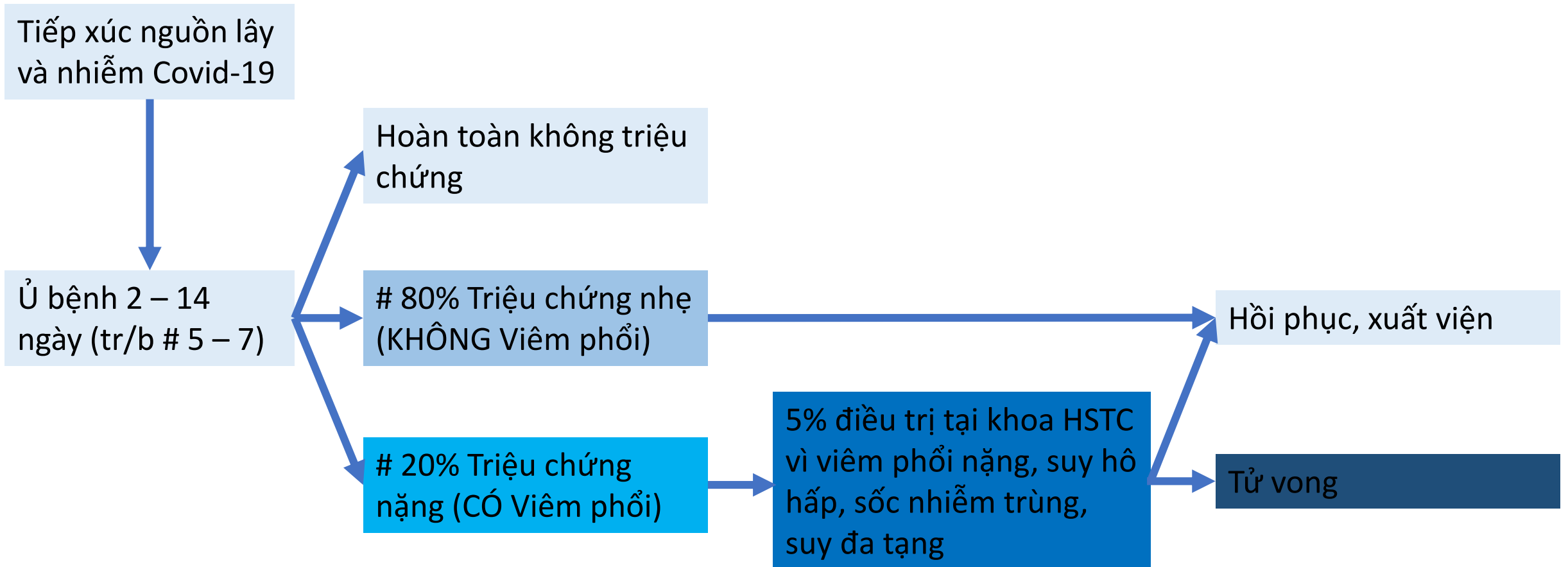
TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

- Quyết định 1904/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2014. Hướng dẫn Quy trình Kỹ thuật Chuyên ngành Hồi sức – Cấp cứu – Chống độc
- Quyết định 2008/QĐ-BYT ngày 26 tháng 4 năm 2021. Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị Covid-19 do chủng Vi rút Corona mới (SARS-COV-2)
- Bài báo, nghiên cứu khoa học mới, cập nhật đến 2021-05
- BV. Đại học Y Dược Tp.HCM. Covid-19, từ phòng thí nghiệm đến giường bệnh.
<https://youtube.com/playlist?list=PLBQh09ctJ5NtVZ2QGeFhaqrTFO77gEyO9>

NỘI DUNG

- Chăm sóc điều dưỡng người bệnh Covid-19 thông khí cơ học (thở máy) gồm
 - Chăm sóc toàn diện người bệnh hồi sức (nói chung), *cộng thêm*
 - Chăm sóc liên quan thở máy (không xâm nhập, xâm nhập), *cộng thêm*
 - Phòng ngừa lây nhiễm (giữa người bệnh, người bệnh – NVYT, giữa NVYT)

DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN KHI NHIỄM COVID-19



CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH COVID-19 NẶNG

- **Điều trị suy hô hấp cấp và ARDS:** oxy liệu pháp, thông khí cơ học, ECMO
- **Điều trị nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng:** bù dịch, vận mạch, kháng sinh, kiểm soát đường máu, corticoid toàn thân, truyền hồng cầu khối
- **Điều trị suy đa tạng:** lọc máu ngoài cơ thể, điều chỉnh rối loạn đông máu, dinh dưỡng phù hợp
- **Dự phòng biến chứng:** nhiễm trùng bệnh viện (nhất là VAP), huyết khối tĩnh mạch sâu, loét dạ dày/ XHTH trên do stress, loét tì đè

[1]
CHĂM SÓC
TOÀN DIỆN
NGƯỜI BỆNH
HỒI SỨC



MUỐN CHĂM SÓC TOÀN DIỆN, CẦN ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

- **Đánh giá và theo dõi các vấn đề thuộc bệnh lý chính**

- Đánh giá người bệnh: ban đầu và chi tiết
- Đánh giá máy móc (máy thở), dụng cụ đang được dùng trên người bệnh

- **Đánh giá và theo dõi các vấn đề ngoài bệnh lý chính**

- Sinh lý: tư thế, vận động cơ thể, vệ sinh,...
- Tâm lý: giao tiếp, rối loạn giấc ngủ, cảm giác đơn độc, bị cách ly, ...
- Thuốc: giảm đau, an thần, dẫn cơ...

ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN NGƯỜI BỆNH: BAN ĐẦU VÀ CHI TIẾT

- **Đánh giá ban đầu (primary survey)**

- Mục tiêu: phát hiện ngay những biến cố nguy hiểm cho người bệnh
- Cách làm: ABCDE

- **Đánh giá chi tiết (secondary survey)**

- Mục tiêu: đánh giá toàn diện (head-to-toe), xử trí hoặc báo cáo phù hợp
- Cách làm: lấy “bảng đầu giường” làm sườn, đánh giá theo hệ cơ quan

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU – AI VÀ KHI NÀO?

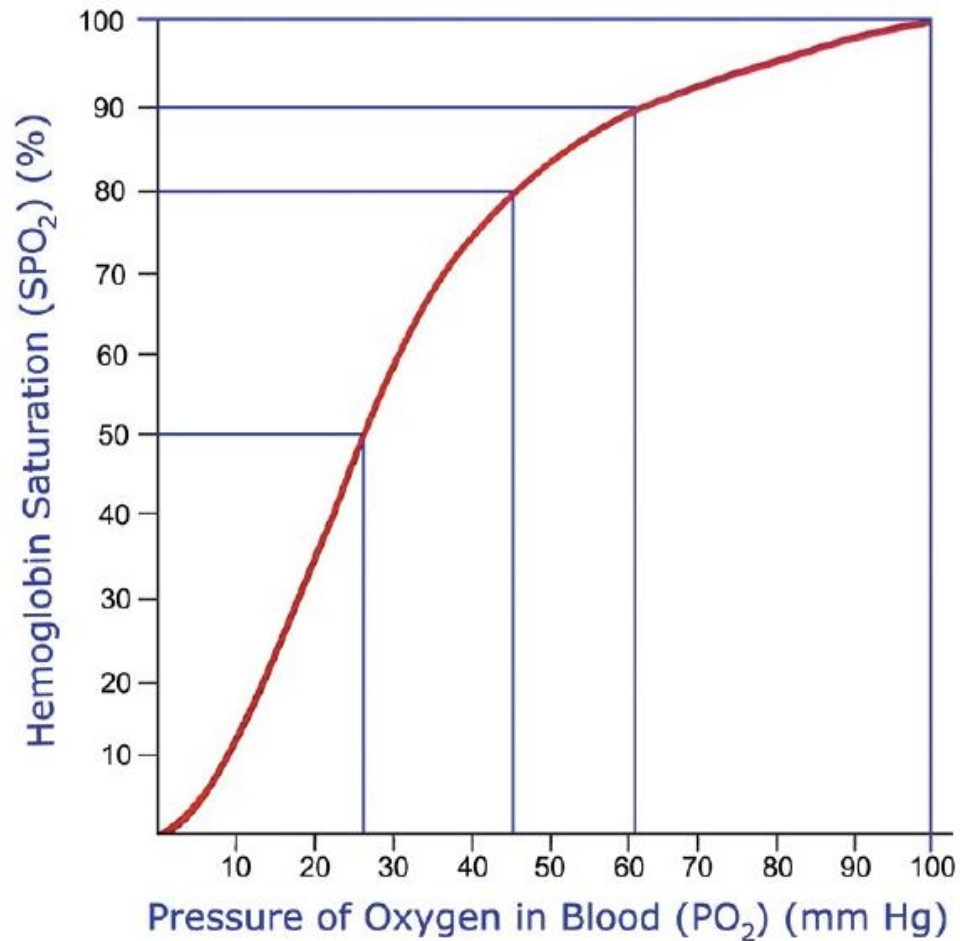
- ĐD chăm sóc chính
- ĐD trưởng tua, ĐD trưởng khoa, BS điều trị: đi buồng, khám bệnh
- Khi nào?
 - Theo y lệnh của bác sĩ điều trị, và/hoặc ý kiến bổ sung của ĐD trưởng
 - Tối thiểu phải đảm bảo đánh giá đầu và cuối mỗi tua trực
 - Khi xảy ra "biến cố đột ngột" có thể đe dọa sự an toàn của người bệnh

NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU => ABCDE

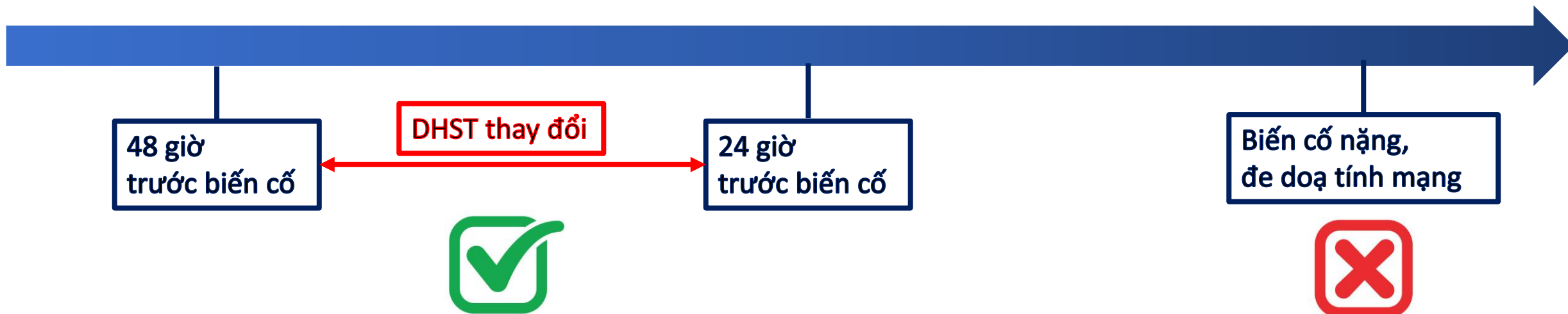
ABCDE	Đánh giá gì?	Công cụ cơ bản
A – Airway Đường thở	Đường thở thế nào?	Vị trí NKQ? Cố định? Áp lực bóng chèn? Tắc đàm? Kết nối với máy thở?
B– Breathing Hô hấp	Hô hấp của thế nào?	Lồng ngực? Tần số thở? Kiểu thở? SpO₂ ? Biểu đồ dạng sóng? Đồng bộ người bệnh – máy thở?
C – Circulation Tuần hoàn	Tuần hoàn thế nào?	Tần số mạch? Tính chất mạch? Huyết áp? Nhịp tim? EKG trên monitor? Màu sắc da? Nhiệt độ đầu chi?
D – Disability (Tri giác)	Tri giác thế nào?	Glasgow Coma Score khó đánh giá trên người bệnh đặt NKQ Công cụ thay thế: AVPU (cho NEWS), FOUR (về lâu dài)
E – Exposure (Môi trường)	Môi trường xung quanh thế nào?	”Trang phục” của người bệnh? Ánh sáng? Tiếng ồn? Hoạt động xung quanh?

Why COVID-19 Silent Hypoxemia Is Baffling to Physicians

Martin J. Tobin, Franco Laghi, and Amal Jubran



ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM CẢNH BÁO SỚM NEWS TRONG ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU



- Cách làm: định lượng hoá sự thay đổi của 6 dấu hiệu sinh tồn cơ bản (mạch, huyết áp, nhiệt độ, tần số thở, SpO_2 và tri giác) bằng cách cho điểm và tô màu => phân tầng nguy cơ của người bệnh => xử trí phù hợp => dự phòng được biến cố

NEWS key				FULL NAME																							
0	1	2	3	DATE OF BIRTH								DATE OF ADMISSION															
				DATE TIME																DATE TIME							
A+B Respirations Breaths/min				≥25									3									≥25					
				21–24									2									21–24					
				18–20																		18–20					
				15–17																		15–17					
				12–14																		12–14					
				9–11									1									9–11					
				≤8									3									≤8					
A+B SpO ₂ Scale 1 Oxygen saturation (%)				≥96																		≥96					
				94–95									1									94–95					
				92–93									2									92–93					
				≤91									3									≤91					
SpO₂ Scale 2† Oxygen saturation (%) Use Scale 2 if target range is 88–92%, eg in hypercapnic respiratory failure †ONLY use Scale 2 under the direction of a qualified clinician				≥97 on O ₂									3									≥97 on O ₂					
				95–96 on O ₂									2									95–96 on O ₂					
				93–94 on O ₂									1									93–94 on O ₂					
				≥93 on air																		≥93 on air					
				88–92																		88–92					
				86–87									1									86–87					
				84–85									2									84–85					
				≤83%									3									≤83%					

NEWS	Nguy cơ	Tần suất theo dõi	Nội dung theo dõi
0 điểm	Thấp	Tối thiểu mỗi 12 giờ	ĐD chăm sóc chính tiếp tục mức chăm sóc hiện tại, theo dõi các dấu sinh hiệu và NEWS
1 điểm	Thấp	Tối thiểu mỗi 6 giờ	ĐD chăm sóc chính quyết định có cần thiết tăng mức theo dõi hoặc mức chăm sóc không
2 điểm	Thấp	Tối thiểu mỗi 2 giờ	ĐD chăm sóc chính quyết định có cần thiết tăng mức theo dõi hoặc mức chăm sóc không. Cân nhắc báo ĐD trưởng tua
Từ 3 – 4 điểm, HOẶC 3 điểm ở cùng một thông số	Thấp – Trung bình	Tối thiểu mỗi 30 phút	Bắt buộc báo ĐD trưởng tua trực. ĐD trưởng tua quyết định có cần thiết phải tăng mức độ chăm sóc hay không
Từ 5 – 6 điểm	Trung bình	Tối thiểu mỗi 15 phút	Báo với Bác sĩ điều trị. Bác sĩ cần khám người bệnh ngay. Bắt đầu thiết lập hệ thống theo dõi liên tục nếu chưa có
Từ 7 điểm trở lên	Cao	Theo dõi liên tục	Báo với Bác sĩ điều trị. Bác sĩ cần khám người bệnh ngay và sẵn sàng thiết lập đường thở cấp cứu. Kết nối người bệnh với hệ thống theo dõi liên tục

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA CỦA NEWS

- Đối với người bệnh hồi sức chung: thang điểm NEWS có khả năng dự đoán tốt các biến cố ngừng tim và tử vong trong vòng 48 giờ theo dõi
- **Người bệnh Covid-19:** thang điểm NEWS có khả năng dự đoán tốt bệnh diễn tiến nặng phải nhập ICU và tử vong

ĐÁNH GIÁ CHI TIẾT – AI VÀ KHI NÀO?

- ĐD chăm sóc chính
- Khi nào?
 - Theo dõi liên tục xuyên suốt tua trực
 - Ghi nhận mọi thay đổi so với tình trạng “nền” trước đó
 - Mọi diễn tiến cần được ghi hồ sơ, giao tua rõ ràng, và/hoặc báo giao ban

NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ CHI TIẾT => TỪ ABCDE ĐI SÂU HƠN

Hệ cơ quan	Đánh giá gì? (bao gồm nhưng không giới hạn)
Thần kinh	GCS (AVPU, FOUR), khả năng giao tiếp, khả năng vận động, trương lực cơ, mức độ an thần (RASS), mức độ loạn thần (CAM-ICU), mức độ dẫn cơ, mức độ đau (CPOT)
Hô hấp	Tư thế người bệnh, ống NKQ (vị trí, cố định, bóng chèn), độ thông thoáng (hút đàm, làm ẩm), tần số thở, kiểu thở, công thở, đồng bộ người bệnh – máy thở, SpO ₂ , EtCO ₂ , ABG
T tuần hoàn	Tần số mạch, tính chất mạch, nhịp tim, huyết áp, CVP, CRT, dấu hiệu DVT
Tiêu hoá	Bụng chướng, âm ruột, ống thông mũi – dạ dày, tính chất dịch dạ dày, đi cầu, tính chất phân, chức năng gan
Thận niệu	Cung lượng nước tiểu, tính chất nước tiểu, cân bằng dịch xuất nhập (FBC), thay đổi cân nặng (BWC) chức năng thận, điện giải đồ
Da	Màu sắc da, chú ý các nếp gấp da và các khoang tự nhiên, vệ sinh răng miệng (BECK hiệu chỉnh), vị trí dẫn lưu, nguy cơ loét tì đè (WATERLOW), đã có loét tì đè, viêm tại chỗ, phù vùng thấp
Chuyển hoá	Nhiệt độ cơ thể, đường máu, dinh dưỡng, teo cơ (suy mòn)

ĐÁNH GIÁ VÀ THEO DÕI ĐAU Ở NGƯỜI BỆNH TKCH

- Tiêu chuẩn vàng: thông qua giao tiếp, người bệnh tự cho biết là mình đang bị đau => định lượng mức độ đau bằng thang điểm số từ 1 – 10 hoặc thang điểm khuôn mặt WB
- Thang điểm hành vi: CPOT, BPS

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU



THANG ĐIỂM ĐAU THEO WONG-BAKER



THANG ĐIỂM CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT)			
	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Biểu hiện khuôn mặt	<u>Thư giãn, tập trung</u> Không thấy sự căng thẳng	<u>Căng thẳng</u> Có cau mày, hạ thấp chân mày, co và siết chặt các cơ	<u>Nhăn mặt</u> Tất cả các cơ trên mặt chuyển động kèm theo nhắm chặt mí mắt
Cử động cơ thể	<u>Không cử động</u> Nằm yên	<u>Bảo vệ</u> Chậm, cố gắng chạm hoặc chà sát vào vị trí đau	<u>Bứt rứt</u> Rút ống NKQ, cố gắng ngồi dậy, di chuyển tay chân hoặc đong đưa, không làm theo y lệnh, cố trèo ra khỏi giường
Trương lực cơ	<u>Thư giãn</u> Không chống lại các động tác thụ động	<u>Gồng cứng</u> Chống lại các động tác thụ động	<u>Phản ứng dữ dội</u> Phản kháng mạnh lại các động tác thụ động, không có khả năng hoàn thành thủ thuật
Tương hợp với máy thở hoặc giọng nói	<u>Đồng bộ với máy thở</u> Không báo động, thông khí dễ dàng <u>Giọng nói bình thường hoặc không nói</u> Giọng nói bình thường hoặc không nói	<u>Ho nhưng vẫn dung nạp</u> Báo động tự tắt <u>Rên rỉ, than vãn</u> Rên rỉ, than vãn	<u>Chống máy</u> Thở chống máy, báo động <u>Khóc lóc</u> Khóc lóc

- Hướng dẫn cách chấm điểm CPOT từ tác giả chính của thang điểm, GS. Gélinas:
<http://sccmmedia.sccm.org/video/Webcast/Pain-Critical-Care-Observation-Tool.mp4>

[2] CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH COVID-19 THỞ MÁY

- **Chăm sóc người bệnh thở máy nói chung** nhấn mạnh 4 nội dung
 1. Theo dõi Hoạt động máy thở
 2. Chăm sóc đối với thở máy không xâm nhập (thở NIV)
 3. Chăm sóc đối với thở máy xâm nhập (thở MV)
 4. Dự phòng Biến chứng của thở máy (nhất là VAP).

- **Người bệnh Covid-19** đặc biệt nhấn mạnh việc phòng ngừa lây nhiễm

[2.1] THEO DÕI HOẠT ĐỘNG THỞ MÁY

- “Nguồn” cho máy thở: nguồn điện, nguồn oxy, nguồn khí nén... bảo trì tốt
- Hệ thống dây máy thở: chọn loại dùng 1 lần, có đường thở vào và thở ra riêng biệt
- Dụng cụ làm ấm, ẩm đường dẫn khí: **ưu tiên sử dụng bộ lọc khuẩn HME**
- Theo dõi thông số trên máy thở, hệ thống báo động và xử trí báo động
- Với ĐD quản lý: phòng/ khu vực dành riêng cho người bệnh Covid-19, ưu tiên phòng áp lực âm, đảm bảo 100% điều dưỡng phải mặc PPE khi chăm sóc người bệnh

DỤNG CỤ LÀM ẤM BẰNG NHIỆT (HH) vs BỘ LỌC KHUẨN (HME)

- Người bệnh thở máy chung: HME và HH hiệu quả tương đương nhau trên 3 tiêu chí chính: tử vong, biến chứng VAP và tắc nghẽn ống thở



NÊN DỪNG BỘ LỘC KHUẨN HME Ở NGƯỜI BỆNH COVID-19

- **Người bệnh Covid-19:** hướng dẫn BHYT khuyên dùng HME vì HME giảm nguy cơ lây nhiễm Covid-19 cho NVYT
- Một bộ dây máy thở dùng 02 HME: HME thứ nhất đặt trên đường thở vào, HME thứ hai đặt trước đường thở ra (giữa NKQ và cổng thở ra)



[2.2] CHĂM SÓC THỞ MÁY KHÔNG XÂM NHẬP (THỞ NIV)

- 05 vấn đề: chỉ định, kích thước mask, cố định, NB hợp tác, nguy cơ NTBV
- Tương ứng với 05 mục tiêu chăm sóc điều dưỡng
 - Chuẩn bị cho người bệnh thở NIV theo chỉ định của bác sĩ
 - Chọn kích thước mặt nạ phù hợp với khuôn mặt người bệnh
 - Cố định mặt nạ tốt, phía trên và phía dưới, không quá chặt, không quá lỏng
 - Giải thích rõ, chuẩn bị kỹ, giúp người bệnh thích nghi/hợp tác tốt
 - Theo dõi sát, có khoảng nghỉ phù hợp, ngừng đúng lúc => giảm nguy cơ VAP

THEO DÕI SÁT NGƯỜI BỆNH TRONG 1-2 GIỜ ĐẦU THỞ NIV

- **Người bệnh Covid-19:** hướng dẫn BHYT vẫn cho phép thở dùng HFNC/NIV cho người bệnh Covid-19 nặng, nhưng cần theo dõi sát trong 1 – 2 giờ đầu.
- Nếu mọi việc thuận lợi thì tiếp tục
- Nếu không hiệu quả thì chuyển thở máy xâm nhập ngay
- **Điều dưỡng** theo dõi sát người bệnh trong 1 – 2 giờ đầu, sẵn sàng dụng cụ để hỗ trợ BS đặt NKQ nếu NIV thất bại

[2.3] CHĂM SÓC THỞ MÁY XÂM NHẬP (THỞ MV)

- 05 vấn đề: vị trí NKQ, cố định, bóng chèn, thông thoáng, nguy cơ NTBV
- Tương ứng với 05 mục tiêu chăm sóc điều dưỡng
 - a. Giữ NKQ/MKQ đúng vị trí
 - b. Cố định NKQ/MKQ tốt
 - c. Giữ áp lực bóng chèn phù hợp
 - d. Giữ lòng đường thở thông thoáng: hút đàm
 - e. Rửa tay, PPE, các chiến lược khác => giảm nguy cơ VAP

[2.3.a-b] VỊ TRÍ ĐÚNG VÀ CỐ ĐỊNH TỐT

- Vị trí đúng

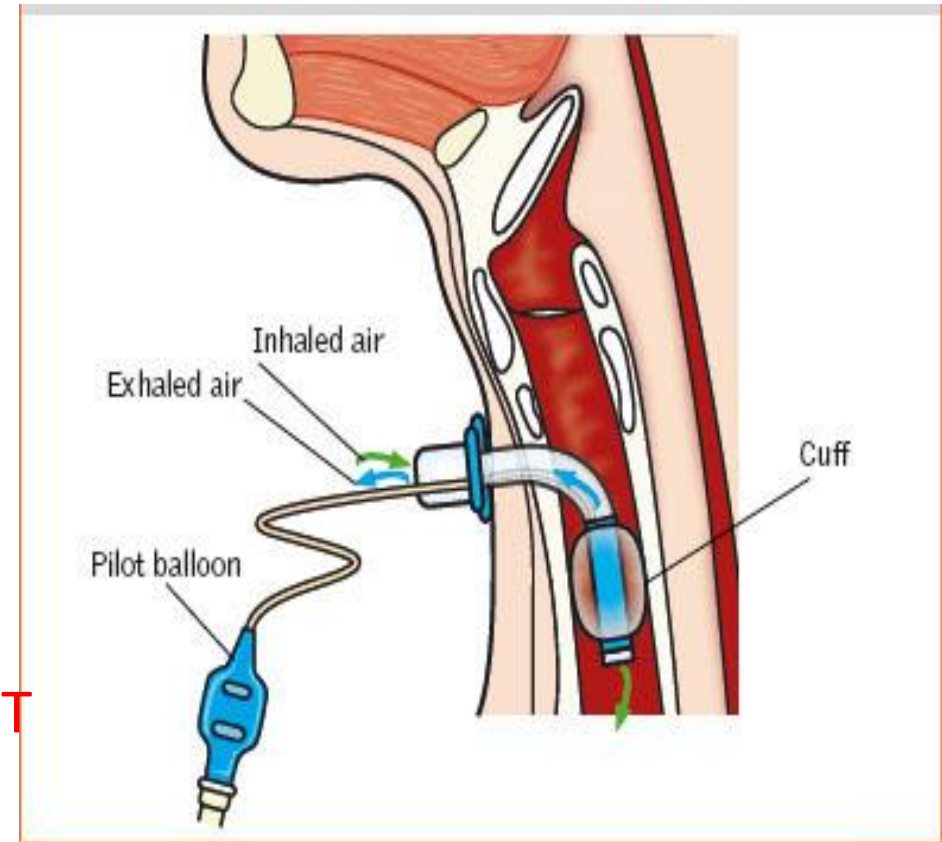
- Với NKQ, lấy mốc tại cung răng: nam 21-23 cm, nữ 22-24 cm
- Xác định lại vị trí đầu NKQ bằng phim XQ phổi tại giường (bắt buộc)
- Với MKQ, đẩy sâu hết chiều dài canuyn

- Cố định tốt

- Không quá chặt, không quá lỏng

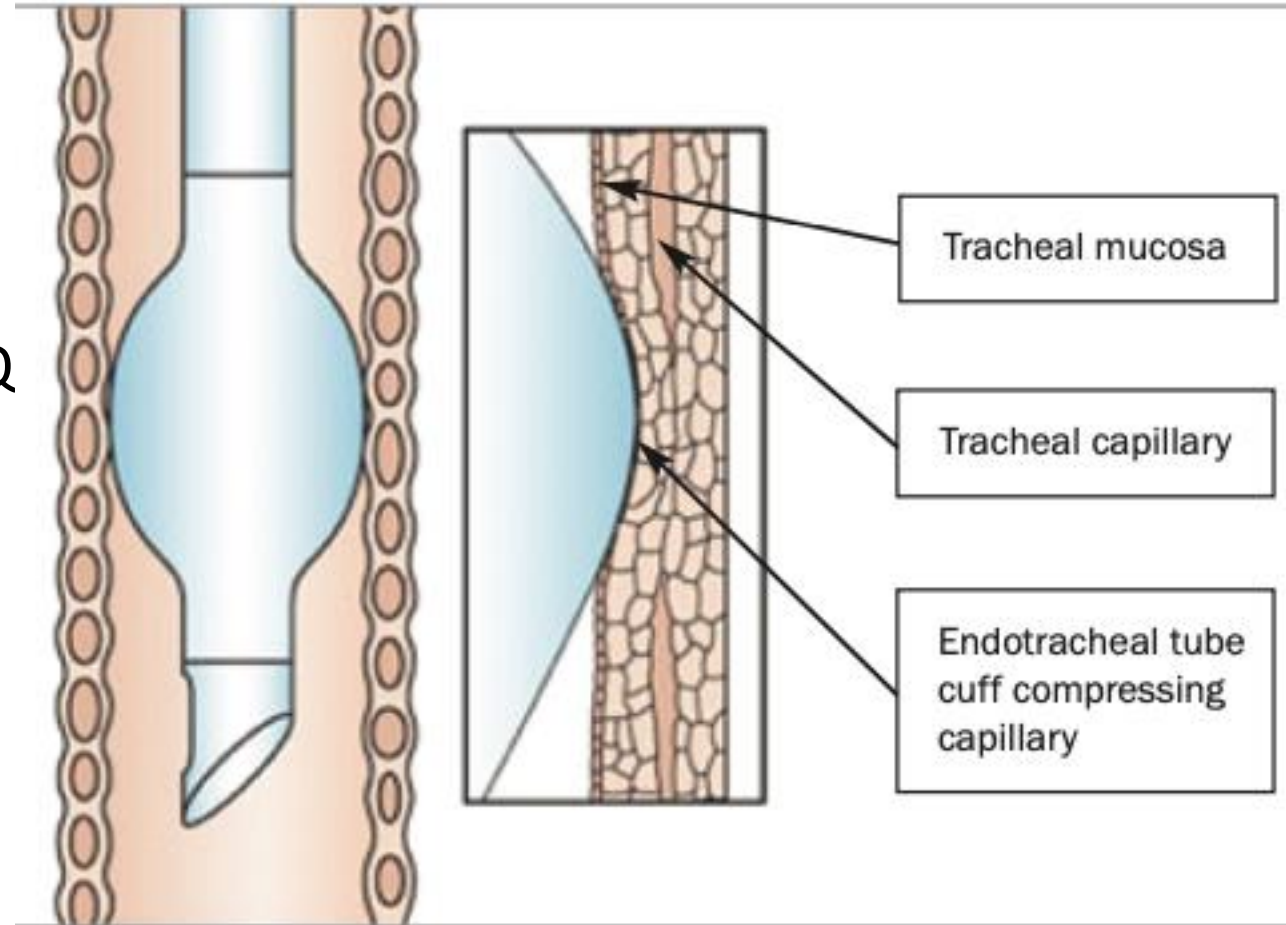
[2.3.c] ÁP LỰC BÓNG CHÈN (CUFF PRESSURE – CP) PHÙ HỢP

- Vì sao duy trì CP phù hợp là quan trọng?
 - CP giữ NKQ/MKQ ở đúng vị trí
 - CP giữ áp lực dương đường thở (PEEP)
 - CP ngăn dịch tiết, dịch tiêu hoá vào đường thở
 - CP giảm nhiễm khuẩn bệnh viện, nhất là VAP
 - **Người bệnh Covid-19: giảm lây nhiễm cho NVYT**



ÁP LỰC BÓNG CHÈN (CUFF PRESSURE – CP) TỐT NHẤT?

- CP tốt nhất?
 - CP # 25-30 cmH₂O (20-25mmHg)
 - AL tưới máu mao mạch thành ThQ
- CP quá thấp => không đạt mục tiêu
- CP quá cao => thiếu máu tại chỗ => loét => hoại tử => thủng thực quản



THEO DÕI ÁP LỰC BÓNG CHÈN – AI VÀ KHI NÀO?

- ĐD chăm sóc trực tiếp
- **Người bệnh Covid-19:** Hướng dẫn BHYT nên theo dõi áp lực bóng chèn mỗi 4 giờ, hoặc sau khi thực hiện bất kỳ thủ thuật nào có tác động đến NKQ/MKQ
- Nhận biết được dấu hiệu bóng chèn bị dò hoặc thủng



[2.3.d] GIỮ ĐƯỜNG THỞ THÔNG THOÁNG

- Vỗ rung: kỹ thuật ĐD cơ bản, quen thuộc với hầu hết quý đồng nghiệp
- Tư thế: đầu cao 45° hoặc ngồi > nằm nghiêng một bên
- Khi nào thì KHÔNG ĐƯỢC vỗ rung?
 - Đang suy hô hấp, chảy máu phổi, chấn thương phổi, gãy xương sườn
 - Đang suy tim nặng, nhồi máu cơ tim cấp
 - Đang tăng áp lực nội sọ, chảy máu não
 - Đang đặt dẫn lưu màng phổi (CCĐ tương đối)

GIỮ ĐƯỜNG THỞ THÔNG THOÁNG – HÚT ĐÀM

- Tăng FiO_2 trong 30 – 60 giây trước hút đàm
 - Người lớn và trẻ lớn: có thể tăng đến FiO_2 100%
 - Sơ sinh: chỉ tăng thêm 10% trên mức nền
- Áp lực hút (áp lực âm) phù hợp
 - $-100 \Rightarrow -120$ mmHg (> -150 mmHg) ở người lớn
 - $-80 \Rightarrow -100$ mmHg ở trẻ lớn
 - $-50 \Rightarrow -80$ mmHg ở sơ sinh

HÚT ĐÀM SÂU CHƯA CHẮC CÓ LỢI, NHẤT LÀ Ở BỆNH NHI

- **Hút đàm sâu:** đầu ống hút đàm được đưa sâu vào khí quản đến khi gặp trở ngại, có cảm giác vướng => rút ra 1cm => bắt đầu hút đàm
- **Hút đàm nông:** độ sâu được tính trước, = độ dài của NKQ/MKQ + hệ thống nối
- **Người bệnh Covid-19:** Hướng dẫn BHYT ghi hút đàm sâu
- **Chú ý:** KHÔNG NÊN hút đàm sâu ở bệnh nhi vì có nhiều bằng chứng cho thấy không có lợi

KHÔNG BƠM NORMAL SALINE KHI HÚT ĐÀM

- Người bệnh thở máy chung: có thể bơm Normal Saline pha loãng đàm khi đàm dính quánh (3mL/lần bơm).
- **Người bệnh Covid-19:** Hướng dẫn BHYT khuyến cáo KHÔNG thực hiện bơm Normal Saline khi hút đàm vì bơm Normal Saline làm tăng nguy cơ lây nhiễm cho NVYT

THỜI GIAN HÚT ĐÀM KHÔNG NÊN QUÁ DÀI

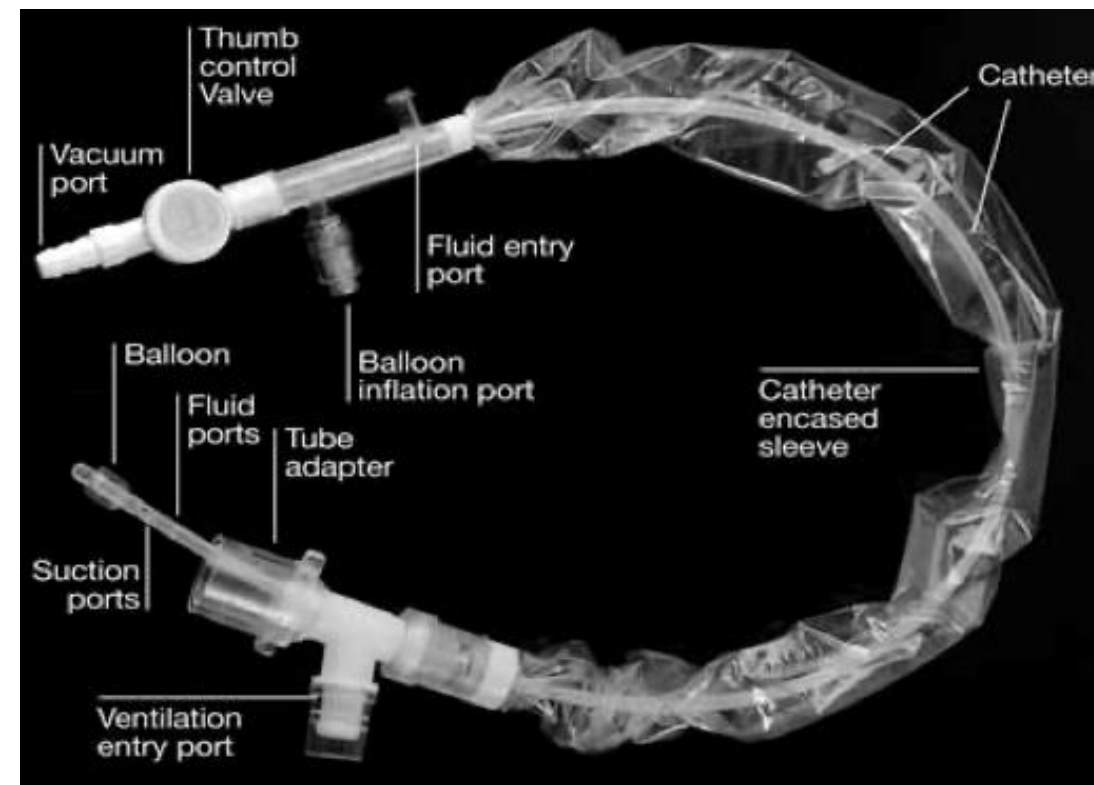
- Thời gian một chu kỳ hút đàm ≤ 20 giây, thời gian có áp lực hút ≤ 15 giây
- Khoảng cách giữa các chu kỳ ≥ 30 giây, tổng thời gian một đợt ≤ 5 phút
- Mốc thời gian chỉ có ý nghĩa tham khảo (VD: Đàm đặc, nhiều thì hút đàm lâu hơn)
- Do vậy, sự đánh giá của điều dưỡng các đáp ứng của từng người bệnh cụ thể khi hút đàm để đưa ra xử trí phù hợp là vô cùng quan trọng

NÊN DỪNG HỆ THỐNG HÚT ĐÀM KÍN

- Hệ thống hút đàm kín (closed tracheal suctioning system - CTSS) và hệ thống hút đàm hở (Open tracheal suctioning system – OTSS)
- BHYT khuyến cáo nên dùng hút đàm kín **TẤT CẢ** người bệnh thở máy, nhất là 3 nhóm
 - **Viêm phổi do tác nhân lây nhiễm cao, nguy hiểm => Người bệnh Covid-19, hút đàm kín làm giảm nguy cơ lây nhiễm cho NVYT**
 - Thông khí cơ học với PEEP > 10 cmH₂O
 - Cơ địa suy giảm miễn dịch, giảm bạch cầu hạt

KHÔNG CẦN THAY BỘ HÚT ĐÀM KÍN MỚI MỖI NGÀY

- Thay mới mỗi ngày KHÔNG giảm tỷ lệ VAP, thời gian thở máy, mà còn TĂNG chi phí điều trị
- Sử dụng tiết kiệm, chỉ thay bộ mới khi đúng chỉ định.



[2.4] DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG CỦA THỞ MÁY, NHẤT LÀ VAP

- Rửa tay (kính điển), PPE (quan trọng trong những dịch bệnh như Covid-19)
- 05 chiến lược khác được chứng minh là có hiệu quả giảm nguy cơ VAP
 - a. Hạn chế thở máy xâm nhập
 - b. Vệ sinh răng miệng tốt
 - c. Hút dịch vùng hầu họng
 - d. Tư thế người bệnh tốt
 - e. Duy trì đủ cơ sở điều dưỡng

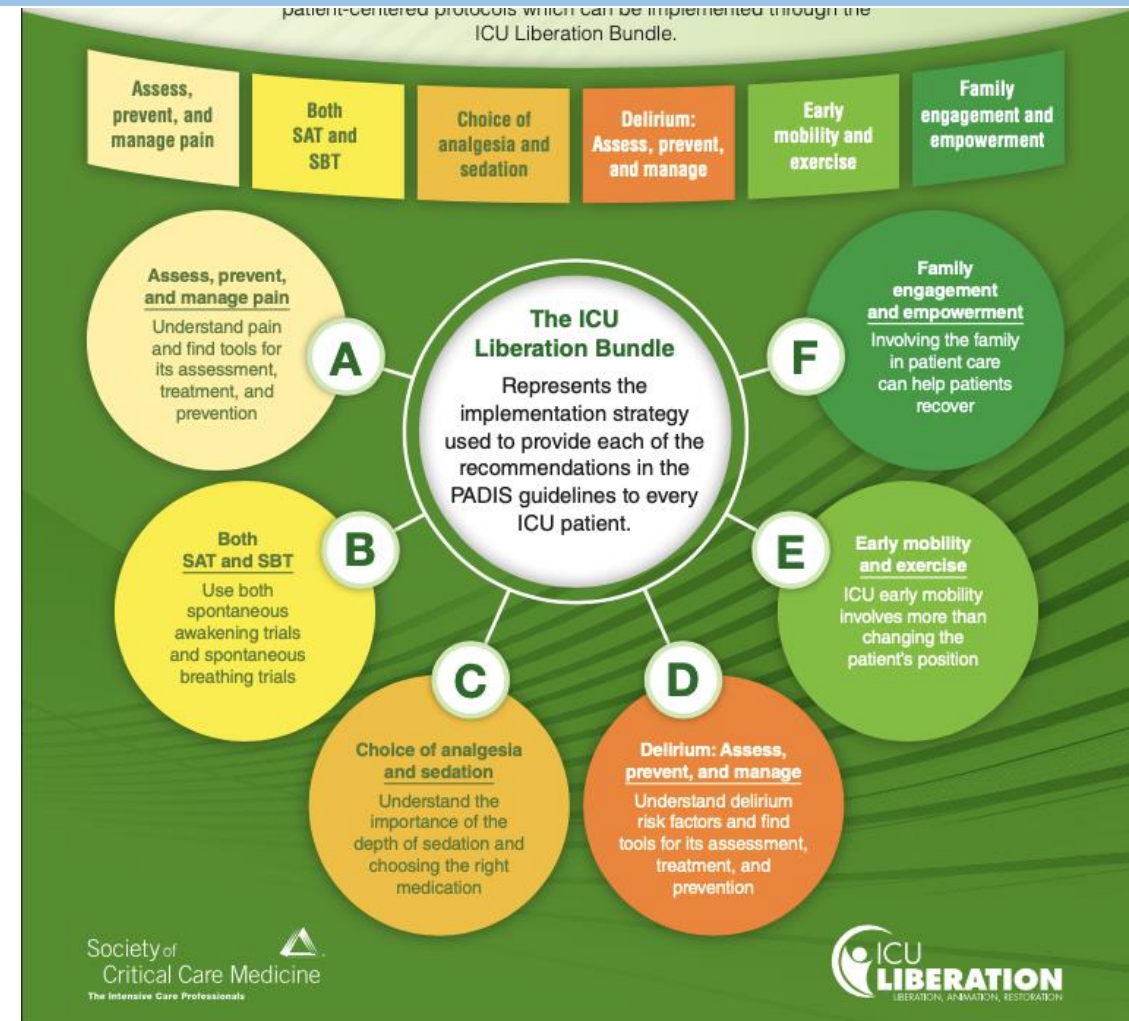
[2.4.a] HẠN CHẾ THỞ MÁY XÂM NHẬP

- Bác sĩ là hạt nhân, điều dưỡng là người chăm sóc và theo dõi chính
- Nói chung có 02 việc cần làm
 - **Tránh thở máy xâm nhập:** sử dụng những biện pháp hỗ trợ hô hấp không xâm nhập => oxy liệu pháp, NIV
 - **Nếu buộc phải thở máy xâm nhập:** thở máy ngắn ngày, cai máy sớm => gói ABCDEF

GÓI ABCDEF LÀ XU HƯỚNG TẤT YẾU CỦA ICU HIỆN ĐẠI

Là gói điều trị hồi sức gồm 6 thành phần

- A = Đánh giá, phòng ngừa, quản lý đau
- B = Tự thức dậy và tập tự thở
- C = Dùng giảm đau, an thần hợp lý
- D = Đánh giá, phòng ngừa, quản lý sáng
- E = Vận động sớm, tập thể dục
- F = Gia đình tham gia và hỗ trợ

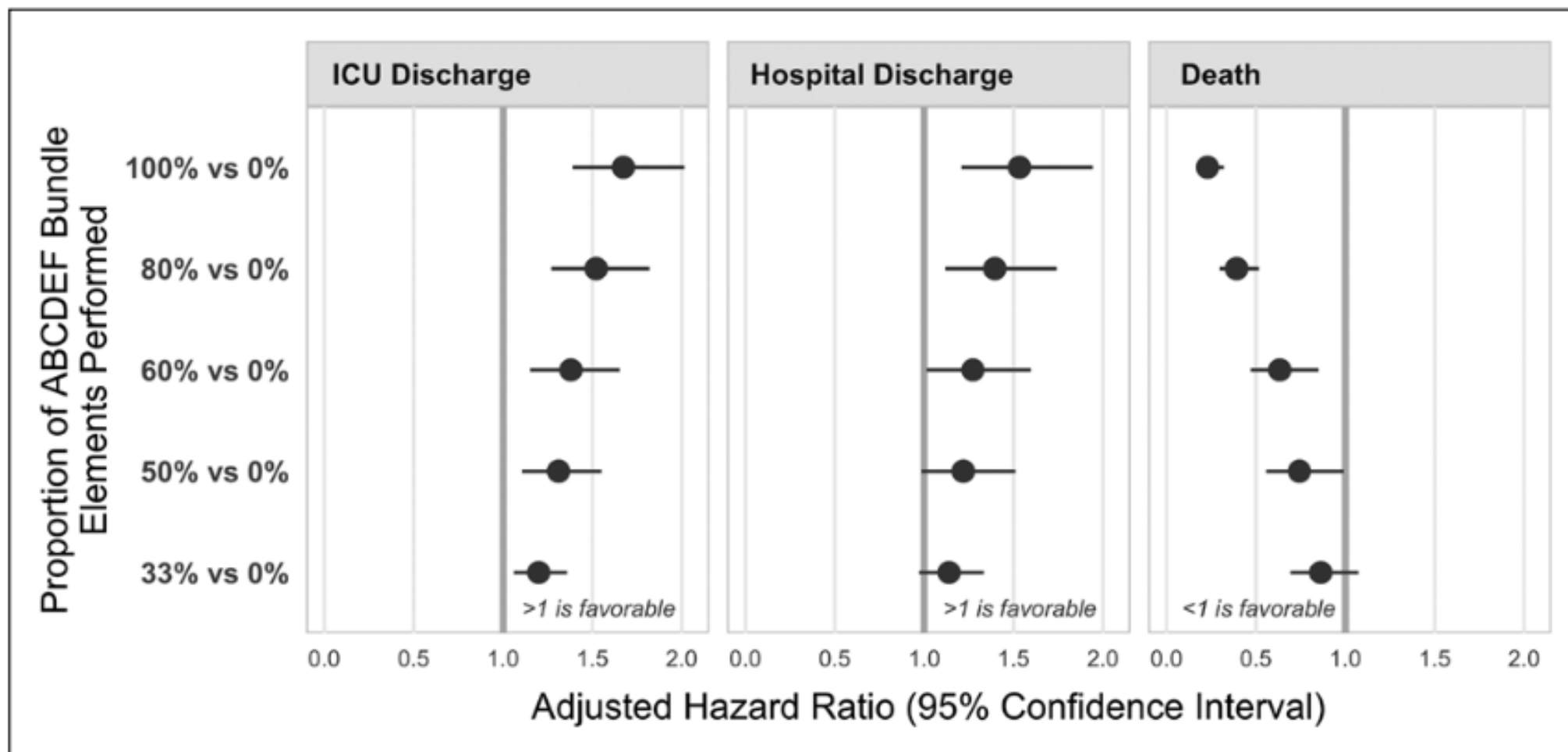


Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults

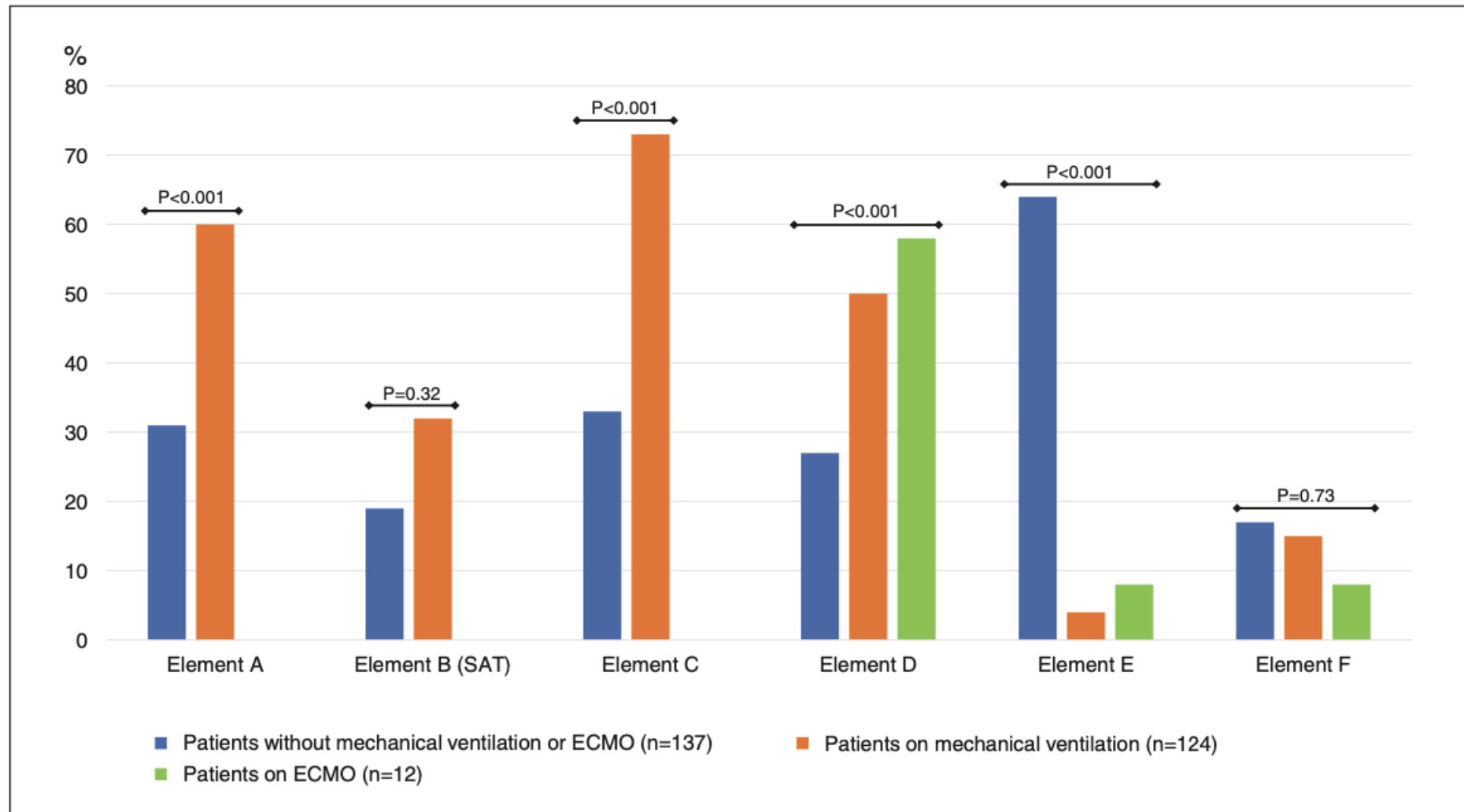
TABLE 2. Outcomes for Patients With Complete (vs Incomplete) ABCDEF Bundle Performance: Data are Adjusted Hazard Ratios and Adjusted Odds Ratios

Outcomes	Complete Bundle Performance	p Value
Patient-Related Outcomes	Adjusted Hazard Ratio (95% CI)	
ICU discharge ^a	1.17 (1.05–1.30)	< 0.004
Hospital discharge ^b	1.19 (1.01–1.40)	< 0.033
Death ^c	0.32 (0.17–0.62)	< 0.001
Symptom-Related Outcomes^d	AOR (95%CI)	
Mechanical ventilation	0.28 (0.22–0.36)	< 0.0001
Coma	0.35 (0.22–0.56)	< 0.0001
Delirium	0.60 (0.49–0.72)	< 0.0001
Significant pain	1.03 (0.88–1.21)	0.7000
Physical restraints	0.37 (0.30–0.46)	< 0.0001
System-Related Outcomes	AOR (95%CI)	
ICU readmission ^e	0.54 (0.37–0.79)	< 0.001
Discharge destination ^f	0.64 (0.51–0.80)	< 0.001

Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults



ABCDEF Bundle and Supportive ICU Practices for Patients With Coronavirus Disease 2019 Infection: An International Point Prevalence Study



[2.4.b] VỆ SINH RĂNG MIỆNG TỐT

- Lợi ích của vệ sinh răng miệng tốt
 - Giảm tỷ lệ VAP
 - Tăng sự thoải mái, và cải thiện kết quả điều trị
- Nhất là ở những người bệnh thường có tình trạng vệ sinh răng miệng kém
 - Tuổi cao, tiền sử nghiện rượu, tiền sử hút thuốc lá
 - Suy dinh dưỡng, thiếu nước, suy giảm miễn dịch
 - Thông khí cơ học, thở oxy dòng cao

DÙNG BÀN CHẢI LÔNG MỀM TỐT HƠN CÂY GÒN

- Dụng cụ: bàn chải lông mềm (soft bristled toothbrush), và cây gòn (foam stick)
- BHYT chỉ ghi chung là “bàn chải đánh răng loại nhỏ”
- Các chứng cứ ủng hộ việc dùng bàn chải lông mềm, tuy còn chưa thống nhất
- Cơ chế: loại bỏ mảng bám răng hiệu quả hơn, ít tổn thương miệng hơn
- Hiệu quả đó vẫn còn ở nhóm người bệnh mất răng, chỉ còn nướu

DÙNG CHLORHEXIDINE TỐT HƠN CÁC LOẠI DUNG DỊCH KHÁC

- Dung dịch: Chlorhexidine, oxy già, Na bicarbonate, nước súc miệng
- Các chứng cứ ủng hộ dùng Chlorhexidine
- **Người bệnh Covid-19:** Hướng dẫn BHYT khuyên dùng dung dịch Chlorhexidine
- Cơ chế: hiệu quả kháng khuẩn mạnh hơn, và kéo dài đến 24g
- Bao lâu cần VSRM một lần? => Thang điểm đánh giá răng miệng BECK (BOAS)

Table 1
Beck Oral Assessment Scale (BOAS), modified^a

Area	Score			
	1	2	3	4
Lips	Smooth, pink, moist, and intact	Slightly dry, red	Dry, swollen isolated blisters	Edematous, inflamed blisters
Gingiva and oral mucosa	Smooth, pink, moist, and intact	Pale, dry, isolated lesions	Swollen red	Very dry and edema-tous, inflamed
Tongue	Smooth, pink, moist, and intact	Dry, prominent papillae	Dry, swollen, tip and papillae are red with lesions	Very dry, edematous, engorged coating
Teeth	Clean, no debris	Minimal debris	Moderate debris	Covered with debris
Saliva	Thin, watery plentiful	Increase in amount	Scanty and somewhat thicker	Thick and ropy, viscid or mucid
Total score ^b	5 No dysfunction	6-10 Mild dysfunction	11-15 Moderate dysfunction	16-20 Severe dysfunction
Note: Provide moisture more often than oral care.	Minimum care every 12 h	Minimum care every 8-12 h	Minimum care every 8 h	Minimum care every 4 h

^a Modified from Beck.²³
^b Interpretation of total score:
BOAS 0 - 5: Perform an oral assessment once a day. Follow oral care as outlined in the systematic oral care procedure twice per day.
BOAS 6 - 10: Perform oral assessments twice a day. Moisten mouth/lips every 4 hours. Follow oral care as outlined in the systematic oral care procedure twice per day.
BOAS 11 - 15: Perform an oral assessment every shift (every 8-12 h). Follow oral care as outlined in the systematic oral care every shift. Use an ultra-soft toothbrush. Moisten lips and mouth every 2 h.
BOAS 16 - 20: Perform an oral assessment every 4 hours. Follow oral care as outlined. If brushing not possible, use soft gauze-wrapped finger. Moisten lips and mouth every 1 - 2 h.

BECK gồm 5 thành phần điểm

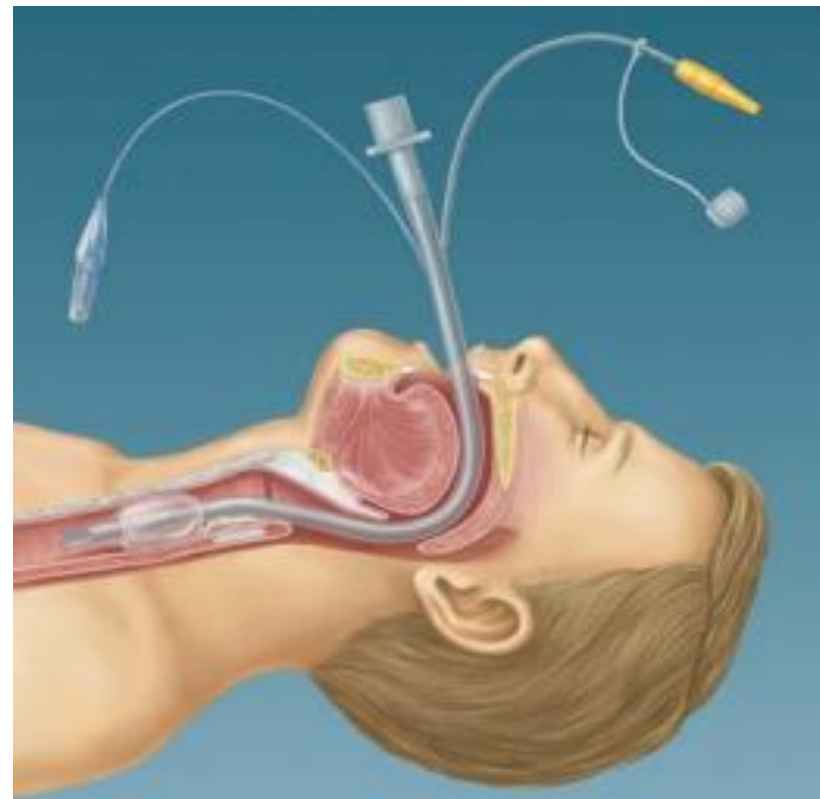
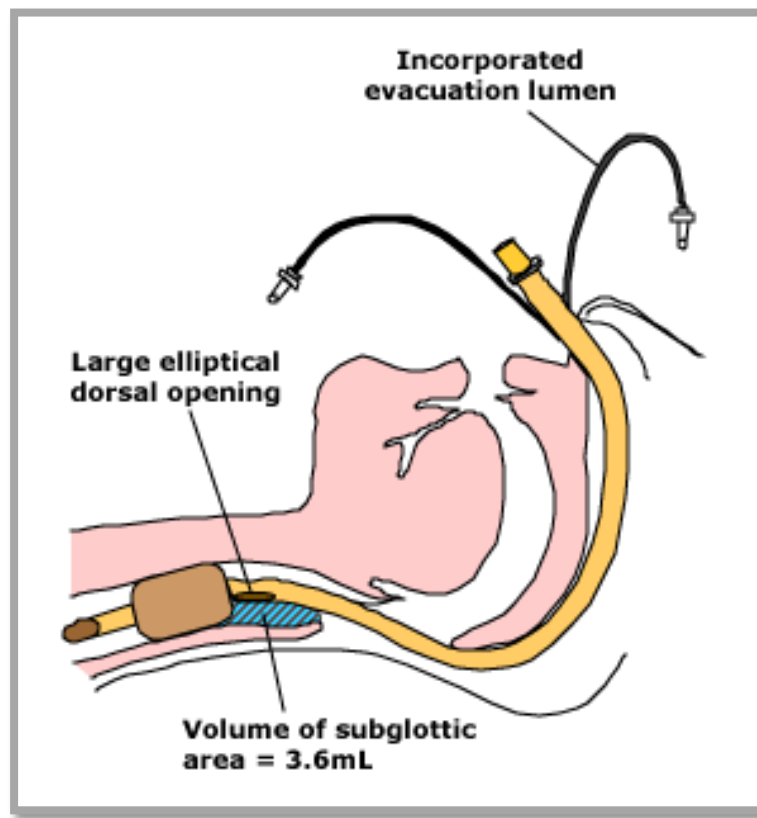
Tính điểm tổng (0 – 20 điểm)

Chia 4 mức
0 – 5
6 – 10
11– 15
16 – 20

Ames *et al.* Effects of Systematic Oral Care in Critically Ill Patients: A multicentre study. Am J crit Care. 2011 Sep;20(5):e103-114

[2.4.c] HÚT DỊCH DƯỚI NẮP THANH MÔN

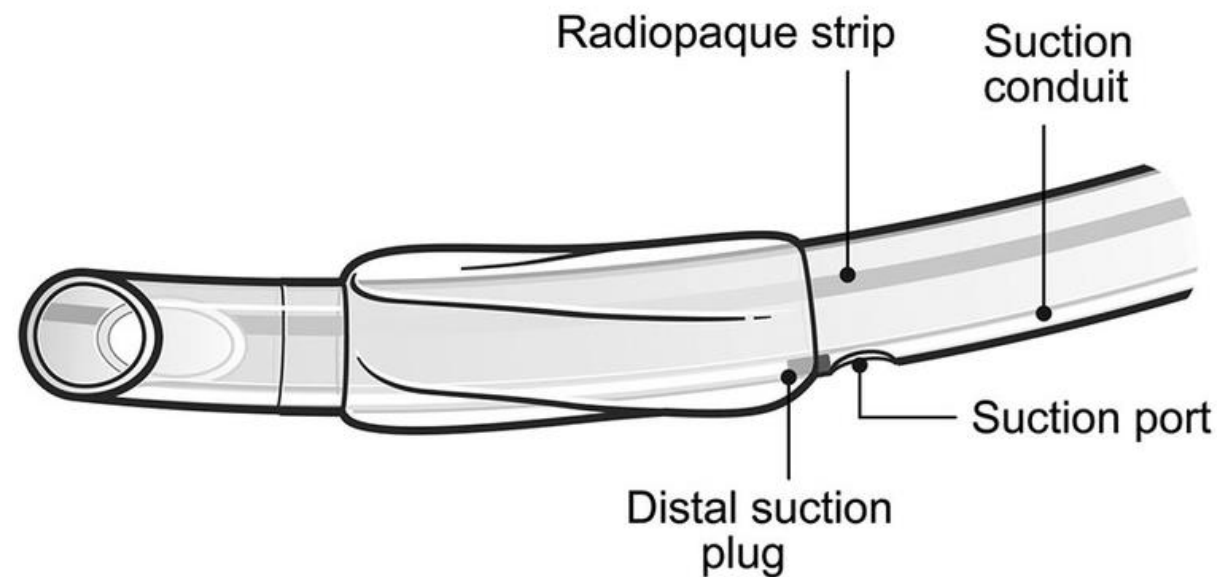
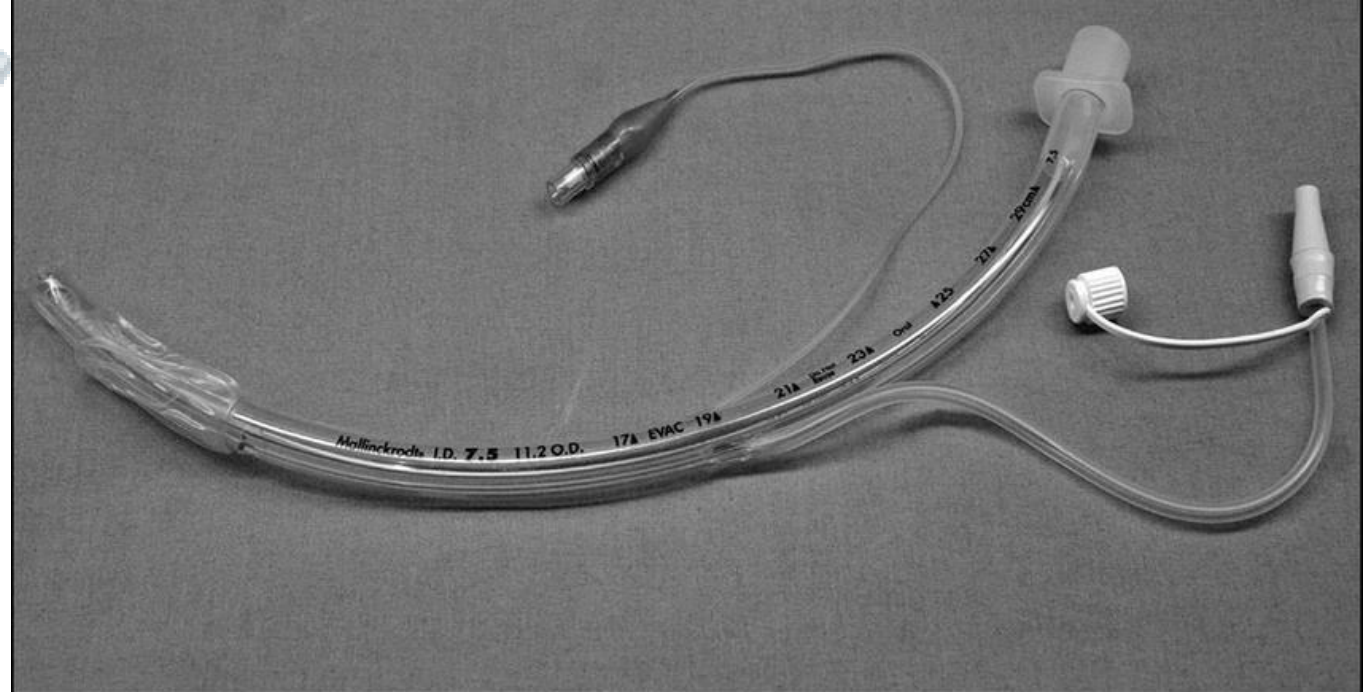
- Hút dịch dưới nắp thanh môn (sub-glottic suctioning) có thể giảm tỷ lệ VAP lên đến 45% so với nhóm không hút dịch





- NKQ chuẩn (standard ETT), so với NKQ có kênh hút dịch dưới nắp thanh môn (Subglottic Secretion Drainage ETT hay SSD-ETT)

- **Người bệnh Covid-19: Hướng dẫn BHYT khuyến dùng SSD-ETT**



[2.4.d] TƯ THẾ NẰM ĐẦU CAO 30° CÓ NHIỀU LỢI ÍCH

- 5 tư thế cơ bản trong ICU: nằm ngửa (supine), nằm sấp (prone), nằm nghiêng (side lying), nằm chân cao (Trendelenburg) và nằm đầu cao 30 - 45° (semi-recumbent hay tư thế Fowler)
- Lợi ích của tư thế nằm đầu cao 30 – 45°: cải thiện thông khí/ tưới máu phổi, giảm công hô hấp, giảm công cơ tim, giảm tỷ lệ VAP
- **Người bệnh Covid-19:** Hướng dẫn BHYT khuyến cáo nên đặt người bệnh ở tư thế nằm đầu cao 30°, trừ khi có chống chỉ định

“TEAMWORK” KHI LẬT SẮP NGƯỜI BỆNH TRONG THỞ MÁY NẴM SẮP



Awake prone positioning in COVID-19

- Thông khí xâm nhập ở tư thế nằm sấp ở người bệnh ARDS nặng: lợi ích rõ ràng
- **Người bệnh Covid-19: khái niệm mới “Awake prone positioning”**
- Một số nghiên cứu: dùng HFNC hoặc NIV kết hợp tư thế nằm sấp ở người bệnh ARDS trung bình – nặng có thể giúp giảm tỷ lệ phải đặt NKQ và thở máy xâm nhập



Guerin C. et al. Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2013;368:2159-68

Ding L. et al. Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS. *Critical Care* (2020) 24:28

Koeckerling D. et al. Awake prone positioning in COVID-19. *Thorax* 2020;75:833–834.

[2.4.e] ĐẢM BẢO TỶ LỆ ĐIỀU DƯỠNG/NGƯỜI BỆNH PHÙ HỢP

- Tỷ lệ Điều dưỡng/ Người bệnh thở máy nên là 1/ 1 để đảm bảo chăm sóc toàn diện
 - Con số này càng nhỏ, tỷ lệ biến cố liên quan đến điều dưỡng càng cao
 - Ở ICU, UMC hiện tại là 1/ 2.4 => Ở nơi quý đồng nghiệp làm việc?
- Cách chia ca trực hiện tại tối ưu nhất vẫn là ca 8 giờ
 - Ở nhóm ca 12 giờ, tỷ lệ biến cố liên quan đến điều dưỡng cao hơn
 - Ở ICU, UMC hiện tại là chia ca 8 giờ, kỳ nghỉ dài ngày thì chia ca 12 giờ

CÁC VẤN ĐỀ NHÂN VIÊN Y TẾ TUYỂN ĐẦU PHẢI ĐỐI MẶT

- NVYT làm việc trong khu vực cách ly phải sống trong khu cách ly
- Sức khỏe bị bào mòn nhanh chóng bởi cường độ làm việc cao, thời gian làm việc kéo dài, căng thẳng tâm lý, mặc PPE suốt ca làm việc
- Ăn uống ngủ nghỉ không đầy đủ, thậm chí đảo lộn
- Bên trong bệnh phòng là môi trường dễ lây nhiễm, ngoài trời thời tiết nắng nóng
- Còn rất nhiều cơ sở y tế thiếu PPE và chưa tiếp cận được vaccine



TÓM TẮT CÁC ĐIỂM CHÍNH

- Hiểu rõ diễn tiến tự nhiên khi nhiễm Covid-19, và các chiến lược điều trị, giúp điều dưỡng lập kế hoạch chăm sóc toàn diện
- Đánh giá và theo dõi tốt (ban đầu và chi tiết), là điều kiện cần để có thể chăm sóc toàn diện tốt. Nên áp dụng NEWS trong theo dõi sinh hiệu, CPOT trong đánh giá đau khi thở máy
- Bảo đảm cơ sở máy thở và các nguồn cung đi kèm máy thở, chọn loại dây dùng 1 lần, có 2 đường thở vào và thở ra riêng biệt, dùng bộ lọc khuẩn HME
- Người bệnh thở NIV cần có chỉ định thận trọng, cố định mặt nạ tốt, theo dõi sát trong 1 – 2 giờ đầu, sẵn sàng hỗ trợ đặt NKQ cấp cứu, thật chú ý vì nguy cơ lây nhiễm chéo thường tăng cao với thở NIV

TÓM TẮT CÁC ĐIỂM CHÍNH

- Người bệnh thở MV nên đặt người bệnh ở tư thế nằm đầu cao 30° , dùng NKQ có kênh hút dịch dưới nắp thanh môn, giữ NKQ đúng vị trí, cố định tốt, áp lực bóng chèn phù hợp, theo dõi áp lực này mỗi 4 giờ, dùng hệ thống hút đàm kín, không bơm NS khi hút đàm, VSRM bằng chlorhexidine và bàn chải lông mềm
- Khi dịch bệnh bùng phát, số lượng người bệnh tăng cao, thì giới hạn về nguồn nhân lực, trang thiết bị y tế, cùng các vấn đề liên quan đến sức khỏe và sự an toàn của chính lực lượng NVYT là những thách thức thực sự đối trong bài toán chống dịch, không chỉ riêng ở nước ta

CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP
ĐÃ THEO DÕI

FB: Huệ Nguyễn
Chăm sóc người già