|  |
| --- |
| SỞ Y TẾ ĐỒNG THÁP  **TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TÂN HỒNG**    **HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**  *(Ban hành kèm theo Quyết định số 134/QĐ-TTYT ngày 14 tháng 02 năm 2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng)*  *(Dựa theo Quyết định số 576/SYT-NVY ngày 14 tháng 02 năm 2022 của Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp)* |

## BỘ Y TẾ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số:183

/QĐ-BYT *Hà Nội, ngày 25*

*tháng 01*

*năm 2022*

## QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;*

*Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;*

*Căn cứ theo Biên bản họp Hội đồng chuyên môn nghiệm thu “Hướng dẫn điều trị chăm sóc giảm nhẹ” ngày 14/9/2020;*

*Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh*.

## QUYẾT ĐỊNH:

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ.

**Điều 2.** Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Nhà nước và tư nhân trên cả nước.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 4.** Các ông, bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.



|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** | **KT. BỘ TRƯỞNG** |
| * Như Điều 4; * Bộ trưởng (để báo cáo); * Các Thứ trưởng; * Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế, website Cục - QLKCB; * Lưu: VT, KCB. | **THỨ TRƯỞNG** |
|  | **Nguyễn Trường Sơn** |



# HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

*(Ban hành kèm theo Quyết định số*

183

*/QĐ-BYT*

*ngày 25 tháng01 năm 2022)*

# DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN “HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC GIẢM NHẸ”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ đạo biên soạn** | | |
| PGS. TS. | Nguyễn Trường Sơn | Thứ trưởng Bộ Y tế |
| **Chủ biên** |  |  |
| PGS. TS. | Lương Ngọc Khuê | Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế |
| **Đồng chủ biên** | | |
| GS. TS. | Phạm Thắng | Chủ tịch Hội Lão khoa Việt Nam, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Lão khoa Trung ương |
| **Thành viên** |  |  |
| TS. BS. | Nguyễn Trọng Khoa | Phó Cục trưởng, Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh - Bộ Y tế |
| TS. BS. | Vương Ánh Dương | Phó Cục trưởng, Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh - Bộ Y tế |
| GS. TS. | Nguyễn Viết Nhung | Giám đốc, Bệnh viện Phổi Trung ương |
| GS. TS. | Nguyễn Hữu Tú | Hiệu trưởng, Đại học Y Hà Nội |
| GS. TS. | Trần Diệp Tuấn | Chủ tịch Hội đồng trường, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh |
| PGS. TS. | Eric L. Krakauer | Giám đốc các chương trình Sức khỏe Toàn cầu, Trung tâm Chăm sóc Giảm nhẹ, Trường Y, Đại học Harvard, Hoa Kỳ  Trưởng bộ môn danh dự, bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh |
| TS. BS. | Nguyễn Tiến Quang | Chủ tịch Hội đồng quản lý, Bệnh viện K Hà Nội |
| TS. BS. | Đặng Huy Quốc Thịnh | Phó giám đốc, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh; Phó trưởng bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh |
| PGS. TS. | Đỗ Duy Cường | Giám đốc Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai |
| PGS. TS. | Vũ Văn Giáp | Phó Giám đốc Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai |
| PGS. TS. | Bùi Văn Giang | Giám đốc Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K; Phó chủ tịch Hội Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam |
| TS. BS. | Lê Tuấn Anh | Giám đốc Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy |
| TS. BS. | Đoàn Lực | Giám đốc Trung tâm Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện K |

TS. BS. Bùi Ngọc Lan Giám đốc Trung tâm Huyết học Nhi khoa, Bệnh viện

Nhi Trung ương

BSCKI. Nguyễn Thị Phi Yến Nguyên Phó trưởng khoa Chống đau, Bệnh viện K

ThS.

BSCKII.

Phí Thị Thùy Dương Trung tâm Chăm sóc giảm nhẹ - Bệnh viện K

PGS. TS. Vũ Thị Thanh Huyền Phó trưởng bộ môn Lão khoa, Trường Đại học Y Hà

Nội

PGS. TS. Hồ Thị Kim Thanh Trưởng bộ môn Y học gia đình, Giám đốc Trung tâm

Đào tạo và chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

PGS. TS. Đặng Nguyễn Đoan Trang

Trưởng khoa Dược, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS. BS. Phạm Thị Vân Anh Bộ môn Truyền nhiễm, Đại học Y Dược Hải Phòng TS. BS. Phạm Nguyên Tường Phó Giám đốc Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Trung

ương Huế

TS. BS. Thân Hà Ngọc Thể Trưởng bộ môn Lão khoa, Phó trưởng bộ môn Chăm

sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; Trưởng Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS. BSCKII.

Quách Thanh Khánh Nguyên Trưởng Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện

Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

BSCKII. Vương Thị Nguyên Thảo

Trưởng khoa Điều trị giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy

ThS. BS. Bùi Thị Thanh Huyền Giảng viên bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y

Dược TP. Hồ Chí Minh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Trưởng đơn vị Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh Viện Nhi Đồng Thành Phố, TP. Hồ Chí Minh |
| ThS. BS. | Nguyễn Xuân Thanh | Phó Trưởng khoa Ung Bướu- Điều trị giảm nhẹ, Bệnh viện Lão khoa Trung ương |
| DSCKI. | Nguyễn Thị Phương Châm | Nguyên chuyên viên chính, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh – Bộ Y tế |
| ThS. | Trương Nguyễn Xuân Quỳnh | Khoa Công tác Xã hội, Đại học Khoa học Xã hội Nhân văn Tp. Hồ Chí Minh  Cố vấn Ban giám đốc về các vấn đề công tác xã hội, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh |
| ThS. BS. | Lê Đại Dương | Giảng viên bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh |
| ThS. BS. | Dương Duy Khoa | Giảng viên bộ môn Nội tổng quát, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ThS. BS. | Đặng Quỳnh Giao Vũ | Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh |
| ĐDCKI. | Hoàng Thị Mộng Huyền | Nguyên Điều dưỡng trưởng, Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh |
| ĐDCKI. | Châu Thị Hoa | Nguyên Điều dưỡng trưởng, Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Huế |
| TS. ĐD. | Trần Thụy Khánh Linh | Phó Trưởng Khoa Điều dưỡng Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  Trưởng bộ môn Điều dưỡng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh |
| ThS. ĐD. | Hồ Thị Quỳnh Duyên | Điều dưỡng trưởng, Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh |
| CN. | Trần Thanh Thủy | Điều dưỡng trưởng Trung tâm Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện K |
| **Thư ký** |  |  |
| ThS. BS. | Nguyễn Thị Thanh Ngọc | Phụ trách phòng Nghiệp vụ - Thanh tra - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế |
| ThS. DS. | Lê Kim Dung | Phòng Nghiệp vụ - Thanh tra - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế |
| BS. | Nguyễn Hải Yến | Phòng Nghiệp vụ - Thanh tra - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế |
| ThS. BS. | Cao Đức Phương | Phòng Nghiệp vụ - Thanh tra - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế |
| DS. | Đỗ Thị Ngát | Phòng Nghiệp vụ - Thanh tra - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế |

# LỜI NÓI ĐẦU

Tổ chức Y tế Thế giới ước tính mỗi năm thế giới có hơn 56,8 triệu người cần chăm sóc giảm nhẹ (CSGN), trong đó 25,7 triệu người gần giai đoạn cuối đời. Các bệnh không lây nhiễm như ung thư, sa sút trí tuệ, bệnh mạch máu não và bệnh phổi chiếm 69% nhu cầu CSGN của người trưởng thành. 75% người trưởng thành cần được CSGN sống trong các nước thu nhập thấp và trung bình, và tỷ lệ cao nhất là ở các nước có thu nhập thấp.

Chương trình Nghị Sự 2030 về Mục Tiêu Phát Triển Bền Vững của Liên Hiệp Quốc đã đưa ra cam kết “Không bỏ ai lại phía sau”. Điều này yêu cầu các quốc gia phát triển các chính sách CSGN để hỗ trợ cho hàng triệu người đang cần CSGN trên toàn cầu. CSGN là một phần quan trọng của các dịch vụ y tế lấy con người làm trung tâm nhằm giúp giảm bớt đau khổ cho người bệnh và gia đình, cho dù đó là sự đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội hay tâm linh. Vì vậy, cho dù nguyên nhân của đau khổ là ung thư hay suy các cơ quan trọng yếu, bệnh mạn tính giai đoạn cuối hay bệnh lý cấp tính, trẻ sinh cực non hay người cao tuổi suy yếu, CSGN cần được dễ dàng tiếp cận và cần được tích hợp vào tất cả các mức độ chăm sóc.

Việt Nam với dân số đang già hóa cũng gặp những thách thức tương tự. Ngày 19/05/2006, Cục quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y Tế đã tiên phong xây dựng và ban hành Quyết định 3483/BYT “Hướng dẫn Quốc gia về Chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS”. Đây là cơ sở pháp lý và là tài liệu tham khảo mang tính thực tiễn để triển khai các hoạt động chăm sóc và điều trị toàn diện cho người bệnh ung thư và AIDS.

Từ đó đến nay, nhận thức được không chỉ người bệnh ung thư và AIDS mà các bệnh lý mạn tính khác đều có nhu cầu CSGN, Cục quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y Tế với sự cố vấn của PGS.TS. Eric Krakauer cùng nhóm chuyên gia CSGN từ Hội Y học Chăm sóc giảm nhẹ Việt Nam đã phân công soạn thảo, cập nhật hướng dẫn quốc gia năm 2006 và chủ trương mở rộng thêm các nội dung CSGN cho nhiều đối tượng mắc bệnh nghiêm trọng khác ngoài ung thư và AIDS; như bệnh lao đa kháng thuốc, bệnh phổi giai đoạn cuối, bệnh tim giai đoạn cuối, trẻ em, người cao tuổi, sa sút trí tuệ, người bị chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo. Trong đó nhấn mạnh vai trò của CSGN tại nhà là thành phần không thể thiếu. Hướng dẫn Điều trị chăm sóc giảm nhẹ này được viết cho các nhà lâm sàng cung cấp CSGN và chăm sóc cuối đời cho những người bệnh mắc các bệnh nghiêm trọng mà họ thường xuyên chăm sóc ở ngay tại cơ sở làm việc của họ. Hướng dẫn này không bao gồm CSGN chuyên sâu với nhiều hoàn cảnh và nguồn lực phức hợp. Nếu các triệu chứng không đáp ứng với các biện pháp thông thường hoặc nếu bạn lo ngại rằng các khuyến nghị được đưa ra ở đây có thể không phù hợp với tình trạng lâm sàng, vui lòng tham khảo hoặc hội chẩn với nhóm CSGN chuyên gia tại địa phương hoặc ở tuyến y tế cao hơn. Chúng tôi hy vọng rằng tài liệu này rõ ràng và mang lại lợi ích thiết thực cho công việc chăm sóc người bệnh và cho thực hành nghề nghiệp ở bất kỳ lĩnh vực nào của hệ thống chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi tin rằng cùng với nhau chúng ta có thể thực hiện được mục tiêu “Không bỏ ai lại phía sau” để người bệnh và gia đình được thoải mái nhất có thể, ngay tại giường bệnh, và

có thể ngay tại căn nhà thân yêu của họ.

# MỤC LỤC

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN 3

LỜI NÓI ĐẦU 6

MỤC LỤC 7

DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT 10

DANH MỤC BẢNG 12

DANH MỤC HÌNH VÀ THANG ĐÁNH GIÁ 13

1. GIỚI THIỆU VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ 14
   1. Định nghĩa và phạm vi của chăm sóc giảm nhẹ 14
   2. Các nguyên tắc trong chăm sóc giảm nhẹ 14
   3. Tiếp cận người bệnh cần đến chăm sóc giảm nhẹ 19
2. ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ 22
   1. Nguyên tắc 22
   2. Các bước đánh giá chăm sóc giảm nhẹ 22
3. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU 25
   1. Định nghĩa đau 25
   2. Phân loại đau và nguyên nhân đau 25
   3. Đánh giá đau 27
   4. Điều trị giảm đau 28
   5. Đau ở người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất 43
4. ĐÁNH GIÁ & GIẢM NHẸ CÁC ĐAU KHỔ THỂ CHẤT KHÁC, TÂM LÝ, XÃ HỘI VÀ TÂM LINH 45
   1. Đánh giá và giảm nhẹ triệu chứng đau khổ về thể chất 45
   2. Đánh giá và giảm nhẹ đau khổ về tâm lý 57
   3. Đánh giá và can thiệp đau khổ và khó khăn về mặt xã hội 62
   4. Đánh giá và điều trị đau khổ về tâm linh 64
5. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO NGƯỜI BỆNH VỚI CÁC BỆNH LÝ CỤ THỂ

.................................................................................................................................. 65

* 1. Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư 65
  2. Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV 66
  3. Chăm sóc giảm nhẹ cho những người mắc bệnh lao đa kháng thuốc và siêu kháng thuốc (M/XDR-TB) 68
  4. Chăm sóc giảm nhẹ cho người mắc bệnh phổi giai đoạn cuối 70
  5. Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh suy tim giai đoạn cuối 71
  6. [Chăm sóc giảm nhẹ cho người sa sút trí tuệ 71](#_TOC_250010)
  7. Chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương 72
  8. Chăm sóc giảm nhẹ cho những người bị chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo

............................................................................................................................... 73

1. NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ 75
   1. [Cơn đau nguy cấp/cơn khủng khoảng đau 75](#_TOC_250009)
   2. Khó thở nặng và khó điều trị ở người bệnh hấp hối 75
   3. [Xuất huyết ồ ạt 76](#_TOC_250008)
   4. [Chèn ép tủy 76](#_TOC_250007)
   5. [Co giật 77](#_TOC_250006)
2. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ NHI KHOA 78
   1. [Các nguyên tắc 78](#_TOC_250005)
   2. Các giai đoạn phát triển 79
   3. Đánh giá và điều trị đau ở trẻ em 81
   4. Dự phòng và điều trị đau do thủ thuật 84
   5. Đánh giá và giảm các triệu chứng khác ở trẻ em 86
   6. Hỗ trợ tâm lý xã hội cho trẻ em 87
3. ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ 89
   1. Đánh giá điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ 89
   2. Biện hộ/lên tiếng vì lợi ích của người bệnh (health advocacy) 89
   3. [Liều cứu hộ morphin 89](#_TOC_250004)
   4. [Đường truyền dưới da 90](#_TOC_250003)
   5. [Chăm sóc vết thương 91](#_TOC_250002)
   6. Hỗ trợ cảm xúc cho người bệnh và người nhà 91
   7. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người chăm sóc 91
4. CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI 93
   1. [Thảo luận kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai 93](#_TOC_250001)
   2. [Kế hoạch xuất viện 94](#_TOC_250000)
   3. Chuẩn bị cho các thành viên gia đình khi người bệnh ở giai đoạn cuối 94
5. LỒNG GHÉP CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀO HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE 96
   1. Cấu trúc cơ bản của mô hình chăm sóc giảm nhẹ lồng ghép 96
   2. Gói thiết yếu về chăm sóc giảm nhẹ 99

CÁC PHỤ LỤC 102

PHỤ LỤC 1. CÁC THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG HOẠT ĐỘNG 102 PHỤ LỤC 2. BẢNG KIỂM ĐAU RÚT GỌN 104

PHỤ LỤC 3. THANG ĐO KẾT QUẢ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ DÀNH CHO NGƯỜI VIỆT NAM (VietPOS) 106

PHỤ LỤC 4. ĐÁNH GIÁ NGẮN TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG Y KHOA (QHASW 1) 108

PHỤ LỤC 5. ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG Y KHOA (QHSWA 2) 109

PHỤ LỤC 6. DANH MỤC THUẬT NGỮ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ 113

**DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Từ viết tắt** | **Chú giải tiếng Anh** | | | **Chú giải tiếng Việt** | | | |
| **ACP** | Advance Care Planning | | | Lập kế hoạch chăm sóc y tế cho  tương lai | | | |
| **AD** | Advance Directive | | | Chỉ thị chăm sóc y tế cho tương  lai | | | |
| **AIDS** | Acquired  Syndrome | Immuno | Deficiency | Hội chứng suy giảm miễn dịch  mắc phải | | | |
| **BPI** | Brief Pain Inventory | | | Bảng kiểm đau rút gọn | | | |
| **COPD** | Chronic Obstructive Pulmonary  Disease | | | Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính | | | |
| **CPR** | Cardio-Pulmonology  Resuscitation | | | Hồi sinh tim phổi | | | |
| **CRIES** | Crying, Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness | | | Thang điểm đánh giá đau khách quan ở trẻ sơ sinh. Khóc, Yêu cầu tăng cường cung cấp oxy, Tăng các dấu hiệu sinh tồn,  Biểu hiện, Mất ngủ | | | |
| **CSGN** |  | | | Chăm sóc giảm nhẹ | | | |
| **CT** | Computed Tomography | | | Chụp cắt lớp điện toán | | | |
| **CHW** | Community Health Worker | | | Nhân viên chăm sóc sức khỏe  cộng đồng | | | |
| **DOT** | Directly Oserved Treatment | | | Điều trị giám sát trực tiếp | | | |
| **ECOG** | Eastern Cooperative Oncology  Group | | | Cơ quan hợp tác về ung thư  phía Đông Hoa Kỳ | | | |
| **FLACC** | Face, legs, activity, crying, and consolability | | | Thang điểm đánh giá đau khách quan ở trẻ nhỏ bằng quan sát Mặt, Chân, Hoạt động, Khóc và  Khả năng dỗ dành | | | |
| **HIV** | Human Immunodeficiency Virus | | | Virus gây suy giảm miễn dịch ở  người | | | |
| **IASP** | The International Association for  the Study of Pain | | | Hiệp hội nghiên cứu đau quốc  tế | | | |
| **MDR-TB** | Multidrug-Resistant Tuberculosis | | | Lao đa kháng thuốc | | | |
| **MRI** | Magnetic resonance imaging | | | Chụp cộng hưởng từ | | | |
| **NRS** | Numerical rating scale | | | Thang đánh giá bằng số | | | |
| **NSAID** | Non-steroidal anti-inflammatory  drug | | | Thuốc  steroid | kháng | viêm | không |
| **PCA** | Patient-controlled analgesia | | | Giảm đau do người bệnh kiểm  soát | | | |
| **PPC** | Pediatric Palliative Care | | | Chăm sóc giảm nhẹ nhi | | | |
| **PPS** | Palliative Performance Scale | | | Thang điểm Chức năng Giảm  nhẹ - | | | |
| **PTSD** | Post traumatic stress disorder | | | Rối loạn Stress sau sang chấn | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOP** | Standard Operating Procedure | Qui trình thao tác chuẩn |
| **TB** |  | Tiêm bắp |
| **TDD** |  | Tiêm dưới da |
| **TMC** |  | Tiêm mạch chậm |
| **VAS** | Visual Analogue Scale | Thang đánh giá bằng thị giác |
| **VietPOS** | Vietnamese Palliative Outcome | Thang đo kết quả chăm sóc |
|  | Scale | giảm nhẹ dành cho người Việt |
|  |  | Nam |
| **XDR-TB** | Extensively drug-resistant Tuberculosis | Lao siêu kháng thuốc |

**DANH MỤC BẢNG**

Bảng 1. Các bước chính trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ 22

Bảng 2: Sử dụng các thuốc giảm đau không opioid 31

Bảng 3. Thuốc opioid yếu (có thể được sử dụng để thay thế liều thấp của một opioid mạnh) 35

Bảng 4. Thuốc opioid mạnh 35

Bảng 5. Liều giảm đau tương đương giữa các opioid 37

Bảng 6. Quy đổi từ morphin tiêm sang fentanyl dán 37

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn của opioid 38

Bảng 8. Thuốc hỗ trợ để giảm đau 40

Bảng 9. Thủ thuật can thiệp cho các cơn đau cụ thể 43

Bảng 10. Triệu chứng thể chất và điều trị theo nguyên nhân 45

Bảng 11. Triệu chứng tâm lý và điều trị theo nguyên nhân 59

Bảng 12. Các loại đau khổ và vấn đề xã hội và hướng can thiệp 63

Bảng 13. Chăm sóc giảm nhẹ nhi: những khác biệt so với chăm sóc giảm nhẹ người lớn

.................................................................................................................................. 78

Bảng 14. Các đối tượng cần chăm sóc giảm nhẹ nhi (PPC) 78

Bảng 15. Kết quả của đánh giá cường độ đau 84

Bảng 16. Kiểm soát đau trong thủ thuật ở trẻ em 85

Bảng 17. Giảm triệu chứng không phải đau ở trẻ em 86

Bảng 18. Danh mục các chuyên môn kỹ thuật chăm sóc giảm nhẹ thực hiện tại nhà người bệnh 98

Bảng 19. Đối với người bệnh mắc bệnh ung thư: Thang điểm ECOG 102

Bảng 20. Đối với người bệnh không ung thư: Thang điểm Chức năng Giảm nhẹ (Palliative Performance Scale - PPS) 103

**DANH MỤC HÌNH VÀ THANG ĐÁNH GIÁ**

Hình 1. Sơ đồ chăm sóc giảm nhẹ trong suốt diễn tiến bệnh 16

Hình 2. Thang điểm cường độ đau bằng con số (NRS) và thang đánh giá bằng thị giác (VAS) 28

Hình 3. Thang giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới 29

Hình 4. Thang điềm CRIES 82

Hình 5.Thang điểm FLACC 83

Hình 6. Vị trí đặt đường tiêm truyền dưới da (Vị trí đặt là các khu vực tô chéo) 92

* + 1. **GIỚI THIỆU VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**

## Định nghĩa và phạm vi của chăm sóc giảm nhẹ

* + - Chăm sóc giảm nhẹ là chuyên ngành chăm sóc, điều trị vận dụng những chứng cứ tốt nhất hiện có nhằm ngăn ngừa và giảm nhẹ các đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội, hay tâm linh - mà người bệnh là người lớn hay trẻ em mắc bệnh nặng, nghiêm trọng, đang phải chịu đựng.
    - Đây là quá trình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, đồng hành với người bệnh và gia đình người bệnh trong toàn bộ quá trình diễn biến của bệnh, kể cả giai đoạn cuối đời, nhằm đạt được chất lượng và giá trị cuộc sống cao nhất.
    - Đây là một cấu phần không thể thiếu của chăm sóc toàn diện cho người bệnh mắc các bệnh nặng, nghiêm trọng. Do đó, người bệnh phải được tiếp cận dễ dàng với hình thức chăm sóc giảm nhẹ này tại cơ sở y tế ở tất cả các tuyến, đặc biệt tại nhà người bệnh.
    - Đặc biệt, chăm sóc giảm nhẹ chuyên sâu cần được cung cấp tại các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến trên, các trung tâm ung thư lớn; chăm sóc giảm nhẹ mức độ trung gian/nâng cao là trách nhiệm của tất cả các bác sĩ nội khoa, bác sĩ gia đình, nhi khoa, ung bướu, huyết học và các chuyên ngành khác trong bệnh viện; và chăm sóc giảm nhẹ cơ bản nên được cung cấp bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu trong cộng đồng.

## Các nguyên tắc trong chăm sóc giảm nhẹ

* + 1. **Nguyên tắc thứ nhất**

Nghĩa vụ đạo đức của nhân viên y tế là làm giảm bớt khổ đau về thể chất, tâm lý hay xã hội…bất kể căn bệnh có thể được chữa khỏi hay không.

## Nguyên tắc thứ hai

Chăm sóc giảm nhẹ đáp ứng với bất kỳ đau khổ nào cấp tính hay mạn tính mà chưa được dự phòng hay giảm nhẹ một cách đầy đủ. Các loại hình và mức độ đau có thể thay đổi theo địa điểm, hoàn cảnh kinh tế - xã hội, văn hóa, thời gian, do đó công tác chăm sóc giảm nhẹ và quy mô chăm sóc giảm nhẹ cũng cần thay đổi theo từng nhóm người bệnh.

## Nguyên tắc thứ ba

* + - * Đánh giá các giá trị mà mỗi người bệnh trân trọng trong cuộc sống, đối với trẻ em cần đánh giá theo giai đoạn phát triển của trẻ để có thể chăm sóc phù hợp với sự tôn trọng, đạo đức, văn hóa, xã hội, tâm linh và từng giai đoạn phát triển;
      * Có thể áp dụng chăm sóc giảm nhẹ ngay trong giai đoạn sớm của những bệnh lý nghiêm trọng đồng thời với các liệu pháp điều trị chữa bệnh như là hóa trị cho người bệnh ung thư hay lao kháng thuốc và thuốc kháng vi rút dành cho người bệnh HIV/AIDS ();
      * Hỗ trợ người bệnh tiếp cận và tuân thủ các điều trị bệnh tối ưu nhất nếu các

điều trị này là mong muốn của người bệnh, và có thể góp phần chữa khỏi bệnh hoặc cải thiện sự sống còn;

* + - * Có thể được áp dụng cho những người sống với các di chứng lâu dài về mặt thể chất, tâm lý, xã hội hay tâm linh của các bệnh lý đe dọa tính mạng như ung thư hay các điều trị ung thư;
      * Có thể được áp dụng cho trẻ sơ sinh và trẻ em có vấn đề sức khỏe bẩm sinh nghiêm trọng;
      * Tư vấn cho người bệnh tiên lượng có các vấn đề sức khỏe đe dọa tính mạng và/hoặc gia đình của họ, về việc xác định mục tiêu chăm sóc, về lợi ích và tác hại tiềm tàng của các điều trị duy trì sự sống;
      * Không được cố ý đẩy nhanh cái chết;
      * Cung cấp các hỗ trợ cá nhân hóa cho người lớn và trẻ em bị mất mát người thân khi cần thiết;
      * Tìm cách giúp đỡ người bệnh và gia đình người bệnh tránh những khó khăn tài chính do bệnh tật hoặc khuyết tật gây nên;
      * Cung cấp giáo dục và hỗ trợ trong việc phòng ngừa và giảm thiểu đau đớn, đau mạn tính cũng như đau cấp tính, khi cần thiết;
      * Cần được lồng ghép vào tất cả các cấp của các hệ thống chăm sóc sức khỏe và vào các chương trình ứng phó chuẩn đối với các thảm họa nhân đạo;
      * Nên được thực hành bởi các bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý, người hỗ trợ tâm linh, nhân viên y tế cộng đồng, tình nguyện viên và những người khác, sau khi họ nhận được đào tạo đầy đủ;
      * Nên được đào tạo ở ba cấp bậc:

+ Đào tạo chăm sóc giảm nhẹ cơ bản cho tất cả sinh viên y khoa, sinh viên điều dưỡng, sinh viên dược … và các nhân viên chăm sóc sức khỏe nhất là nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu;

+ Đào tạo chăm sóc giảm nhẹ bậc trung cấp/nâng cao cho tất cả các chuyên gia y tế chăm sóc người bệnh mắc các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, phức tạp hoặc giới hạn sự sống như ung thư, suy các cơ quan trọng yếu, bệnh thần kinh - tâm thần nghiêm trọng hoặc sinh non nghiêm trọng;

+ Đào tạo chăm sóc giảm nhẹ chuyên sâu.

* + - * CSGN được thực hành tốt nhất bởi một nhóm liên chuyên ngành có thể cung cấp các chăm sóc lấy con người làm trung tâm, đáp ứng lại tất cả các hình thức đau khổ;
      * Cần khuyến khích sự tham gia tích cực của cộng đồng và các thành viên trong cộng đồng;
      * CSGN nên được tiếp cận bởi bất kỳ ai cần đến CSGN.

**Tử vong** (hay Chữa khỏi bệnh)

*Hình 1. Sơ đồ chăm sóc giảm nhẹ trong suốt diễn tiến bệnh*

**Hỗ trợ khi cần cho người mất mát người thân**

**CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**

**Chăm sóc cuối đời**

(hay hoàn thành các điều trị chữa bệnh)

**Chẩn đoán**

**Điều trị thay đổi diễn tiến bệnh**

## Các nguyên tắc y đức (phương Tây) có liên quan tới chăm sóc giảm nhẹ

### *Không làm hại*

Nhân viên y tế có nghĩa vụ không bao giờ làm hại người bệnh và bảo vệ người bệnh khỏi mọi loại tổn hại, bao gồm cả những tổn hại có thể gây ra bởi các phương pháp điều trị y tế không phù hợp cũng như bởi sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

### *Làm điều có lợi*

Nhân viên y tế có nghĩa vụ làm việc vì lợi ích của người bệnh.

### *Tự chủ/Tự quyết/Quyền tự ra quyết định*

Người bệnh hoặc gia đình người bệnh có quyền được thông báo về chẩn đoán và tiên lượng nếu họ mong muốn, thảo luận về các mục tiêu chăm sóc với nhân viên y tế đang chăm sóc người bệnh.

### *Công bằng*

Nhân viên y tế có nghĩa vụ bảo vệ người bệnh khỏi những bất công như từ chối chăm sóc, chăm sóc không phù hợp, lạm dụng thể chất hoặc tâm lý, phân biệt đối xử hoặc bị bỏ rơi.

### *đ) Không bỏ rơi*

Người bệnh không bao giờ bị bỏ rơi ngay cả khi những điều trị thay đổi diễn tiến bệnh không còn có lợi hoặc khi người bệnh không còn mong muốn các điều trị này. Chăm sóc giảm nhẹ phải luôn luôn có sẵn như là một chăm sóc bổ sung hoặc thay thế cho các điều trị thay đổi diễn tiến bệnh.

### *Nguyên tắc “Hệ quả Kép”*

* + Bất kỳ phương pháp điều trị nào cũng có thể gây ra tác dụng xấu. Nếu được người bệnh mong muốn, các biện pháp can thiệp hoàn toàn vì mục đích mang lại lợi ích cho người bệnh có thể được sử dụng ngay cả khi có thể đi kèm với các rủi ro, vốn có thể dự đoán nhưng không chủ ý gây ra.
  + Nguyên tắc này thường được sử dụng để xác định phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh mắc bệnh nặng giai đoạn cuối khi đứng trước bất kỳ điều trị nào có nguy cơ đem lại tác dụng không mong muốn. Ví dụ, một người bệnh ung thư giai đoạn cuối muốn cảm thấy dễ chịu và đang chịu đựng đau đớn hoặc khó thở trầm trọng có thể được điều trị bằng opioid ở bất kỳ liều nào cần thiết để đảm bảo sự thoải mái, ngay cả khi có nguy cơ gây an thần, hạ huyết áp và ức chế hô hấp.
  + Bốn điều kiện để áp dụng nguyên tắc hiệu ứng Hệ quả kép:

+ Bản thân việc điều trị không trái với đạo đức;

+ Mục đích duy nhất của việc điều trị là tạo ra tác dụng tốt, như giảm đau và xoa dịu nỗi đau cho người bệnh mắc bệnh nặng, nguy kịch;

+ Tác động xấu ngoài ý muốn của điều trị (như gây tử vong) không được coi là phương tiện để đạt được hiệu ứng tốt (như đạt được sự thoải mái);

+ Một liệu pháp điều trị có thể có tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, ngoài ý muốn (như tử vong) chỉ nên được cân nhắc khi có một lý do quan trọng tương xứng, chẳng hạn như để giảm bớt đau khổ mức độ nặng của một người bệnh sắp tử vong. Nói cách khác, lợi ích tiềm năng phải lớn hơn những tác động xấu tiềm ẩn.

## Các giá trị văn hóa Việt Nam liên quan đến chăm sóc giảm nhẹ

Chủ tịch Hồ Chí Minh kêu gọi các bác sĩ chăm sóc sức khỏe cho người bệnh như bà mẹ chăm sóc con của mình: “Lương y như từ mẫu”. Giống như trẻ em, người bệnh có thể rất dễ bị tổn thương do bệnh tật hoặc lo lắng hoặc nghèo đói hoặc thiếu giáo dục hoặc thiếu hỗ trợ xã hội. Các bác sĩ cần phải luôn tôn trọng tính dễ bị tổn thương này và không bao giờ được trục lợi từ nó.

Hải Thượng Lãn Ông (Lê Hữu Trác, 1720 - 1791) đã mô tả cách thầy thuốc nên cư xử với người bệnh và đối với đồng nghiệp và do đó đã đi trước các nguyên tắc y đức chính của phương Tây. Lời khuyên đạo đức của ông có thể được tóm tắt bởi một số điều sau:

* **Phân loại bệnh**: Chăm sóc trước tiên cho những người bệnh bị bệnh nặng nhất hoặc đau khổ nhất. Không nên xét đến sự giàu có hay địa vị của người bệnh trong việc quyết định sẽ điều trị cho ai trước.
* **Tránh lợi ích kép**: Khi chăm sóc cho người bệnh, mối quan tâm duy nhất của bạn nên là người bệnh. Y học không phải là một công việc kinh doanh và lợi ích cá nhân hoặc các mối quan tâm khác không nên ảnh hưởng đến quyết định điều trị.
* **Tôn trọng sự yếu thế, dễ bị tổn thương của người bệnh**: Luôn duy trì mối quan hệ thầy thuốc-người bệnh một cách chuyên nghiệp và không bao giờ lợi dụng

quyền lực mà bạn có đối với người bệnh, bất kể người bệnh là ai. Các mối quan hệ xã hội hoặc quan hệ tình dục với người bệnh đều bị cấm.

* **Nghĩa vụ nghề nghiệp**: Là thầy thuốc, bạn có nghĩa vụ đáp lại yêu cầu giúp đỡ, bất kể bạn đang ở đâu, nếu không có sự giúp đỡ khác nào có thể thay thế.
* **Đồng thuận sau khi được giải thích (informed consent)**: Giải thích cho người bệnh hoặc gia đình về chẩn đoán và các phương pháp điều trị tiềm năng theo cách dễ hiểu nếu họ muốn biết và hỗ trợ họ ra quyết định điều trị tốt nhất.
* **Đừng cảm thấy bị xúc phạm nếu người bệnh hay gia đình của họ tức giận với bạn**: Nhận ra rằng người bệnh và gia đình có thể rất đau khổ khi một người bệnh bị bệnh nặng hoặc tử vong và do đó có thể thể hiện sự tức giận ngay cả khi bạn đã chăm sóc tốt.

## Hãy tử tế với đồng nghiệp và tôn trọng các thầy cô và các bậc đàn anh, đàn chị.

* **Quan tâm nhất đến người nghèo và những người không có gia đình**: Nghèo đói là mầm mống của bệnh tật và người nghèo có nhiều đau khổ hơn người giàu, vì vậy hãy đặc biệt chú ý đến họ. Cung cấp hoặc sắp xếp các hỗ trợ xã hội như thực phẩm nếu họ không có.

## Ứng dụng thực tiễn các giá trị văn hóa Việt Nam và đạo đức phương Tây

* + - * **Thông báo tin xấu**: Hãy cẩn thận, nhẹ nhàng và thận trọng khi thông báo tin xấu. Hãy trung thực, nhưng đừng khiến người bệnh hoặc người nhà xúc động quá mức cũng như đừng khăng khăng buộc họ nhận các thông tin y tế nếu họ từ chối nghe. Đôi khi, tin tức nên được đưa ra dần dần. Hỏi người bệnh hoặc người thân nếu họ muốn có ai đó cùng họ thảo luận và cố gắng tìm một nơi riêng tư để thảo luận. Không bao giờ đưa ra tin xấu mà không chuẩn bị trước để đề xuất một kế hoạch chăm sóc. Cho người bệnh hoặc gia đình thời gian để tiếp nhận và xử lí thông tin. Hãy chuẩn bị đón nhận những phản ứng cảm xúc như khóc than, nước mắt hoặc sự giận dữ.
      * **Quyết định các mục tiêu chăm sóc**: Khi kế hoạch chăm sóc tốt nhất cho người bệnh không rõ ràng, cần cố gắng để xác định mục tiêu chăm sóc chính hoặc các mục tiêu chăm sóc. Ví dụ về các mục tiêu chăm sóc:

+ Điều trị bệnh ngay cả khi việc điều trị có thể có tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

+ Chỉ tập trung vào sự thoải mái.

+ Tập trung vào cả hai mục tiêu trên cùng một lúc.

+ Chỉ điều trị các tình trạng bệnh có khả năng đảo ngược được. Nếu không thể, hãy tập trung vào sự thoải mái của người bệnh.

* + - * **Nhận biết lợi ích và tác hại của điều trị duy trì sự sống**: Dựa trên các mục tiêu chăm sóc, hỗ trợ người bệnh và gia đình quyết định sử dụng hay không sử dụng các phương pháp điều trị duy trì sự sống bao gồm hồi sinh tim phổi, thở máy xâm

lấn, chạy thận nhân tạo và thở máy không xâm lấn. Hỗ trợ họ nhận ra khi các phương pháp điều trị duy trì sự sống này có khả năng gây hại và không mang lại lợi ích gì.

* + - * **Không được gây tử vong**: Các bác sĩ không bao giờ được phép cố ý gây ra cái chết cho người bệnh. Cụ thể, bác sĩ không nên tham gia vào việc cung cấp hình thức an tử, tự tử có sự trợ giúp của bác sĩ hoặc trợ giúp của bác sĩ trong cái chết của người bệnh.
* **An tử *(*euthanasia*)***: Cố ý trực tiếp gây ra cái chết của người bệnh. Điều này không được chấp nhận vì bất kỳ lý do gì, bao gồm để giảm bớt đau khổ hoặc tuân thủ yêu cầu từ người bệnh hoặc gia đình. Ngay cả những đau khổ khó chịu nhất cũng có thể được giảm bớt bằng những cách khác. An thần giảm nhẹ có thể được sử dụng nếu tất cả các nỗ lực khác để giảm đau khổ không thành công (xem Phần về an thần giảm nhẹ dưới đây).
* **Tự tử có sự trợ giúp của bác sĩ hoặc trợ giúp của bác sĩ trong cái chết của người bệnh *(*Physician-assisted suicide** hoặc **physician aid in dying)**: Cố ý giúp người bệnh kết thúc cuộc sống của mình bằng cách kê đơn hoặc cung cấp cho họ phương tiện để kết thúc cuộc sống của mình. Thực hành này không được chấp nhận hoặc cho phép.

- **An thần giảm nhẹ**: An thần trong mức độ cho phép để làm giảm các triệu chứng kháng trị của người bệnh hấp hối. Điều này khác biệt về mặt đạo đức với an tử, tự tử có sự trợ giúp của bác sĩ và trợ giúp của bác sĩ trong cái chết của người bệnh và phù hợp với nguyên tắc Hệ quả kép. Có hai hình thức:

* **An thần giảm nhẹ tương xứng (proportionate palliative sedation):** Cố ý hạ thấp mức độ ý thức của người bệnh hấp hối thông qua việc tăng dần một hoặc nhiều loại thuốc an thần một cách cẩn thận để chỉnh liều thuốc nhằm giảm bớt các đau khổ không thể chịu đựng được từ các triệu chứng kháng trị, tới mức người bệnh chấp nhận được, sử dụng liều an thần cần thiết thấp nhất để đạt được mục tiêu này. (Các) thuốc an thần nên được thêm vào kèm các loại thuốc kiểm soát triệu chứng trong mức độ cho phép và mức độ an thần phải tương xứng với mức độ đau của người bệnh vì nó phải đủ sâu để giảm đau như mong muốn.
* **An thần giảm nhẹ sâu hoặc An thần giảm nhẹ đến độ mê mất ý thức**: An thần dẫn nhập có kiểm soát đến mức mất ý thức để giảm bớt đau khổ nghiêm trọng của một người bệnh hấp hối, vốn kháng trị với tất cả can thiệp hợp lý và tích cực bao gồm cả an thần nhưng chưa đến mức mất ý thức

## Tiếp cận người bệnh cần đến chăm sóc giảm nhẹ

* + - Khổ đau do các triệu chứng về thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh rất phổ biến ở người bệnh ung thư và các bệnh nghiêm trọng khác.
    - Các triệu chứng về thể chất và tâm lý có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh và có thể do bệnh hoặc do tác dụng không mong muốn của điều trị gây ra.
    - Nhiều triệu chứng (đau, khó thở, buồn nôn, lo âu) có tính chủ quan và do đó tính chất cũng như mức độ trầm trọng của các triệu chứng này không thể được đánh

giá chính xác, khách quan bằng hình ảnh hoặc xét nghiệm. Nhân viên y tế nên tin tưởng những gì người bệnh nói.

## Đánh giá triệu chứng

* + - * Nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán và thường xuyên sau đó.
      * Bao gồm hỏi bệnh sử, thăm khám, đôi khi cả xét nghiệm hình ảnh học hoặc xét nghiệm máu. Cần thận trọng để tránh gây ra hoặc làm trầm trọng thêm cảm giác khó chịu khi hỏi bệnh và thăm khám.
      * Đặc biệt khó khăn với những người bệnh không thể giao tiếp rõ ràng như ở trẻ em chưa biết nói và người lớn bị suy giảm nhận thức. Trong những trường hợp như vậy, có thể cần phải dựa vào các báo cáo từ người thân chăm sóc người bệnh, vào các công cụ đánh giá đau như thang điểm CRIES cho trẻ sơ sinh hoặc điểm FLACC cho trẻ nhỏ (*xem Phần VII*) hoặc dựa vào các dấu hiệu thể chất như nhăn nhó, rên rỉ, kích động, gồng người, hoặc thở co kéo.
      * Bất kỳ triệu chứng gây khó chịu nào cũng cần được điều trị tích cực và kỹ lưỡng đúng mức để đạt được mức độ thoải mái và chất lượng cuộc sống chấp nhận được cho người bệnh.

## Giảm triệu chứng

* + - * Có thể cải thiện khả năng người bệnh tuân thủ các phương pháp điều trị bệnh chuyên biệt.
      * Sẽ hiệu quả nhất khi nguyên nhân của triệu chứng được quản lý tốt. Trong một số trường hợp, các triệu chứng có thể thuyên giảm bằng các phương pháp điều trị chữa bệnh (như liệu pháp kháng nấm trong điều trị viêm thực quản do Candida hoặc xạ trị cho người bệnh ung thư). Tuy nhiên, các triệu chứng nên được điều trị giảm nhẹ trực tiếp cho đến khi các phương pháp điều trị bệnh cụ thể có hiệu quả.
      * Chỉ nên thực hiện với sự đồng ý của người bệnh hoặc gia đình, trừ trường hợp khẩn cấp. Tuy nhiên, một thành viên trong gia đình không được ngăn cản bác sĩ giảm nhẹ triệu chứng cho người bệnh không thể giao tiếp, nếu theo ý kiến của bác sĩ đó và thêm một bác sĩ khác cho rằng mức độ đau của người bệnh là nghiêm trọng.

## Đau khổ về xã hội

* + - * Phổ biến ở những người nghèo và bị thiệt thòi về mặt xã hội do các vấn đề như vô gia cư, thiếu lương thực, thiếu phương tiện đi lại, thiếu tiền để chi trả cho đám tang của một thành viên trong gia đình hoặc bị kỳ thị.
      * Thường là yếu tố nguy cơ hoặc là nguyên nhân gây nên gánh nặng bệnh tật.
      * Thường làm cho việc điều trị bệnh và giảm triệu chứng khó khăn hoặc không thể.
      * Nên được đánh giá cẩn thận và xử trí tích cực như đau khổ về thể chất và tâm lý.

## Quyền của người bệnh

Kế hoạch chăm sóc phải dựa vào hiểu biết của người bệnh và mục tiêu chăm sóc phù hợp (được thảo luận giữa người bệnh và nhóm cung cấp dịch vụ chăm sóc

sức khỏe). Do đó, người bệnh có quyền được tiếp cận với thông tin về chẩn đoán và tiên lượng về tình trạng sức khỏe của bản thân. Tuy nhiên việc này cần được thực hiện theo mong muốn của người bệnh và ở thời điểm phù hợp.

* 1. **Nguyên tắc**

# ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

Bất kỳ triệu chứng thể chất nặng nào cũng nên được điều trị ngay, sử dụng đánh giá lâm sàng tốt nhất để xác định nguyên nhân và điều trị tốt nhất, trước khi tiếp tục với việc đánh giá tiền sử bệnh kỹ lưỡng hơn, khám thể chất, hoặc làm xét nghiệm.

Nhìn chung, bất kỳ người bệnh nào cần đến chăm sóc giảm nhẹ cũng nên được đánh giá kỹ lưỡng như trong *Bảng 1*. Tuy nhiên, cần cẩn trọng để tránh hoặc giảm thiểu việc gây ra khó chịu khi thực hiện đánh giá. Trong nhiều tình huống, đánh giá có trọng tâm cũng phù hợp tùy theo bệnh lý và triệu chứng hiện tại của người bệnh. Ví dụ, nếu người bệnh nằm trên giường không khó thở và đang bị đau mức độ nặng do di căn cột sống, việc chỉ thăm khám bằng nghe phía trước ngực sẽ phù hợp hơn đề nghị bệnh nhân ngồi cúi ra phía trước.

## Các bước đánh giá chăm sóc giảm nhẹ

*Bảng 1. Các bước chính trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ*

### *Tiền sử bệnh hiện tại*

* + - Mong muốn của người bệnh trong việc nhận và thảo luận các thông tin y khoa và đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe.
    - Hiểu biết của người bệnh về bệnh (nếu người bệnh đồng ý thảo luận), bao gồm:
      * Chẩn đoán
      * Các điều trị trước đây và hiện nay
      * Tiên lượng ước đoán
      * Bất kỳ lo lắng hoặc nỗi sợ cụ thể
    - Hiểu biết của gia đình về bệnh (nếu người bệnh từ chối thảo luận và cho phép gia đình thảo luận thay mình), bao gồm:
      * Chẩn đoán
      * Các điều trị trước đây và hiện nay
      * Tiên lượng ước đoán
      * Bất kỳ lo lắng hoặc nỗi sợ cụ thể

### *Lược qua các triệu chứng*

* + - Các triệu chứng hiện tại, bắt đầu với triệu chứng gây khó chịu nhất.
    - Đối với mỗi triệu chứng:
      * Lần xuất hiện đầu tiên
      * Tần suất và kéo dài (nếu không hằng định)
      * Mức độ nặng theo thang điểm từ 0 - 10, ở thời điểm hiện tại, mức bình quân cả cơn, và lúc nặng nhất trong 24 giờ qua.
      * Các tính chất (sự mô tả của người bệnh về triệu chứng)
      * Các yếu tố làm tăng hay giảm triệu chứng
      * Tác động của triệu chứng đến các hoạt động hàng ngày
      * Các điều trị trước đây và hiện tại và hiệu quả của điều trị
      * Mức độ giảm triệu chứng mà người bệnh mong muốn

### *Tiền sử xã hội*

* + - Các thành viên trực hệ trong gia đình (chồng/vợ hoặc bạn đời, cha mẹ, con cái, anh chị em)
    - Các thành viên sống chung nhà
    - Tình trạng tài chính của người bệnh và hộ gia đình
      * Có đủ thức ăn không?
      * Có chỗ ở phù hợp không?
      * Con cái có đi học không?
      * Có khả năng chi trả tiền đi lại để chăm sóc sức khỏe không?
    - Nơi người bệnh được sinh ra
    - Quá trình làm việc của người bệnh
    - Tiền sử nghiện rượu nặng hoặc sử dụng các chất bất hợp pháp (cần phải bảo mật thông tin)
    - Những niềm vui và nỗi buồn, các trải nghiệm mất mát
    - Nhận định của người bệnh về chất lượng cuộc sống hiện tại
    - Các nguồn hỗ trợ cảm xúc chính

### *Dị ứng thuốc*

**Các thuốc đang sử dụng**

* + - Đối với mỗi thuốc:
      * Liều chính xác
      * Đường dùng thuốc (uống, đặt trực tràng, dán, tiêm dưới da, tiêm tĩnh mạch …)
      * Khoảng cách thời gian dùng thuốc
      * Định kỳ hay khi cần

### *Khám thể chất*

* + - Các dấu hiệu sinh tồn
      * Nhiệt độ và nhịp thở luôn quan trọng
      * Nhịp tim, huyết áp và độ bão hòa oxy chỉ thu thập khi có ích cho quyết định y khoa Khám thể chất cơ bản đặc biệt chú ý tới các vùng bị ảnh hưởng bởi bệnh lý hoặc liên quan đến các triệu chứng

Tránh gây ra khó chịu Tình trạng hoạt động

Đối với những người bệnh ung thư: Thang điểm của Nhóm hợp tác ung thư học phía Đông (Eastern Collaborative Oncology Group, ECOG) (*xem Phụ lục 1*).

Đối với những người bệnh không ung thư: Thang điểm Chức năng Giảm nhẹ - Palliative Performance Scale (PPS) (*xem Phụ lục 1*).

### *Đánh giá hoàn cảnh xã hội, tâm lý, tâm linh*

* + - Các khó khăn xã hội liên quan đến bệnh lý (di chuyển, tài chính, bảo hiểm, an toàn, mối quan hệ gia đình, các xung đột xoay quanh mục tiêu chăm sóc)
    - Các triệu chứng và rối loạn tâm lý (căng thẳng, khủng hoảng, đau buồn, mất mát, lo âu, trầm cảm…)
    - Các vấn đề tâm linh: niềm tin, giá trị, ý nghĩa cuộc sống
    - Các lo ngại, sợ hãi, nguyện vọng (đặc biệt ở giai đoạn cuối đời)

**Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh**

* + - Chỉ khi cần cho quyết định y khoa. Ví dụ, có thể hữu ích:
* Đánh giá chức năng thận (creatinine huyết thanh) để có thông tin cho những quyết định về các thuốc và liều thuốc.
* Chụp cắt lớp vi tính người bệnh ung thư phổi và không có kết quả nào gần đây giúp ước đoán tiên lượng và nguy cơ khó thở nặng hơn.

**Cảm nhận lâm sàng:**

* Tóm tắt các vấn đề y khoa và các loại hình đau chính
* Chẩn đoán phân biệt cho mỗi triệu chứng (nguyên nhân nhiều khả năng nhất)
* Mục tiêu chăm sóc:
  + Bất kỳ mục tiêu chăm sóc nào đã thống nhất giữa người bệnh hoặc gia đình và bác sĩ, hoặc ghi rõ rằng chưa rõ mục tiêu chăm sóc.

**Các can thiệp đề xuất:**

* Đối với mỗi thuốc:
  + Liều chính xác
  + Đường dùng (uống, đặt hậu môn, dán, tiêm dưới da, tiêm tĩnh mạch …)
  + Khoảng cách thời gian dùng thuốc
  + Định kỳ hay khi cần
* Bất kỳ hỗ trợ tâm lý xã hội nào cần thiết

Kế hoạch để xác lập các mục tiêu chăm sóc, bao gồm nơi chăm sóc mong muốn, nếu chưa được thảo luận.

* 1. **Định nghĩa đau**

# ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU

Hội Nghiên Cứu Đau Quốc Tế (The International Association for the Study of Pain - IASP) định nghĩa đau là cảm giác khó chịu và sự trải nghiệm những cảm xúc có liên quan đến tổn thương mô học thể chất hoặc tiềm tàng, hoặc được mô tả như là tổn thương tương tự.

### *Những khía cạnh quan trọng của định nghĩa này:*

* + - Đau là cảm giác chủ quan, vì vậy người bác sĩ nên tin vào mô tả của người bệnh về mức độ, vị trí và đặc điểm cơn đau, trừ khi có bằng chứng thuyết phục rằng mô tả của người bệnh không đúng.
    - Đau có thể xảy ra ngay cả khi không có tổn thương mô học nhìn thấy được trên bề mặt cơ thể hoặc trên hình ảnh học (CT, MRI, siêu âm). Ví dụ: đau thần kinh ngoại biên do độc tính thần kinh thuốc hóa trị.
  1. **Phân loại đau và nguyên nhân đau**
     1. **Phân loại đau**

Dựa trên mục đích lâm sàng, có 3 loại đau chính: đau cảm thụ, đau thần kinh và đau do viêm.

### *Đau cảm thụ*

* + Gây ra do kích thích thụ thể đau trên dây thần kinh cảm giác thứ nhất còn nguyên vẹn (thụ thể cảm thụ đau).
  + Đau cảm thụ được chia làm hai nhóm:

## Đau bản thể:

+ Do kích thích cảm thụ đau trên bề mặt da, mô mềm, cơ hoặc xương.

+ Người bệnh thường có thể xác định chính xác vị trí cơn đau.

+ Người bệnh thường mô tả cảm giác đau chói, nhức nhối hoặc đau như mạch đập.

## Đau tạng:

+ Do kích thích cảm thụ đau của các tạng đặc và tạng rỗng. Nguyên nhân có thể do di căn, tắc nghẽn, căng giãn, viêm nhiễm hoặc viêm không nhiễm...

+ Người bệnh thường không thể định khu chính xác và mô tả cơn đau một cách rõ ràng.

+ Ví dụ:

* + Tắc ruột do ung thư dẫn đến tình trạng căng giãn đoạn ruột trên chỗ tắc và kích thích thụ thể cơ học trên thành ruột.
  + Sự phát triển nhanh chóng của ung thư nguyên phát hoặc di căn ở gan dẫn đến căng bao gan và kích thích thụ thể cơ học trong bao gan.
  + Viêm đường mật.
  + Viêm dạ dày.

### *Đau thần kinh*

* + Gây ra do tổn thương dây thần kinh cảm giác ngoại biên (cảm thụ đau) hoặc dây thần kinh trung ương do bất kỳ nguyên nhân nào.

+ Được mô tả như cảm giác bỏng rát, châm chích, tăng nhanh hoặc như điện giật.

+ Thường không có tổn thương mô quan sát được.

+ Các “triệu chứng âm tính” thường gặp như tê, yếu hoặc khiếm khuyết thần kinh khác.

+ Có thể liên quan đến chứng tăng cảm đau - hyperalgesia (đau mạnh do kích thích yếu) hoặc loạn cảm đau - allodynia (đau do các tác nhân kích thích mà bình thường không gây đau như sự va chạm nhẹ) ở những vùng được chi phối bởi các dây thần kinh bị tổn thương.

+ Ví dụ:

* + - *Đau thần kinh sau herpes*: Tổn thương dây thần kinh ngoại biên do nhiễm vi-rút varicella zoster gây đau.
    - *Đau thần kinh do đái tháo đường*: Tổn thương đây thần kinh ngoại biên do thiếu máu cục bộ.
    - *Bệnh dây thần kinh do độc tố*: Tổn thương dây thần kinh ngoại biên do thuốc độc thần kinh như thuốc chống ung thư (ví dụ paclitaxel) hoặc thuốc kháng sinh (ví dụ isoniazid)
    - *Đau sau đoạn nhũ*: Tổn thương dây thần kinh sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú.
    - *Đau thần kinh tọa*: Tổn thương dây thần kinh ngoại biên hoặc trung ương do chèn ép bởi thoát vị đĩa đệm, khối u, áp-xe hoặc do tình trạng thoái hóa khớp nghiêm trọng ở cột sống.

### *Đau do viêm*

* + Thụ thể cảm thụ đau nguyên vẹn có thể bị kích thích bởi tình trạng viêm do bất kỳ nguyên nhân nào.

+ Thường khu trú.

+ Có thể liên quan với tăng cảm đau hoặc loạn cảm đau, nhưng không có triệu chứng âm tính.

## Các nguyên nhân gây đau

* + - * **Tổn thương mô học thực sự:** Do nhiễm trùng, phản ứng viêm, khối u, thiếu máu cục bộ, chấn thương, thủ thuật y khoa xâm lấn, độc tính của thuốc...
      * **Tổn thương mô học tiềm tàng***:* Do các bệnh lý thể chất đã biết (như đau cơ xơ hóa) gây đau nhưng không liên quan đến tổn thương mô quan sát hoặc đo lường được.

## Các yếu tố tâm lý:

+ Các rối loạn sức khỏe tâm thần chủ yếu như trầm cảm, rối loạn lo âu và rối loạn sử dụng chất có thể gây đau hoặc làm cơn đau thể chất nặng hơn và cơn đau thể chất cũng có thể lại là nguyên nhân gây trầm cảm, lo lắng và rối loạn sử dụng chất.

+ Các hội chứng tâm lý khác dẫn đến đau mạn tính bao gồm rối loạn dạng cơ thể, rối loạn chuyển dạng, rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD), rối loạn nghi bệnh và rối loạn cảm giác đau do bệnh tâm thần.

+ Các yếu tố gây căng thẳng nghiêm trọng về xã hội như vô gia cư, nghèo đói và sự kỳ thị có thể dẫn đến đau do tăng nguy cơ các rối loạn sức khỏe tâm thần.

+ Trong một số trường hợp, không thể giảm đau mà không chẩn đoán và điều trị các nguyên nhân như trầm cảm, lo âu hoặc các vấn đề tâm lý xã hội khác.

## Đánh giá đau

* + 1. **Khai thác tiền sử**

### *Hỏi người bệnh*

* + - * Về tình trạng bệnh hiện tại và các vấn đề sức khỏe trước đây **(***xem Bảng 1***).**
      * Về cơn đau:

+ Vị trí và hướng lan.

+ Lần xuất hiện đầu tiên.

+ Tần suất và thời gian kéo dài (nếu không hằng định).

+ Mức độ nặng theo thang điểm từ 0 + 10, ở thời điểm hiện tại, mức bình quân cả cơn, và lúc nặng nhất trong 24 giờ qua.

+ Các tính chất (sự mô tả của người bệnh về triệu chứng).

+ Các yếu tố làm tăng hay giảm triệu chứng.

+ Tác động của triệu chứng đến các hoạt động hàng ngày.

+ Các điều trị trước đây và hiện tại và hiệu quả của điều trị.

+ Mức độ giảm đau mong muốn của người bệnh.

## Chẩn đoán phân biệt đau

* + 1. **Thang điểm mức độ đau**
       - Công cụ đo lường mức độ đau dựa trên tự đánh giá chủ quan của người bệnh*.*
       - Điểm số của cơn đau **KHÔNG NÊN** sử dụng để so sánh cơn đau giữa những người bệnh khác nhau.
       - Điểm số của cơn đau **ĐƯỢC** sử dụng để theo dõi diễn tiến cơn đau trên cùng một người bệnh theo thời gian.

|  |
| --- |
| **Thang điểm cường độ đau bằng con số (NRS)**   * Hữu ích cho hầu hết người lớn với nhận thức còn nguyên vẹn và trẻ em từ 7 tuổi trở lên. * Có thể phải giải thích nhiều lần đối với người bệnh có trình độ giáo dục thấp. |
| **Thang điểm cường độ đau bằng thị giác (VAS)**  **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**  **Không Nhẹ Trung bình Nặng** |

*Hình 2. Thang điểm cường độ đau bằng con số (NRS) và thang đánh giá bằng thị giác (VAS)*

* + - * **Bảng kiểm đau rút gọn - Brief Pain Inventory** (*xem Phụ lục 2*) là một công cụ thường được sử dụng trong nghiên cứu lâm sàng về đau để đánh giá, theo dõi cơn đau và tác động của cơn đau đối với chất lượng cuộc sống.

## Điều trị giảm đau

* + 1. **Nguyên tắc chung**
       - Tất cả những người bệnh chịu đựng cơn đau ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh đều phải được điều trị để giảm bớt đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ, trừ khi người bệnh từ chối dùng thuốc giảm đau (rất hiếm).
       - Giảm đau hiệu quả là khi người bệnh không còn cảm giác đau, hoặc cảm thấy dễ chịu và có thể thực hiện được những hoạt động thường ngày của mình mà không bị cản trở bởi đau.
       - Giảm đau có thể được thực hiện tại cơ sở y tế, trong cộng đồng và tại nhà. Đặc biệt, thuốc morphin dạng phóng thích nhanh, phải sẵn có và được cấp phát cho người bệnh dùng tại nhà đối với những cơn đau vừa hoặc nặng do mọi loại bệnh tật.
       - Đau mạn tính có thể gây các trạng thái lo âu hoặc trầm cảm và ngược lại những rối loạn khí sắc như trầm cảm và rối loạn lo âu có thể làm cơn đau nghiêm trọng hơn. Vì vậy, đánh giá chăm sóc giảm nhẹ (bao gồm đánh giá tâm lý) cần được thực hiện như một phần không thể thiếu khi đánh giá đau mạn tính (*xem Phần II, Bảng 1*).
       - Mỗi người bệnh đều khác biệt. Vì vậy kế hoạch điều trị đau cần được cá thể hóa dựa trên việc đánh giá từng người bệnh và đáp ứng của họ với điều trị.
       - Thuốc opioid phải luôn được lưu trữ an toàn và tránh việc chuyển hướng sử dụng thuốc, sử dụng sai mục đích, kể cả tại nơi sản xuất hoặc nhập khẩu, trong quá trình vận chuyển, tại bệnh viện, phòng khám, cơ sở bán lẻ thuốc và tại nhà người bệnh.

## Nguyên tắc điều trị đau bằng thuốc

### *Đường dùng thuốc*

* + - * Đường uống được ưu tiên sử dụng trừ khi người bệnh không có khả năng uống được thuốc hoặc khi cơn đau quá nghiêm trọng.
      * Trong trường hợp đau nghiêm trọng, điều trị đau bằng đường tiêm dưới da hoặc đường tĩnh mạch nên được dùng để giảm đau nhanh.

### *Liều đúng: liều đủ để giảm đau cho người bệnh.*

* + - * Để tìm ra liều đúng và hạn chế tối thiểu các tác dụng không mong muốn, nhân viên y tế cần theo dõi sát hiệu quả giảm đau của thuốc.

## Thang giảm đau 3 bậc

Thang giảm đau do ung thư *(xem )* rất hữu dụng, được dùng như một công cụ giảng dạy và như một hướng dẫn chung để điều trị đau dựa vào mức độ đau. Tuy nhiên, thang đau không thể thay thế kế hoạch giảm đau được cá thể hóa dựa trên đánh giá cẩn thận cơn đau của từng người bệnh. Cần lưu ý là việc khởi đầu điều trị giảm đau cần tương ứng với mức độ đau (ví dụ: Đau mức độ nặng, tương ứng khởi đầu giảm đau bậc 3…).

**Bậc 3 - Đau nặng**

**Thuốc opioid mạnh** (chỉ dành cho cơn đau từ trung bình đến nặng)

+/- Thuốc không opioid +/- thuốc hỗ trợ

ĐAU DAI DẲNG HOẶC TĂNG LÊN

**Bậc 2 - Đau trung bình**

**Thuốc opioid yếu hoặc liều thấp của opiod mạnh**

+/- Thuốc không opioid +/- thuốc hỗ trợ

ĐAU DAI DẲNG HOẶC TĂNG LÊN

**Bậc 1 - Đau nhẹ**

**Thuốc không opioid** +/- thuốc hỗ trợ cho cơn đau từ nhẹ đến trung bình

*Hình 3. Thang giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới*

## Liều dùng các thuốc giảm đau

**Liều hằng ngày*:*** Khi cơn đau mạn tính ở mức độ từ trung bình đến nặng, thuốc giảm đau nên được dùng thường xuyên vào những giờ cố định. Trước khi tác dụng của một liều thuốc đã cho trước đó giảm bớt, nên cho sử dụng liều tiếp theo*.*

**Liều cứu hộ*:*** Liều cứu hộ bổ sung thêm cho liều hằng ngày để kiểm soát ***cơn***

***đau đột xuất****:* Các cơn đau bùng phát có thể xảy ra mặc dù đã dùng đủ liều hằng ngày.

* Hầu hết những thuốc giảm đau không opioid (paracetamol, NSAID) đều có giới hạn liều dùng hằng ngày và có thể gây ra độc tính nghiêm trọng nếu vượt quá liều tối đa. Do đó, không nên sử dụng thuốc giảm đau không opioid để điều trị cơn đau đột xuất trong hầu hết các trường hợp.
* Thuốc giảm đau hỗ trợ không nên dùng để điều trị cơn đau đột xuất cấp tính.
* Thuốc opioid phóng thích nhanh đường uống và đường tiêm/truyền rất thích hợp để cứu hộ cho cơn đau đột xuất.
* Đối với người bệnh ngoại trú, liều cứu hộ thường bằng khoảng 10% tổng liều opioid hằng ngày.

*Ví dụ, một người bệnh đang dùng morphin đường uống 10mg/lần, mỗi 4 giờ*

* *Tổng liều điều trị trong ngày là: 10 mg x 6 = 60 mg*
* *Liều cứu hộ: 10% x 60mg = 6 mg mỗi 2 - 4 giờ khi cần thiết*
* Nếu cơn đau đột xuất thường xảy ra và cần sử dụng liều cứu hộ thường xuyên, liều giảm đau hằng ngày cần được tăng thêm.

*Ví dụ, nếu người bệnh đang dùng morphin liều 10mg/lần, mỗi 4 giờ, đồng thời cần dùng thêm liều cứu hộ là 6mg/lần, 5 lần/ngày;*

* *Tổng liều cứu hộ: 6mg x 5 lần = 30mg/ngày;*
* *Vì vậy, liều thường xuyên theo giờ tăng lên thành 15mg/lần, mỗi 4 giờ.*
* Nếu người bệnh có cơn đau đột xuất có thể dự đoán trước do tắm rửa, đi lại hoặc các hoạt động thể chất khác, liều cứu hộ nên được thêm vào trước khi tiến hành các hoạt động đó.
* Một liều opioid đường uống nên được dùng ít nhất 30 phút trước các hoạt động gây đau.
* Một liều opiod tiêm/truyền đường tĩnh mạch nên được dùng ít nhất 10 phút trước các hoạt động gây đau.

## Thuốc giảm đau không opioid

*Bảng 2: Sử dụng các thuốc giảm đau không opioid*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên thuốc/ Đường dùng** | **Liều khởi đầu** | **Khoảng cách giữa các lần dùng thuốc** | **Liều tối đa hằng ngày** | **Lưu ý** |
| **Các thuốc giảm đau được khuyến cáo** | | | | |
| **Acetaminophen (paracetamol)** (Viên nén và xi- rô uống. Dung dịch tiêm truyền) | Người lớn: 500 - 1.000mg | Mỗi 4-6 giờ/lần | 4.000mg | * Sử dụng thận trọng, điều chỉnh liều hoặc tránh dùng tùy thuộc vào mức độ suy gan và các yếu tố liên quan * Người bệnh xơ gan hoặc bệnh gan mạn tính không thường xuyên uống rượu thường dung nạp tốt với liều paracetamol < 3g/ngày * Tránh dùng ở người bệnh xơ gan hoặc suy gan mạn thường xuyên uống rượu * Dùng quá liều quy định có thể gây ngộ độc gan. |
|  | Sơ sinh:  Tuổi thai 28 - 32:  tuần: 10 - 12mg/kg/liều uống hoặc đặt trực tràng | Mỗi 6-8 giờ/lần | 40mg/kg/ngày |  |
|  | Sơ sinh:  Tuổi thai > 33 tuần và sơ sinh đủ tháng  <10 ngày tuổi:  10 - 15mg/kg/liều | Mỗi 6 giờ/lần | Tối đa  60mg/kg/ngày |  |
|  | Sơ sinh đủ tháng  ≥10 ngày tuổi 10 - 15mg/kg/liều | Mỗi 4-6 giờ/lần | Tối đa  75mg/kg/ngày |  |
|  | Trẻ em: 10- 15mg/kg | Mỗi 4-6 giờ/lần | Tối đa 75 mg/kg/ngày lên đến 4.000mg/ngày |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)** | | | | | | |
| **Ibuprofen**  (Viên nén 200,  300, 400, 600,  800mg; xi-rô cho trẻ em hàm lượng tùy theo nhà sản xuất.) | Người 800mg | lớn: | 400- | Mỗi 6-8 giờ/lần | Người lớn: 2.400mg | * Nếu dùng kéo dài cần cân nhắc dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. * Sử dụng thận trọng ở những người bệnh có bệnh gan nặng do làm tăng nguy cơ chảy máu. * Sử dụng thận trọng hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận. |
| Trẻ em: 5-10mg/kg | | | Trẻ em: không dùng quá liều khuyến cáo: 400mg/mỗi liều và 40 mg/kg/ngày |
| **Các lựa chọn khác** | | | | | | |
| **NSAID** | | | | | | |
| **Diclofenac** (Dạng phóng thích nhanh) | Người 75mg | lớn: | 25- | Mỗi 12 giờ/lần | 200mg | * Nếu dùng kéo dài phải dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. * Sử dụng thận trọng ở những người bệnh có bệnh gan nặng do làm tăng nguy cơ chảy máu. * Giảm liều hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận. |
| Đường uống |  |  |  |  |  |
| Dạng đặt trực tràng |  |  |  | Dạng đặt có thể dùng 1 - 3 lần/ngày |  |
| Dạng phóng thích kéo dài |  |  |  |  |  |
| **Ketorolac**  Tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.  Đường uống | Người lớn:   * Liều nạp khởi đầu 30-60mg, sau đó duy trì 15-30mg * Uống: 10mg | | | Mỗi 6 giờ/lần | -Đường tiêm: 120mg  - Đường uống: 40mg | * Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. Khuyến cáo sử dụng thêm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. * Dùng trong khoảng thời gian ngắn (nhiều nhất là 5 ngày). * Sử dụng thận trọng ở người bệnh có bệnh gan nặng do tăng nguy cơ chảy máu. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - Giảm liều hoặc  tránh dùng ở người bệnh suy thận. |
| **Meloxicam**  Đường uống | Người lớn: 7,5- 15mg | Mỗi 24 giờ/lần | 30mg | * Nếu dùng kéo dài phải dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. * Sử dụng thận trọng ở người bệnh có bệnh gan nặng do tăng nguy cơ chảy máu. * Giảm liều hoặc   tránh dùng ở người bệnh suy thận. |

### *Ngăn ngừa các tác dụng không mong muốn thường gặp của các thuốc NSAID:*

* + - * Tránh sử dụng thuốc NSAID trong những trường hợp sau:

+ Tiền sử xuất huyết tiêu hóa hoặc loét dạ dày tá tràng.

+ Cơn đau mơ hồ ở vùng thượng vị.

+ Bệnh gan nghiêm trọng đến mức gây tăng INR.

+ Suy thận ở bất kỳ mức độ nào.

+ Nguy cơ chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào, giảm tiểu cầu, tăng INR, sử dụng thuốc chống đông máu...

+ Người bệnh đang chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào.

+ Nguy cơ huyết khối.

* + - * Khi sử dụng thuốc NSAID kéo dài, nên cân nhắc dùng thêm thuốc ức chế bơm proton (ví dụ: omeprazol).
      * Nếu người bệnh đang dùng thuốc NSAID bị đau bụng vùng thượng vị, nên ngừng điều trị bằng NSAID ngay lập tức.
      * Nôn ra máu, đi tiêu phân đen hay lẫn máu, hoặc bất kỳ bằng chứng nào của xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu y khoa và phải được đánh giá ngay lập tức tại cơ sở y tế.

## Thuốc giảm đau opioid

### *Những khái niệm quan trọng*

* + **Dung nạp opioid:** hiện tượng bình thường xảy ra khi sử dụng opioid lâu dài với một liều cố định mà hiệu quả giảm đau bị suy giảm. Khi bị dung nạp opioid, cần tăng liều để duy trì hiệu quả giảm đau ổn định.
  + **Sự phụ thuộc opioid về mặt thể chất:** hiện tượng bình thường xảy ra khi dùng opioid kéo dài, triệu chứng của hội chứng cai xảy ra nếu dừng đột ngột hoặc nếu hiệu quả của opioid bị triệt tiêu bằng thuốc đối kháng. Bởi vì hiện tượng bình

thường này, điều trị opioid mạn tính nên được giảm liều dần dần khi thuốc không còn cần thiết.

* + **Rối loạn sử dụng opioid** (nghiện): rối loạn tâm thần đặc trưng bởi cách thức sử dụng opioid có vấn đề (dùng liều cao hơn đơn thuốc đã kê hoặc bắt buộc phải sử dụng), bắt buộc phải tiếp tục sử dụng ngay cả khi việc sử dụng opioid gây nguy hiểm hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng xã hội, giao tiếp, học tập hoặc làm việc.
  + **Giả nghiện:** hành vi tìm kiếm thuốc do bác sĩ điều trị giảm đau chưa hiệu quả, chấm dứt khi cơn đau được kiểm soát tốt. Giả nghiện cần được chẩn đoán phân biệt với nghiện thực sự khi hành vi tìm kiếm thuốc vẫn tiếp tục mặc dù đã giảm đau hiệu quả.

### *Các chế phẩm opioid*

***Morphin uống phóng thích nhanh:***

* + Là thuốc opioid cần thiết nhất và là thuốc thiết yếu nhất trong chăm sóc giảm nhẹ.
  + Có dạng viên hoặc dạng dung dịch.
  + Người bệnh ngoại trú đau trung bình đến nặng do bất kỳ bệnh lý nào phải được tiếp cận, được cho phép sử dụng
  + Những thuốc opioid phóng thích nhanh khác thường có giá thành cao hơn, nhưng không hiệu quả hơn morphin và không thiết yếu.

### *Morphin tiêm:*

* + Cần thiết cho người bệnh không thể dùng thuốc đường uống và cho những cơn đau nặng.
  + Trong khi các thuốc opioid đường tiêm khác không thiết yếu trong chăm sóc giảm nhẹ, **thuốc tiêm fentanyl** rất hữu dụng đặc biệt ở người bệnh suy thận và được dùng để dự phòng cơn đau trước những thủ thuật xâm lấn.

### *Morphin uống phóng thích kéo dài:*

* + Hiệu quả để điều trị đau mạn tính vì duy trì nồng độ opioid trong máu hằng định nên hiệu quả giảm đau ổn định hơn opioid tác dụng ngắn.
  + Chỉ nên sử dụng như liều hằng ngày theo giờ, không dùng để cứu hộ trong trường hợp đau đột xuất.
  + Các opioid phóng thích kéo dài khác thường có giá thành cao hơn và không tốt hơn Morphin về mặt hiệu quả giảm đau, tuy nhiên có thể giúp giảm bớt số lần dùng thuốc trong ngày.

### *Các dạng chế phẩm khác:*

***Miếng dán fentanyl:***

* + Hữu ích với người bệnh không thể dùng thuốc đường uống.
  + Không dùng ở người bệnh suy mòn (kém hấp thu), sốt (hấp thu nhanh và không thể dự đoán trước), hoặc chảy nhiều mồ hôi (độ bám dính kém); không dùng ở người chưa từng dùng opioid trước đây; không dùng điều trị đau cấp tính
  + Giá thành cao.

*Bảng 3. Thuốc opioid yếu (có thể được sử dụng để thay thế liều thấp của một opioid mạnh)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc,**  **Đường dùng** | **Liều khởi**  **đầu** | **Liều duy**  **trì** | **Lưu ý** |
| **Tramadol**  (Đường uống) | Người lớn: 50-100mg | Mỗi 4-6 giờ | * Thuốc giảm đau có hiệu quả tương tự opioid tác dụng yếu. * Tác dụng không mong muốn thường gặp, đặc biệt là buồn nôn. * Liều tối đa 400mg/ngày. * Giảm liều hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận. |
| **Codein**  **(viên nén 30mg kết hợp với**  **paracetamol)**  Đường uống | Người lớn: 30-60mg | Mỗi 4-6 giờ | **KHÔNG KHUYẾN CÁO**   * Là tiền chất nên cần được chuyển hóa ở gan thành Morphin, một số người bệnh thiếu enzyme cần thiết tham gia vào quá trình chuyển hóa này. * Nhiều tác dụng không mong muốn hơn các opioid khác, đặc biệt là buồn nôn. * Liều tối đa (360mg một ngày). * Tránh dùng tổng liều paracetamol lớn hơn 4.000mg một ngày. |

*Bảng 4. Thuốc opioid mạnh*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thuốc Đường dùng** | **Liều khởi đầu** | **Thời gian kéo dài tác dụng** | **Lưu ý** |
| **Morphin sulfat**  Dạng phóng thích nhanh  Đường uống | Người lớn: 5 mg | 4 giờ | * Có thể lặp lại liều vừa dùng hoặc tăng liều đơn lên 1,5 đến 2 lần nếu cơn đau không thuyên giảm sau 60 phút. * Cân nhắc dùng thuốc nhuận tràng khi dùng kéo dài. |
| Sơ sinh 0 - 3 tháng:  0,1mg/kg | 6 - 8 giờ |
| Sơ sinh 3 - 6 tháng:  0,1mg/kg | 3 - 4 giờ |
|  | Trẻ em > 6 tháng: | 4 giờ |  |
|  | 0,2 - 0,5mg/kg |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Morphin sulfat**  Dạng phóng thích kéo dài  Đường uống | Người lớn: 10- 15mg | 8 - 12 giờ | * Có thể tăng liều lên 1,5 đến 2 lần mỗi ngày nếu cơn đau không thuyên giảm hoặc nếu dùng nhiều liều cứu hộ trong ngày hôm trước. * Nếu cơn đau không giảm nên dùng liều morphin tác dụng ngắn làm liều cứu hộ đột xuất, sau đó tính lại tổng liều thường xuyên chứ không nên tăng liều thuốc phóng thích kéo dài * Sử dụng thuốc nhuận tràng trừ khi người bệnh bị tiêu chảy. |
| **Morphin chlorhydrat**  Tiêm/truyền tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da | Người lớn: 2-5mg | 3-4 giờ | * Có thể lặp lại liều vừa dùng hoặc tăng liều lên 1,5 đến 2 lần nếu cơn đau không thuyên giảm sau 15 phút. * Cân nhắc dùng thuốc nhuận tràng khi dùng kéo dài. |
| Sơ sinh 0 - 3 tháng:  0,05 - 0,2mg/kg | 6 - 8 giờ |
| Sơ sinh 3 - 6 tháng:  0,05 - 0,2mg/kg | 3 - 4 giờ |
| Trẻ em > 6 tháng:  0,1 - 0,2mg/kg | 3 - 4 giờ |
| **Oxycodon**  Dạng phóng thích nhanh  Đường uống | Người lớn: 5mg | 4 giờ | **KHÔNG KHUYẾN CÁO**   * Không tốt hơn morphin, giá thành cao hơn. * Có thể lặp lại hoặc tăng liều lên 1,5 đến 2 lần nếu cơn đau không thuyên giảm sau 60 phút. * Cân nhắc dùng thuốc nhuận tràng khi dùng kéo dài. |
| **Fentanyl**  Miếng dán | Người lớn: 25mcg/giờ | 72 giờ | * Chỉ dùng cho cơn đau mạn tính, không dùng cho cơn đau đột xuất. * Không kê đơn cho người bệnh sốt, đổ nhiều mồ hôi hoặc suy mòn. * Bắt đầu có tác dụng sau 12-18 giờ. * Giá thành cao. * Không sử dụng cho người chưa bao giờ dùng opioid |
| **Oxycodon**  Dạng phóng thích kéo dài  Đường uống | 10mg | 8-12 giờ | **KHÔNG KHUYẾN CÁO**  Giá thành cao.  Nếu cơn đau không giảm nên dùng liều opioid tác dụng ngắn làm liều cứu hộ đột xuất, sau đó tính lại tổng |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | liều thường xuyên chứ không nên tăng liều thuốc phóng thích kéo dài  Không tốt hơn morphin phóng thích kéo dài. |
| **Pethidin**  Tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da |  |  | **KHÔNG KHUYẾN CÁO**  Tạo chất chuyển hóa gây độc, thời gian tác dụng ngắn. |

*Bảng 5. Liều giảm đau tương đương giữa các opioid*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thuốc opioid** | **Đường uống/ Đặt trực tràng** | **Tiêm tĩnh mạch/ tiêm dưới da** |
| Morphin | 30mg | 10mg |
| Oxycodon | 20mg | - |
| Tramadol | 120 - 300mg | 100mg |
| Fentanyl | - | 0,1mg (100mcg) |
| Codein | 200mg | 120mg |
| Pethidin | 300mg | 75mg |

*Bảng 6. Quy đổi từ morphin tiêm sang fentanyl dán*

|  |  |
| --- | --- |
| **Morphin tiêm (TDD/TMC) (mg/24 giờ)** | **Fentanyl dán (mcg/giờ)** |
| 15-30 | 25 |
| 30-48 | 50 |
| 49-65 | 75 |
| 66-80 | 100 |
| 81-98 | 125 |
| 99-115 | 150 |
| 116-130 | 175 |
| 131-148 | 200 |

### *Tác dụng không mong muốn của opioid/cách hạn chế*

* Nguy cơ các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của opioid là tối thiểu khi tuân thủ các nguyên tắc kê đơn tiêu chuẩn.
* Kê đơn opioid ở liều thấp nhất có thể để giảm đau ở mức độ mà người bệnh chấp nhận được.
* Buồn ngủ khi bắt đầu dùng opioid hoặc khi tăng liều không phải lúc nào cũng do tác dụng an thần của opioid. Nhiều người bệnh bị đau dai dẳng hoặc thường xuyên bị thiếu ngủ và họ sẽ ngủ khi cơn đau được kiểm soát thích hợp. Giấc ngủ sinh lý có thể phân biệt với tác động an thần bằng cách đánh thức người bệnh để kiểm tra. Với giấc ngủ sinh lý người bệnh sẽ thức dậy dễ dàng.

*Bảng 7. Tác dụng không mong muốn của opioid*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TDKMM** | **Tần suất** | **Cách hạn chế/ điều trị** | **Ghi chú** |
| Táo bón | Rất phổ biến | **Người lớn:**  - Thuốc nhuận tràng kích thích: bisacodyl 5-10mg uống 1 - 2 lần/ngày. Tối đa 30mg/ngày. | Triệu chứng xuất hiện kéo dài khi sử dụng opioid. |
|  |  | - Thuốc nhuận tràng thẩm thấu hiệu quả kém hơn nhuận tràng kích thích, kèm một số tác dụng không mong muốn: polyethylene glycol uống 1 - 2 lần một ngày. |  |
|  |  | - Có thể dùng kết hợp 2 thuốc khi cần thiết. |  |
|  |  | **Trẻ em từ 3 tuổi trở lên:** |  |
|  |  | Bisacodyl uống 5mg/ngày. Tối đa 20mg/ngày. |  |
| Khô miệng | Phổ biến | Giữ miệng ẩm bằng cách uống nhấp nước thường xuyên hoặc ngậm miếng bọt biển/que gòn ướt. | Triệu chứng xuất hiện kéo dài khi sử dụng opioid. |
| Buồn nôn | Phổ biến | * Thường nhẹ. * Metoclopramide 10-15mg uống/ tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ * Nếu nghiêm trọng, chỉ định haloperidol 0,5 - 1mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 4 giờ khi cần. | Thường tự hết trong vài ngày.  Chú ý tác dụng ngoại ý haloperidol và metoclopramid nếu dùng kéo dài là rối loạn vận động chậm, rung giật cơ đặc biệt đối với người cao tuổi |
| Đổ mồ hôi | Phổ biến | Trấn an người bệnh. |  |
| An thần | Phổ biến | Trấn an người bệnh. | Thường tự hết trong vài ngày. |
| Sảng | Không phổ biến | *Xem Phần IV* **cách ngăn ngừa và điều trị sảng** | Phổ biến nhất ở các người bệnh sa sút trí tuệ hoặc mắc các bệnh lý về não khác. |
| Cơn giật cơ | Không phổ biến | * Không cần điều trị nếu không gây khó chịu cho người bệnh. * Chuyển đổi sang một loại opioid khác nếu có thể. * Nếu cần, chỉ định diazepam 2-5mg uống hoặc tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ khi cần. | Diazepam làm tăng nguy cơ sảng hoặc an thần. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ngứa | Không phổ biến | - Thay một opioid khác nếu có thể. | Thường kéo dài khi người bệnh tiếp tục dùng opioid. |
| Bí tiểu | Không phổ biến | * Tránh sử dụng đồng thời với thuốc kháng cholinergic. * Điều trị đặc hiệu bệnh lý tiền liệt tuyến nếu đi kèm phì đại tuyến tiền liệt lành tính. * Xem xét đặt catheter bàng quang. | Thường gặp ở nam giới có tuyến tiền liệt lớn hoặc bệnh lý thần kinh (đột quỵ, bàng quang thần kinh). |
| Ức chế hô hấp | Rất hiếm khi xảy ra nếu tuân thủ hướng dẫn dùng thuốc. | * Theo dõi nhịp thở, độ bão hòa oxy và cung cấp oxy khi cần. Không cần điều trị nếu độ bão hòa oxy máu bình thường. * Khi cần thiết, pha loãng 0,4mg naloxon vào 9ml nước muối và tiêm tĩnh mạch 2- 3ml (0,08 - 0,12mg) mỗi 2 phút cho đến khi nhịp thở trở về bình thường. Cơn đau dữ dội có thể xuất hiện. Theo dõi tri giác, nhịp thở tùy theo thời gian tác dụng của thuốc opioid sử dụng trước đó. * Trong trường hợp quá liều opioid dạng phóng thích kéo dài, xem xét sử dụng naloxon truyền tĩnh mạch liên tục 0,2 - 0,6mg/giờ, điều chỉnh liều cho đến khi nhịp thở bình thường. | Tác dụng an thần ***luôn xuất hiện*** trước biểu hiện ức chế hô hấp.  Tác dụng naloxon chỉ kéo dài 1 giờ, vì vậy phải sử dụng lặp lại khi cần thiết. |

1. ***Ngưng sử dụng opioid:***

### *Nên ngưng sử dụng opioid khi:*

* + Khi cơn đau của người bệnh đã cải thiện.
  + Khi liệu pháp giảm đau thay thế có hiệu quả.
  + Khi người bệnh liên tục vi phạm cam kết sử dụng opioid.
  + Khi ngưng sử dụng opioid sau **02 tuần** sử dụng hoặc dài hơn, phải chú ý tránh gây ra hội chứng cai. Dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai opioid bao gồm sốt, ớn lạnh, đổ mồ hôi, buồn nôn, nôn, đau quặn bụng, tiêu chảy, đau thắt cơ, mất ngủ, chảy nước mũi và tăng huyết áp.
  + Để tránh hội chứng cai, nên giảm liều opioid từ từ. Giảm không quá 33% mỗi 2-3 ngày. Nếu xuất hiện hội chứng cai, tăng liều trở lại 33% sau đó giảm liều chậm hơn.
  + Thuốc đối kháng opioid như naloxon có thể gây triệu chứng cai ngay lập tức ở những người bệnh sử dụng opioid dài ngày và có thể làm cơn đau nghiêm trọng đột ngột quay trở lại.
  + Khi sử dụng naloxon để điều trị tác dụng không mong muốn của opioid là ức

chế hô hấp nghiêm trọng, nên dùng naloxon (0,4mg/ml) ở liều rất thấp để đảo ngược tác dụng không mong muốn là ức chế hô hấp; mà không làm giảm tác dụng giảm đau và gây nên hội chứng cai. Liều thông thường là 0,04mg đến 0,12mg mỗi 2 phút cho đến khi đạt được hiệu quả mong muốn.

## Thuốc hỗ trợ kiểm soát đau

### *Trong một vài trường hợp, thuốc hỗ trợ có thể:*

* + - * Giảm đau độc lập.
      * Tăng cường tác dụng và giúp giảm liều thuốc NSAID hoặc opioid.

### *Chỉ định và thuốc đề nghị:*

* + - * Đau thần kinh

+ Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (ví dụ: amitriptylin).

+ Thuốc chống co giật (ví dụ: gabapentin).

+ Thuốc gây tê tại chỗ (ví dụ: lidocain tiêm/truyền tĩnh mạch hoặc thoa ngoài da).

+ Corticoid.

* + - * Đau xương do ung thư di căn

+ Corticoid (không sử dụng NSAID và corticoid cùng lúc).

+ Bisphosphonat (ví dụ: zoledronat).

* + - * Co thắt cơ

+ Co thắt cơ vân: thuốc giãn cơ vân (ví dụ: diazepam).

+ Cơ trơn đường tiêu hóa (đau quặn bụng): opioid hoặc thuốc kháng cholinergic (ví dụ: hyoscine butylbromide).

* + - * Khối u ung thư làm căng bao gan hoặc tắc ruột: corticoid.
      * Chèn ép tủy do ung thư (cấp cứu): corticoid tiêm tĩnh mạch (đồng thời xem xét chỉ định xạ trị cấp cứu hoặc phẫu thuật cấp cứu).

*Bảng 8. Thuốc hỗ trợ để giảm đau*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên thuốc** | **Liều và đường dùng** | **Tác dụng không mong muốn** |
| **Corticoid** | | |
| **Prednisolon** | Người lớn: 20-80mg x 1 lần/ngày vào buổi sáng, đường uống. | Tăng đường huyết.  Thỉnh thoảng gây kích động hoặc cơn loạn thần  Bệnh cơ khi sử dụng lâu ngày.  Xuất huyết tiêu hóa khi sử dụng kéo dài. |
|  | Trẻ em: 1mg/kg x 1-2 lần/ngày vào buổi sáng, đường uống. |
| **Dexamethason** | Người lớn: 4 - 20mg x 1 lần/ngày vào buổi sáng, đường uống hoặc tiêm truyền tĩnh mạch. |
|  | Trẻ em: 0,3mg/kg/ngày x 1-2 lần/ngày, đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch. |
| **Thuốc chống trầm cảm ba vòng** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Amitriptylin** | Người lớn: liều khởi đầu 10 - 25mg uống x 1 lần/ngày trước khi đi ngủ.  Liều tối đa 100mg trước khi ngủ. | Buồn ngủ lúc khởi đầu.  Thường gây tụt huyết áp tư thế, táo bón, khô miệng.  Ngộ độc tim đe dọa tính mạng khi dùng quá liều. |
| Trẻ em: 0,1mg/kg uống x 1 lần/ngày trước khi đi ngủ. Thêm 0,2 - 0,4mg/kg sau 2-3 ngày khi cần. Tăng liều mỗi 3 - 4 ngày khi cần khi cần và dung nạp được tới liều tối đa 2mg/kg/ngày |
| **Thuốc chống co giật** | | |
| **Gabapentin** | Người lớn: | Buồn ngủ thường xảy ra lúc khởi đầu và với mỗi lần tăng liều.  Theo dõi triệu chứng run hoặc chóng mặt.  Giảm liều hoặc tránh sử dụng ở người bệnh suy thận. |
|  | Bắt đầu với 300mg uống trước khi ngủ. |
|  | Nếu không buồn ngủ vào ban ngày hoặc giảm buồn ngủ, tăng liều đến 300mg x 2 lần/ngày. Sử dụng cùng một phương pháp để tăng liều lên 300mg x 3 lần/ngày. Tiếp tục tăng liều khi cần và khi dung nạp. |
|  | Liều thấp nhất có hiệu quả: 300mg uống x 3 lần/ngày. |
|  | Liều tối đa 3.600mg/ngày. |
|  | Trẻ em: |
|  | 5 mg/kg x 1 lần/ngày uống trước khi ngủ. Tăng liều lên x 2-3 lần/ngày khi cần hoặc dung nạp, sau đó 2- 5mg/kg/ngày tới tối đa 2.400 - 3.600mg/ngày. |
| **Natri valproat** | Người lớn: | Gây buồn ngủ. |
|  | Liều khởi đầu: 15mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia làm 2-3 lần. | Không dùng ở người bệnh có bệnh gan. |
|  | Liều tối đa: 60mg/kg/ngày. | Giảm liều ở người bệnh cao tuổi. |
|  |  | Hiệu quả với kích động kháng trị. |
| **Thuốc gây tê cục bộ (thuốc chẹn kênh Na)** | | |
| **Lidocain** | Khởi đầu với liều nạp 1mg/kg tiêm tĩnh mạch.  Nếu đã giảm đau, xem xét truyền tĩnh mạch liên tục 1-3mg/phút. | Hạ huyết áp, loạn nhịp tim, yếu cơ. |
| **Thuốc kháng cholinergic (thuốc chống co thắt)** | | |
| **Hyoscine butyl bromid** | Liều khởi đầu ở người lớn:  10-20mg uống x 3-4 lần/ngày khi cần, hoặc 10mg tiêm tĩnh mạch/tiêm dưới da x 3-4 lần/ngày | Táo bón Khô miệng  Nhịp tim nhanh |
|  | Liều tối đa 60mg/ngày (uống); 100mg/ngày (TMC). |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Trẻ em 6-12 tuổi:  10mg uống x 3 lần/ngày, hoặc 0,5mg tiêm tĩnh mạch/tiêm dưới da x 4 lần/ngày khi cần. | Bí tiểu  Không qua hàng rào máu não nên không có tác dụng an thần hoặc chống nôn trung ương. |
| **Scopolamin** | Người lớn:  1mg miếng dán: 1-2 miếng mỗi 72 giờ. | Táo bón Khô miệng  Nhịp tim nhanh Bí tiểu  An thần  Sảng |
| **Thuốc giãn cơ vân** | | |
| **Diazepam** | Người lớn:  2-10mg uống  hoặc tiêm tĩnh mạch 2-4 lần/ngày. | Buồn ngủ Sảng |
| Trẻ em:  0,12 - 0,8mg/kg/ngày chia làm 3-4 lần uống khi cần hoặc  0,04 - 0,2mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 2-4 giờ khi cần.  Liều tối đa 0,6mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ |
| **Baclofen** | Người lớn:  5mg uống x 3 lần/ngày. Liều tối đa 20mg x 3 lần/ngày |
| **Bisphosphonat (đau xương do di căn xương)** | | |
| **Pamidronat** | 60 - 90mg tiêm tĩnh mạch mỗi 4 - 12 tuần | Giảm canxi máu.  Sốt ngắn ngày (1-2 ngày) hoặc triệu chứng giả cúm (thường ít xảy ra với zoledronat).  Nguy cơ tăng tác dụng không mong muốn đối với người bệnh suy thận. |
| **Zoledronat** | 4mg truyền tĩnh mạch mỗi 4 - 12 tuần |

## Thủ thuật giảm đau can thiệp

Người bệnh đau mạn tính kháng trị với điều trị toàn thân hoặc chịu tác dụng không mong muốn nghiêm trọng do các liệu pháp toàn thân có thể được hưởng lợi từ thủ thuật can thiệp có ở một số trung tâm y tế (*xem Bảng 9*Bảng 9).

*Bảng 9. Thủ thuật can thiệp cho các cơn đau cụ thể*

|  |  |
| --- | --- |
| **Thủ thuật** | **Loại đau** |
| Phong bế đám rối thân tạng | Đau bụng vùng bụng trên do bệnh gan, tụy, đường mật hoặc dạ dày |
| Phong bế đám rối hạ vị trên | Đau vùng bụng dưới |
| Gây tê/giảm đau ngoài màng cứng với ống thông vùi dưới da | Đau thân dưới (thường dành cho người bệnh sau phẫu thuật và người bệnh cuối đời) |
| Gây tê/giảm đau bằng cách đặt catheter vùi dưới da vào trong khoang tủy sống | Đau thân dưới (thường chỉ dành cho người bệnh cuối đời) |
| Tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm xi-măng sinh học có bóng | Bệnh lý rễ tủy sống do gãy đốt sống do tổn thương chèn ép |
| Tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm xi-măng sinh học không có bóng | Bệnh lý rễ tủy sống do gãy đốt sống do tổn thương chèn ép |

## Đau ở người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất

* + 1. **Nguyên tắc điều trị giảm đau**
       - Những người thường xuyên dùng opioid bất hợp pháp hoặc liệu pháp điều trị duy trì bằng methadon có khả năng bị **dung nạp opioid** và cần dùng liều opioid cao hơn để giảm đau so với những người không dùng opioid kéo dài.
       - Những người thường xuyên dùng opioid bất hợp pháp hoặc liệu pháp điều trị duy trì bằng methadon thường nhạy cảm hơn với cơn đau hoặc ngưỡng đau thấp hơn so với người không dùng opioid. Hiện tượng này được gọi là **tăng cảm đau liên quan đến opioid**.
       - Một số người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất sẽ e ngại hoặc từ chối sử dụng opioid do sợ tái nghiện. Nỗi sợ này nên được xem xét trong việc đưa ra quyết định điều trị.
       - Không có lý do để sợ tái nghiện hoặc không sử dụng opioid cho những người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất khi mà họ đang hấp hối và phải chịu đựng đau đớn hay khó thở.
       - Đối với những người đang **điều trị duy trì bằng methadon**, điều quan trọng cần lưu ý là:

+ Điều trị duy trì với methadon (1 lần/ngày) không giúp giảm đau hiệu quả.

+ Điều trị duy trì với methadon nên được tiếp tục không gián đoạn khi cơn đau được điều trị bởi các thuốc khác, opioid và/hoặc không opioid.

+ Nguy cơ tác dụng không mong muốn nghiêm trọng từ opioid ở người bệnh điều trị duy trì với methadon không cao hơn so với những đối tượng khác, thậm chí nguy cơ này có thể thấp hơn.

+ Các than phiền về đau ở người bệnh điều trị duy trì với methadon không đồng nghĩa với việc họ đang cố gắng để có được nhiều opioid hơn do nghiện.

## Điều trị cho người bệnh tiền sử rối loạn sử dụng chất không trong giai đoạn hấp hối

* + - * Cố gắng giảm đau bằng thuốc không opioid và các thuốc hỗ trợ.
      * Nếu điều trị không hiệu quả với thuốc không opioid, các thuốc opioid có thể được sử dụng với sự cẩn trọng đặc biệt để tránh nguy cơ sử dụng sai lệch, chuyển hướng thuốc hoặc ngoài mục đích y khoa:

+ Hạn chế lượng thuốc được cấp cho người bệnh mỗi lần khám.

+ Yêu cầu người bệnh tuân thủ một lịch hẹn cố định để cấp tiếp đơn thuốc.

+ Đánh giá người bệnh thường xuyên để tìm ra bất kỳ bằng chứng nào về việc sử dụng thuốc không hợp pháp như vết tiêm chích mới trên da, thay đổi hành vi một cách khả nghi, hoặc thay đổi trong việc tuân thủ điều trị. Sử dụng các xét nghiệm nước tiểu nếu có thể để xác định những chất người bệnh đang dùng.

* + - * Yêu cầu người bệnh ký vào giấy cam kết sử dụng opioid (thực hiện theo quy định tại Thông tư 52/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú).
      * Giấy cam kết sử dụng opioid bao gồm:

+ Mô tả rõ ràng về việc sử dụng morphin đúng và không đúng cách.

+ Bác sĩ giao ước tiếp tục điều trị cơn đau cho người bệnh nếu họ tuân thủ giấy cam kết.

+ Cam kết của người bệnh:

+ Luôn sử dụng opioid đúng cách trong mọi trường hợp.

+ Bảo quản opioid an toàn và không làm mất.

+ Lĩnh thêm thuốc opioid CHỈ từ người bác sĩ ký giấy cam kết hoặc đồng nghiệp được chỉ định và CHỈ từ một nhà thuốc duy nhất.

+ Chấp nhận tiến hành kiểm tra thói quen dùng thuốc hằng ngày và thăm khám lâm sàng để đánh giá các trường hợp sử dụng opioid không đúng cách.

+ Nộp nước tiểu để xét nghiệm bất kỳ lúc nào bác sĩ yêu cầu.

+ Chấp nhận quyền của bác sĩ trong việc ngưng mọi điều trị bằng thuốc được kiểm soát khi người bệnh vi phạm cam kết.

# ĐÁNH GIÁ & GIẢM NHẸ CÁC ĐAU KHỔ THỂ CHẤT KHÁC, TÂM LÝ, XÃ HỘI VÀ TÂM LINH

## Đánh giá và giảm nhẹ triệu chứng đau khổ về thể chất

* + 1. **Nguyên tắc**

Các chẩn đoán phân biệt của triệu chứng: Một số triệu chứng có thể có nhiều nguyên nhân. Bất cứ khi nào nguyên nhân của một triệu chứng không rõ ràng, bác sĩ nên nghĩ đến một vài chẩn đoán phân biệt và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

### *Nguyên tác điều trị triệu chứng:*

* + Các quyết định điều trị nên dựa trên chẩn đoán phân biệt và xác định nguyên nhân nhiều khả năng nhất của (các) triệu chứng.
  + Nhiều phương pháp điều trị triệu chứng chỉ có hiệu quả đối với một nguyên nhân cụ thể. Ví dụ, nôn có nhiều nguyên nhân bao gồm thuốc gây nôn, độc tố nội sinh, viêm mê đạo tai do vi rút, tăng áp lực sọ, viêm dạ dày, tắc ruột, lo âu, v.v ... Nếu nôn là do tắc ruột, điều trị bằng thuốc ức chế dopamin như haloperidol không có lợi ích.

### *Nguyên tắc điều trị theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng:*

* + Trước tiên hãy điều trị các triệu chứng gây ra nhiều đau khổ nhất.
  + Nếu người bệnh có một triệu chứng nghiêm trọng, cần phải điều trị tích cực triệu chứng đó trước khi dành thời gian hoàn thành đánh giá chăm sóc giảm nhẹ toàn diện.

## Các biện pháp điều trị giảm nhẹ triệu chứng đau khổ về thể chất

*Bảng 10. Triệu chứng thể chất và điều trị theo nguyên nhân*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. KHÓ THỞ** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Viêm phổi | * Điều trị bằng kháng sinh thích hợp nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc. * Người lớn không dung nạp với opioid: morphin **2-5mg** uống hoặc **1-2mg** TMC hoặc TDD, mỗi 2 - 4 giờ khi cần.   Nếu khó thở dai dẳng, chỉ định liều cố định mỗi 4 giờ và chỉ định thêm một liều cứu hộ bằng 10% tổng liều hàng ngày mỗi 60 phút khi cần thiết. Tăng liều cố định theo giờ khi cần thiết thêm 33% mỗi liều.   * Nếu người bệnh có dùng phác đồ methadon thay thế: có thể cần dùng morphin liều cao hơn. | * Morphin hoặc opioid khác **chỉ nên** được sử dụng nếu các điều trị nguyên nhân tiềm ẩn gây khó thở không thể có hiệu quả ngay lập tức hoặc không phù hợp với mục tiêu chăm sóc. * Dùng một chiếc quạt cầm tay thổi không khí vào vùng mặt có thể giảm bớt cảm giác khó thở do bất kỳ nguyên nhân nào. * Liệu pháp oxy có thể giúp giảm bớt khó thở. Tuy nhiên, oxy có thể kéo dài quá trình hấp hối và |
| Hít sặc | * Phòng ngừa hít sặc: tránh chất lỏng loãng, người bệnh chỉ nên ăn khi hoàn toàn tỉnh táo, ngồi thẳng và có sự trợ giúp. * Morphin như trên. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ung thư phổi hoặc di căn phổi | * Điều trị bằng morphin như trên. * Cân nhắc hóa trị hoặc xạ trị ung thư nếu có thể và phù hợp với mục tiêu chăm sóc. | không hiệu quả giảm khó thở như morphin. |
| Thuyên tắc phổi | * Điều trị bằng morphin như trên. * Cân nhắc thuốc kháng đông phù hợp tình trạng ung thư nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc. |
| Phù phổi do tim | * Lợi tiểu với furosemid. * Điều trị bằng morphin như trên. |
| Phù phổi không do  tim | - Điều trị bằng morphin như trên. |
| Tràn dịch màng phổi | * Xem xét chọc tháo dịch nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc. * Điều trị bằng morphin như trên. |
| Xuất huyết phổi | - Điều trị bằng morphin như trên. |
| Thiếu máu nặng | * Điều trị nguyên nhân thiếu máu, nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc. * Truyền hồng cầu lắng, nếu phù hợp với các mục tiêu chăm sóc. * Điều trị bằng morphin như trên. |
| Yếu cơ ngực (xơ cứng cột bên teo cơ, các bệnh thần kinh  khác) | - Điều trị bằng morphin như trên. |
| "Tiếng nấc hấp hối" (Ứ đọng dịch tiết ở đường hô hấp trên) | * Hyoscine butyl bromid 20mg, mỗi 6 giờ uống, TMC hoặc TDD cố định theo giờ và/hoặc khi cần thiết. * Điều trị bằng morphin như trên |
| COPD giai đoạn cuối | * Điều trị tích cực với thuốc giãn phế quản và corticoid. * Nếu khó thở vẫn dai dẳng dù đã tối ưu hóa điều trị COPD, sử dụng morphin bắt đầu bằng một nửa liều khởi đầu thông thường: 2,5 - 5mg uống hoặc 1-2mg TDD hoặc TMC, mỗi 2-4 giờ khi cần.   Nếu khó thở vẫn dai dẳng, dùng liều cố định mỗi 4 giờ và kê thêm một liều cứu hộ bằng 10% tổng liều hàng ngày, mỗi 60 phút khi cần thiết. Tăng liều cố định khi cần thiết thêm  33% mỗi liều. | - Khi điều trị bằng morphin, theo dõi các dấu hiệu gợi ý tình trạng tăng CO2 (an thần). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bệnh phổi mô kẽ giai đoạn cuối | * Xem xét dùng thử corticoid liều cao. * Morphin bắt đầu bằng một nửa liều khởi đầu thông thường: 2,5 - 5mg uống hoặc 1-2mg TMC hoặc TDD, mỗi 2-4 giờ khi cần thiết. Nếu khó thở vẫn dai dẳng, dùng liều cố định mỗi 4 giờ và kê thêm một liều cứu hộ bằng 10% tổng liều hàng ngày, mỗi 60 phút khi cần thiết. Tăng liều cố định khi cần thiết thêm 33% mỗi liều. |  |
| **2. HO** |  |  |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Kích thích cây phế quản phổi do nhiễm trùng, bệnh ung thư, viêm, tích tụ chất lỏng, hít sặc . | * Điều trị nguyên nhân tiềm ẩn nếu có thể. * Codein 30 - 60mg uống mỗi 6 giờ khi cần thiết. * Nếu codein 30mg chỉ có sẵn ở dạng phối hợp với paracetamol 500mg và nếu người bệnh bị bệnh gan trung bình hoặc nặng, chỉ sử dụng mỗi 6 giờ hoặc sử dụng opioid thay thế (như morphin) **không** kết hợp với paracetamol. * Nếu một phần do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoặc hen phế quản, có thể sử dụng methylprednisolon uống hoặc dexamethason TMC, giảm liều từ từ. | - Giữ người bệnh tránh xa mọi loại bụi và khói (kể cả khói thuốc lá). |
| **3.BUỒN NÔN/NÔN** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Hóa trị hoặc xạ trị vùng bụng | Ondansetron 4 - 8mg uống hoặc TMC mỗi 8 giờ theo giờ hoặc khi cần thiết |  |
| Tăng áp lực nội sọ | Dexamethason 8 - 20mg chia làm 1-2 lần/ngày, uống hoặc TMC | * Chỉ định một lần mỗi ngày vào buổi sáng hoặc hai lần mỗi ngày vào buổi sáng và đầu giờ chiều. * Tránh dùng thuốc trước khi đi ngủ do tác dụng mất ngủ. * Theo dõi biểu hiện kích động, lo âu, loạn thần, chảy máu tiêu hóa. |
| Lo âu | - Haloperidol 0,5-2mg x 2-4 lần/ngày, uống, TMC hoặc TDD, theo giờ hoặc khi cần thiết | - Tránh diazepam ở người bệnh cao tuổi và người  bệnh có nguy cơ sảng. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * Diazepam 2-10mg x 3 lần/ngày, uống, TMC hoặc TDD, theo giờ và/hoặc khi cần thiết. * Fluoxetin 10-60mg uống mỗi sáng (đối với lo âu mạn) | - Bắt đầu điều trị bằng fluoxetin uống 10mg mỗi sáng. Tăng liều mỗi 7 ngày đến liều tối đa 60mg. Thông báo cho người bệnh rằng biểu hiện lo lắng có thể nặng hơn  trong 1 - 2 tuần trước khi bắt đầu cải thiện. |
| Liệt dạ dày | - Metoclopramid 10mg x 4 lần/ngày, uống, TMC hoặc TDD, theo giờ hoặc khi cần thiết. | - Không kết hợp metoclopramid với haloperidol hoặc các  thuốc chẹn dopamin khác. |
| Căng tức gan hoặc tạng rỗng do u tân sinh | - Dexamethason 4-20mg chia làm 1-2 lần/ngày, uống hoặc TMC. | * Chỉ định một lần mỗi ngày vào buổi sáng hoặc hai lần mỗi ngày vào buổi sáng và đầu giờ chiều. * Tránh dùng thuốc trước khi đi ngủ. * Theo dõi biểu hiện kích động, lo âu, loạn thần, chảy máu tiêu hóa |
| Tắc ruột do ung thư | * Dexamethason 6 - 20mg chia làm 1-2 lần/ngày uống hoặc TMC (chỉ đối với tắc ruột do ung thư), HOẶC * Mở dạ dày ra da để dẫn lưu, HOẶC * Phẫu thuật giảm nhẹ (nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc của người bệnh). | * Sử dụng một lần mỗi ngày vào buổi sáng hoặc hai lần mỗi ngày vào buổi sáng và đầu giờ chiều. * Tránh dùng thuốc trước khi đi ngủ. * Theo dõi biểu hiện kích động, lo âu, loạn thần, chảy máu tiêu hóa |
| Tắc ruột không ung thư | - Xem xét phẫu thuật giảm tắc nghẽn hoặc mở dạ dày ra da để dẫn lưu. | - Tránh đặt ống thông mũi dạ dày nếu có thể để đảm bảo sự thoải mái cho  người bệnh |
| Kích thích hệ thống tiền đình | * Diphenhydramin 12,5-50mg x 3-4 lần/ngày, uống hoặc TMC, theo giờ hoặc khi cần thiết. * Hyoscine hydrobromid 1mg miếng dán da, bôi sau tai mỗi 72 giờ. | - Theo dõi dấu hiệu an thần và sảng. |
| Thuốc hỗ trợ cho buồn nôn/nôn vì bất kỳ nguyên nhân nào | - Diphenhydramin 12,5-50mg x 3-4 lần/ngày, uống hoặc TMC, theo giờ hoặc khi cần thiết. | - Theo dõi dấu hiệu an thần và sảng. |
| **4. TIÊU CHẢY** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nhiễm vi khuẩn hoặc ký sinh trùng; sốt hoặc phân có máu | * Thực hiện các xét nghiệm để xác định nguyên nhân nhiễm trùng của tiêu chảy, nếu có thể. * Điều trị nguyên nhân tiềm ẩn, có thể xác định được hoặc giả thiết, với kháng sinh thích hợp. * Bù dịch và chất điện giải nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc. |  |
| Vô căn, không đáp ứng với điều trị bằng thuốc kháng tác nhân vi sinh và không sốt hoặc phân không có máu; viêm ruột do tia xạ; hóa trị  ung thư. | - Loperamid 4mg cho liều đầu tiên, sau đó 2mg sau mỗi lần đi phân lỏng đến tối đa 16mg mỗi ngày; hoặc diphenoxylat + atropin (5mg + 0,05mg) tối đa bốn lần mỗi ngày khi cần thiết. |
| Khối phân cứng gây tắc nghẽn/Táo bón nặng | * Loại bỏ khối phân tắc nghẽn * Giảm táo bón (xem phần về Táo bón) |
| Lạm dụng thuốc  nhuận tràng | - Ngừng hoặc giảm liều thuốc nhuận tràng |
| **5. TÁO BÓN** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Đang điều trị giảm đau bằng opioid | * Đánh giá khối phân cứng gây tắc nghẽn bằng thăm trực tràng bằng tay. Lấy phân bằng tay khi cần. * Thuốc nhuận tràng thẩm thấu (chỉ sử dụng ở những người bệnh uống được nước): * Xi-rô lactulose 15-45ml uống x 2-3 lần/ngày, duy trì 30-90ml/ngày * Polyethylene glycol 110-20g trộn với nước uống x 1-2 lần/ngày * Bisacodyl 5-10mg x 1-2 lần/ngày, đường uống hoặc đặt trực tràng. * Thuốc thụt tháo với natri-phosphate hoặc dầu khoáng x 1 lần/ngày. * Đối với trường hợp nặng: naloxon 1-3mg UỐNG mỗi 8 giờ khi cần. | * Hầu hết người bệnh bị táo bón do opioid cần dùng thuốc nhuận tràng kích thích như bisacodyl. * Nếu không đi tiêu trong hơn 3 ngày, hãy cân nhắc sử dụng thuốc xổ dầu khoáng để làm mềm và bôi trơn phân khô cứng. * Naloxon, khi dùng đường uống cho người bệnh với đường tiêu hóa toàn vẹn, được hấp thu rất kém và chỉ hoạt động cục bộ trên đường tiêu hóa. Do đó, naloxon UỐNG có thể điều trị táo bón mà không làm đảo ngược tác dụng giảm đau của opioid. |
| Các loại thuốc khác gây táo bón: thuốc kháng cholinergic, sắt, thuốc chẹn kênh  canxi | * Ngừng thuốc gây táo bón nếu có thể. * Thuốc nhuận tràng và/hoặc thuốc thụt tháo như trên. |
| Mất nước, bất động | - Chỉ bù nước và tăng vận động nếu phù hợp  với mục tiêu chăm sóc của người bệnh. |
| **6. ĐAU VÙNG MIỆNG VÀ NUỐT ĐAU** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Nấm miệng (Candida) | * Điều trị kháng nấm: * Không phải người bệnh AIDS:   + Fluconazol 100 - 200mg uống hoặc TMC x 1 lần x 7 - 14 ngày; hoặc là  + Itraconazol 200mg uống x 1 lần x 7 ngày   * Đối với cơn đau, lidocain đặc 2%, 15ml súc họng sau đó nhổ trước bữa ăn và khi đi ngủ (đau miệng), hoặc 15ml súc họng và nuốt trước khi ăn và khi đi ngủ (đau khi nuốt). * Đối với đau không giảm nhiều với thuốc tại chỗ, thêm paracetamol hoặc morphin uống hoặc TMC cho đến khi nhiễm trùng được giải   quyết. | * Các thuốc kháng nấm azol: đắt tiền và có thể gây nhiều tương tác thuốc, đặc biệt với kháng sinh macrolid, benzodiazepin, thuốc chống đông kháng vitamin K, thuốc chống động kinh. * Việc sử dụng thuốc gây tê lidocain bôi tại chỗ để giảm đau có thể giảm vị giác và ảnh hưởng đến việc ăn, uống qua đường miệng |
| Loét miệng và thực quản (áp - tờ) | * Bôi lidocain đặc 2% vào vết loét trước khi ăn; bôi corticoid tại chỗ vào vết loét sau khi ăn, x 3 lần /ngày cho đến khi hết hẳn. * Nếu loét> 1cm, cân nhắc sử dụng methylprednisolon 40mg uống mỗi ngày trong 4 ngày, giảm dần 10mg mỗi 4 ngày. |
| Loét do Herpes | * Điều trị bằng acyclovir 400mg uống 5 lần mỗi ngày trong 5 ngày; hoặc valacyclovir 2 g uống mỗi 12 giờ trong 1 ngày. * Điều trị đau bằng thuốc lidocain đặc 2% bôi vết loét trước khi ăn. * Nếu đau không thuyên giảm nhiều với thuốc dùng tại chỗ, thêm paracetamol hoặc morphin uống hoặc TMC cho đến khi nhiễm trùng được giải quyết. |
| Viêm thực quản do  CMV | - Ganciclovir 5mg/kg TMC mỗi 12 giờ. |
| Ung thư thực quản | - Điều trị đau tại chỗ và toàn thân như trên. |
| **7. YẾU/MỆT MỎI** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Nhiễm trùng, mất nước, thiếu máu, suy cơ quan lớn, bệnh ung thư hoặc AIDS tiến triển. | * Điều trị các nguyên nhân tiềm ẩn gây yếu và mệt mỏi. * Ở những người bệnh gần cuối đời mà yếu hoặc mệt mỏi làm giảm chất lượng cuộc sống, cân nhắc sử dụng methylprednisolon 20 * 60mg uống vào buổi sáng; hoặc | - Sử dụng dexamethasone một lần mỗi ngày vào buổi sáng hoặc hai lần mỗi ngày vào buổi sáng và đầu giờ chiều. Tránh dùng thuốc trước khi đi  ngủ. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dexamethason 4 - 12mg uống hoặc TMC chia thành 1-2 lần mỗi ngày. | - Với bất kỳ liệu pháp corticoid nào, cần theo dõi biểu hiện kích động,  lo âu, loạn thần, chảy máu đường tiêu hóa. |
| **8. SỐT** |  |  |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Nhiễm trùng, viêm, bệnh ung thư. | * Điều trị nguyên nhân tiềm ẩn gây sốt nếu có thể và phù hợp với các mục tiêu chăm sóc. * Paracetamol 500 - 1.000mg mỗi 6 giờ uống hoặc đặt trực tràng khi cần. Không vượt quá 4.000mg mỗi ngày. Giảm liều ở người bệnh có bệnh gan. * Đối với sốt nặng kéo dài ở người bệnh hấp hối: Dexamethason 4-16mg uống hoặc TMC chia làm 1-2 lần/ngày. | * Sử dụng dexamethason một lần mỗi ngày vào buổi sáng hoặc hai lần mỗi ngày vào buổi sáng và đầu giờ chiều. Tránh dùng thuốc trước khi đi ngủ. * Với bất kỳ liệu pháp corticoid nào, cần theo dõi biểu hiện kích động, lo âu, loạn thần, chảy máu đường tiêu hóa. |
| **9. MẤT NGỦ** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Đau hoặc các triệu chứng thể chất khác, các vấn đề tâm lý như lo lắng hoặc trầm cảm hoặc sảng, thuốc có tác dụng kích thích tâm thần kinh, vệ sinh giấc ngủ kém | * Tránh dùng thuốc có tác dụng kích thích tâm thần kinh như corticoid vào cuối ngày. * Điều trị đau và bất kỳ triệu chứng thể chất nào khác. * Điều trị lo âu, trầm cảm hoặc sảng, nếu có (xem các phần dưới đây về sảng và khí sắc trầm cảm/lo âu). Cả amitriptylin và mirtazapin đều là phương pháp điều trị hiệu quả cho chứng lo âu và trầm cảm, và cả hai đều giúp an thần. * Tránh các thuốc nhóm benzodiazepin ở người bệnh cao tuổi và bất kỳ người bệnh nào có nguy cơ sảng. Ở những người bệnh trẻ tuổi, nhận thức còn nguyên vẹn, có thể sử dụng diazepam 5 - 10mg uống khi đi ngủ. * Cải thiện vệ sinh giấc ngủ:   + Tránh đồ uống chứa caffein vào cuối ngày.  + Giảm ngủ trưa vào ban ngày.  + Hoạt động yên tĩnh vào cuối ngày.  + Giảm thiểu gián đoạn, tiếng ồn và ánh sáng về đêm.   * Đối với người bệnh cao tuổi và bất kỳ người bệnh nào có nguy cơ sảng, nếu kiểm soát triệu chứng và vệ sinh giấc ngủ không hiệu quả, | - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | hãy sử dụng haloperidol 1 - 2mg khi đi ngủ  uống hoặc TMC. |  |
| **10. NGỨA DA** |  |  |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Da khô, suy thận. | - Kem dưỡng làm mềm da. | * Với thuốc kháng (chlorpheniramin và   diphenhydramin), có nguy cơ gây ngủ hoặc sảng.   * Với bất kỳ liệu pháp corticoid toàn thân nào, hãy theo dõi kích động, lo âu, loạn thần, chảy máu đường tiêu hóa. |
| Viêm da tiếp xúc | * Loại bỏ và tránh các chất gây dị ứng. * Corticoid hiệu lực cao tại chỗ. |
| Bệnh ghẻ | * Kem dưỡng da permethrin: thoa từ đầu (tránh mặt) lên ngón chân, để trong 8-14 giờ, sau đó rửa sạch.Liều người lớn thông thường là 20 - 30g. Lặp lại sau một tuần. Giặt tất cả quần áo và khăn trải giường và phơi khô dưới ánh nắng mặt trời. Không dùng cho trẻ < 2 tháng tuổi. * Nếu permethrin không có sẵn, có thể sử dụng kem dưỡng da lindan, thoa từ đầu (tránh vùng mặt) lên ngón chân, để lại trong 8-12 giờ, sau đó rửa sạch. Liều người lớn thông thường 20 - 50ml. Giặt tất cả quần áo và khăn trải giường và phơi khô dưới ánh nắng mặt trời. Không sử dụng cho trẻ sơ sinh và người bệnh bị rối loạn động kinh. |
| Viêm nang lông tăng bạch cầu ái toan (người bệnh HIV/AIDS) | * Corticoid hiệu lực cao tại chỗ. * Clorpheniramin 4mg uống mỗi 4 - 6 giờ khi cần. * Metronidazol 250mg uống x3 lần mỗi ngày trong 3 - 4 tuần. |
| Tắc mật | * Ondansetron 8mg uống x2 lần mỗi ngày. * Đặt stent đường mật nếu có thể |
| Opioid | * Chuyển đổi thuốc opioid nếu có thể. * Clorpheniramin 4mg uống mỗi 4 - 6 giờ khi cần thiết, hoặc diphenhydramin 12,5-50mg mỗi 4 giờ uống hoặc TMC |
| Các nguyên nhân khác: HIV, ung thư, urê huyết cao | * Clorpheniramin hoặc Diphenhydramin như trên. * Methylprednisolon 20-60mg uống mỗi ngày; hoặc Dexamethason 4 - 20mg mỗi ngày, chia làm 1-2 lần/ngày uống hoặc TMC. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11. LOÉT TÌ ĐÈ (LOÉT ÁP LỰC - LOÉT DO NẰM LÂU)** | | |
| ***Nguyên tắc***   * Giữ gìn da sạch và khô nhất là những vùng bị tì đè dễ có nguy cơ bị loét. * Thường xuyên xoa bóp những vùng dễ bị loét tì đè, 15 phút/lần, 1- 2 lần/ngày * Giảm áp lực lên các nền xương cứng: nệm mềm, xoay trở người bệnh thường xuyên, ít nhất 2 giờ một lần khi người bệnh nằm tại giường, mỗi 1 giờ khi người bệnh ngồi ghế; đệm gót chân hoặc nâng gót khỏi giường * Giữ ga giường phẳng; * Nâng đầu giường cao 30 độ (nếu được) khi nghỉ ngơi trong ngày, hạn chế nang cao hơn 30 độ * Tránh chấn thương da do kéo, trượt, ma sát trực tiếp trên vùng da dễ bị tổn thương * Quản lý chất thải đối với những người bệnh tiêu tiểu không kiểm soát (tã dán, miếng lót...). Sử dụng sản phẩm bảo vệ da (Ví dụ như cavilon, sanyrene …), * Tập phục hồi chức năng * Điều trị: chăm sóc vết thương + kiểm soát đau. | | |
| **Giai đoạn 1:**  Đỏ ở vùng chịu áp lực | - Giảm áp lực lên các nền xương cứng: nệm mềm, tái định vị xoay trở người bệnh thường xuyên, đệm gót chân hoặc nâng gót khỏi giường. | Kích thước, độ sâu và lượng dịch tiết và điều kiện kinh tế của NB/NN là những yếu tố quyết định việc lựa chọn các loại băng phù hợp  Kháng khuẩn: cadexome iodine (iodosorb), bạc nano tinh thể (Acticoat 7), bột polysporin, hydrofiber (aquacel Ag), gel bạc (silvaSorb)…  Hút dịch, cầm máu: alginate ( calginate, algisite)  Kích thích lên mô hạt: collagen (fibracol, profore)  Băng màng bán thấm (ví dụ: tegaderm) hoặc băng hydrogel (ví dụ: duoderm, gạc ngâm với hydrogel vô trùng). |
| **Giai đoạn 2:**  Vết rộp da hoặc loét nhỏ bề mặt da | * Giữ người bệnh khô ráo. * Tránh chấn thương da do trượt. * Điều trị đau. * Làm sạch da vùng còn nguyên vẹn với povidon - iod 10% * Làm sạch vết thương nhẹ nhàng bằng nước muối vô trùng (tránh làm tổn thương mô hạt). * Băng màng bán thấm (ví dụ: tagaderm) hoặc băng hydrogel (ví dụ: duoderm, gạc ngâm với hydrogel vô trùng). |
| **Giai đoạn 3:**  Phá vỡ da, tổn thương mô dưới da.  **Giai đoạn 4**:  Loét áp lực sâu, tổn thương cơ và xương, gân và khớp. | * Giảm áp lực lên các nền xương cứng: nệm mềm, tái định vị người bệnh thường xuyên, đệm gót chân hoặc nâng gót khỏi giường. * Giữ người bệnh khô ráo. * Tránh chấn thương da do trượt. * Điều trị đau. * Làm sạch vết thương nhẹ nhàng bằng nước muối vô trùng. * **Xác định mục tiêu chăm sóc vết thương: Nếu vết thương không thể lành và/ hoặc**   **người bệnh sẽ tư ̉ vong trong thời gian ngắn**, mục tiêu là ngăn mùi và tối ưu hóa sự thoải mái và nhân phẩm người bệnh. Ngăn chặn hoặc giảm mùi do nhiễm vi khuẩn kỵ  khí với bột metronidazol (nghiền viên nén |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | hoặc mở viên con nhộng) rắc lên vết thương 1 - 3 lần mỗi ngày). ***Có thể cắt lọc mô hoại tử*** để kiểm soát triệu chứng, nhiễm trùng, mùi hôi.   * Nếu vết thương ướt hoặc chảy máu, hãy sử dụng băng gạc canxi alginat hoặc băng gạc povidon - iod. * Nếu vết thương khô, ***không cần cắt lọc***, sử dụng gạc hoặc bông phủ gel gốc dầu hỏa (vaselin hoặc parafin) hoặc ngâm với hydrogel (gel KY). * **Nếu vết thương có thể lành**, giữ vết thương ẩm và sạch. Cắt lọc khi cần thiết. Phải cắt lọc, loại bỏ mô hoại tử, cần cắt lọc đến khi thấy máu chảy từ nền vết loét. Lưu ý giảm đau trước thủ thuật * Đối với hầu hết các trường hợp, có thể tự cắt lọc bằng cách đắp gạc tẩm hydrogel. * Đối với các vết thương có hoại tử dày hoặc mảng mày cứng, cắt lọc cơ học. Cho thuốc giảm đau trước khi cắt lọc. Tránh đắp gạc từ ướt đến khô vì cách loại bỏ mảng hoại tử này gây đau nhiều.   - Băng gạc vết thương nên được thực hiện như sau:   * Đối với vết thương ướt hoặc chảy máu, sử dụng gạc canxi alginate hoặc dạng bọt. Sau đó đắp bằng gạc thường. Thay băng khi băng gạc phủ ngoài bị ướt. * Đối với vết thương khô, bôi hydrogel vô trùng vào vết thương (có thể trộn với bột metronidazol khi cần để điều trị nhiễm trùng kỵ khí và kiểm soát mùi). Cũng có thể sử dụng mật ong hoặc sữa chua không đường thay vì hydrogel. Lấp đầy không gian trống bằng gạc hoặc bông tẩm gel gốc dầu hỏa (vaselin hoặc parafin) hoặc tẩm hydrogel vô trùng. Băng ngoài bằng   gạc thường. |  |
| **12. TỔN THƯƠNG DA DO UNG THƯ** | | |
| * Tổn thương da do ung thư hình thành trên nền các ung thư tiến triển hoặc di căn. Tổn thương da do ung thư có thể đem lại nhiều khó chịu cho người bệnh, từ những vấn đề thể chất như đau nhức, nhiễm trùng, chảy dịch/máu, mùi hôi, cho đến những vấn đề về tâm lý, xã hội, tâm linh. * Khối u lớn nhanh, thiếu máu nuôi, vỡ ra da, vỡ hoại tử trung tâm, tiết dịch, mùi hôi, nhiễm trùng, chảy máu, đau. * Mục tiêu trong chăm sóc vết loét ung thư | | |

Cần có sự hiểu rõ và thống nhất giữa người bệnh, gia đình, và nhân viên y tế về mục tiêu chăm sóc tổn thương.

**Vết thương có thể lành:** Nếu còn có thể can thiệp điều trị đặc hiệu như xạ trị hoặc hóa trị có thể điều trị được ung thư, việc điều trị triệt để với mục tiêu làm lành tổn thương phải được đặt ra

**Vết thương không thể lành:** tập trung vào việc kiểm soát triệu chứng như đau nhức, chảy máu, nhiễm trùng, và mùi hôi;

* **Chăm sóc tổn thương da do ung thư:**

Làm sạch vết thương nhẹ nhàng bằng nước muối vô trùng 0,9%

Tránh dùng dung dịch có tính sát khuẩn cao như hydrogen peroxid (oxy già), povidon - iod …vì chúng có thể gây tổn thương mô và đau đớn

Chăm sóc như một vết thương thông thường Giảm đau trước khi thay băng

Đối với đau không liên tục và đau theo chu kỳ: nên gây tê và/ hoặc sử dụng thuốc giảm đau trước khi thực hiện thủ thuật.

Đau tại chỗ: báo cáo triệu chứng đau hiện có của người bệnh để cùng thảo luận với bác sĩ về việc:

Đắp morphin sulfat phối hợp với các chất gây tê như xylocain 2%

Hoặc morphin sulfat dạng tiêm 10mg + 8g gel tan trong nước (tạo hỗn hợp Morphin gel 0,125%) bôi trên bề mặt vết thương là cần thiết.

**Kiểm soát dịch tiết:**

Xem xét sử dụng hydrofiber thấm và băng che có khả năng thấm dịch cao hoặc băng hydrocolloid để ngăn chặn sự tiết dịch.

Bảo vệ vùng da xung quanh vết thương với kẽm oxit, mỡ dầu. Kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân khi cần

**Kiểm soát tình trạng nhiễm trùng:**

Nhiễm trùng có thể gây nên mùi hôi kèm theo tiết dịch mủ.

Nếu chỉ nhiễm trùng bề mặt: vệ sinh tổn thương với nước muối sinh lý hoặc nước cất, ***có thể sử dụng dung dịch gây độc tế bào*** như povidon - iod, oxy già. Iod có khả năng làm sạch tổn thương, mặc dù một số người bệnh thấy iod gây kích ứng và gây đau. Đối với Pseudomonas, axit acetic 0,0025% có thể hỗ trợ làm giảm tăng sinh vi khuẩn khi sử dụng kèm kháng sinh tại chỗ/toàn thân.

Cắt lọc tổn thương cẩn thận, và đắp kháng sinh tại chỗ trong mỗi lần thay băng. Metronidazol và bạc sulfadiazin thường dùng để kiểm soát nhiễm trùng kỵ khí trong ung thư, thường có khả năng kiểm soát tốt nhiễm trùng bề mặt trong vòng 5-7 ngày.

Nếu nhiễm trùng lan sâu xuống bên dưới tổn thương, hoặc lan rộng sang mô lành xung quanh, cần thêm metronidazol 250-500mg đường uống hoặc tĩnh mạch mỗi 8 giờ đến khi hết nhiễm trùng. Cần lưu ý nhắc nhở người bệnh không uống rượu khi sử dụng metronidazol.

Nếu có biểu hiện nhiễm nấm rõ rệt hoặc tổn thương đóng nhiều lớp mày, trộn thêm thuốc kháng nấm tại chỗ, như ketoconazol, với kháng sinh tại chỗ hoặc luân phiên sử dụng

**Kiểm soát mùi hôi**

Cắt lọc mô thối rữa. Rửa sạch tổn thương kỹ càng để loại bỏ dịch mủ, sau đó cắt lọc mô hoại tử càng nhiều càng tốt.

* + Phẫu thuật, tự ly giải…
  + Cắt lọc cẩn thận mô hoại tử có nguy cơ nhiễm trùng
  + Chú ý tổn thương bở, đau, dễ chảy máu Trấn an, ổn định tâm lý người bệnh và người nhà.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Thay đổi môi trường.  Tăng thông khí. Để cửa sổ mở để không khí trong lành có thể vào phòng, hoặc cho quạt quay chậm để lưu thông không khí trong phòng mà không làm người bệnh bị lạnh.  Hấp thụ mùi hôi. Để cát vệ sinh của mèo hoặc than hoạt tính trên một mặt phẳng diện rộng dưới gầm giường người bệnh. Nếu không khí trong phòng còn lưu thông được, mùi hôi sẽ giảm đi nhanh chóng. Có thể đốt lửa (nến), để đốt cháy các hoạt chất gây mùi hôi. Đối với những tổn thương hôi nhiều, dùng một loại băng chứa than hoạt tính hoặc tã giấy bao quanh tổn thương để khu trú mùi hôi lại.  Dùng mùi thay thế. Sử dụng các mùi mà người bệnh và gia đình có thể chịu đựng được, ví dụ, cà phê, vani, hay giấm. Tránh các loại nước hoa thương mại do nhiều loại gây khó chịu với người bệnh ung thư tiến xa.  Kiểm soát mùi hôi bằng hóa chất  Metronidazol nghiền thành bột đắp tổn thương 2-3 lần/ngày Mật ong đã chiếu xạ, đường  Kháng sinh tác dụng toàn thân khi có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân Metronidazol 250-500mg uống mỗi 8 giờ  Clindamycin 150-300mg uống mỗi 6 giờ, tối đa 10 ngày  **Kiểm soát tình trạng chảy máu**  Giảm nguy cơ chảy máu khi thay băng: làm ướt băng trước khi tháo, gỡ băng chậm và từ rìa vào trong, dùng gạc không dính khi thay băng (mepitel, alginat, urgotul…)…  Gỡ bỏ từng lớp băng chậm rãi, bắt đầu từ các phần rìa của lớp băng. Tránh thay băng thường xuyên nếu không cần thiết.  Khi bề mặt tổn thương bở nhiều, cần dùng một miếng gạc lưới từ polymer tổng hợp, với tính chất không dính, không thấm hút, làm lớp băng đầu tiên  Kiểm soát chảy máu nhẹ đến trung bình  Đè ép có trọng điểm nơi chảy máu với áp lực trong 10 - 15 phút với băng bạc alginate hoặc gạc tẩm tác nhân cầm máu tại chỗ (adrenalin 1:1000, tranexamic axit, sucralfat...)  Cân nhắc truyền máu nếu có thiếu máu và phù hợp mục tiêu chăm sóc Trường hợp chảy máu dai dẳng có thể cân nhắc xạ trị giảm nhẹ tại chỗ  Nếu chảy máu không kiểm soát được có thể dẫn đến tử vong, cần thảo luận mục tiêu chăm sóc, cân nhắc sử dụng an thần, giảm đau để kiểm soát triệu chứng. Nên dùng drap trải giường tối màu để làm giảm sự lo lắng cho gia đình người bệnh, những người chăm sóc, và nhân viên y tế.  Chăm sóc tâm lý người bệnh và gia đình  Tổn thương da do ung thư làm ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt và giao tiếp xã hội của người bệnh. Các hỗ trợ duy trì chất lượng sống cho người bệnh là một điều vô cùng hữu ích. Điều dưỡng cần:   * Quản lý tốt các triệu chứng kèm theo mà người bệnh đang có. * Nâng cao nhận thức cá nhân của người bệnh: chia sẻ các thông tin cần thiết về việc chăm sóc vết loét. * Trấn an và hỗ trợ tinh thần cho người bệnh và gia đình; giúp người bệnh đối diện với vết loét với tinh thần thoải mái * Giới thiệu các chuyên viên công tác xã hội, tâm lý xã hội, các dịch vụ tư vấn, khi cần. * Khuyến khích và tạo điều kiện để người bệnh tiếp cận với phương pháp điều trị nghệ thuật, yoga, chuyên gia dinh dưỡng… | | |
| **13. TĂNG CANXI MÁU** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ung thư (đặc biệt là ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tế bào thận và ung thư vú, tuyến tiền liệt, ung thư buồng trứng), đa u tủy, cường tuyến cận giáp nguyên phát hoặc thứ phát, bệnh u hạt như bệnh lao hoặc  bệnh thoái hóa dạng bột. | * Natri clorid 0,9% TTM cho đến khi đẳng thể tích, sau đó Furosemid TMC * Zoledronat 4mg TTM mỗi 4 tuần - 12 tuần, hoặc Pamidronat 60 - 90mg TTM mỗi 4 tuần * Calcitonin đơn trị nếu có chống chỉ định biphosphonate hoặc kết hợp với bù dịch và bisphosphonat. Khởi đầu TB/TDD 04 IU/kg mỗi 12 giờ, nếu chưa đạt đáp ứng mong muốn sau 1 hoặc 2 ngày: có thể tăng đến mức tối đa 08 IU/kg mỗi 6 giờ, trường hợp nghiêm trọng/khẩn cấp: truyền tĩnh mạch với liều lên đến 10 IU/kg pha trong 500mL NaCl 0.9% tối thiểu trong 6 giờ (sẽ tăng tác dụng không mong muốn) | * Các triệu chứng có thể bao gồm sảng, an thần, buồn nôn, nôn, táo bón, đau bụng, * Cũng gây ra lợi tiểu và giảm thể tích. * Hiệu quả giảm canxi máu của calcitonin có xu hướng giảm dần sau 48 giờ sử dụng |

## Đánh giá và giảm nhẹ đau khổ về tâm lý

* + 1. **Mức độ đa dạng của triệu chứng tâm lý ở người bệnh và gia đình**

### *Người bệnh*

* + Các triệu chứng tâm lý bao gồm căng thẳng, lo âu, trầm cảm và sảng rất phổ biến ở những người mắc bệnh nặng, là nguyên nhân chính gây ra đau khổ, và cần được chẩn đoán và điều trị tích cực.
  + Trầm cảm chủ yếu có thể bị bỏ sót ở những người bệnh mắc bệnh nặng giai đoạn cuối vì một số triệu chứng của bệnh lý nội khoa có thể trùng lắp với một số triệu chứng trầm cảm. Tuy nhiên, *cảm giác tội lỗi* hoặc *vô giá trị* và *ý tưởng tự tử* không phải là phản ứng bình thường đối với bệnh nội khoa và có thể gợi ý rối loạn trầm cảm chủ yếu.
  + Rối loạn lo âu và trầm cảm cũng xảy ra ở những người bệnh không có bệnh nội khoa nghiêm trọng. Ở các bối cảnh y tế mà sự chăm sóc sức khỏe tâm thần không dễ dàng được tiếp cận, các nhân viên y tế với ít nhất là đào tạo cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ có thể và nên nhận biết được và điều trị lo âu và trầm cảm không phức tạp.
  + Người bệnh có vấn đề tâm thần phức tạp hoặc kháng trị nên được giới thiệu đến bác sĩ tâm thần.

### *Người nhà của người bệnh*

* + Sự căng thẳng về cảm xúc và thể chất của việc chăm sóc một thành viên gia đình bị bệnh nặng, và việc mất mát một thành viên trong gia đình trong tương lai hoặc thực tế ở hiện tại, có thể dẫn đến lo lắng và khí sắc trầm cảm.
  + Đau buồn bình thường do mất người thân (bereavement) (80-90% trường hợp gia đình có mất người thân):

+ Mất niềm tin, khó chấp nhận cái chết; mối bận tâm với suy nghĩ về người đã khuất; không quan tâm đến phần còn lại của thế giới.

+ Nỗi đau buồn giảm dần sau nhiều tuần hoặc nhiều tháng, dần dần chấp nhận

mất mát, kết nối lại với đời sống xã hội, nhưng làn sóng các đợt buồn bã có thể tái diễn, đặc biệt là vào ngày giỗ mỗi năm.

* + Đau buồn phức tạp do mất người thân (complicated grief):

+ Kéo dài ít nhất 6 tháng xuất hiện các mối bận tâm với suy nghĩ về người đã khuất, gây căng thẳng cho người còn sống, suy giảm chức năng xã hội và sức khỏe thể chất, khó chấp nhận cái chết, cảm thấy cuộc sống trống rỗng hoặc không có mục đích.

+ Có thể đi kèm rối loạn trầm cảm chủ yếu hoặc không.

+ Cần can thiệp để giúp ngăn ngừa các bệnh lý tâm thần và thể chất lâu dài.

## Vai trò của hỗ trợ tâm lý xã hội

Chăm sóc tâm lý xã hội là đáp ứng nhu cầu về cảm xúc, tâm lý và xã hội không chỉ của người bệnh mà còn của gia đình người bệnh. Ngoài ra còn cung cấp hỗ trợ cho gia đình sau khi người bệnh mất bằng việc chăm sóc sau mất người thân (tiếp tục theo dõi và hỗ trợ họ, giúp họ ứng phó với nỗi đau).

## Vai trò của nhân viên cung cấp dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội trong chăm sóc giảm nhẹ

Là hỗ trợ người bệnh và gia đình phát triển các cơ chế đối phó lành mạnh với căng thẳng, hỗ trợ cảm xúc và cải thiện sự tự tin và tự lực, giúp cải thiện mối quan hệ giữa người bệnh, gia đình, bạn bè và đồng nghiệp; và để giới thiệu người bệnh hoặc gia đình họ đến các dịch vụ hỗ trợ kinh tế và xã hội thiết yếu.

## Đánh giá và điều trị đau khổ về tâm lý

* + - * Các nhân viên chăm sóc sức khỏe với ít nhất là đào tạo cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ có thể và nên có thể:

+ Nhận biết và điều trị lo âu, trầm cảm và sảng không phức tạp.

+ Nhận ra các vấn đề tâm thần phức tạp hoặc khó chữa và giới thiệu đến chuyên gia.

+ Phân biệt đau buồn bình thường với đau buồn phức tạp.

+ Tư vấn tâm lý hỗ trợ.

+ Bất kỳ nhân viên chăm sóc sức khỏe nào có ít nhất đào tạo cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ đều có thể tìm hiểu những nỗi sợ hãi và lo lắng của người bệnh hoặc người nhà, cung cấp sự lắng nghe hỗ trợ và động viên.

+ Các nhóm chăm sóc giảm nhẹ tại các bệnh viện nên bao gồm một nhân viên công tác xã hội hoặc nhà tâm lý học có thể cung cấp "liệu pháp trò chuyện" cho người bệnh hoặc thành viên gia đình, giúp họ phát triển sự đối phó lành mạnh với các tình huống căng thẳng và hỗ trợ mất người thân, khi cần thiết.

+ Hỗ trợ sau mất người thân bao gồm ít nhất là thể hiện sự chia buồn, đánh giá sự đối phó và hoạt động chức năng xã hội của người bị mất người thân, lắng nghe hỗ trợ và trấn an (nếu thích hợp) rằng những suy nghĩ hoặc cảm giác khác lạ là một phần bình thường của đau buồn.

## Các triệu chứng tâm lý và điều trị theo nguyên nhân

*Bảng 11. Triệu chứng tâm lý và điều trị theo nguyên nhân*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. RỐI LOẠN THÍCH ỨNG** | | |
| **Nguyên nhân** | **Điều trị (liều khởi đầu)** | **Ghi chú** |
| Bệnh nặng hoặc thương tật nặng, mất chức năng, cái chết của người thân | * Hỗ trợ tâm lý xã hội ví dụ như tư vấn hỗ trợ từ nhân viên công tác xã hội hoặc chuyên viên tâm lý, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, các nhóm hỗ trợ mất người thân. * Điều trị lo âu hoặc khí sắc trầm cảm như dưới đây. | * Định nghĩa: Một phản ứng kém thích ứng đối với một sự kiện căng thẳng trong cuộc sống. Các triệu chứng phải xảy ra trong vòng ba tháng từ khi xuất hiện tác nhân gây căng thẳng và tồn tại không quá sáu tháng. Các triệu chứng hành vi hoặc cảm xúc dường như vượt quá những gì thường được mong đợi, và có sự suy giảm chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp. * Các triệu chứng trầm cảm, lo lắng và hành vi bị xáo trộn là phổ biến nhất. |
| **B. LO ÂU** | | |
| Bệnh nặng hoặc chấn thương nặng, các triệu chứng thể chất mạn tính, mất chức năng, cái chết của người thân, các yếu tố gây căng thẳng xã hội nghiêm trọng như nghèo đói cùng cực hoặc tiếp xúc với bạo lực, rối loạn lo âu nền | * Điều trị bất kỳ triệu chứng thực thể nào một tích cực. * Hỗ trợ tâm lý xã hội như tư vấn hỗ trợ từ nhân viên công tác xã hội hoặc chuyên viên tâm lý, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, hỗ trợ tài chính, thực phẩm, chỗ ở an toàn, vận chuyển. * Tránh sử dụng các thuốc nhóm benzodiazepin ở người bệnh cao tuổi hoặc người bệnh có nguy cơ bị sảng.Ở những người bệnh trẻ tuổi, nhận thức còn nguyên vẹn, có thể sử dụng diazepam 5-10mg x 2-3 lần/ngày đường uống hoặc TMC. * Sertralin 50mg x 1 lần mỗi ngày đường uống. Tăng liều không quá 7 ngày một lần. Liều hiệu quả thông thường 50-200mg mỗi ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả. Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) khác bao gồm fluoxetin (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa | * Lo lắng và trầm cảm thường trùng lắp. * Amitriptylin có tác dụng không mong muốn kháng cholinergic bao gồm an thần, táo bón, khô miệng, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp thế đứng. Trị liệu có thể được dừng lại mà không cần giảm liều dần. * Sertralin và các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc khác (SSRI) có thể gây đau đầu, buồn nôn hoặc lo lắng tạm thời trong 1 - 2 tuần đầu điều trị. Để chấm dứt điều trị, giảm liều từ từ trong nhiều tuần. * Chỉ sử dụng một loại thuốc chống trầm cảm. Nếu không hiệu quả ở liều tối đa hoặc nếu gây ra tác dụng không mong muốn không thể chấp nhận, hãy thử một loại thuốc khác. Nếu lo âu kháng trị, hãy chuyển người |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 80mg mỗi ngày) và citalopram (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 40mg mỗi ngày)   * Amitriptylin 10-25 mg uống khi đi ngủ. Dần dần tăng liều. Liều hiệu quả thông thường 50- 100mg. Liều tối đa 100mg/ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả. Nguy cơ nhiễm độc tính lên tim đe dọa tính mạng do dùng quá liều. * Mirtazapin 15 mg/ngày một lần khi đi ngủ, uống. Dần dần tăng liều. Liều hiệu quả thông thường   15 - 45mg/ngày. | bệnh đến bác sĩ tâm thần nếu có thể. |
| **C. KHÍ SẮC TRẦM CẢM** | | |
| Bệnh nặng hoặc chấn thương nặng các triệu chứng thể chất mạn tính, mất khả năng vận động và thực hiện các chức năng khác, người thân qua đời, các yếu tố gây căng thẳng xã hội nghiêm trọng như nghèo đói cùng cực, bị cách li với gia đình và xã hội, bị kì thị hoặc bị bạo hành, rối loạn trầm cảm chủ yếu | * Điều trị bất kỳ triệu chứng thể chất một cách tích cực. * Hỗ trợ tâm lý xã hội như tư vấn hỗ trợ từ nhân viên công tác xã hội hoặc chuyên viên tâm lý, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, hỗ trợ tài chính, thực phẩm, chỗ ở an toàn, hỗ trợ đi lại * Sertralin 50 mg uống mỗi ngày. Tăng liều không quá 7 ngày một lần. Liều hiệu quả thông thường 50 - 200mg mỗi ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả . Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) bao gồm fluoxetin (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 80mg mỗi ngày) và citalopram (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 40mg mỗi ngày) * Amitriptylin 10 - 25mg uống khi đi ngủ. Tăng liều dần. Liều hiệu quả thông thường 50 - 100mg. Liều tối đa 100mg/ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả Nguy cơ nhiễm độc tim đe dọa tính mạng do dùng quá liều. * Mirtazapin 15mg/ngày uống một lần khi đi ngủ. Tăng liều dần. Liều hiệu quả thông thường 15 - 45mg/ngày. | * Lo âu và trầm cảm thường diễn ra cùng lúc. * Nếu người bệnh bộc lộ cảm giác tội lỗi hoặc cảm thấy mình vô giá trị thì có thể đó là dấu hiệu gợi ý rối loạn trầm cảm chủ yếu. * Amitriptylin có tác dụng không mong muốn kháng cholinergic bao gồm an thần, táo bón, khô miệng, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp thế đứng. Điều trị có thể dừng lại mà không cần giảm liều dần. * Sertralin và các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc khác (SSRI) có thể gây đau đầu, buồn nôn hoặc lo lắng tạm thời trong 1 - 2 tuần đầu điều trị. Khi ngưng điều trị, giảm liều từ từ trong nhiều tuần. * Chỉ sử dụng một loại thuốc chống trầm cảm. Nếu không hiệu quả ở liều tối đa hoặc nếu gây ra tác dụng không mong muốn không thể chấp nhận, hãy thử một loại thuốc khác. Nếu trầm cảm kháng trị, hãy chuyển người bệnh đến bác sĩ tâm thần nếu có thể. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **D. SẢNG (TĂNG ĐỘNG HOẶC GIẢM ĐỘNG)** | | |
| Các loại thuốc (đặc biệt là các thuốc nhóm benzodiazepin, thuốc kháng histamin), thiếu oxy, tăng CO2, suy thận hoặc suy gan, tăng calci máu, nhiễm trùng hệ thống hoặc thần kinh trung ương, tổn thương thần kinh trung ương (thiếu máu cục bộ, khối u), bệnh tâm thần (rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ), hội chứng cai thuốc hay cai rượu. | * Điều trị nguyên nhân tiềm ẩn nếu có thể. * Nếu có thể, hãy cho người bệnh ở trong một căn phòng yên tĩnh gần cửa sổ và có đồng hồ. Định hướng lại người bệnh thường xuyên, và đào tạo các thành viên gia đình để tái định hướng và xoa dịu người bệnh. * Nếu các phương pháp không dùng thuốc không đủ để kiểm soát, hãy cho haloperidol 0,5- 5mg uống, TMC hoặc TDD mỗi 6 - 8 giờ. Có thể cung cấp thường xuyên hơn cho các triệu chứng nghiêm trọng. * Đối với trường hợp bứt rứt kích thích khi đã dùng haloperidol liều cao, có thể cho valproat: liều khởi đầu 15mg/kg/ngày TMC chia thành 2 hoặc 3 liều. Tối đa: 60mg/kg/ngày. | - Sảng tăng động (sảng với kích động) nguy hiểm hơn cho người bệnh và những người khác so với sảng giảm động và cần điều trị tích cực hơn. |
| **E. ĐAU BUỒN PHỨC TẠP DO MẤT NGƯỜI THÂN** | | |
| Các yếu tố nguy cơ của đau buồn phức tạp bao gồm hỗ trợ xã hội kém, tiền sử có các vấn đề tâm thần, người thân qua đời bất ngờ hoặc con cái qua đời. Việc mất đi bạn đời mang lại nguy cơ mắc trầm cảm ở  người thân. | Hỗ trợ mất người thân cơ bản (xem phần B2b ở trên).  Đánh giá và điều trị trầm cảm đồng thời. |  |
| **F. KHỦNG HOẢNG TÂM LÝ** | | |
| Người bệnh có thể gặp khủng hoảng tâm lý tức thời khi được thông báo tin xấu hay khi nghi về cái chết. Họ có thể bị khủng hoảng, khiếp sợ, khóc òa, la hét, gào thét và vật vã…  Người bệnh có thể bị khủng hoảng thất vọng, người lặng tê, muốn bỏ cuộc, không muốn sống | * Hỗ trợ tâm lý tức thời. * Trấn an người bệnh bằng cách giúp họ thở đều, ngồi xuống, đặt chân chạm sàn nhà. * Nhân viên hỗ trợ (nhân viên công tác xã hội, tâm lý, nhân viên y tế…) quan sát nhẹ nhàng, lắng nghe, khơi gợi giúp người bệnh diễn tả hết cảm xúc, nỗi sợ của mình. | * Không nên trấn an người bằng cách hứa rằng mọi chuyện sẽ ổn. * Không nên áp đặt ý kiến của mình và nói với người bệnh là mọi việc không có gì và không đáng sợ. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| những ngày tháng còn lại, hoặc họ có thể có  nhiều phản ứng khác như ý nghĩ tự sát. |  |  |

## Chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ

* + - * Các nhân viên cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ có nguy cơ bị quá tải khi làm việc quá nhiều với các người bệnh trong giai đoạn khó khăn nhất cuộc đời họ, do chia sẻ quá nhiều tình thương và thấu cảm dành cho người bệnh.
      * Các triệu chứng kiệt sức có thể bao gồm giảm sự thấu cảm, giảm chất lượng công việc và chăm sóc người bệnh, tinh thần kém, mệt mỏi về thể chất và cảm xúc, khí sắc trầm cảm, ngủ kém.
      * Tăng cường sức khỏe tinh thần và khả năng phục hồi của nhân viên chăm sóc sức khỏe là một phần thiết yếu của chăm sóc giảm nhẹ.
      * Khả năng phục hồi nghề nghiệp (resilience) là khả năng chịu đựng hoặc phục hồi nhanh chóng từ các tình huống khó khăn hoặc căng thẳng.
      * Khả năng phục hồi có thể được thúc đẩy theo nhiều cách khác nhau:

+ Thường xuyên chia sẻ với đồng nghiệp những phản ứng gây xúc động đối với người bệnh, có thể thực hiện định kì thông qua các cuộc họp giao ban hằng tuần.

+ Thường xuyên sắp xếp thời gian nghỉ ngơi, thời gian rảnh và các kì nghỉ.

+ Tập thể dục thường xuyên hoặc các hoạt động khác ngoài công việc.

+ Nhóm chăm sóc giảm nhẹ có thể tổ chức các hoạt động giao lưu và vui chơi.

## Đánh giá và can thiệp đau khổ và khó khăn về mặt xã hội

- Những nhóm người bệnh thường chịu đựng những đau khổ và khó khăn về mặt xã hội:

+ Những người sống trong nghèo khổ cùng cực.

+ Những người bị ảnh hưởng bởi sự bài xích, kì thị hoặc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, giới tính, tôn giáo hoặc sắc tộc.

+ Những người bị ảnh hưởng bởi các cuộc khủng hoảng nhân đạo.

+ Những người sống với các điều kiện bị kỳ thị như người nhiễm HIV/AIDS,

lao.

+ Những người chịu đựng đau khổ xã hội cũng có nguy cơ cao mắc các bệnh

và chịu đựng những vấn đề về thể chất và tâm lý.

* Các loại đau khổ xã hội phổ biến và hướng hỗ trợ và can thiệp (*xem Bảng 12*).
* Tài trợ cho các hỗ trợ xã hội có thể đến từ các cơ quan chính phủ phụ trách các vấn đề xã hội hoặc từ các tổ chức xã hội dân sự.
* Việc đánh giá các vấn đề xã hội mà người bệnh đang chịu đựng và can thiệp tốt nhất nên được thực hiện bởi nhân viên công tác xã hội. Tuy nhiên, các bác sĩ, điều

dưỡng, nhà tư vấn tâm lý, nhân viên y tế cộng đồng và tình nguyện viên cũng có thể giúp đánh giá các vấn đề xã hội và hỗ trợ người bệnh để giảm bớt những chịu đựng của họ.

* Các bảng khảo sát các vấn đề tâm lý xã hội *xem Phụ lục 4* và *Phụ lục 5*.

*Bảng 12. Các loại đau khổ và vấn đề xã hội và hướng can thiệp*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Các vấn đề và đau khổ xã hội** | **Hướng can thiệp** | **Ghi chú** |
| Không có nơi ở | * Tư vấn giúp tìm chỗ ở, nhà trọ * Thanh toán tiền mặt cho thuê nhà |  |
| Nghèo khổ | * Gói thực phẩm * Thanh toán tiền mặt cho thuê nhà hoặc thực phẩm * Tư vấn giúp tìm việc làm * Chi phí di chuyển để tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe * Chi phí mai táng | Không chỉ cho người bệnh mà còn cho người nhà người bệnh |
| Bị kỳ thị/phân biệt đối xử | * Tư vấn hỗ trợ * Tư vấn giúp tìm trợ giúp pháp lý | Nhân viên y tế cũng cần ý thức về thái độ phân biệt đối xử của mình khi làm việc với người bệnh. |
| Sống tách biệt với xã hội | * Tổ chức cho nhân viên y tế cộng đồng hoặc tình nguyện viên địa phương đến thăm bệnh nhan và người nhà. * Kết nối người bệnh với các hỗ trợ trong cộng đồng và địa phương, các tổ chức từ thiện |  |
| Đau khổ và khó khăn trong việc sắp xếp cuộc sống giai đoạn cuối đời | * Tham vấn công tác xã hội giúp người bệnh nhận diện và đánh giá tình trạng mới. * Đánh giá nguồn lực và giúp người bệnh lập kế hoạch cuộc sống. * Hỗ trợ nhóm đồng đẳng * Họp mặt với gia đình và thảo luận về kế hoạch chăm sóc và xắp xếp cuộc sống cùng người bệnh. |  |
| Có khả năng gặp khó khăn khi xuất viện | Lập kế hoạch xuất viện cho người bệnh.   * Đánh giá các nguồn lực có sẵn từ phía gia đình, cộng đồng. * Kết nối và chuyển gửi người bệnh tới các dịch vụ và hỗ trợ cần thiết trước khi ra viện. |  |
| Không có người chăm sóc | * Tìm nguồn chăm sóc tạm thời từ tình nguyện viên, các mối quan hệ xung quanh người bệnh hoặc thuê ngoài với nguồn tài chính được tài trợ * Kết nối các nguồn lực hỗ trợ khác. |  |

## Đánh giá và điều trị đau khổ về tâm linh

* Khi con người đối mặt cái chết ở giai đoạn cuối đời, có một dạng đau khổ không có thuốc chữa, không liên quan gì đến nỗi đau thể xác, đó là nỗi đau về mặt tâm linh. Nỗi đau tâm linh có thể rất lớn làm nặng thêm những nỗi đau thể chất và tâm lý, do đó điều trị về tâm linh là một phần quan trọng của chăm sóc giảm nhẹ. Nỗi đau về tâm linh liên quan đến câu chuyện cuộc đời nội tâm của người bệnh: cách họ liên kết với những nơi chốn và con người cụ thể, những kỷ niệm và trải nghiệm đã qua.
* Đau khổ về tâm linh, chẳng hạn như mất ý nghĩa trong cuộc sống, phổ biến ở những người mắc bệnh hiểm nghèo hoặc bị kỳ thị nhiều. Một số người gặp vấn đề về tâm linh do ảnh hưởng của cảm xúc, buồn đau và mất mát hoặc do xung đột về giá trị trong việc lựa chọn phương án điều trị. Người bệnh có thể sợ chết, cảm thấy bơ vơ, lạc lõng, mất liên lạc với người thân, không biết sau khi chết đi mình sẽ đi về đâu,... Đau khổ về tâm linh xảy ra ở cả người có niềm tin tôn giáo và người chưa từng theo tôn giáo nào.
* Đối với một số người có đức tin, tôn giáo có thể là một nguồn an ủi, cảm hứng, hy vọng và bình an để dẫn dắt họ trên hành trình đến cái chết. Tôn giáo có thể hỗ trợ sâu sắc trong cách họ nhìn nhận những gì đang xảy ra và đối mặt giây phút kết thúc cuộc đời mà không ai có thể tránh khỏi. Sự đau khổ về tâm linh ở những người bệnh nhập viện có thể được điều trị bằng cách mời các cố vấn tâm linh tình nguyện tại địa phương như tu sĩ, linh mục, nữ tu, hay tăng ni, giúp người bệnh tìm lại hoặc củng cố đức tin, giúp họ chết nhẹ nhàng trong an ủi và hy vọng.
* Đối với nhiều người khác, tôn giáo không phải là thế giới tâm linh của họ. Nhân viên công tác xã hội và nhân viên y tế tìm hiểu nhu cầu tâm linh bằng cách lắng nghe, giúp họ tìm ra hoặc nhận ra những điều mang lại ý nghĩa và mục đích cho cuộc sống của họ. Khi người bệnh hồi tưởng, nói về cuộc đời mình, cần lắng nghe để giúp họ khẳng định cuộc sống của họ đáng giá, có ý nghĩa một cách nào đó. Việc người bệnh đánh giá cuộc sống của họ không thành công, có cảm giác hối tiếc hoặc hối hận điều gì, hay cho rằng mình đã lãng phí thời gian, có thể đưa đến cảm giác tuyệt vọng. Người hỗ trợ biết lắng nghe có thể giúp người bệnh nhìn lại cuộc đời theo góc nhìn tích cực, nhắc lại cuộc sống của người bệnh đã ảnh hưởng người khác thế nào, họ đã để lại di sản gì trong những người thân quen còn sống, dựa trên mối liên hệ của họ với những người khác, cộng đồng và các sinh hoạt mà họ thích.
* Nhân viên y tế cần tôn trọng niềm tin tôn giáo và nhu cầu hỗ trợ tâm linh của người bệnh. Nhân viên y tế thuộc đội ngũ chăm sóc, có am hiểu về tôn giáo của người bệnh và được đào tạo về hỗ trợ tâm linh cũng có thể đảm nhiệm vai trò này.

# CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO NGƯỜI BỆNH VỚI CÁC BỆNH LÝ CỤ THỂ

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư

* + 1. **Nguyên tắc**
       - Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ toàn diện nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán ung thư.
       - Chăm sóc giảm nhẹ không phải là một điều trị thay thế cho điều trị ung thư. Thay vào đó, chăm sóc giảm nhẹ và điều trị ung thư nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (*xem* ).
       - Chăm sóc giảm nhẹ có thể cải thiện sự tuân thủ và hoàn thiện điều trị ung thư bằng cách làm giảm các tác dụng không mong muốn của điều trị và cung cấp các hỗ trợ tâm lý xã hội cần thiết.
       - Điều trị ung thư có thể làm giảm các triệu chứng như đau và khó thở.
       - Nếu điều trị ung thư không còn có lợi, hoặc có hại hơn là có lợi, hoặc người bệnh không còn mong muốn, chăm sóc giảm nhẹ có thể trở thành hình thức chăm sóc có lợi duy nhất.
       - Khi người bệnh về nhà từ bệnh viện ở giai đoạn cuối đời, nên sắp xếp để người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ trong cộng đồng.
       - Suy mòn thường gặp ở người bệnh ung thư giai đoạn cuối do trạng thái dị hóa. Do đó dinh dưỡng nhân tạo thường không mang lại lợi ích và có thể làm trầm trọng thêm sự đau khổ do làm tăng tình trạng báng bụng, tràn dịch màng phổi, phù ngoại biên hoặc tăng tiết dịch đường hô hấp.

## Chăm sóc giảm nhẹ và hóa trị ung thư

* + - * Tác dụng không mong muốn thường gặp của hóa trị độc tế bào bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy, táo bón, viêm niêm mạc (đau miệng), mệt mỏi và bệnh thần kinh ngoại biên. Nên được xử lý như trong *Phần III* và *Phần IV.*
      * Liệu pháp miễn dịch với các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch có thể dẫn đến các phản ứng tự miễn cấp tính hoặc mạn tính, có thể xảy ra vài tuần hoặc vài tháng sau khi điều trị. Các hội chứng cụ thể bao gồm:

+ Các tác dụng không mong muốn liên quan đến miễn dịch phổ biến nhất là viêm phổi mô kẽ (gây khó thở và đôi khi suy hô hấp đe dọa tính mạng), viêm đại tràng (gây đau bụng và tiêu chảy) và viêm gan.

+ Các tác dụng ngoại ý liên quan đến miễn dịch khác có thể bao gồm: bệnh lý nội tiết, viêm cơ tim, viêm thận mô kẽ, thiếu máu/giảm bạch cầu trung tính/giảm tiểu cầu, viêm khớp, viêm da, bệnh dây thần kinh và viêm màng bồ đào.

+ Các tác dụng không mong muốn liên quan đến miễn dịch thường đáp ứng nhanh với liệu pháp corticoid. Tuy nhiên, liệu pháp corticoid cũng làm giảm hoặc

phá hủy tác dụng chống ung thư của liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch. Do đó, thường phải đưa ra các quyết định khó khăn để cân bằng giữa sự thoải mái và an toàn ngay lập tức của người bệnh so với các lợi ích của phản ứng miễn dịch mạnh chống ung thư.

## Chăm sóc giảm nhẹ và xạ trị

* + - * Xạ trị có thể vừa làm giảm và vừa gây ra một loạt các triệu chứng.
      * Giảm triệu chứng: Xạ trị là phương thức điều trị giảm nhẹ rất quan trọng vì hiệu quả trong điều trị đau do di căn xương, khó thở do tắc nghẽn đường thở do ung thư và các triệu chứng khác liên quan đến ung thư.
      * Gây ra triệu chứng: Xạ trị có thể gây viêm ở bất kỳ mô nào và do đó dẫn đến viêm da có triệu chứng, viêm phổi mô kẽ, viêm thực quản, viêm đại tràng, viêm trực tràng hoặc viêm bàng quang.

+ Corticoid tại chỗ hoặc toàn thân đôi khi làm giảm đau và các triệu chứng khác do viêm do xạ trị.

+ Điều trị các triệu chứng khác có thể được áp dụng như trong *Phần III* và

*Phần IV.*

## Chăm sóc giảm nhẹ và phẫu thuật ung thư

### *Các phẫu thuật giảm nhẹ bao gồm:*

* + - * Tạo hậu môn nhân tạo từ đại tràng hoặc hồi tràng do tắc đại tràng do ung thư
      * Cắt đoạn ruột non do tắc ruột non do ung thư
      * Mở dạ dày, hỗng tràng ra da do tắc nghẽn đường ra dạ dày do ung thư
      * Đặt stent môn vị cho tắc nghẽn đường ra dạ dày do ung thư
      * Đặt stent thực quản cho tắc nghẽn do ung thư
      * Đặt ống thông mở dạ dày ra da để dẫn lưu
      * Đặt ống thông mở dạ dày hoặc hỗng tràng ra da để cho ăn
      * Đoạn chi cho sarcoma xương gây đau
      * Cắt bỏ các khối u gây ra dị dạng
      * Đặt ống dẫn lưu màng phổi tạo hầm dưới da cho tràn dịch màng phổi có triệu chứng tái phát
      * Đặt ống dẫn lưu màng bụng tạo hầm dưới da cho cổ trướng căng tái phát gây đau hoặc khó thở
      * Giải áp tủy sống trong chèn ép tủy sống hoặc hội chứng chèn ép chùm đuôi ngựa
      * Hủy đám rối tạng trong mổ cho các khối u ung thư tầng trên ổ bụng không thể cắt bỏ gây đau.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV

* + 1. **Nguyên tắc**
       - Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán

nhiễm HIV.

* + - * Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị kháng vi rút nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (*xem* ).
      * Chăm sóc giảm nhẹ có thể cải thiện sự tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút bằng cách làm giảm tác dụng không mong muốn của điều trị và cung cấp các hỗ trợ tâm lý xã hội cần thiết.
      * Liệu pháp điều trị thuốc kháng vi rút có thể ngăn ngừa và làm giảm các triệu chứng như đau do viêm thực quản gây ra bởi Candida và mệt mỏi.

## Đau khổ về tâm lý và xã hội phổ biến ở những người nhiễm HIV vì một số lý do

* + - * Nhiễm HIV vẫn bị kỳ thị nhiều.
      * Những người đã có các vấn đề xã hội từ trước như rối loạn sử dụng chất, nghèo đói hoặc bị cầm tù có nguy cơ cao bị nhiễm HIV.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV nên bao gồm

* + - * Giảm các triệu chứng nhiễm HIV và các tình trạng liên quan đến HIV.
      * Giảm tác dụng không mong muốn của điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (xem phần Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV tại Hướng Dẫn Điều Trị và Chăm Sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế).
      * Tư vấn hỗ trợ thường xuyên, ngay cả đối với những người bệnh ổn định về mặt y tế khi điều trị kháng vi rút.
      * Điều trị rối loạn sử dụng chất.
      * Giúp đỡ để có được trợ giúp pháp lý, khi cần thiết.
      * Các biện pháp phòng ngừa phổ quát bởi nhân viên y tế.
      * Đào tạo về kiểm soát nhiễm trùng và giảm tác hại cho người bệnh và người chăm sóc, gia đình người bệnh.
      * Hỗ trợ xã hội và kết nối các nguồn lực.

## Kiểm soát nhiễm khuẩn khi chăm sóc cho người nhiễm HIV/AIDS

### *Tổng quát*

* + Vi rút HIV có trong máu, các dịch có dính máu và hầu hết các chất dịch cơ thể bao gồm dịch tiết âm đạo, tinh dịch, dịch não tủy, dịch màng bụng, dịch màng khớp, nước ối.
  + Vi rút HIV không có trong nước mắt, mồ hôi, nước tiểu, các dịch không có

máu.

* + Phải xem máu và các dịch cơ thể đều có khả năng lây truyền tác nhân gây

bệnh HIV và viêm gan B và viêm gan C.

* + Nguy cơ lây nhiễm vi rút HIV cho người chăm sóc là rất thấp khi thực hiện các biện pháp phòng ngừa phổ quát.

### *Các biện pháp phòng ngừa chung*

Mục đích: giảm thiểu tiếp xúc với máu và dịch cơ thể.

### *Sử dụng hàng rào bảo vệ*

* + Mang găng tay, khẩu trang, áo choàng, bảo vệ mắt bất cứ khi nào tiếp xúc với máu hoặc chất dịch cơ thể nhiễm bệnh.
  + Vệ sinh tay.
  + Rửa tay với nước và xà phòng trong hơn 10 giây và lau khô bằng khăn dùng một lần.
  + Sau đó sử dụng chất khử trùng tay bằng cồn ethyl 50-95% hoặc cồn isopropyl.
  + Kiểm soát môi trường.
  + Làm sạch máu/chất lỏng có thể nhìn thấy bằng khăn và vứt bỏ.
  + Khử trùng khu vực bằng các chất khử trùng ở mức độ trung gian như pha loãng 1: 100 (500 ppm) của hypochlorit.

### *Quản lý các vật sắc nhọn*

* + Không đậy nắp kim tiêm.
  + Cẩn thận vứt bỏ vật sắc nhọn sau khi sử dụng.
  + Sử dụng hộp đựng chống đâm thủng.
  + Theo dõi hộp đựng đầy chưa.
  + Đảm bảo rằng có đủ số lượng hộp đựng có sẵn ở bất cứ nơi nào sử dụng vật sắc nhọn.
  + Đốt cháy hộp đựng chứa vật sắc nhọn khi đầy.

### *Hướng dẫn chăm sóc tại nhà*

* + Khi quần áo hoặc ga trải giường của người bệnh có máu hoặc dịch tiết cơ thể khác, cần phải được tách ra khỏi quần áo của những người khác trong gia đình và được rửa bằng dung dịch thuốc tẩy.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho những người mắc bệnh lao đa kháng thuốc và siêu kháng thuốc (M/XDR-TB)

* + 1. **Nguyên tắc**
       - Tất cả người bệnh M/XDR-TB nên được đánh giá chăm sóc giảm nhẹ tại thời điểm chẩn đoán hoặc tiếp xúc lần đầu.
       - Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị M/XDR-TB nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (*xem* ).
       - Chăm sóc giảm nhẹ lồng ghép vào điều trị người bệnh mắc M/XDR-TB:

+ Có thể làm giảm đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh;

+ Có thể giúp người bệnh tuân thủ điều trị vốn kéo dài và gây độc hại. Do đó cũng làm tăng khả năng hoàn thành điều trị và chữa khỏi bệnh và giảm tỷ lệ tử vong;

* + - * Cũng có thể giúp bảo vệ sức khỏe cộng đồng:

+ Bằng cách cải thiện tuân thủ điều trị;

+ Bằng cách cải thiện kiểm soát nhiễm trùng trong nhà thông qua theo dõi chặt chẽ;

* + - * Cũng có thể cung cấp bảo vệ rủi ro tài chính cho gia đình người bệnh và giảm chi phí cho các hệ thống chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
      * Vì những lý do này, việc lồng ghép chăm sóc giảm nhẹ vào các chương trình điều trị M/XDR-TB là bắt buộc về mặt y tế và đạo đức.

## Đau khổ về tâm lý và xã hội phổ biến ở những người mắc M/XDR-TB vì một số lý do

* + - * Bệnh lao vẫn bị kỳ thị nhiều.
      * Các vấn đề xã hội đã có từ trước như rối loạn sử dụng chất, nghèo đói và từng ở trong tù là những yếu tố nguy cơ mắc MDR-TB.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người mắc M/XDR-TB nên bao gồm

* + - * Tư vấn hỗ trợ thường xuyên, ngay cả đối với những người bệnh ổn định về mặt y tế.
      * Điều trị rối loạn sử dụng chất gây lệ thuộc.
      * Hỗ trợ để có được trợ giúp pháp lý, khi cần thiết.
      * Củng cố liên tục nhu cầu kiểm soát nhiễm trùng.
      * Hỗ trợ xã hội và kết nối các nguồn lực.
      * Chăm sóc giảm nhẹ cơ bản có thể được đào tạo dễ dàng cho các bác sĩ lâm sàng điều trị lao, và các nhà cung cấp điều trị giám sát trực tiếp (DOT) và nhân viên y tế cộng đồng (CHWs) có thể được hướng dẫn dễ dàng để nhận biết và báo cáo khi người bệnh mắc lao cần can thiệp chăm sóc giảm nhẹ.
      * Các trung tâm điều trị chuyên biệt dành cho người mắc M/XDR-TB nên có một đội chăm sóc giảm nhẹ đa ngành, và các nhà tù cho những người mắc M/XDR- TB nên có ít nhất một bác sĩ và điều dưỡng được đào tạo chăm sóc giảm nhẹ cơ bản.

### *Khi tất cả các phương pháp điều trị có sẵn cho M/XDR-TB đã thất bại:*

* + - * Chăm sóc giảm nhẹ tại nhà cần được chú ý phù hợp cả về khỏe mạnh của người bệnh và kiểm soát nhiễm trùng.
      * Chăm sóc người bệnh nội trú tập trung hoàn toàn vào giảm nhẹ (chăm sóc an dưỡng cuối đời) nên có sẵn trên cơ sở tự nguyện.

## Kiểm soát nhiễm khuẩn khi chăm sóc cho người nhiễm lao đa kháng thuốc hoặc lao siêu kháng thuốc (M/XDR-TB)

* + - * Phải đặc biệt cẩn thận khi chăm sóc cho những người mắc bệnh lao đa kháng thuốc hoặc lao siêu kháng thuốc (M/XDR-TB) để bảo vệ nhân viên y tế khỏi bị nhiễm bệnh.
      * Khi một người bệnh mắc M/XDR-TB hoạt động về nhà, cũng phải được chăm sóc để bảo vệ các thành viên gia đình và các thành viên trong cộng đồng khỏi

bị nhiễm bệnh.

* + - * Các phương pháp kiểm soát nhiễm trùng cần thiết bao gồm:

+ Đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn cho tất cả các nhân viên y tế .

+ Người bệnh sử dụng khẩu trang phẫu thuật bất cứ khi nào bên ngoài phòng ngủ và bất cứ khi nào có mặt các thành viên gia đình hoặc người chăm sóc.

+ Tất cả các thành viên gia đình và nhân viên y tế sử dụng khẩu trang N95 khi ở cùng người bệnh.

+ Người bệnh và những người tiếp xúc cần rửa tay kỹ lưỡng

+ Người bệnh ở phòng ngủ riêng.

+ Mở cửa sổ bất cứ khi nào có thể.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người mắc bệnh phổi giai đoạn cuối

* + 1. **Nguyên tắc**
       - Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán bệnh phổi giai đoạn cuối hoặc khi người bệnh khó thở khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức tối thiểu.
       - Chăm sóc giảm nhẹ không phải là một biện pháp thay thế cho điều trị bệnh phổi giai đoạn cuối. Thay vào đó, chăm sóc giảm nhẹ và điều trị bệnh phổi nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (*xem* ).

## Kiểm soát khó thở

* + - * Đối với người bệnh mắc bệnh phổi giai đoạn cuối, nếu thông khí hỗ trợ xâm lấn hoặc không xâm lấn sẽ không có lợi dựa theo giá trị của người bệnh, hoặc sẽ có hại hơn là có lợi, thì chăm sóc giảm nhẹ có thể trở thành loại chăm sóc có lợi duy nhất.
      * Khi người bệnh về nhà từ bệnh viện vào giai đoạn cuối đời, nên sắp xếp để người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ trong cộng đồng.
      * Opioid có hiệu quả tốt làm giảm triệu chứng khó thở nếu khó thở kháng trị với điều trị nguyên nhân cơ bản.
      * Đối với những người bệnh khó thở khi nghỉ hoặc gắng sức tối thiểu, liệu pháp opioid cẩn trọng có thể ngăn ngừa hoặc làm giảm khó thở và lo âu và có thể cải thiện khả năng gắng sức mà không gây ức chế hô hấp, tăng pCO2 hoặc giảm pO2.
      * Trong tình trạng bệnh phổi và khó thở ở giai đoạn cuối, nên điều trị bằng morphin cho người bệnh chưa từng dùng thuốc opioid ở một nửa liều khởi đầu thông thường: 2,5mg uống mỗi 4 giờ khi cần, hoặc 1mg TDD/TMC mỗi 4 giờ khi cần thiết (*xem Bảng 10*Bảng 10).
      * Nếu khó thở hằng định, morphin cũng có thể được cho liều cố định mỗi 4 giờ, và có thể dùng liều cứu hộ khi cần thiết nếu khó thở đột xuất.
      * Ở những người bệnh mắc bệnh phổi giai đoạn cuối, lo âu thường do khó thở và lo âu thường hết khi khó thở được điều trị đầy đủ. Do đó, các thuốc benzodiazepin

không phải là thuốc hàng đầu để điều trị chứng lo âu ở người bệnh mắc bệnh phổi giai đoạn cuối và chỉ nên được kê đơn khi:

+ Nếu lo âu vẫn còn sau khi khó thở được kiểm soát tốt;

+ Nếu người bệnh đã sử dụng một loại thuốc benzodiazepin cho chứng rối loạn lo âu đã có từ trước.

## Suy mòn

* + - * Thường gặp ở người bệnh mắc bệnh phổi giai đoạn cuối do trạng thái dị hóa.
      * Dinh dưỡng nhân tạo thường không mang lại lợi ích và có thể làm khó thở nặng hơn do tăng tiết dịch đường hô hấp.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh suy tim giai đoạn cuối

* + 1. **Nguyên tắc**
       - Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán suy tim giai đoạn cuối hoặc khi người bệnh khó thở khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức tối thiểu.
       - Chăm sóc giảm nhẹ không phải là một biện pháp thay thế cho điều trị suy tim giai đoạn cuối. Thay vào đó, chăm sóc giảm nhẹ và điều trị suy tim nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (*xem* ).
       - Đối với người bệnh suy tim giai đoạn cuối, nếu hồi sinh tim phổi (CPR) hoặc hỗ trợ thông khí cơ học sẽ không có lợi theo giá trị của người bệnh, hoặc sẽ có hại hơn làm lợi, thì chăm sóc giảm nhẹ có thể trở thành loại chăm sóc có lợi duy nhất. Trong tình huống này, người bệnh cần được bảo vệ khỏi thủ thuật CPR và các thủ thuật không có lợi khác.
       - Khi người bệnh về nhà từ bệnh viện vào giai đoạn cuối đời, nên sắp xếp để người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ trong cộng đồng.

## Điều trị giảm nhẹ bằng thuốc cho người bệnh suy tim giai đoạn cuối

* + - * Opioid có hiệu quả cao để giảm khó thở kháng trị với điều trị nội tích cực các nguyên nhân cơ bản (*xem Bảng 10*Bảng 10).
      * Ở những người bệnh bị suy tim giai đoạn cuối, nếu lợi tiểu, hỗ trợ tăng co bóp và giảm hậu tải tích cực không làm giảm khó thở nhanh chóng, và nếu các thiết bị hỗ trợ tim (như dụng cụ hỗ trợ thất trái) sẽ không được sử dụng, nên bắt đầu điều trị bằng opioid.

## Suy mòn ở người bệnh suy tim giai đoạn cuối

* + - * Thường gặp do trạng thái dị hóa.
      * Dinh dưỡng nhân tạo thường không mang lại lợi ích và có thể làm nặng thêm khó thở do tăng phù phổi, cổ trướng, tràn dịch màng phổi, phù ngoại biên hoặc tiết dịch hô hấp.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người sa sút trí tuệ

* Khởi phát sa sút trí tuệ thường chậm và thường bắt đầu bằng suy giảm trí

nhớ.

* Các triệu chứng điển hình khác bao gồm suy giảm nhận thức (chứng mất trí nhớ, mất dùng động tác, mất ngôn ngữ), thay đổi tính cách, mất ổn định cảm xúc, rối loạn hành vi, rối loạn tâm thần (ảo tưởng hoặc hoang tưởng).
* Trong sa sút trí tuệ tiến triển, người bệnh mất khả năng thực hiện các nhiệm vụ cơ bản như đi bộ, đi vệ sinh hoặc tự ăn.
* Khi chức năng bị mất, và đặc biệt là nếu có cảm xúc không ổn định hoặc kích động, việc chăm sóc người sa sút trí tuệ có thể cực kỳ căng thẳng về thể chất và tinh thần đối với người chăm sóc và gia đình.
* Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh có thể bao gồm:
* Đánh giá và giảm đau hoặc các triệu chứng thể chất khác.

+ Người bệnh sa sút trí tuệ giai đoạn muộn có thể không thể giao tiếp. Vì vậy, đánh giá triệu chứng phải được thực hiện bằng cách sử dụng các dấu hiệu thể chất. Ví dụ, dấu hiệu đau có thể bao gồm nhăn nhó, rên rỉ, kích động. Các dấu hiệu khó thở có thể bao gồm nhịp thở nhanh, thở mệt nhọc, sử dụng các cơ hô hấp phụ, đổ mồ hôi, thở hổn hển.

+ Nên ưu tiên ăn đường miệng theo nhu cầu người bệnh. Cân nhắc nguy cơ và lợi ích của các can thiệp dinh dưỡng nhân tạo (đặt ống thông mũi dạ dày, mở dạ dày qua da, truyền dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch) ở người bệnh sa sút trí tuệ giai đoạn cuối.

* Đánh giá và điều trị các triệu chứng tâm lý như kích động, ảo tưởng hoặc trầm cảm đi kèm.
* Đảm bảo an toàn cho người bệnh (phòng ngừa tai nạn như té ngã, bỏng hoặc đi lạc).
* Cung cấp các hoạt động và kích thích thích hợp, ít căng thẳng, dùng các tín hiệu định hướng (đồng hồ, lịch, định hướng lại bằng lời nói thường xuyên).

### *Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho người chăm sóc, gia đình có thể bao gồm:*

* Hỗ trợ cho ăn, tắm rửa hoặc vệ sinh người bệnh.
* Hỗ trợ cảm xúc từ nhân viên y tế cộng đồng.
* Đánh giá và điều trị lo âu hoặc trầm cảm.
* Đảm bảo sự an toàn của những người chăm sóc nếu người bệnh trở nên kích động hoặc bạo lực.
* Hỗ trợ xã hội như gói thực phẩm cho những người chăm sóc sống trong cảnh nghèo đói cùng cực.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương

* Những người trên 60 tuổi thường mắc các bệnh mạn tính tạo ra nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ.
* Ngay cả khi không có bệnh mạn tính tiến triển, nhiều người cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương vẫn phải chịu đựng đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội hoặc tâm

linh. Các loại đau khổ điển hình bao gồm:

+ Đau do chấn thương khi té ngã;

+ Đau buồn phức tạp hoặc trầm cảm liên quan đến mất chức năng hoặc mất người bạn đời;

+ Cô lập xã hội;

+ Cực kỳ nghèo khó;

+ Mất ý nghĩa của cuộc sống.

* Các chuyến thăm viếng thường xuyên từ nhân viên y tế cộng đồng và sự giám sát của các bác sĩ lâm sàng tại trung tâm y tế cộng đồng gần nhất có thể giúp những người bệnh cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương được ở nhà một cách an toàn. Các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ có lợi có thể bao gồm:

+ Tư vấn phòng chống té ngã;

+ Cung cấp gậy hoặc khung/xe tập đi;

+ Hỗ trợ xã hội như gói thực phẩm;

+ Điều trị trầm cảm;

+ Hỗ trợ kính hoặc máy trợ thính;

+ Hỗ trợ cảm xúc từ các chuyến thăm viếng thường xuyên;

+ Hỗ trợ chăm sóc, tìm kiếm kết nối nguồn lực.

## Chăm sóc giảm nhẹ cho những người bị chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo

* Việc cứu chữa mạng sống và giảm bớt đau khổ (chăm sóc giảm nhẹ) phải luôn đi song hành. Kiểm soát đau cấp tính không hiệu quả làm tăng tỷ lệ thương tật và tử vong.
* Thất bại trong việc giảm đau đầy đủ do chấn thương hoặc đau sau phẫu thuật đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ:

+ Tác dụng không mong muốn tim mạch bao gồm, rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết, xuất huyết và đột quỵ;

+ Huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi;

+ Xẹp phổi và viêm phổi;

+ Trạng thái siêu dị hóa và tiêu hủy mô;

+ Chức năng miễn dịch suy giảm và tăng nguy cơ nhiễm trùng;

+ Lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ và mất tinh thần;

+ Sự hình thành và phát triển đau mạn tính kéo dài (đặc biệt phổ biến sau khi cắt cụt chi và đoạn nhũ);

+ Thất bại trong việc ngăn chặn hoặc làm giảm chấn thương tâm lý của người bệnh và người nhà, ví dụ, do bệnh hiểm nghèo, đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ rối loạn khí sắc (PTSD, các rối loạn lo âu khác, trầm cảm);

* Cần thận trọng để giải thích tin xấu với thái độ ân cần, hỗ trợ (*xem Phần IX*).

+ Tư vấn hỗ trợ nên dễ dàng tiếp cận với người bệnh và người nhà trong các đơn vị săn sóc đặc biệt.

+ Trong phòng hồi sức tích cực, khi người bệnh bị hạ huyết áp và đau đớn, cần ổn định huyết áp một cách an toàn bằng cách truyền dịch, máu hoặc thuốc vận mạch, để cho phép điều trị opioid an toàn.

# NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

### *Tổng quan*

Các trường hợp cấp cứu trong chăm sóc giảm nhẹ thường đòi hỏi các bác sĩ phải theo dõi sát người bệnh để duy trì việc kiểm soát các triệu chứng khó chịu. Điều này cần có sự phối hợp của người nhà người bệnh và các thành viên làm việc trong nhóm chăm sóc giảm nhẹ liên ngành.

## Cơn đau nguy cấp/cơn khủng khoảng đau

* + - Cơn đau nguy cấp, định nghĩa là cơn đau không thể chịu đựng được khiến người bệnh bị tổn thương nặng nề, đòi hỏi phải can thiệp ngay lập tức và tích cực.
    - Trong hầu hết các trường hợp đau nguy cấp, thuốc opioid mạnh như morphin nên được tiêm tĩnh mạch mỗi 15 phút cho đến khi cơn đau được kiểm soát tốt. Tác dụng của morphin tiêm tĩnh mạch sẽ thấy rõ sau 15 phút.

+ Đối với một người trưởng thành lần đầu tiên dùng opioid, liều khởi đầu có thể là 5 mg tiêm tĩnh mạch.

+ Nếu người bệnh không giảm đau sau 15 phút, tăng gấp đôi liều.

+ Nếu người bệnh giảm đau một phần nhưng vẫn chưa kiểm soát hoàn toàn, lặp lại liều khởi đầu (5mg).

+ Quá trình này nên tiếp tục cho đến khi cơn đau được kiểm soát ổn.

* + - Nếu liều Morphin cần thiết cao đến mức tạo ra những tác dụng không mong muốn như an thần, hạ huyết áp hoặc ức chế hô hấp, hướng điều trị tiếp theo nên dựa trên mong muốn của người bệnh, mục tiêu chăm sóc và dựa trên nguyên tắc hiệu quả kép (*xem Phần* ***Error! Reference source not found.***).
  1. **Khó thở nặng và khó điều trị ở người bệnh hấp hối**
     + Trong trường hợp người bệnh hấp hối bị khó thở nghiêm trọng, kháng trị với các điều trị nguyên nhân bệnh nền, một dạng opioid mạnh như morphin nên được dùng tiêm tĩnh mạch mỗi 15 phút cho đến khi kiểm soát được khó thở. Tác dụng của Morphin tiêm tĩnh mạch sẽ thấy rõ sau 15 phút.

+ Đối với người trưởng thành chưa từng dùng morphin, liều morphin khởi đầu 2 - 4mg tiêm tĩnh mạch.

+ Nếu người bệnh không giảm khó thở sau 15 phút, tăng gấp đôi liều.

+ Nếu người bệnh giảm khó thở một phần nhưng chưa kiểm soát hoàn toàn, lặp lại liều khởi đầu (2 - 4mg tiêm tĩnh mạch).

+ Quá trình này nên được tiếp tục cho đến khi khó thở được kiểm soát tốt.

* + - Nếu người bệnh khó tiếp xúc, cần đánh giá mức độ khó thở dựa trên nhịp thở, triệu chứng thở gắng sức, sử dụng cơ hô hấp phụ, có hoặc không có vã mồ hôi. Khí máu động mạch hoặc độ bão hòa oxy không hữu ích để đánh giá sự dễ chịu hay khó chịu.
    - Nếu liều morphin cần thiết cao đến mức tạo ra những tác dụng không mong muốn như an thần, hạ huyết áp hoặc ức chế hô hấp, hướng điều trị tiếp theo nên dựa trên mong muốn của người bệnh, mục tiêu chăm sóc và dựa trên nguyên tắc hiệu quả kép (*xem Phần* ***Error! Reference source not found.***).

## Xuất huyết ồ ạt

* + - Xuất huyết ồ ạt có thể gây ra những đau đớn về mặt thể chất hoặc không.
    - Xuất huyết phổi và ho ra máu nặng có thể dẫn đến khó thở đột ngột hoặc dữ dội.
    - Người bệnh mắc bệnh mạch vành nặng có thể bị đau ngực dữ dội trong quá trình mất máu.
    - Xuất huyết ồ ạt hầu như luôn mang đến đau khổ về mặt tinh thần cho người bệnh, gia đình và thậm chí ngay cả người bác sĩ lâm sàng.

### *Xuất huyết ồ ạt hầu như có thể dự đoán trước được và cần có sự chuẩn bị:*

* + - Đội ngũ chăm sóc và gia đình nên được thông báo về khả năng xuất huyết ồ ạt và kế hoạch kiểm soát xuất huyết nên được giải thích trước. Trong một số trường hợp, người bệnh nên được thông báo và bảo đảm về những kế hoạch điều trị để có thể an tâm hết mức.
    - Nên đặt các khăn tối màu và hai thau lớn cạnh người bệnh.
    - Duy trì đường tiêm tĩnh mạch để dùng thuốc nhanh chóng và đem lại sự dễ chịu.
    - Morphin và diazepam tiêm tĩnh mạch nên có sẵn với số lượng lớn.

### *Khi xuất huyết ồ ạt xảy ra:*

* + - Trấn an bằng lời nói cho người bệnh, thành viên gia đình đang có mặt và cho nhân viên trong đội ngũ chăm sóc.
    - Điều trị khó thở nặng, *xem Mục 6.2* ở trên.
    - Điều trị cơn đau nguy cấp, *xem Mục 6.1* ở trên.
    - Băng ép có trọng điểm, hoặc đặt meche tại nơi chảy máu nếu có thể
    - Ngay cả khi đau và khó thở không xuất hiện từ đầu, hãy chuẩn bị cho những triệu chứng này khi người bệnh mất máu và điều trị tích cực với morphin liều theo giờ hoặc khi cần.
    - Hướng dẫn điều dưỡng rằng máu nên được thu dọn bằng khăn tối màu, tập trung vào các chậu được lót khăn tối màu, che phủ lại và bỏ đi khi đầy.

## Chèn ép tủy

* + 1. **Định nghĩa**
       - Là một biến chứng phổ biến của ung thư di căn đốt sống hoặc cột sống.
       - Có thể dẫn đến liệt nửa người và mất kiểm soát bàng quang và ruột, tất cả đều làm giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống.
       - Là một tình trạng cấp cứu vì chèn ép tủy sống càng lâu, hiệu quả việc đảo ngược triệu chứng càng ít. Chèn ép nên được giải quyết trong vòng vài giờ kể từ khi

khởi phát triệu chứng, nếu có thể.

Người bệnh có nguy cơ bị chèn ép tủy sống nên được theo dõi chặt chẽ triệu chứng đau lưng, dấu thần kinh định vị ở chân và tiêu tiểu không tự chủ.

## Nếu các triệu chứng phù hợp với chèn ép tủy xuất hiện

* + - * Nên dùng dexamethason liều cao ngay lập tức: 20mg TMC một lần, sau đó là 5mg TMC mỗi 6 giờ.
      * MRI cột sống nên được thực hiện ngay lập tức. Nếu MRI không có sẵn, CT cột sống nên được thực hiện ngay lập tức.
      * Hội chẩn phẫu thuật thần kinh và xạ trị khẩn cấp.
      * Nếu các xét nghiệm MRI hoặc CT cho thấy hình ảnh chèn ép tủy sống, điều trị giải áp bằng phẫu thuật hoặc xạ trị nên được bắt đầu ngay lập tức nếu phù hợp với các mục tiêu chăm sóc được thỏa thuận giữa người bệnh/gia đình và bác sĩ điều trị.

## Co giật

* + - Phòng ngừa co giật là một điều trị tiêu chuẩn của chăm sóc giảm nhẹ. Điều trị chống co giật nên được bắt đầu hoặc tiếp tục khi có nguy cơ co giật cao hơn mức tối thiểu, ngay cả khi mục tiêu điều trị là làm dễ chịu.
    - Thường không rõ người bệnh phải trải qua sự khó chịu đến mức độ nào trong và sau cơn co giật, nhưng sự khó chịu do co giật đủ nghiêm trọng để điều trị và dự phòng co giật cho người bệnh.
    - Khi co giật xảy ra, liệu pháp chấm dứt thai kỳ nên được tiến hành một cách khẩn cấp và tích cực bất chấp mục tiêu điều trị.

# CHĂM SÓC GIẢM NHẸ NHI KHOA

## Các nguyên tắc

* + - Trẻ em không chỉ là người lớn thu nhỏ. Trong khi các nguyên tắc chung của chăm sóc giảm nhẹ có thể áp dụng cho cả người lớn và trẻ em, thì chăm sóc giảm nhẹ nhi cần phải chú ý tới các yếu tố thể chất, phát triển, tâm lý, đạo đức, tinh thần và các mối quan hệ đặc trưng của trẻ em (*xem Bảng 13*Bảng 13).

*Bảng 13. Chăm sóc giảm nhẹ nhi: những khác biệt so với chăm sóc giảm nhẹ người lớn*

|  |
| --- |
| Tiên lượng, tuổi thọ dự tính và tác động về chức năng thường kém rõ ràng hơn |
| Cần phối hợp chăm sóc giảm nhẹ với các điều trị đặc hiệu tích cực hoặc điều trị duy trì sự sống thường xuyên hơn do tiên lượng không rõ ràng |
| Chăm sóc thường cần tập trung vào cả sự tăng trưởng/ phát triển và khả năng tử vong. |
| Gánh nặng cảm xúc lớn hơn cho các thành viên trong gia đình và nhân viên y tế vì các bệnh lý nghiêm trọng và đe dọa tính mạng thường không được coi là tình trạng bình thường ở trẻ em. |
| Người bệnh trải qua thay đổi liên tục về sự phát triển: thể chất, hormon nội tiết, nhận thức, cảm xúc và biểu cảm. |
| Người bệnh có nhu cầu thay đổi về thông tin, giải trí, giáo dục, và các cách thức đối phó với căng thẳng. Do đó, các chuyên gia về đời sống trẻ em, kỹ thuật viên chơi với trẻ và chuyên gia về hành vi có thể tăng cường chăm sóc giảm nhẹ cho trẻ. |
| Các chẩn đoán của người bệnh có thể không rõ: người bệnh có thể bị các dị tật bẩm sinh không xác định loại hoặc các tình trạng bệnh lý gen hiếm gặp. |
| Một số tình trạng bệnh lý về gen có thể ảnh hưởng đến nhiều trẻ trong một gia đình và tạo ra cảm giác tội lỗi ở ba mẹ. |
| Cần chuyên môn để nhận ra sự phát triển về nhận thức và cảm xúc của trẻ và giao tiếp theo cách phù hợp với sự phát triển về nhận thức và cảm xúc của trẻ: để cung cấp loại thông tin và lượng thông tin phù hợp nhất về bệnh và để lấy thông tin về những ưu tiên của trẻ trong việc chăm sóc. |

* + - Rất nhiều bệnh lý ở trẻ em cần chăm sóc giảm nhẹ (*xem Bảng 14*). Do đó, chăm sóc giảm nhẹ nhi nên được phối hợp ở tất cả các lĩnh vực và tất cả các mức độ của hệ thống chăm sóc sức khỏe trẻ em, và cũng nên được phối hợp với nhiều phương pháp điều trị duy trì sự sống hoặc có khả năng điều trị triệt để như điều trị bạch cầu cấp và chăm sóc tích cực nhi khoa.

*Bảng 14. Các đối tượng cần chăm sóc giảm nhẹ nhi (PPC)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Đối tượng** | **Ví dụ** |
| Trẻ em với các tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng mà có thể hoặc không thể hồi phục | Bất kỳ bệnh lý nguy cấp hoặc chấn thương, suy dinh dưỡng nặng |
| Trẻ em với các tình trạng mạn tính đe dọa tính mạng mà có thể điều trị khỏi hoặc kiểm soát trong một thời gian dài nhưng cũng có thể gây tử vong | Các bệnh lý ung thư, suy cơ quan chính, lao kháng đa thuốc, HIV/AIDS |

|  |  |
| --- | --- |
| Trẻ em với các tình trạng bệnh đe dọa tính mạng tiến triển mà không thể điều trị khỏi bệnh | Teo cơ tủy sống, Loạn dưỡng cơ Duchenne |
| Trẻ em với các tình trạng bệnh lý thần kinh nặng không tiến triển nhưng có thể diễn tiến xấu và tử vong | Bệnh lý não tổn thương không hồi phục, bại não liệt cứng tứ chi, nứt đốt sống |
| Trẻ sơ sinh sinh cực non hoặc có dị tật bẩm sinh nặng | Sinh cực non, không não, thoát vị hoành bẩm sinh, tam bội nhiễm sắc thể 13 hoặc 18 |
| Trẻ thực hiện thủ thuật gây đau | Sinh thiết tủy xương, chọc dò tủy sống, thay băng hoặc cắt lọc vết thương, mở tĩnh mạch |
| Các thành viên trong gia đình của một thai nhi hoặc trẻ mất đột ngột | Sảy thai, bệnh não thiếu oxy, bệnh lý não, nhiễm trùng huyết không kiểm soát được trên một trẻ trước đây khỏe mạnh, chấn thương do tai nạn xe máy, bỏng… |

## Các giai đoạn phát triển

Dựa trên sự phát triển của trẻ ở các giai đọan khác nhau, có thể hiểu được các nhu cầu của trẻ, hiểu biết của trẻ về cái chết, cách trẻ buồn bã do mất người thân, và các phản ứng của trẻ với thể chất và khó khăn. Tuy nhiên, trẻ em phát triển ở các tốc độ khác nhau qua nhiều mốc phát triển. Do đó, những nhân viên cung cấp chăm sóc giảm nhẹ nên thành thạo trong việc đánh giá các nhu cầu và giai đoạn phát triển cụ thể của từng trẻ và đáp ứng phù hợp. Trẻ em lớn lên cùng với bệnh mạn tính, có nhiều tương tác với các bác sĩ và bệnh viện, thường có hiểu biết chín chắn hơn về bệnh tật, chết và hấp hối hơn những trẻ cùng độ tuổi mà khỏe mạnh trong hầu hết đời sống.

## Trẻ nhũ nhi (0-1 tuổi)

* + - * Ở độ tuổi này trẻ giao tiếp không bằng lời nói.
      * Người lớn nên sử dụng ngôn ngữ, thuật ngữ, giọng điệu đơn giản thể hiện tình cảm, chạm và vuốt ve trẻ.
      * Cần được duy trì người chăm sóc, môi trường xung quanh và thói quen hàng ngày càng ổn định càng tốt.
      * Hiểu và bị ảnh hưởng bởi sự buồn bã (được thể hiện) của ba mẹ hoặc người chăm sóc.

## Trẻ nhỏ (1-3 tuổi)

* + - * Tiếp tục cần được duy trì người chăm sóc, môi trường chung quanh và thói quen hàng ngày càng ổn định càng tốt.
      * Người lớn nên đưa ra những giải thích đơn giản, rõ ràng và nhất quán, và chuẩn bị cho trẻ ngay trước một thủ thuật y tế.
      * Bị ảnh hưởng bởi sự buồn bã của ba mẹ hoặc người chăm sóc.
      * Không có khái niệm về cái chết.

## Trẻ trước tuổi đi học (3-6 tuổi)

* + - * Hiểu thế giới bằng cách pha trộn giữa thực tế và tưởng tượng (“suy nghĩ thần kỳ hóa”).
      * Cần duy trì thói quen hàng ngày càng ổn định càng tốt.
      * Hiểu cái chết có thể đảo ngược được: “ra đi tạm thời” hoặc “giấc ngủ dài”.
      * Suy nghĩ về bản thân và có thể cảm thấy có trách nhiệm về bệnh tật của trẻ hoặc về nỗi buồn hoặc cái chết của ba hoặc mẹ. Do đó, cần tìm hiểu sự hiểu biết của trẻ về nguyên nhân cái chết và điều chỉnh những khái niệm sai lầm.
      * Khi ba hoặc mẹ mất, trẻ có thể suy diễn nỗi buồn của mẹ hoặc ba còn sống hoặc người chăm sóc là sự thất vọng về hành vi của trẻ. Do đó, điều quan trọng là cần giải thích một cách đơn giản cho trẻ là mọi người vẫn yêu thương trẻ, và người lớn buồn là vì ba hoặc mẹ trẻ đã mất.

## Trẻ độ tuổi đi học (7-12 tuổi)

* + - * Suy nghĩ cụ thể, chưa trừu tượng hóa.
      * Trẻ bắt đầu hiểu nguyên nhân và kết quả.
      * Hiểu cái chết không thể đảo ngược.
      * Có nỗi sợ bị bỏ rơi, hủy hoại hoặc mất một phần cơ thể (cần đánh giá những suy nghĩ của trẻ bằng cách mời trẻ chia sẻ những suy nghĩ, những nỗi sợ hoặc buồn bã khi trẻ sẵn sàng).
      * Cần trung thực và cởi mở về việc điều trị,về bệnh tật hoặc cái chết của ba mẹ nhưngkhông đưa quá nhiều chi tiết.
      * Có thể coi điều trị như sự trừng phạt. Do đó, trấn an trẻ là điều trị không phải sự trừng phạt.
      * Mong muốn hiểu và kiểm soát những gì đang diễn ra xung quanh. Người chăm sóc nên đưa ra một số lựa chọn để cho trẻ cảm giác được kiểm soát sự việc.
      * Sau cái chết của ba mẹ, trẻ có thể nhanh chóng quay lại các hoạt động thường ngày và ở bên bạn bè. Những hoạt động này giúp trẻ đương đầu được với sự mất mát.

## Thanh thiếu niên (13-16 tuổi)

* + - * Có khả năng trừu tượng hóa suy nghĩ. Đặc tính văn hóa bắt đầu ở độ tuổi này.
      * Trải qua sự thay đổi thể chất lớn và rất ý thức về bản thân.
      * Bắt đầu thách thức những giá trị của ba mẹ, tách biệt với ba mẹ bằng cách phát triển cá tính theo bạn bè cùng tuổi.
      * Cần được cho phép thể hiện sự giận dữ.
      * Cần được cho phép có sự riêng tư và độc lập phù hợp. Duy trì giao tiếp với bạn bè.
      * Cần cung cấp những giải thích trực tiếp, rõ ràng và thành thật.
      * Có thể có những cảm xúc và mối quan hệ rất phức tạp với cả ba mẹ đã mất và người còn sống. Điều này có thể làm cho việc giao tiếp và đau buồn trở nên khó khăn. Có thể quay sang chia sẻ nỗi buồn với một người lớn khác không phải là ba mẹ. Có một người lớn để trẻ thanh thiếu niên có thể chia sẻ khi nhớ về ba hoặc mẹ đã mất, người lớn này có thể là mẹ hoặc ba còn sống hoặc một người lớn khác.
      * Có nguy cơ bị trầm cảm. Các dấu hiệu có thể bao gồm cảm giác tội lỗi,

suy nghĩ tự sát. Trầm cảm nếu có cần phải điều trị.

## Đánh giá và điều trị đau ở trẻ em

* + 1. **Các nguyên tắc**
       - Phân loại và các nguyên nhân của đau giống nhau giữa người lớn và trẻ em (*xem Phần II*).
       - Đánh giá đau ở trẻ em:

+ Thước đo tin cậy nhất về triệu chứng đau của người bệnh là lời khai của người bệnh. Tuy nhiên, trẻ em vẫn có thể cảm thấy đau cho dù trẻ không biểu hiện ra bên ngoài là trẻ đang bị đau. Trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ có thể không có khả năng khai đau. Trong những tình huống này, đánh giá nên dựa trên quan sát và lời khai của người chăm sóc .

+ Nên sử dụng các công cụ đánh giá đau đặc hiệu theo tuổi của trẻ.

* + 1. **Đánh giá đau**

Bắt đầu với việc quan sát trực tiếp trẻ và lời khai của ba mẹ hoặc những người chăm sóc trưởng thành.

* + - * Ghi nhận vị trí cơ thể, các cử động tự ý, mức độ phản ứng với kích thích, và tương tác với những người khác.
      * Ở những trẻ chưa biết nói, đau có thể được thể hiện qua khóc, kích thích, thu mình lại hoặc co lại, tăng trương lực cơ, nhăn mặt hoặc sợ hãi.

+ Hỏi xem trẻ có đau hay không và đau ở đâu trước khi cố gắng khám trẻ, ngay cả khi trẻ rất nhỏ.

+ Khám thể chất, hoặc thậm chí dự đoán trước việc khám thể chất, có thể làm trẻ bắt đầu khóc. Khi trẻ sợ hãi và khóc, rất khó hoặc không thể xác định các vùng bị đau và hoàn thành việc khám thể chất. Để giảm sự sợ hãi của trẻ, bảo trẻ nói cho bạn biết ngay khi trẻ đau.

+ Đau thần kinh có thể đi kèm những sự thay đổi về vận động hoặc cảm

giác.

## Các công cụ đánh giá đau ở trẻ em và các cách thức giảm đau

### *Trẻ sơ sinh và nhũ nhi tới 6 tháng tuổi*

* + Đánh giá đau bằng Thang điềm CRIES.
  + GHI CHÚ quyết định lâm sàng cần cho mỗi người bệnh và tình huống

Xác định thang điểm CRIES:



**SƠ SINH - 6 THÁNG TUỔI NGHI NGỜ ĐAU**

**Khóc** - Tính chất khóc của đau là tần số cao

0- Không khóc hoặc khóc nhưng không với tần số cao 1- Khóc với tần số cao nhưng dễ dàng dỗ nín

2- Khóc với tần số cao nhưng trẻ không thể dỗ nín

**Cần oxy cho SaO2 < 95%** - Trẻ bị giảm oxy do đau. Xem xét các nguyên nhân khác gây giảm oxy, ví dụ an thần quá mức, xẹp phổi, tràn khí màng phổi)

0- Không cần oxy 1- Cần oxy < 30%

2- Cần oxy > 30%

**Tăng các dấu hiệu sinh tồn (huyết áp và nhịp tim)** - Lấy huyết áp cuối cùng vì điều này có thể đánh thức trẻ làm những đánh giá khác khó khăn.

0- Cả nhịp tim và huyết áp không thay đổi hoặc thấp hơn giá trị cơ sở 1- Nhịp tim hoặc huyết áp tăng nhưng tăng < 20% giá trị cơ sở

2- Nhịp tim hoặc huyết áp tăng > 20% giá trị cơ sở

**Biểu hiện** - Biểu hiện gương mặt thường liên quan đến đau nhất là nhăn mặt. Nhăn mặt có thể đặc trưng bởi lông mày hạ thấp, mắt co nhỏ lại, rãnh mũi má sâu, hoặc môi và miệng há ra.

0- Không nhăn mặt 1- Chỉ nhăn mặt

2- Nhăn mặt và rên rỉ

**Giấc ngủ** - Tính điểm dựa trên trạng thái của trẻ trong một giờ trước khi bắt đầu tính điểm.

0- Trẻ liên tục buồn ngủ 1- Trẻ thức dậy từng lúc 2- Trẻ thức liên tục



Paracetamol:





**Không**

Tuổi thai 28-32 tuần: 10 - 12mg/kg uống hoặc đặt trực tràng mỗi 6-8 giờ.

Tuổi thai 33 tuần và nhũ nhi

< 10 ngày tuổi: 10 - 15mg/kg uống hoặc nhé hậu môn mỗi 6 giờ. Tối đa 60mg/kg/ngày.

* Nhũ nhi ≥ 10 ngày tuổi: 10

- 15mg/kg uống hoặc đặt trực tràng mỗi 6 giờ. Tối đa 75mg/kg/ngày.

**Có**

Các biện pháp không dùng thuốc như bú mẹ hoặc sucrose uống

**Tổng điểm 4-6**

**Tổng điểm 0-3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Biểu hiện đau giảm? | | |  |
|  | **Có** |  | |
| Quan sát | | | |



Morphin 0,1 - 0,3mg/kg uống hoặc nhỏ dưới lưỡi mỗi 6-8 giờ (0-3 tháng tuổi)

hoặc mỗi 3-4 giờ (3-6 tháng tuổi) khi cần hoặc định kỳ. Hoặc morphin 0,05 - 0,2mg/kg TDD/ TM mỗi 6- 8 giờ (0-3 tháng tuổi) hoặc

mỗi 3-4 giờ (3-6 tháng tuổi) khi cần hoặc định kỳ. Nếu cho thuốc định kỳ, lấy 10% tổng liều 24 giờ để làm liều cứu hộ cho đau đột xuất.

**Tổng điểm 6-10**

*Hình 4. Thang điềm CRIES*

**Không**

**Biểu hiện đau giảm?**

### *Trẻ 6 tháng đến 7 tuổi (trước khi biết nói hoặc khiếm khuyết khả năng ngôn ngữ)*

**Xác định điểm FLACC:**

***Ghi chú:*** *THANG ĐIỂM NÀY KHÔNG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA ĐAU, CHỈ KHẢ NĂNG CỦA ĐAU. Càng*

*nhiều điểm, càng nhiều khả năng người bệnh bị đau. Người bệnh có điểm 4 hoặc cao hơn nhiều khả năng có đau cần điều trị. Mức độ đau nên là một đánh giá lâm sàng dựa trên tình huống lâm sàng và sự cảm nhận của người chăm sóc chính về mức độ đau.*

6 tháng - 7 tuổi

Nghi ngờ đau ở trẻ chưa nói được hoặc trẻ khiếm khuyết khả năng ngôn ngữ

|  |
| --- |
| **Khuôn mặt**   1. Không biểu hiện gì đặc biệt hoặc cười 2. Thỉnh thoảng nhăn mặt hoặc cau mày, thu mình lại, không hứng thú với xung quanh 3. Thường xuyên hoặc liên tục run cằm, nghiến hàm |
| **Chân tay**   1. Tư thế bình thường hoặc thư giãn 2. Không dễ chịu, không yên, tăng trương lực cơ 3. Đá chân hoặc chân tay co lại |
| **Hoạt động**   1. Nằm yên, tư thế bình thường, cử động dễ dàng 2. Vặn mình, xoay trở trước sau, tăng trương lực cơ 3. Cong người, cứng người hoặc co giật |
| **Khóc**   1. Không khóc (tỉnh hoặc ngủ) 2. Rên rỉ hoặc thút thít; khó chịu từng đợt 3. Khóc liên tục, la hét hoặc nức nở, khó chịu thường xuyên |
| **Dỗ dành**   1. Thoải mái, thư giãn 2. Trấn an bằng cách chạm nhẹ, bế hoặc nói chuyện, có thể làm xao nhãng 3. Khó dỗ dành hoặc làm thoải mái |

*Hình 5.Thang điểm FLACC*

**Không**

Quan sát

**Có**

Paracetamol 10 - 15mg/kg uống hoặc đặt trực tràng khi cần hoặc định kỳ tới tối đa 4g/ ngày. Hoặc ibuprofen 5 - 10mg/kg uống mỗi 6-8 giờ khi cần hoặc định kỳ tới tối đa 40mg/ ngày (tránh NSAID nếu giảm tiểu cầu hoặc suy thận).

**Đau nhẹ**

Biểu hiện đau giảm?

Morphin 0,2 - 0,5mg/kg uống hoặc dưới lưỡi mỗi 3 - 4 giờ khi cần hoặc định kỳ. Hoặc morphin 0,1 - 0,2mg/kg TDD/ TM mỗi 3-4 giờ khi cần hoặc định kỳ. Nếu cho thuốc định kỳ, lấy 10% tổng liều 24 giờ để làm liều cứu hộ cho đau đột xuất.

**Đau vừa hoặc nặng**

### *Trẻ 3-7 tuổi (nói được)*

|  |
| --- |
| **Thang điểm đánh giá đau khuôn mặt Wong- Baker**   * Giải thích cho người bệnh rằng mỗi khuôn mặt là cho một người đang vui vì không đau hoặc buồn vì người đó bị đau. Mức độ đau thể hiện qua độ cong của miệng và lông mày và trong biểu hiện của mắt. * Yêu cầu người bệnh chọn một khuôn mặt mô tả đúng nhất mức độ đau hiện tại. |
| ***Thang điểm đánh giá đau khuôn mặt Wong- Baker***    **Không đau Đau một chút Đau thêm Đau hơn nữa Đau hơn Đau khủng khiếp**  **chút nữa rất nhiều** |

*Bảng 15. Kết quả của đánh giá cường độ đau*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cường độ đau** | **Thang điểm cường độ**  **đau** | **Thang điểm đánh giá đau khuôn mặt**  **Wong-Baker** |
| Nhẹ | 1 - 3 | Đau một chút |
| Trung bình | 4 - 6 | Đau thêm chút nữa  Đau hơn nữa |
| Nặng | Trên 7 | Đau hơn rất nhiều  Đau khủng khiếp |

### *Trẻ > 7 tuổi*

Xem *Phần III*, *Bảng 2* và *Bảng 3* để biết thêm chi tiết về kiểm soát đau.

## Dự phòng và điều trị đau do thủ thuật

* + 1. **Các nguyên tắc**
       - Đối với những thủ thuật nhanh và ít xâm lấn như lấy máu tĩnh mạch, những kỹ thuật không dùng thuốc đơn giản như làm xao nhãng hoặc thư giãn có thể sử dụng trước, trong và sau thủ thuật để hạn chế đau, lo sợ và căng thẳng do đau ở mức tối thiểu. Giảm đau tại chỗ nếu có cũng có thể sử dụng.
       - Đối với những thủ thuật phức tạp hơn, như thay băng trong bỏng, thuốc giảm đau toàn thân nên được sử dụng, có thể thuốc không opioid hoặc opioid như morphin. Đau trong và sau mổ thường cần morphin.

*Bảng 16. Kiểm soát đau trong thủ thuật ở trẻ em*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thủ thuật** | **Trẻ sơ sinh** | **Trẻ lớn** |
| Chích máu gót chân | Sucrose 24% 0,2 - 0,3ml cho trẻ sinh non và 1 - 2ml cho trẻ sinh đủ tháng, uống 2 phút trước thủ thuật, liều tối đa: 0,5ml đối với trẻ 27-31 tuần, 1 ml đối với trẻ 32-36 tuần, 2 ml đối với trẻ  ≥ 37 tuần |  |
| Lấy máu xét nghiệm và chích tĩnh mạch | Sucrose như ở trên.  Kem lidocain/prilocain 0,25 - 1g bôi tại chỗ 60 phút trước thủ thuật.  Liều/ vị trí: 0,25g (0 - 12 tháng), 0, g (1 - 11 tuổi). Liều tối đa (nhiều vị trí khác nhau): 1g (0-3 tháng), 2g (3-12 tháng), 10g (1-5 tuổi), 20g (6-11 tuổi).  Thận trọng ở người bệnh met- hemoglobin huyết hoặc sinh non. | Kem lidocain/prilocain |
| Đặt ống mũi dạ dày | Sucrose như ở trên | Gây tê tại chỗ như bôi gel bôi  trơn có chứa lidocain trước khi đặt. |
| Tiêm ngừa | Sucrose như ở trên | Kem lidocain/prilocain |
| Chọc dò tủy sống | Sucrose như ở trên Kem lidocain/prilocain  Midazolam 0,1mg/kg TMC nếu trẻ không nằm yên  Morphin 0,05 - 0,1mg/kg TMC hoặc fentanyl 0,5 - 3mcg/kg TMC nếu trẻ đã đặt nội khí quản. | Kem lidocain/prilocain Midazolam 0,1mg/kg TMC.  Đối với những trẻ cần chọc dò tủy sống nhiều lần, gây mê toàn thân nên được thực hiện. |
| Đặt nội khí quản | Fentanyl 0,5 - 3mcg/kg TMC và Midazolam 0,1mg/kg TMC. | Morphin 0,05 - 0,1mg/kg hoặc Fentanyl TMC và Midazolam  0,1mg/kg TMC. |
| Đặt ống dẫn lưu màng phổi | Gây tê tại chỗ sử dụng lidocain 1% tiêm dưới da 2 - 4 mg/kg.  Morphin 0,05 - 0,1mg/kg TMC. | Kem lidocain/prilocain Tiêm dưới da lidocain đệm  Midazolam 0,1mg/kg TMC và Morphin 0,05 - 0,1mg/kg TMC. Gây mê toàn thân nên được cân nhắc đối với những người bệnh  đặc biệt kích thích. |
| Rút ống dẫn lưu  màng phổi | Kem lidocain/prilocain | Morphin 0,05 - 0,1mg/kg TMC |
| Đặt dẫn lưu bàng quang |  | Cho gel bôi trơn có chứa lidocain 1% hoặc 2% vào niêm mạc niệu  đạo |
| Thay băng ở trẻ bị bỏng | Morphin 0,05 - 0,1mg/kg TMC, +/- midazolam 0,1mg/kg TMC.  Xem xét gây mê toàn thân ở những lần thay băng đầu tiên nếu trẻ đặc biệt đau hoặc lo lắng. | |
| Chọc hút/ sinh thiết tủy xương | Sử dụng gây tê tại chỗ như lidocain đệm hoặc lidocain. Midazolam 0,1mg/kg TMC.  Morphin 0,05 - 0,1mg/kg TMC. | |

* 1. **Đánh giá và giảm các triệu chứng khác ở trẻ em**

*Bảng 17. Giảm triệu chứng không phải đau ở trẻ em*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Các thuốc chăm sóc giảm nhẹ (lựa chọn thuốc phù hợp cho quyết định điều trị)** | **Liều lượng và đường dùng** |
| Khó thở | Morphin sulfat uống hoặc Morphin clohydrat TMC | Như trong *Phần III, Bảng 4* |
| Lorazepam | 0,025 - 0,1mg/kg uống/TDD/TMC mỗi 4 giờ khi cần cho khó thở kháng với điều trị  bằng Morphin (có kèm lo âu). |
| Táo bón | Bisacodyl | 3 - 11 tuổi: bắt đầu với 5mg một hoặc hai lần mỗi ngày. Tối đa 30 mg/ ngày.  12 tuổi hoặc lớn hơn: 5 - 15mg một hoặc hai lần mỗi ngày. Tối đa 30mg/ ngày. |
| Glycerin đặt trực tràng | 1 viên đặt trực tràng một lần mỗi ngày. |
| Sorbitol | 5-10ml uống mỗi 2 giờ cho đến khi có phân |
| Fleet thụt tháo cho trẻ em | Một lần mỗi ngày khi cần |
| Tiêu chảy | Loperamid | 13-20 kg: 1mg ba lần mỗi ngày uống khi cần  20-30 kg: 2mg hai lần mỗi ngày uống khi cần  > 30 kg: 2mg ba lần mỗi ngày uống khi cần |
| Buồn nôn/ Nôn | Diphenhydramin (là một thuốc hỗ trợ cho các thuốc chống nôn khác, hoặc cho buồn nôn gây ra do cảm giác tiền đình) | 1mg/kg uống/TMC mỗi 6 giờ khi cần. Tối đa 50mg/ liều. |
| Dexamethason:   * Cho buồn nôn gây ra bởi các độc tố gây nôn, rối loạn chuyển hóa, tắc ruột do bệnh ung thư, căng bao gan do bệnh ung thư * Cho buồn nôn gây ra bởi phù não với tăng áp lực nội sọ | 0,3mg/kg/ngày uống hoặc TMC  1mg/kg/ ngày uống hoặc TMC chia thành 3 liều (mỗi 8 giờ), liều tối đa 16 mg/ngày |
| Metoclopramid (cho buồn nôn gây ra bởi liệt dạ dày hoặc liệt  ruột) | 0,2mg/kg uống mỗi 8 giờ khi cần. Tối đa 10mg/ liều. |
| Ondansetron (cho buồn nôn gây ra bởi hóa trị ung thư hoặc xạ trị) | 0,15mg/kg uống mỗi 8 giờ khi cần |
| Lorazepam (cho buồn nôn gây  ra bởi lo âu) | 0,025 - 0,1mg/kg uống/TMC mỗi 8 giờ khi  cần. Tối đa 2 mg/ liều. |
| Haloperidol (cho buồn nôn gây  ra bởi độc tố gây nôn) | 0,5mg - 2mg uống hoặc TMC mỗi 6 giờ khi  cần hoặc định kỳ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sốt | Paracetamol  Ibuprofen | *Xem Phần III, Bảng 2* |
| Đổ mồ hôi | Cimetidin | Sơ sinh: 5 - 20mg/kg/ngày uống chia thành các liều mỗi 6-12 giờ  Nhũ nhi: 10 - 20mg/kg/ngày uống chia thành các liều mỗi 6-12 giờ  Trẻ lớn: 20 -40mg/kg/ngày uống chia thành các liều mỗi 6-8 giờ |
| Mất ngủ | Lorazepam | 0,025 - 0,1mg/kg uống/TDD/TMC trước  khi ngủ. Tối đa 2mg/ liều |
| Amitriptylin | Trẻ em: Bắt đầu với 0,1mg/kg uống trước khi đi ngủ. Tăng khi cần và tăng mỗi 3- 4  ngày tới tối đa 0,5mg/kg. |
| Lo âu | Lorazepam | 0,025 - 0,1mg/kg uống/TMC mỗi 6 giờ khi  cần. Tối đa 2 mg/ liều. |
| Sảng | Haloperidol | 0,5 - 2mg uống hoặc TMC mỗi 4 giờ khi cần. |
| Mệt mỏi/  yếu (ở giai đoạn cuối) | Methylprednisolon | 1mg/kg một hoặc hai lần mỗi ngày uống với thức ăn hoặc TMC |
| Tăng tiết dịch hô hấp giai đoạn cuối (“tiếng  nấc hấp hối”) | Hyoscin butyl bromid | 6 - 12 tuổi: 0,5mg TMC/TDD tới 4 lần một ngày khi cần. |

## Hỗ trợ tâm lý xã hội cho trẻ em

* + 1. **Hỗ trợ tâm lý xã hội cho bệnh nhi cần chăm sóc giảm nhẹ**

### *Những khó khăn bệnh nhi đối mặt*

* + Bệnh nhi có thể trở nên hoảng sợ, bối rối, căng thẳng và rối loạn lo âu khi phải đổi môi trường sống, mất đi các hoạt động học tập và vui chơi thông thường, thiếu tương tác với bạn bè và tiếp nhận các điều trị phức tạp.
  + Bệnh nhi có thể có triệu chứng hoang mang, căng thẳng khi không được cung cấp thông tin về tình trạng bệnh của mình.
  + Các triệu chứng khủng hoảng, lo âu và có thể là trầm cảm khi tiếp nhận tin xấu.
  + Bệnh nhi có gia đình nghèo thường không được tiếp cận các chăm sóc tâm lý xã hội

### *Hướng tiếp cận và hỗ trợ bệnh nhi*

* + Thông báo tình trạng bệnh cho bệnh nhi bằng cách đơn giản nhưng thẳng thắn nhất, có thể là một phần, tùy theo nhu cầu và sự hiểu biết của trẻ, tránh giấu bệnh, nói dối trẻ. Thảo luận với trẻ những điều trị và thay đổi trong cuộc sống mà trả có thể trải qua.

-Nhân viên xã hội và tâm lý khuyến khích trẻ bộc lộ suy nghĩ và cảm xúc và hỗ trợ trẻ một cách thường xuyên thông qua phương pháp chơi với trẻ, trị liệu nghệ thuật hay tham vấn.

* + Giúp trẻ làm quen với môi trường điều trị mới và lịch trình sinh hoạt mới. Cố gắng giảm thiểu sự thay đổi càng ít càng tốt, khuyến những hoạt động thường ngày mà trẻ có thể duy trì dù đang tiếp nhận điều trị và chăm sóc giảm nhẹ.
  + Duy trì các mối quan hệ xã hội có sẵn của trẻ (trường lớp, bạn bè, thầy cô, họ hàng…) và giúp trẻ tiếp cận và xây dựng các mối quan hệ mới (bạn mới trong bệnh viện, bác sĩ điều trị, nhân viên xã hội).
  + Những rối loạn tâm lý phức tạp và nặng cần được chuyển đến chuyên viên tâm lý, bác sĩ tâm thần.

***Ghi chú****: Hỗ trợ tâm lý xã hội trên bệnh nhi cần có tiếp cận dựa trên lứa tuổi và mức độ phát triển tâm lý.*

## Hỗ trợ tâm lý xã hội cho trẻ em có ba mẹ mắc bệnh nặng giai đoạn cuối và trẻ mất người thân

### *Những khó khăn bệnh nhi đối mặt*

* + Bối rối, sợ hãi, cô đơn…
  + Cảm thấy có lỗi và nghĩ là do con làm gì đó sai mà ba mẹ mắc bệnh
  + Cảm thấy tức giận mỗi khi người lớn kêu con im lặng hoặc làm nhiều việc nhà hơn.
  + Lơ là việc học hoặc không muốn tham gia các hoạt động thường có trước đây như đi học võ, chơi đá banh với bạn, sinh hoạt đội văn nghệ hay đi nhà thờ/chùa…
  + Gây sự hoặc gây rối ở trường lớp hoặc ở nhà.
  + Muốn ở lì trong nhà và sợ ra ngoài.

### *Hướng tiếp cận và hỗ trợ bệnh nhi*

* + Trẻ có ba mẹ bị mắc bệnh hoặc bị mất người thân cần được tiếp tục các hoạt động phù hợp lứa tuổi. Thời gian bên gia đình và các thói quen hàng ngày nên được đảm bảo (nếu được).
  + Trẻ em nên được thông báo về bệnh tình của ba mẹ, khuyến khích trẻ nói với một người lớn mà trẻ tin cậy tất cả những gì trẻ biết được về bệnh tình hoặc sự qua đời của ba mẹ. Quan trọng là cần thành thật với trẻ mà không làm trẻ bị quá tải. Nhìn chung, nên để trẻ đặt các câu hỏi và kiên nhẫn giải thích. Cho trẻ hiểu ba mẹ bệnh hay qua đời không phải lỗi do con.
  + Kết nối các hỗ trợ xã hội và nguồn lực hỗ trợ gia đình và trường học để giúp trẻ được quan tâm chăm sóc dù cha mẹ đang điều trị bệnh hay qua đời.
  + Tham vấn tâm lý xã hội giúp trẻ bộc lộ lo lắng, cảm xúc và những khó khăn xã hội mà trẻ có thể đang đối mặt.
  + Các vật dụng gợi kỷ niệm (các hộp, sách, các món quà từ ba mẹ) giúp trẻ duy trì sự liên kết tâm linh với ba hoặc mẹ đã mất của trẻ. Các vật dụng gợi kỷ niệm đó có thể giúp trẻ trong quá trình đau buồn, hiểu được sự mất mát, và phát triển và duy trì cảm nhận về đặc tính và nguồn gốc. Chúng có thể bao gồm các bức hình, các lá thư, các câu chuyện gia đình, nhật ký, băng ghi âm hay video, quà tặng.
  + Tham vấn gia đình trong trường hợp cần thiết.

# ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

## Đánh giá điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ

* + - Mỗi người bệnh có nhu cầu cần được chăm sóc giảm nhẹ nên được đánh giá bởi một điều dưỡng trong lần nhận bệnh nội trú hoặc ngoại trú đầu tiên.

### *Các phần chính của đánh giá điều dưỡng chăm sóc giảm nhẹ gồm:*

* + - Xem xét tiền sử y khoa từ bệnh án và người bệnh, bao gồm các bệnh chính và các điều trị gần đây.
    - Đánh giá chức năng bằng cách sử dụng các thang đánh giá mức độ hoạt động chức năng Thang đo kết quả chăm sóc giảm nhẹ dành cho người Việt Nam (VietPOS) (*xem Phụ lục 3*) hoặc ECOG (*xem Phụ lục 1*).
    - Đánh giá các triệu chứng thể chất và tâm lý.
    - Các loại thuốc hiện tại, bao gồm cả liều lượng và khoảng thời gian dùng

thuốc.

* Dị ứng thuốc.
* Khám thể chất.
* Nhận định các vấn đề của người bệnh.
* Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng.

## Biện hộ/lên tiếng vì lợi ích của người bệnh (health advocacy)

* + - Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo người bệnh nhận được sự chăm sóc tốt nhất có thể bằng cách hỗ trợ các bác sĩ thấu hiểu nhu cầu của người bệnh và hỗ trợ người bệnh tiếp cận với sự chăm sóc tốt nhất.
    - Người điều dưỡng có cơ hội tiếp xúc, chia sẻ với người bệnh và họ có thể truyền đạt cho bác sĩ nhiều thông tin quan trọng về tiền sử y khoa, các giá trị sống, hiểu biết về bệnh tật, hy vọng và nỗi sợ hãi của người bệnh.
    - Nhiều người bệnh và gia đình không quen thuộc với hệ thống y tế và/ hoặc không biết cách tìm kiếm hoặc yêu cầu sự chăm sóc mà họ cần. Điều dưỡng có thể cung cấp tư vấn hiệu quả để giúp người bệnh lựa chọn loại hình dịch vụ chăm sóc.
    - Trong các bệnh viện có dịch vụ tư vấn hội chẩn chăm sóc giảm nhẹ, các điều dưỡng có thể xác định người bệnh nào trong phòng bệnh của họ sẽ được hưởng lợi từ dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ.
    - Các điều dưỡng có vai trò quan trọng trong việc thông báo cho bác sĩ có trách nhiệm và nhóm làm việc khi triệu chứng (thể chất, tâm lý, xã hội, tâm linh) không được kiểm soát tốt.

## Liều cứu hộ morphin

Khi bác sĩ kê đơn thuốc opioid như morphin với liều cố định (theo giờ cố định) để giảm đau hoặc khó thở, trong hầu hết các trường hợp bác sĩ cũng kê đơn liều cứu hộ cho cơn đau hoặc khó thở đột xuất. Trong bệnh viện, điều dưỡng có vai trò quan trọng trong quá trình chăm sóc:

* + - Nhận định kịp thời thời điểm khi nào người bệnh cần một liều cứu hộ Morphin do đau hoặc khó thở và thông báo cho bác sĩ.
    - Cung cấp liều cứu hộ theo chỉ định của bác sĩ và đánh giá hiệu quả giảm đau giảm khó thở cũng như tác dụng không mong muốn nếu có sau mỗi liều cứu hộ.
    - Ghi nhận lại từng liều cứu hộ để bác sĩ có thể biết cần bao nhiêu liều cứu hộ mỗi ngày.
    - Thảo luận với bác sĩ về kế hoạch quản lý đau trên từng người bệnh cụ thể.

## Đường truyền dưới da

* + - Nhiều loại thuốc thường được tiêm tĩnh mạch trong chăm sóc giảm nhẹ cũng có thể được tiêm dưới da thông qua một đường truyền dưới da rất dễ thiết lập.
    - Một đường truyền dưới da có thể được sử dụng để tiêm thuốc ngắt quãng cũng như truyền liên tục với bơm tiêm truyền.
    - Một ống thông mạch (catheter) có cánh bướm với kim cỡ 23 hoặc 25, nên sử dụng ống thông có chất liệu an toàn ít rủi ro và cho phép thời gian lưu kim lâu hơn, vị trí đặt ở dưới da theo *Hình 6* một số vị trí cần chú ý như sau:

+ Tránh vùng bụng nếu có chướng bụng nhiều.

+ Tránh khu vực thượng đòn.

+ Tránh khu vực dưới xương đòn nếu người bệnh có hoạt động nhiều hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (nguy cơ tràn khí màng phổi).

+ Tránh các khu vực bị phù, da mất toàn vẹn, bị nhiễm trùng hoặc viêm, có sự hiện diện của khối u, vùng gồ xương, hoặc có nếp gấp da.

+ Tránh các khu vực được chiếu xạ gần đây.

+ Đối với người bệnh lú lẫn hoặc kích động, lưng trên là vị trí tốt nhất.

## Quy trình truyền dưới da

* + - * Người bệnh có thể nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế có tựa một cách thoải mái.
      * Bộc lộ vùng tiêm.
      * Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài, để 30 giây đảm bảo khô chất sát

khuẩn

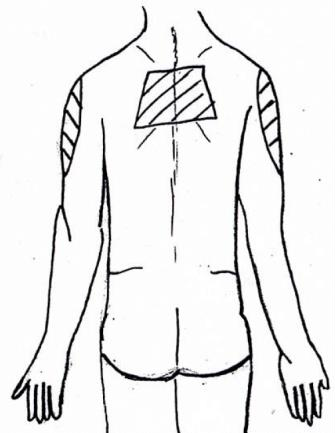
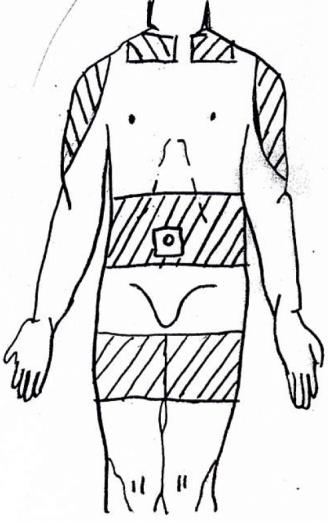
* Đeo găng tay sạch, véo da giữa ngón cái và ngón trỏ.
* Đưa kim ở góc 45° với da, nếu người bệnh rất suy mòn, hạ góc kim xuống

còn 30°.

- Tháo nòng kim kim loại, và dán chặt đường truyền nhựa vào vị trí.

## Các lưu ý khi dùng dường tiêm, truyền dưới da

* + - * Đường truyền có thể được lưu từ 1-14 ngày nếu không có tình trạng đau, viêm tại chỗ tại chỗ trừ khi đỏ hoặc đau tăng tại vị trí đường truyền.
      * Nếu tiêm nhiều lần cần phải thay đổi vị trí tiêm, tránh tiêm vào mũi kim cũ.
      * Cần lưu ý đến cảm xúc và sự thoải mái của người bệnh khi chọn vùng tiêm để việc cung cấp kỹ thuật chuyên môn thực sự có ý nghĩa cho người bệnh.
      * Theo dõi sát 24 giờ đầu khi tiêm truyền dưới da vì người bệnh vẫn có thể có các phản ứng dị ứng; ghi nhận bất kỳ thay đổi nào và chăm sóc phù hợp.
      * Không nên trộn các loại thuốc với nhau để tiêm, truyền dưới da; Sau mỗi loại thuốc nên bơm một lượng nước muối sinh lý NaCl 0,9% để làm sạch đường tiêm.
      * Các ống thông đặt dưới da có không gian chết là 0,2ml. Do đó trước khi tiêm thuốc cần phải thông catheter bằng ít nhất 0,2ml - 0,5ml dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%, đảm bảo nồng độ thuốc cung cấp cho người bệnh là chính xác.



*Hình 6. Vị trí đặt đường tiêm truyền dưới da (Vị trí đặt là các khu vực tô chéo)*

## Chăm sóc vết thương

Điều dưỡng thường giữ trách nhiệm chính trong việc chăm sóc vết thương kể cả lành tính hoặc ác tính như thay băng, giảm áp lực lên các nền xương cứng, kiểm soát mùi hôi và trao đổi tình trạng vết thương với bác sĩ (*xem Phần IV*, *Bảng 10*).

## Hỗ trợ cảm xúc cho người bệnh và người nhà

Điều dưỡng có vai trò quan trọng trong việc động viên, hỗ trợ cảm xúc cho các người bệnh đang sợ hãi, các thành viên gia đình của họ và giúp họ hiểu về tình trạng bệnh.

## Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người chăm sóc

* + - Điều dưỡng cũng có vai trò quan trọng trong việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh và/ hoặc người chăm sóc của họ để đáp ứng các nhu cầu cụ thể của người bệnh, cả trong bệnh viện và đặc biệt là tại nhà.
    - Tại một số bệnh viện, điều dưỡng cung cấp thuốc của người bệnh cho người chăm sóc, sau đó chịu trách nhiệm cung cấp đúng liều lượng của từng loại thuốc cho người bệnh vào đúng thời điểm. Điều dưỡng phải huấn luyện người chăm sóc để thực hiện nhiệm vụ này đúng cách.
    - Trước khi xuất viện, điều dưỡng nên giáo dục người chăm sóc về tất cả

các nhiệm vụ cần thiết để chăm sóc người bệnh. Có thể bao gồm:

+ Tiêm thuốc;

+ Tiếp cận một đường truyền tĩnh mạch trung tâm;

+ Chăm sóc vết thương;

+ Tắm cho người bệnh;

+ Vệ sinh;

+ Cho người bệnh ăn các loại thực phẩm phù hợp và giảm thiểu rủi ro hít sặc;

+ Cung cấp dinh dưỡng qua ống mở dạ dày hoặc hỗng tràng ra da.

# CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI

## Thảo luận kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai

* + - Việc thảo luận này là rất quan trọng cho tất cả giai đoạn bệnh, không chỉ ở giai đoạn cuối đời. Việc thảo luận này nên được tiến hành sớm nhất có thể, khi người bệnh còn đủ tỉnh táo và mức độ hoạt động còn tốt.
    - Bất cứ khi nào có một sự thay đổi lớn về tình trạng của người bệnh và đặc biệt khi người bệnh hấp hối, bác sĩ cần phải xem xét lại các mục tiêu chăm sóc với người bệnh và/hoặc với gia đình và đề nghị bất kỳ thay đổi nào trong mục tiêu chăm sóc dựa trên các mong muốn trong cuộc sống và tình trạng lâm sàng của người bệnh.
    - Để thảo luận về các mục tiêu chăm sóc, các bác sĩ cần:

+ Nên cố gắng thảo luận ở một nơi yên tĩnh và riêng tư nhất có thể;

+ Nên bắt đầu bằng cách đánh giá sự hiểu biết của người bệnh hoặc gia đình về tình trạng lâm sàng và nhẹ nhàng sửa chữa bất kỳ hiểu biết sai lầm nào.

+ Đề nghị người bệnh hoặc gia đình xem xét các vấn đề quan trọng nhất đối với người bệnh. Người bệnh cần chọn lựa người mà người bệnh tin tưởng nhất để hỗ trợ ra quyết định khi cần

+ Đề xuất các mục tiêu chăm sóc tốt nhất dựa trên tình trạng lâm sàng.

+ Nên khuyến khích người bệnh hoặc gia đình đặt câu hỏi, yêu cầu làm rõ hoặc trình bày ý kiến khác biệt.

+ Nên chuẩn bị đón nhận những cảm xúc mạnh như buồn bã, khóc hoặc tức giận mà người bệnh hoặc gia đình thể hiện. Bác sĩ nên chuẩn bị để sẵn sàng kiên nhẫn lắng nghe những thể hiện cảm xúc mạnh mà không trở nên phòng thủ và rời đi một cách đột ngột. Chỉ cần lắng nghe những thể hiện cảm xúc và bày tỏ sự chia buồn có thể rất hữu ích cho gia đình.

+ Bất kỳ tin xấu nào cũng cần được thông báo như hướng dẫn tại *Phần I.*

* + - Việc sử dụng các phương pháp điều trị (thuốc, các phương pháp điều trị duy trì sự sống như hồi sinh tim phổi (CPR), thông khí xâm lấn, hỗ trợ thông khí không xâm lấn, chạy thận nhân tạo và dinh dưỡng nhân ...) cần thường xuyên đánh giá nguy cơ và lợi ích của từng phương pháp trong suốt quá trình điều trị, đặc biệt là ở giai đoạn cuối đời. Một phương pháp điều trị có thể mang lại lợi ích lớn ở một số người bệnh, nhưng ở những người bệnh khác lại không mang lại lợi ích hoặc dẫn đến tác hại nhiều hơn lợi ích. Việc cân nhắc nguy cơ lợi ích phải dựa trên hai yếu tố:

+ Sự hiểu biết của nhân viên y tế về bối cảnh văn hóa, hoàn cảnh gia đình, những vấn đề mà người bệnh trân trọng trong cuộc sống, mức độ chất lượng cuộc sống mà người bệnh có thể chấp nhận được. Để nhân viên y tế biết được thông tin này, nhân viên y tế cần tìm hiểu bằng cách đặt câu hỏi với tất cả sự tôn trọng và cởi mở cho người bệnh, gia đình

+ Sự hiểu biết của người bệnh và người nhà về tình trạng bệnh, tiên lượng, các lựa chọn điều trị phù hợp, nguy cơ và lợi ích của từng phương pháp. Để người bệnh biết được thông tin này, nhân viên y tế cần cung cấp thông tin một cách trung

thực, sử dụng phương pháp thông báo tin xấu như tại *Phần I* nếu cần.

+ Quá trình này sẽ hỗ trợ cho nhân viên y tế và người bệnh đạt được một thỏa thuận, kế hoạch điều trị phù hợp nhất. Quá trình này gọi là “chia sẻ việc ra quyết định”.

## Kế hoạch xuất viện

* + 1. **Lên kế hoạch xuất viện về nhà vào giai đoạn cuối đời**

### *Khi lên kế hoạch cho một người bệnh xuất viện về nhà vào giai đoạn cuối đời,* bác sĩ tại bệnh viện:

* + - * Nên dự đoán những triệu chứng có thể xảy ra hoặc trở nên nặng hơn trước khi người bệnh mất;
      * Nên lập kế hoạch về cách phòng ngừa hoặc giảm nhẹ bất kỳ triệu chứng nào được dự đoán;
      * Nên thông báo cho trạm y tế phường xã trong cộng đồng gần nhất với nhà của người bệnh về tình trạng của người bệnh và cách xử trí bất kỳ triệu chứng nào được dự đoán, nếu được;
      * Nên thiết lập một kế hoạch cho việc kê đơn liên tục của bất kỳ loại thuốc nào cần kiểm soát như Morphin. Điều này có thể cần sự thảo luận với bác sĩ tại bệnh viện quận huyện gần nhà của người bệnh nhất.

## Sắp xếp chăm sóc cuối đời nội trú ở cơ sở y tế gần nhà

* + - * Nếu bác sĩ của người bệnh tin rằng người bệnh có thể có các triệu chứng không thể kiểm soát tốt ở nhà và có thể gây ra đau khổ đáng kể, bác sĩ nên đề xuất và cố gắng sắp xếp chăm sóc cuối đời nội trú ở cơ sở gần nhất có thể với nhà của người bệnh, có thể tại trạm y tế phường xã hoặc bệnh viện quận huyện gần nhất. Theo các cách sau:
      * Người bệnh có thể được gần nhà và vẫn còn được tiếp cận với chăm sóc giảm nhẹ nội trú. Các thành viên trong gia đình có thể đến thăm dễ dàng nhưng không cần phải mất thời gian rời xa công việc hoặc các trách nhiệm khác của gia đình.
      * Người bệnh vẫn được đảm bảo kiểm soát triệu chứng tốt vào cuối đời mà không cần phải ở trong các bệnh viện trung ương, tuyến cao với chi phí lớn, quá tải và cách xa gia đình.

## Chuẩn bị cho các thành viên gia đình khi người bệnh ở giai đoạn cuối

Các nhân viên y tế nên giải thích cho các thành viên gia đình những gì họ có thể nhìn thấy hoặc nghe thấy trong giai đoạn hấp hối cuối cùng để giai đoạn cuối này ít gây sốc hoặc ít đau buồn với gia đình hơn.

## Hỗ trợ tâm lý, tinh thần

* + - * Thường xuyên có mặt để động viên người bệnh, làm cho người bệnh hiểu rằng họ được chăm sóc và không bị bỏ rơi đơn độc một mình.
      * Tạo điều kiện cho người bệnh và gia đình nói ra những cảm xúc, mong muốn của họ và hỗ trợ người bệnh những công việc còn dang dở như để lại kỉ vật cho người thân, nói lời xin lỗi, nói lời tạm biệt, nói lời yêu thương, gặp gỡ người thân ...
      * Thông cảm với người bệnh: một số người bệnh ở giai đoạn cuối có thể trải nghiệm những cảm xúc tội lỗi, hối hận và tìm kiếm sự tha thứ. Người chăm sóc cần động viên và thể hiện sự thông cảm với người bệnh.
      * Tôn trọng quyết định của người bệnh về nơi chăm sóc giai đoạn cuối, có thể là cơ sở y tế hoặc tại nhà.
      * Không nên tạo hy vọng giả tạo cho người bệnh, chỉ đặt ra những mục đích nhỏ về tương lai của gia đình người bệnh.
      * Hỗ trợ về tín ngưỡng, tôn giáo: người chăm sóc cần nhận ra những nhu cầu về tín ngưỡng và tôn trọng tín ngưỡng, niềm tin của người bệnh, hiểu được mong muốn của người bệnh về cách thức tổ chức tang lễ khi người bệnh qua đời.

## Hướng dẫn các dấu hiệu khi cái chết sắp xảy ra

* + - * Giảm mức độ hoạt động (suy giảm ECOG), sinh hoạt chủ yếu tại giường
      * Ngủ nhiều hoặc hôn mê
      * Tinh thần lú lẫn
      * Giảm ăn và uống (không có cảm giác đói hoặc khát)
      * Đại tiện và tiểu tiện giảm dần
      * Thay đổi về hô hấp (thở nhanh và không đều)
      * Thay đổi về tuần hoàn (giảm nhịp tim, huyết áp, chân tay lạnh).

## Hướng dẫn xử trí các vấn đề cuối đời

* **Tiếng thở do dịch tiết đường hô hấp (tiếng nấc hấp hối):** Điều này thường gây nhiều vấn đề cho các thành viên gia đình hơn là cho người bệnh. Có thể được kiểm soát bằng hyoscine butyl bromid và/hoặc furosemid tiêm tĩnh mạch (*xem Phần IV*).
* **Thở hước/thở ngáp cá:** Nhiều người bệnh có thể có biểu hiện thở hước/thở ngáp cá vào giai đoạn cuối đời. Nếu có bất kỳ mối lo ngại nào về việc người bệnh có thể bị khó thở, có thể truyền tĩnh mạch hoặc dưới da morphin (*xem Phần III* và *Phần IV*).
* **Sảng giai đoạn cuối đời:** Là chẩn đoán loại trừ. Gia đình có thể được hướng dẫn sờ chạm, vỗ về người bệnh và nói chuyện trấn an người bệnh. Nếu điều này không thể làm người bệnh bình tĩnh, sử dụng Haloperidol tĩnh mạch có thể đảm bảo sự yên bình (*xem Phần IV*).

# LỒNG GHÉP CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀO HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

## Cấu trúc cơ bản của mô hình chăm sóc giảm nhẹ lồng ghép

* + - Chăm sóc giảm nhẹ nên được dễ tiếp cận ở mọi cấp bậc của hệ thống chăm sóc sức khỏe.
    - Bất kỳ bác sĩ nào từ bất kỳ cấp nào của hệ thống chăm sóc sức khỏe với mức ít nhất là đào tạo chăm sóc giảm nhẹ cơ bản đều có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại nhà, bao gồm:

+ Bác sĩ chuyên khoa từ bất kỳ chuyên khoa nào làm việc trong bệnh viện.

+ Bác sĩ đa khoa làm việc tại bệnh viện quận huyện hoặc trạm y tế phường xã.

* + - Giao tiếp nhanh chóng và hiệu quả giữa các cấp rất cần thiết để đảm bảo sự di chuyển an toàn và trơn tru của người bệnh giữa các cấp.
    - Cần tập trung nỗ lực vào việc đảm bảo hoàn thiện mạng lưới và nguồn nhân lực dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ.

## Bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh, bệnh viện khu vực

### *Nhóm chăm sóc giảm nhẹ liên ngành bao gồm:*

* + - * Bác sĩ toàn thời gian có trình độ tương đương ít nhất là CSGN trình độ trung cấp (70-140 giờ). Trưởng nhóm nên là bác sĩ chuyên khoa cấp 1 hoặc chuyên khoa sâu chăm sóc giảm nhẹ.
      * (Các) bác sĩ toàn thời gian hoặc bán thời gian khác có trình độ tương đương ít nhất là CSGN trình độ trung cấp (70-140 giờ).
      * Điều dưỡng có trình độ tương đương ít nhất là CSGN cấp độ cơ bản (35 - 70 giờ).
      * Nhân viên công tác xã hội và/hoặc chuyên viên tâm lý.

### *Dịch vụ CSGN nội trú & ngoại trú:*

* + - * Lập kế hoạch điều trị và khởi đầu CSGN cho người bệnh có nhu cầu CSGN mới được phát hiện.
      * CSGN cho người bệnh có triệu chứng nặng, cả mạn tính và cấp tính.
      * Hội chẩn CSGN cho bất kỳ khoa nào trong bệnh viện.
      * Lập kế hoạch xuất viện cho người bệnh về nhà vào giai đoạn cuối đời.
      * Nhà thuốc ngoại trú phải dự trữ và phân phối morphin uống tác dụng nhanh theo đơn thuốc N.

## Bệnh viện quận huyện

### *Nhóm chăm sóc giảm nhẹ liên ngành nhỏ bao gồm:*

* + - * Ít nhất một bác sĩ bán thời gian có trình độ tương đương CSGN mức độ trung cấp (70-140 giờ).
      * (Các) bác sĩ bán thời gian khác có trình độ tương đương ít nhất là CSGN cấp độ cơ bản (35 - 70 giờ).
      * Điều dưỡng có trình độ tương đương ít nhất là CSGN cấp độ cơ bản (35 - 70 giờ)
      * Nhân viên công tác xã hội hoặc nhà tâm lý học bán thời gian

### *Dịch vụ CSGN nội trú & ngoại trú:*

* + - * Lập kế hoạch điều trị và khởi đầu CSGN cho người bệnh có nhu cầu CSGN mới được phát hiện, không phức tạp
      * CSGN cho người bệnh mạn tính hoặc cấp tính quá nặng hoặc phức tạp để điều trị trong cộng đồng nhưng không đủ nghiêm trọng hoặc phức tạp để yêu cầu chăm sóc cấp trung ương
      * Hội chẩn cho bất kỳ khoa nào trong bệnh viện
      * Kế hoạch xuất viện cho người bệnh về nhà vào cuối đời
      * Nhân viên công tác xã hội và/hoặc chuyên viên tâm lý
      * Nhà thuốc bệnh viện phải dự trữ và phân phối morphin uống tác dụng nhanh theo đơn thuốc N nếu không có nhà thuốc nào khác trong khu vực dự trữ và phân phối thuốc.

## Trạm y tế phường xã

* + - * Bác sĩ hoặc y sĩ có trình độ tương đương ít nhất là CSGN cấp độ cơ bản.
      * Điều dưỡng có trình độ tương đương CSGN cấp độ cơ bản.

### *Dịch vụ CSGN ngoại trú*

* + - * Lập kế hoạch điều trị và khởi đầu CSGN cho người bệnh có nhu cầu CSGN đơn giản.
      * Tiếp tục CSGN đã bắt đầu trong bệnh viện.
      * Giám sát nhân viên y tế cộng đồng.
      * Theo dõi phát hiện các triệu chứng chưa kiểm soát được.
      * Thăm khám tại nhà khi cần.
      * Kê thêm thuốc theo đơn thuốc.
      * Giới thiệu chuyển tuyến đến các cấp cao hơn với những người bệnh đau khổ không thể được kiểm soát đầy đủ ở mức độ cộng đồng.
      * Chăm sóc an dưỡng cuối đời cho người bệnh nội trú tại trạm y tế: tối đa cho một người bệnh tại một thời điểm, nếu gia đình không thể chăm sóc đầy đủ cho người bệnh tại nhà và các triệu chứng được kiểm soát tốt.

## Chăm sóc tại nhà

* + - * Là thành phần quan trọng nhất, không thể thiếu trong hệ thống chăm sóc giảm nhẹ do đa phần mọi người bệnh và gia đình đều muốn được chăm sóc và mất tại nhà nếu có thể. Đây cũng là một trong những mục tiêu hướng tới của Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo tuyên ngôn Astana năm 2018 Tuyên ngôn Astana hướng đến mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn dân (Universal Health Coverage) và mục tiêu phát triển bền vững liên quan đến sức khoẻ (Sustainable Development Goals).
      * Nhân viên y tế cộng đồng đến thăm người bệnh thường xuyên có thể hàng ngày (khi cần thiết) và hoạt động như là tai mắt của các bác sĩ lâm sàng tại trạm y tế phường xã.
      * Thăm khám tại nhà bởi bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, nhà

tâm lý học từ trạm y tế phường xã, bệnh viện các cấp khi cần thiết tùy theo nhu cầu và tùy theo các vấn đề của người bệnh và gia đình.

* + - * Các thành viên của nhóm chăm sóc tại nhà phải có trình độ tương đương ít nhất là chăm sóc giảm nhẹ cấp độ cơ bản.
      * Các kĩ thuật chăm sóc giảm nhẹ gồm các kĩ thuật trình bày trong *Bảng 18* và một số phù hợp danh mục kỹ thuật của tuyến 3, tuyến 4 quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, danh mục kỹ thuật theo Thông tư số 43/2013/ TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
      * Việc thực hiện các kỹ thuật chăm sóc giảm nhẹ tại nhà phải phù hợp với MỤC TIÊU CHĂM SÓC, được thảo luận dựa trên cơ sở hiểu biết của người bệnh và gia đình về tình trạng sức khỏe, thông tin y khoa từ nhóm chăm sóc giảm nhẹ; và được đặt trong sự suy xét các giá trị và mong muốn của người bệnh.

*Bảng 18. Danh mục các chuyên môn kỹ thuật chăm sóc giảm nhẹ thực hiện tại nhà người bệnh*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên kỹ thuật** | **Cơ sở** |
| 1 | Cầm máu (vết thương chảy máu) | DANH MỤC CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT THỰC HIỆN TẠI NHÀ NGƯỜI BỆNH  *(Ban hành kèm theo Thông tư số 21/2019/TT-BYT, ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thí điểm về y học gia đình* |
| 2 | Băng bó vết thương |
| 3 | Chăm sóc vết thương (1 lần) |
| 4 | Xoa bóp phòng chống loét |
| 5 | Dẫn lưu nước tiểu bàng quang |
| 6 | Đặt ống thông dạ dày |
| 7 | Thụt thuốc qua đường trực tràng |
| 8 | Thụt tháo phân |
| 9 | Giải stress cho người bệnh |
| 10 | Khám bệnh |
| 11 | Lấy mẫu xét nghiệm (máu, nước tiểu, phân...) |
| 19 | Tiêm, truyền dịch trong các trường hợp cấp cứu,  chống đau cho người bệnh ung thư |
| 20 | Thay băng, cắt chỉ |
| 21 | Nghiệm pháp đi bộ 6 phút |
| 22 | Hỗ trợ tâm lý, xã hội cho người bệnh và gia đình | Đề nghị thêm |

## Quy trình thao tác chuẩn (SOP) để liên lạc và chuyển bệnh giữa các cấp

- Bất cứ khi nào một người bệnh CSGN sẽ được chuyển từ một cấp của hệ thống chăm sóc sức khỏe sang một cấp khác, một bác sĩ lâm sàng tại cơ sở mà người bệnh sẽ được chuyển đi phải thực hiện các bước sau:

1. Liên lạc với bác sĩ lâm sàng tại cơ sở sẽ tiếp nhận người bệnh trong vòng 24 giờ trước khi chuyển để đưa ra một tóm tắt bằng lời về lý do chuyển và nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ;
2. Viết một bản tóm tắt về trường hợp được chuyển tuyến để gửi kèm với người bệnh đến cơ sở y tế tiếp nhận. Nội dung Tóm tắt bao gồm:

+ Tóm tắt bệnh sử, tiền sử, bao gồm các chẩn đoán chính và phương pháp điều trị hiện tại;

thuốc;

+ Các nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ;

+ Lý do chuyển tuyến;

+ Mục tiêu chăm sóc hiện tại;

+ Tất cả các loại thuốc hiện tại, bao gồm cả liều lượng và chế độ dùng

+ Dị ứng thuốc.

* Khi một người bệnh được chuyển từ bệnh viện về nhà, một bác sĩ lâm

sàng tại bệnh viện nên:

+ Liên lạc với bác sĩ tại trạm y tế phường xã gần nhất với nhà của người bệnh trong vòng 24 giờ trước khi chuyển để đưa một bản tóm tắt bằng lời về lý do chuyển, nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và tần suất thăm khám của nhân viên y tế cộng đồng;

+ Viết tóm tắt về trường hợp như trên;

+ Nếu bác sĩ tại trạm y tế phường xã gần nhất với nhà của người bệnh tin rằng không thể cung cấp đầy đủ CSGN tại nhà của người bệnh, thì bác sĩ tại bệnh viện nên chuyển người bệnh đến bệnh viện quận huyện gần nhất với nhà của người bệnh.

## Viện điều dưỡng/viện dưỡng lão

* + - * Viện điều dưỡng/viện dưỡng lão cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng nội trú cho nhiều người bệnh, bao gồm cả những người bệnh có nhu cầu về chăm sóc giảm nhẹ. Do đó, tất cả các viện dưỡng lão nên có:

+ Một bác sĩ có trình độ tương đương ít nhất là mức cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ tại chỗ hoặc trực từ xa ở mọi thời điểm.

+ Ít nhất một điều dưỡng toàn thời gian có trình độ tương đương ít nhất là mức cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ.

+ Nhân viên xã hội được đào tạo cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ

* + - * Tất cả các mục trong gói thiết yếu của chăm sóc giảm nhẹ (*xem Phần 10.2*) nên được dễ dàng tiếp cận bởi người bệnh trong các viện dưỡng lão.

## Gói thiết yếu về chăm sóc giảm nhẹ

Các biện pháp can thiệp, thuốc và dụng cụ sau đây phải có sẵn ở tất cả các cấp của hệ thống chăm sóc sức khỏe (tất cả các bệnh viện và trạm y tế phường xã).

## Can thiệp

* + - 1. Phòng ngừa và giảm đau và các đau khổ thể chất khác
      2. Phòng ngừa và giảm đau khổ tâm lý
      3. Phòng ngừa và giảm đau khổ xã hội
      4. Phòng ngừa và giảm đau khổ tâm linh

## Thuốc

* + - 1. Amitriptylin, uống
      2. Bisacodyl, uống
      3. Dexamethason, uống & tiêm
      4. Diazepam, uống & tiêm
      5. Diphenhydramin, uống & tiêm
      6. Fluconazol, uống
      7. Fluoxetin, uống
      8. Furosemid, uống và tiêm
      9. Hyoscine butylbromid, uống & tiêm
      10. Haloperidol, uống & tiêm
      11. Ibuprofen uống
      12. Lactulose uống
      13. Loperamid, uống
      14. Metaclopramid, uống và tiêm
      15. Metronidazol, uống - được nghiền nát để sử dụng tại chỗ
      16. Omeprazol, uống
      17. Paracetamol, uống
      18. Gel bôi trơn gốc dầu hỏa

## Trang thiết bị

* + - 1. Nệm giảm áp lực (thảm không mắc tiền chứa bọt, không khí hoặc nước)
      2. Ống dẫn lưu & ống nuôi ăn dạ dày
      3. Ống thông tiểu
      4. Tã người lớn (hoặc vải cô tông và tấm nhựa để làm tã người lớn)

## Tại các bệnh viện

Ngoài các loại thuốc trên, các loại thuốc và thiết bị sau đây nên có sẵn tại tất cả các bệnh viện, bao gồm cả bệnh viện, trung tâm y tế tuyến huyện:

### *Thuốc*

Morphin, uống & tiêm tác dụng nhanh.

### *Trang thiết bị*

Hộp khóa đựng thuốc opioid.

## Tại bệnh viện có chăm sóc trẻ em

### *Nên sẵn có:*

* + - 1. Các chế phẩm dược nhi khoa của paracetamol, ibuprofen, morphin, diazepam
      2. Thuốc mỡ gây tê tại chỗ để ngăn ngừa đau do thủ thuật
      3. Ketamin tiêm để ngăn ngừa đau do thủ thuật hoặc thay băng ngắn hạn

## Tại bệnh viện có điều trị ung thư

Nên có sẵn ondansetron uống và tiêm.

## Hỗ trợ cho một số đối tượng đặc biệt

### *Người bệnh thuộc đối tượng nghèo, khó khăn về kinh tế*

Cần có biện pháp hỗ trợ người bệnh và người chăm sóc nếu họ sống trong

tình trạng nghèo đói:

* Tiền mặt để trang trải nhà ở, học phí cho trẻ em, di chuyển đến các cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc chi phí tang lễ;
* Gói hỗ trợ thực phẩm;
* Hỗ trợ bằng hiện vật (chăn, chiếu ngủ, giày, xà phòng, bàn chải đánh răng, kem đánh răng).

### *Đối tượng cần hỗ trợ tâm linh*

Cần tạo điều kiện cho những người hỗ trợ tâm linh tình nguyện tại địa phương đến nơi chăm sóc khi người bệnh yêu cầu được hỗ trợ tâm linh.

# CÁC PHỤ LỤC

**PHỤ LỤC 1. CÁC THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG HOẠT ĐỘNG**

*Bảng 19. Đối với người bệnh mắc bệnh ung thư: Thang điểm ECOG\**

|  |  |
| --- | --- |
| **MỨC ĐỘ** | **TÌNH TRẠNG HOẠT ĐỘNG ECOG** |
| **0** | Hoàn toàn năng động, có thể thực hiện tất cả các hoạt động như trước khi mắc bệnh mà không bị hạn chế |
| **1** | Bị hạn chế trong hoạt động thể chất nặng nhưng đi lại được và có thể thực hiện công việc có tính chất nhẹ hoặc ít vận động, ví dụ: công việc nhà nhẹ nhàng, công việc văn phòng |
| **2** | Đi lại được và có khả năng tự chăm sóc nhưng không thể thực hiện bất kỳ hoạt động công việc nào; đi lại được trong hơn 50% thời gian thức tỉnh |
| **3** | Khả năng chăm sóc bản thân hạn chế; nằm liệt giường hoặc ghế trên 50% thời gian thức tỉnh |
| **4** | Hoàn toàn không có khả năng hoạt động; không thể tự chăm sóc bản thân; hoàn toàn nằm liệt giường hoặc ghế |
| **5** | Tử vong |

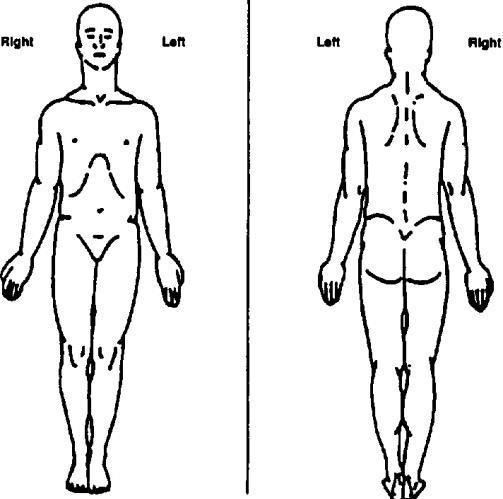
\* *Phát triển bởi Eastern Cooperative Oncology Group, Robert L. Comis, MD, Group Chair. Xem cụ thể tại Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655.*

*Bảng 20. Đối với người bệnh không ung thư: Thang điểm Chức năng Giảm nhẹ (Palliative Performance Scale - PPS)\**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mức độ PPS** | **Đi lại** | **Mức độ hoạt động & Bằng chứng có bệnh** | **Tự chăm sóc** | **Ăn uống** | **Mức độ ý thức** |
| **PPS 100%** | Bình thường | Hoạt động và làm việc bình thường  **Không có bằng chứng**  có bệnh | Bình thường | Bình thường | Bình thường |
| **PPS 90%** | Bình thường | Hoạt động và làm việc bình thường  **Một số bằng chứng** có bệnh | Bình thường | Bình thường | Bình thường |
| **PPS 80%** | Bình thường | Hoạt động bình thường và làm việc *cần sự cố*  *gắng* **Một số bằng chứng** về bệnh tật | Bình thường | Bình thường hoặc giảm | Bình thường |
| **PPS 70%** | Giảm | Không thể hoạt động và làm việc như bình thường  Có bệnh **nghiêm trọng** | Bình thường | Bình thường hoặc giảm | Bình thường |
| **PPS 60%** | Giảm | Không thể làm việc nhà và các công việc theo ý muốn  Có bệnh **nghiêm trọng** | Đôi khi cần hỗ trợ | Bình thường hoặc giảm | Bình thường hoặc lẫn lộn |
| **PPS 50%** | Phần lớn là ngồi/nằm | Không thể làm bất kỳ công việc  Bệnh tiến triển | Cần hỗ trợ nhiều | Bình thường hoặc giảm | Bình thường  hoặc lơ mơ hoặc lẫn lộn |
| **PPS 40%** | Phần lớn nằm liệt giường | Không thể làm hầu hết các hoạt động  Bệnh tiến triển | Chủ yếu cần hỗ trợ | Bình thường hoặc giảm | Bình thường hoặc lơ mơ  +/- lẫn lộn |
| **PPS 30%** | Hoàn toàn nằm liệt giường | Không thể làm hầu hết các hoạt động Bệnh tiến triển | Cần được chăm sóc hoàn toàn | Giảm | Bình thường hoặc lơ mơ  +/- lẫn lộn |
| **PPS 20%** | Hoàn toàn  nằm liệt giường | Không thể làm hầu hết  các hoạt động Bệnh tiến triển | Cần được  chăm sóc hoàn toàn | Từng miếng nhỏ | Bình thường hoặc lơ mơ  +/- lẫn lộn |
| **PPS 10%** | Hoàn toàn nằm liệt  giường | Không thể làm hầu hết các hoạt động  Bệnh tiến triển | Cần được chăm sóc  hoàn toàn | Chỉ chăm sóc miệng | Lơ mơ hoặc hôn mê |
| **PPS 0%** | Tử vong | - | - | - | - |

\* *Hướng dẫn: Mức điểm PPS được xác định bằng cách đọc từ trái sang phải để tìm mức độ “phù hợp theo chiều ngang tốt nhất” Bắt đầu từ cột bên trái, đọc xuống dưới cho đến khi xác định được mức độ đi lại hiện tại, sau đó, đọc qua đến tiếp theo và xuống dưới cho đến khi xác định được từng cột. Do đó, các cột “bên trái” được ưu tiên hơn các cột “bên phải”.*

# PHỤ LỤC 2. BẢNG KIỂM ĐAU RÚT GỌN\*



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ngày: | |  |  |  | |  |  | |  | |  | | Tên nghiên cứu: (sử dụng khi cần) | | | | | | | |
|  |  | (Ngày) | | | (tháng) | | |  | |  | (năm) |  | |  | |  | | |  |  |
| Tên người bệnh: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mã số nghiên cứu: (Sử  dụng khi cần) | | | | | | |  | |  | |  | |  | Số nghiên cứu: (Sử dụng khi cần) | | | | | | |
| **Bảng kiểm đau rút gọn** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Trong suốt cuộc đời, phần lớn chúng ta đôi khi có cơn đau (ví dụ như đau đầu nhẹ, bong gân và  đau răng). Hôm nay, quý vị có cơn đau nào khác với các loại cơn đau thông thường này hay không? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Có |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | | Không | | |  |  |
| 2. Trong biểu đồ, hãy cho biết các vùng mà quý vị cảm thấy đau. Hãy đánh dấu “X” vào vùng gây đau nhất.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Phải | | | Mặt trước | | | Trái | |  |  |  | | Trái | | Mặt sau | | | Phải |  |
| 3. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả đúng nhất  tình trạng đau **tệ nhất** của quý vị trong 24 giờ qua. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả đúng nhất  tình trạng đau **nhẹ nhất** của quý vị. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả đúng nhất  tình trạng đau **vừa phải** của quý vị. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả tình trạng  đau của quý vị nhiều như thế nào **ngay lúc này** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | | | 3 | | |  | | 4 5 |  | 6 | |  | 7 | |  | 8 | 9 | 10 |

\* Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Không đau | | |  | Đau tới mức không thể tưởng tượng được | | | | | | |
| 7. Quý vị đang nhận được phương thức điều trị cơn đau hoặc thuốc giảm đau nào? | | | | | | | | | | |
| \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | | | |
| 8. Trong 24 giờ qua, phương thức điều trị cơn đau hoặc thuốc giảm đau đã giúp quý vị giảm bớt cơn đau nhiều ở mức độ như thế nào? Xin khoanh tròn vào mức phần trăm cho biết chính xác nhất mức  độ **giảm đau** mà quý vị đã nhận được. | | | | | | | | | | |
| 0% 10% 20%    Không giảm đau | | | 30% | 40% | 50% |  | 60% | 70% | 80% 90% 100%    Hoàn toàn giảm đau | |
| 9. Hãy khoanh tròn vào chữ số mô tả cơn đau đã gây trở ngại như thế nào trong 24 giờ trước thông  qua: | | | | | | | | | | |
| A. Sinh hoạt thông thường của quý vị | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |
| B. Tinh thần của quý vị | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |
| C. Khả năng đi lại của quý vị | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |
| D. Công việc bình thường (bao gồm cả công việc bên ngoài và trong nhà) | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |
| E. Các mối quan hệ với những người khác | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |
| F. Giấc ngủ | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |
| G. Tận hưởng cuộc sống | | | | | | | | | | |
| 0  Không gây trở ngại | 1 | 2 | 3 | 4 5 |  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10  Gây trở ngại hoàn toàn |

# PHỤ LỤC 3. THANG ĐO KẾT QUẢ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ DÀNH CHO NGƯỜI VIỆT NAM (VietPOS)

**Thang đo kết quả chăm sóc giảm nhẹ dành cho người Việt Nam\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HỎI NGƯỜI BỆNH** | | | |
| **Q1.** Hãy đánh giá mức độ đau của bạn (từ 0 = không đau đến 5 = đau kinh khủng) trong vòng 3 ngày qua | 0 ( không đau) -5 (đau quá nặng/đau kinh khủng)  □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| **Q2.** Ngoài đau ra, nếu bạn có triệu chứng thể chất | 0 (không gây khó chịu chút nào) | | |
| nào khác, những triệu chứng này gây khó chịu như | - 5 (gây khó chịu kinh khủng) | | |
| thế nào trong vòng 3 ngày qua? |  | | |
| 1. Thiếu sức lực hoặc mệt | □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| 2. Các vấn đề ở miệng ( khô miệng, đau) | □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| 3. Khó thở | □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| 4. Buồn nôn, nôn | □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| 5. Ăn không ngon miệng | □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| 6. Các triệu chứng khác | □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| **Q3.** Bạn có cảm thấy lo lắng trong vòng 3 ngày vừa qua không? | □ 0 | 0( Không chút nào) 5( vô cùng lo lắng)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ 5 |
| **Q4.** Bạn có thấy buồn trong vòng 3 ngày qua không? | □ 0 | 0( Không buồn chút nào) 5( vô cùng buồn)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ 5 |
| **Q5.** Trong vòng 3 ngày qua, bạn có cảm thấy bị từ bỏ hoặc bị kỳ thị bởi căn bệnh của bạn không? | □ 0 | 0 ( Không chút nào) 5 ( vô cùng nhiều)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ 5 |
| **Q6.** Trong 3 ngày vừa qua, bạn có thấy được hỗ trợ tình cảm bởi gia đình và bạn bè không? | 0 (Không chút nào)  5 ( có, tôi được hỗ trợ đầy đủ)  □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| **Q7.** Trong vòng 3 ngày qua, bạn có lo lắng về việc thiếu tiền để đáp ứng những nhu cầu cơ bản của bạn hoặc của gia đình bạn không? ( ví dụ của những nhu cầu cơ bản là điều trị, thức ăn, tiền học phí, đi lại,  thuê nhà…) | 0 ( Không lo lắng chút nào) 5 ( Vô cùng lo lắng)  □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | |
| **Q8.** Trong 3 ngày vừa qua, bạn có cảm thấy bình yên không? | □ 0 | 0 ( Không chút nào) 5 (Có, mọi lúc)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ 5 |

*\* Phát triển bởi: Nhóm tác giảm ThS BS Phạm Thị Vân Anh, PGS TS BS Eric Krakauer, GS TS Richard Harding*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q9**. Trong vòng 3 ngày qua, bạn có nhận được nhiều thông tin mà bạn muốn về bệnh tật của mình không? | □ 0 | 0 ( Không chút nào )  5 ( Nhiều như mong muốn)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | | | | □ 5 |
| **Q10**. Trong số những điều đáng quan tâm đã nói đến ở trên hay những điều đáng quan tâm khác, điều gì là những mối quan tâm chính của bạn trong vòng 3 ngày qua? | 1  2  3. | | | | | |
| **HỎI NGƯỜI CHĂM SÓC TRONG GIA ĐÌNH** | | | | | | |
| **Q11.** Trong 3 ngày vừa qua, bạn có nhận được nhiều thông tin như bạn mong muốn về bệnh tật của người bệnh không? | □ 0 | 0 ( Không chút nào)  5 ( Nhiều như mong muốn)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | | | | □ 5 |
| **Q12.** Trong vòng 3 ngày qua, bạn và gia đình bạn có được tất cả những sự giúp đỡ thiết thực mà bạn cần để chăm sóc cho người bệnh không (chăm sóc điều dưỡng hay những lời khuyên về việc chăm sóc)  ? | 0 ( Không chút nào)  5 ( Có tất cả mọi sự hỗ trợ cần thiết)  □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | | | | |
| **Q13.**Trong vòng 3 ngày qua, bạn có cảm thấy lo lắng không? | □ 0 | 0 ( Không chút nào) 5 ( Vô cùng lo lắng)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | | | | □ 5 |
| **Q14.** Trong vòng 3 ngày qua, bạn có cảm thấy buồn (trầm cảm) không? | □ 0 | 0 ( Không chút nào) 5 ( Vô cùng buồn)  □1 □ 2 □ 3 □ 4 | | | | □ 5 |
| **Q15.** Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng về thể chất nào gây ra bởi việc chăm sóc cho người bệnh, những triệu chứng này đã làm phiền bạn thế nào trong 3 ngày qua   1. Đau 2. Thiếu sức lực hoặc mệt mỏi 3. Khó ngủ 4. Các triệu chứng khác: | 0 (không gây khó chịu chút nào) | | | | | |
| - 5 **(**gây khó chịu kinh khủng**)** | | | | | |
| □ 0 | □1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |
| □ 0 | □1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |
| □ 0 | □1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |
| □ 0 | □1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |
| **Q16.**Trong vòng 3 ngày qua, bạn có lo lắng về việc thiếu tiền chi trả cho những nhu cầu cơ bản của bạn và gia đình bạn không? ( ví dụ của những nhu cầu cơ bản là điều trị, thức ăn, tiền học phí,  đi lại, thuê nhà…) | 0 ( Không lo lắng chút nào) 5 ( Vô cùng lo lắng)  □ 0 □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | | | | |

# PHỤ LỤC 4.

**ĐÁNH GIÁ NGẮN TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG Y KHOA (QHASW 1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên người bệnh |  | Khoa/đơn vị |
| Tuổi |  | Bác sĩ chính |
| Chẩn đoán |  | Ngày đánh giá |
| Giới tính | Nam/Nữ/LGBT |  |

## MỨC ĐỘ ĐÁNH GIÁ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Rất khủng hoảng** | **Dễ tổn thương** | **Tạm ổn** | **Ổn** | **Rất tốt** |

**Giáo dục và khả năng nhận thức**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Giáo dục và khả năng nhận thức | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hoàn cảnh xã hội | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nguồn lực hỗ trợ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tình trạng tâm lý | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Trạng thái cảm xúc | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sức khỏe tâm thần | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Môi trường sống | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Di chuyển | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| An toàn người bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hành vi sức khỏe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nhu cầu chăm sóc | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**VẤN ĐỀ**

**Tóm tắt vấn đề và can thiệp**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Những vấn đề người bệnh và gia đình gặp phải** | **Xếp loại ưu tiên** | **Tiến độ can thiệp** | **Kết quả đạt được** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Người thực hiện: Ngày

# PHỤ LỤC 5.

**ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG Y KHOA (QHSWA 2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên người bệnh |  | Khoa/đơn vị |  |
| Tuổi |  | Bác sĩ chính |  |
| Chẩn đoán |  | Ngày đánh giá |  |
| Giới tính | Nam/Nữ/LGBT |  |  |

## Giáo dục và khả năng nhận thức

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Giáo dục | | | | |
| Không biết chữ | Không được đi học | Có vấn đề về học tập | Có vấn đề về chức năng nhận thức | |
| Ghi chú: |  | | | |
| Nếu đang đi học, tình trạng học tập | | | | |
| Đang đi học | Nghỉ ốm | Nghỉ phép dài hạn | Phải bỏ học | Giám đoạn tạm thời |
| Nhận xét: |  | | | |

**VẤN ĐỀ XÃ HỘI VÀ NGUỒN LỰC HỖ TRỢ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Người đại diện đưa ra quyết định | | | | | | | | | |
| Tên |  | | | | | | | | |
| Quan hệ với người bệnh | | Vợ/chồng | | Con cái | | Cha mẹ | | Người thân | |
| Nhận xét: |  | | | | | | | | |
| Hệ thống hỗ trợ | | | | | | | | | |
| Tốt | Tạm | | Tệ | |  | | | | |
| Nhận xét: |  | | | | | | | | |
| Hoàn cảnh xã hội và pháp lý | | | | | | | | | |
| Tiền án | Tiền sự | | Ở tù | | Án treo | | Bị kì thị | | Nghèo khó |
| Nhận xét: |  | | | | | | | | |
| Nguy cơ kiệt sức của người chăm sóc | | | | | | | | | |
| Cao | Trung bình | | Thấp | |  | | | | |
| Nhận xét: |  | | | | | | | | |

**TÌNH TRẠNG TÂM LÝ VÀ CẢM XÚC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tình trạng tâm thần | | | | | | | |
| Tỉnh táo | | Định hướng tốt | | Ngủ gà | | Không phản ứng/mê | |
| Nhận xét: |  | | | | | | |
| Trạng thái cảm xúc | | | | | | | |
| Lo âu | Kích động | | Trầm uất | Rơi lệ | Giận dữ | | Sốc |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nhận xét: |  | | | | |
| Vấn đề tâm lý (điểm theo thang đo) | | | | | |
| Trầm cảm | Rối loạn lo âu | | Rối loạn căng thẳng sau sang chấn | Khủng hoảng | Tự hại/tự sát |
|  |  | |  |  |  |
| Nhận xét |  | |  |  |  |
| Tiền sử bệnh tâm thần của gia đình | | | | | |
| Có | Không | |  | | |
| Tiền sử nghiện chất kích thích của người bệnh hoặc thành viên trong gia đình | | | | | |
| Có | Không |  | | | |
| Khả năng đưa ra quyết định | | | | | |
| Tốt | Không tốt | | Cần đánh giá thêm |  | |

**Tài chính và công việc**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Các gói bảo hiểm | | | | | | |
| Bảo hiểm hộ nghèo | Bảo hiểm nhà nước đúng tuyến | | | Bảo hiểm nhà nước không đúng tuyến | | Bảo hiểm tư nhân |
| Tình hình tài chính | | | | | | |
| Đầy đủ | | Vừa đủ | Có vay mượn | | Khủng hoảng | |
| Ghi chú: |  | | | | | |
| Tình trạng nghề nghiệp | | | | | | |
| Đang đi làm | | Nghỉ ốm | Nghỉ mất sức | | Về hưu | |
| Nhận xét: |  | | | | | |

**Môi trường sống và di chuyển**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Điều kiện sống | | | | | | | |
| Tự sống một mình tại nhà riêng | Ở nhà và có người chăm | Ở nhà  nhưng ban ngày đi viện | | Ở nhà có dịch vụ  chăm sóc tại nhà | | Viện chăm  sóc hay dưỡng lão | Trung tâm  phục hồi chức năng |
| Bệnh viện tâm thần | Trung tâm cai nghiện | | Mái ấm | Trại giam | | Vô gia cư | Khác |
| Nhận xét: |  | | | | | | |
| Người chăm sóc chính | | | | | | | |
| Vợ/ chồng | Con | Người quen thân | | Hàng xóm | Thuê ngoài | | Không có ai |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nhận xét: |  | | | |
| Di chuyển đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế gần nhất | | | | |
| Thuận tiện | Tương đối thuận tiện | Thỉnh thoảng khó khăn | Tương đối khó khăn | Rất khó khăn |
| Nhận xét: |  | | | |

**CÁC VẤN ĐỀ VỀ AN TOÀN NGƯỜi BỆNH VÀ HÀNH VI SỨC KHỎE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Là nạn nhân của các dạng bạo hành và xâm phạm | | | | | | | |
| Bạo hành thể chất | | Bạo hành tinh thần | | Xâm hại tình dục | Bỏ rơi và xao nhãng | | Bạo hành gia đình |
| Nhận xét: | |  | | | | | |
| Nguy cơ té ngã (nếu là người cao tuổi) | | | | | | | |
| Điểm thang đo | |  | | | | | |
| Nhận xét: | |  | | | | | |
| Hành vi sức khỏe nguy cơ | | | | | | | |
| Nghiện rượu | Nghiện chất | | Quan hệ tình dục không an toàn | | Lạm dụng thuốc | Không tuân thủ điều trị | |
| Nhận xét: | |  | | | | | |

**Nhu cầu chăm sóc**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tình trạng chức năng | | | | | | | | |
| Tự lập | | | Tự dùng dụng cụ hỗ trợ | | Cần một chút hỗ trợ | | Phụ thuộc | |
| Nhận xét: |  | | | | | | | |
| Mức độ biết của người bệnh và gia định về chẩn đoán và tiên lượng | | | | | | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 |
| Ghi chú: |  | | | | | | | |
| Mục tiêu chăm sóc hiện tại | | | | | | | | |
| Điều trị | | | Phục hồi | | Kéo dài sự sống | | Giảm nhẹ | |
| Mong ước của người bệnh liên quan tới mục tiêu và địa điểm chăm sóc | | | | | | | | |
| …  …  … | | | | | | | | |
| Mục tiêu và mong đợi dành cho bệnh viện từ phía người bệnh và gia đình | | | | | | | | |

…

…

…

**Bảng đánh giá vấn đề và can thiệp**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Những vấn đề người bệnh và gia đình gặp phải** | **Hướng can thiệp và các kĩ thuật sử dụng** | **Xếp**  **loại ưu tiên** | **Tiến độ can thiệp** | **Kết quả đạt được** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người thực hiện:** |  | **Ngày** |

**PHỤ LỤC 6.**

**DANH MỤC THUẬT NGỮ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Thuật ngữ** | **Chú giải** |
| **An thần giảm nhẹ (palliative sedation)** | Liệu pháp an thần để làm dịu đi các triệu chứng dai dẳng khó trị ở một người bệnh đang hấp hối (được cho phép). |
| **An tử (euthanasia)** | Chủ ý trực tiếp gây ra cái chết của người bệnh (vô đạo đức và bất hợp pháp). |
| **Bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn dân (Universal health coverage** - **UHC)** | UHC cung cấp cho người dân các dịch vụ sức khỏe cần thiết, đồng thời bảo vệ họ không gặp khó khăn về tài chính khi sử dụng các dịch vụ này. Dịch vụ sức khỏe được định nghĩa rộng bao gồm: chủ động nâng cao sức khoẻ (chính sách chống hút thuốc lá, chuẩn bị cấp cứu), các hoạt động phòng bệnh (như tiêm chủng) và cung cấp phương thức điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ ( như giảm nhẹ triệu chứng và chăm sóc cuối đời) có chất lượng đủ để có hiệu quả. |
| **Bệnh giới hạn sự sống (life-limiting condition)** - **bệnh đe dọa sự sống (life - threatening condition)** | Bệnh giới hạn sự sống là các tình trạng không có phương pháp điều trị và cái chết là điều không thể tránh khỏi, ở giai đoạn trẻ nhỏ hoặc giai đoạn đầu người trưởng thành  Bệnh đe dọa sự sống là các tình trạng có khả năng có phương pháp điều trị khỏi hoặc làm bệnh thoái lui, tuy nhiên việc thất bại với phương pháp này sẽ dẫn đến cái chết. |
| **Bệnh không lây** | Một bệnh hay tình trạng y khoa không lây hay truyền nhiễm từ người sang người, ví dụ như bệnh tim, đột quỵ, ung thư, đái tháo đường và bệnh phổi mạn tính. |
| **Bệnh nặng nghiêm trọng (serious illness) - hiểm nghèo (critical illness)** | Bệnh nặng nghiêm trọng/hiểm nghèo là tình trạng sức khỏe (cấp hoặc mạn tính) có nguy cơ tử vong cao, gây ra những đau khổ nghiêm trọng liên quan sức khỏe VÀ hoặc có tác động tiêu cực đến hoạt động chức năng hàng ngày hoặc chất lượng cuộc sống của một người HOẶC gây căng thẳng quá mức cho người chăm sóc của họ. |
| **Các dịch vụ y tế lồng ghép** | Các dịch vụ y tế được quản lý và cung cấp mô hình y tế với sự đảm bảo rằng người dân nhận được một cách liên tục các dịch vụ tăng cường sức khỏe, phòng chống bệnh tật, chẩn đoán, điều trị, kiểm soát bệnh tật, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ, ở các mức độ và cơ sở chăm sóc khác nhau trong hệ thống y tế, và đáp ứng theo nhu cầu người bệnh xuyên suốt cuộc đời. |
| **Các giai đoạn phát triển** | Những độ tuổi mà trẻ em có thể thực hiện được các nhóm những nhiệm vụ chuyên biệt theo mức độ phức tạp tăng dần, do sự phát triển hoàn thiện dần của các nhóm những kỹ năng hoạt động. |
| **Các vấn đề sức khoẻ bẩm sinh nghiêm trọng** | Là những vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng xuất hiện từ lúc mới sinh hoặc chu sinh. Ví dụ: bao gồm các bất thường giải phẫu hoặc sinh lý nghiêm trọng và các chấn thương chu sinh. |
| **Các vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng** | Là các bệnh, những khuyết tật hoặc các triệu chứng, mạn tính hoặc cấp tính làm giảm đáng kể chất lượng sống của người bệnh hoặc khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Ví dụ như ung thư và suy các cơ quan chính yếu; các bệnh nhiễm trùng đe dọa tính mạng hoặc suy yếu cơ thể như  HIV/AIDS, lao đa kháng thuốc hoặc Ebola; các chấn thương |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | nghiêm trọng; bất thường bẩm sinh nghiêm trọng hoặc cực nhẹ cân; và nhiều bệnh đồng mắc. |
| **Chăm sóc an dưỡng cuối đời (Hospice care)** | Là một loại hình chăm sóc sức khỏe tập trung vào việc giảm nhẹ cơn đau và các triệu chứng thể chất của người bệnh mắc bệnh mạn tính không chữa khỏi ở gần giai đoạn cuối của cuộc đời (tiên lượng sống còn thường nhỏ hơn hoặc bằng 6 tháng). Loại hình chăm sóc này còn đáp ứng các nhu cầu về tình cảm, tâm lý, xã hội và tâm linh của họ vào cuối cuộc đời. Chăm sóc an dưỡng cuối đời tập trung vào sự thoải mái và chất lượng cuộc sống hơn là các điều trị kéo dài sự sống, có khả năng gây ra nhiều nguy hại hoặc không phù hợp với mục tiêu chăm sóc của người bệnh. Chăm sóc an dưỡng cuối đời có thể cung cấp tại nhà người bệnh hoặc tại nhà an dưỡng cuối đời. |
| **Chăm sóc giảm nhẹ** | CSGN là hình thức chăm sóc sử dụng các bằng chứng khoa học tốt nhất để ngăn ngừa và giảm nhẹ bất kỳ đau khổ nào về thể chất, tâm lý, xã hội hay tâm linh mà người lớn hoặc trẻ em đang sống với các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Đây là hình thức chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, đồng hành cùng người bệnh và gia đình trong suốt quá trình bệnh, kể cả giai đoạn cuối đời, tối ưu hóa chất lượng cuộc sống tốt nhất và nhân phẩm toàn vẹn nhất. Đây là thành phần thiết yếu của chăm sóc toàn diện cho người bệnh mắc vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, và phải được tiếp cận dễ dàng ở mọi cấp độ của hệ thống y tế và ngay tại nhà người bệnh. Chăm sóc giảm nhẹ chuyên khoa cần được cung cấp ở các bệnh viện đa khoa và trung tâm ung thư trọng điểm; chăm sóc giảm nhẹ trung cấp nên được cung cấp bởi bác sĩ chuyên khoa nội, y học gia đình, nhi khoa, ung thư, huyết học, và những chuyên khoa khác trong bệnh viện; chăm sóc giảm nhẹ cơ bản nên được cung cấp bởi nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu trong cộng đồng. |
| **Chăm sóc giảm nhẹ - chuyên sâu (specialist palliative care)** | Ngăn ngừa, đánh giá và làm thuyên giảm bất kỳ loại đau khổ nào, ở mọi mức độ trầm trọng và cấp độ phức tạp bởi nhân viên y tế được huấn luyện chuyên sâu về chăm sóc giảm nhẹ. |
| **Chăm sóc giảm nhẹ - cơ bản (basic palliative care)** | Đánh giá cơ bản về đau khổ thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh; làm giảm nhẹ những nỗi đau dễ thuyên giảm, và chuyển người bệnh đến cơ sở chăm sóc giảm nhẹ trung cấp hoặc chuyên khoa để xử trí các đau khổ phức tạp hoặc kháng trị. |
| **Chăm sóc giảm nhẹ - trung cấp**/**nâng cao (intermediate palliative care)** | Phòng ngừa, đánh giá và làm thuyên giảm các nỗi đau có thể dễ dàng ngăn ngừa hay giảm nhẹ, hoặc vấn đề phức tạp và kháng trị hơn, một thành phần của chăm sóc chuyên khoa cho người bệnh mắc vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. |
| **Chăm sóc sức khỏe ban đầu** | Chăm sóc sức khỏe thiết yếu dựa trên các phương pháp và công nghệ, khoa học hiện có và được xã hội chấp nhận. Đây là chức năng trọng tâm và là tiêu điểm chính của hệ thống y tế của đất nước, cần thiết cho sự phát triển chung về kinh tế và xã hội của cộng đồng, là cấp độ tiếp xúc đầu tiên với hệ thống y tế quốc gia và mang chăm sóc sức khỏe đến gần nhất có thể với nơi người dân sống và làm việc. Dịch vụ chăm sóc này cần được tiếp cận dễ dàng đối với từng cá nhân và gia đình trong cộng đồng, với chi phí hợp lý. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Chất lượng cuộc sống** | Mức độ nhận thức của mỗi người về tình trạng sức khỏe nói chung hoặc mức độ khỏe mạnh, thoải mái và hạnh phúc. |
| **Chỉ thị chăm sóc y tế cho tương lai (advance directive)** | Một vản bản ghi nhận rõ:  Những giá trị hoặc sự ưu tiên của người bệnh về việc chăm sóc trong giai đoạn cuối đời.  Cách đưa ra những quyết định y khoa trong trường hợp người bệnh mất khả năng tự quyết. |
| **Chia sẻ việc ra quyết định (shared decision-making)** | Là một quá trình theo đó các chuyên gia về chăm sóc sức khỏe cùng với người bệnh hoặc người quyết định thay thế cho người bệnh thảo luận và làm rõ chẩn đoán, tiên lượng và các giá trị của người bệnh; sau đó cố gắng đi đến đồng thuận về các mục tiêu và kế hoạch chăm sóc cụ thể cho người bệnh. |
| **Chuyên gia chăm sóc giảm nhẹ** | Người bác sĩ, điều dưỡng hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe lâm sàng khác với công việc chủ yếu là cung cấp chăm sóc giảm nhẹ, đã được đào tạo chuyên khoa hoặc có nhiều kinh nghiệm lâm sàng trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ. |
| **Cơn đau cấp tính** | Cơn đau tạm thời, thường khởi phát đột ngột, và thường có nguyên nhân rõ ràng như phẫu thuật, chấn thương, hoặc nhiễm trùng. |
| **Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ đặc biệt** | Một nhóm liên ngành gồm những thành viên được đào tạo chuyên khoa hoặc có nhiều kinh nghiệm về chăm sóc giảm nhẹ; và có chuyên môn trong việc ngăn ngừa và giảm bớt những đau khổ phức tạp hoặc khó chữa ở người lớn và trẻ em, những đối tượng gặp phải các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng ở một hoặc nhiều cơ sở (người bệnh nội trú, ngoại trú, chăm sóc tại nhà); và có thể cung cấp đào tạo và hội chẩn tham vấn chăm sóc giảm nhẹ. |
| **Đau buồn phức tạp (complicated grief)** | Sự lo âu phiền muộn không dứt sau khi người thân qua đời kéo dài ít nhất 6 tháng, làm suy giảm chức năng xã hội và sức khỏe thể chất, khó khăn trong việc chấp nhận cái chết người thân và cảm thấy cuộc sống trống rỗng hoặc không có mục đích. |
| **Đau khổ** | Là một trạng thái đã trải qua nỗi đau đớn về thể chất, cảm xúc, xã hội hoặc tâm linh, khó chịu hoặc khổ sở do bệnh tật, sang chấn, mất mát, thiếu thốn gây ra. |
| **Đau khổ nghiêm trọng liên quan sức khỏe (serious health-related suffering)** | Đau khổ liên quan đến sức khỏe khi có liên quan hoặc gây ra bởi bệnh tật hoặc thương tật dưới bất kỳ hình thức nào.  Đau khổ nghiêm trọng khi không thể được giảm nhẹ nếu không có sự can thiệp chuyên nghiệp và khi đau khổ ảnh hưởng đến chức năng thể chất, xã hội, tâm linh và/hoặc tình cảm. Hay còn được hiểu là đau khổ liên quan đến các nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ. |
| **Đau khổ tâm linh** | Những đau khổ từ các vấn đề tâm linh như khủng hoảng hoặc mất niềm tin hoặc mất ý nghĩa cuộc sống. |
| **Đau khổ xã hội** | Những đau khổ từ các vấn đề xã hội như cực kỳ nghèo, thiếu nơi ăn chốn ở, kỳ thị, phân biệt đối xử, cô lập xã hội |
| **Điều trị duy trì sự sống** | Các phương pháp điều trị được thiết kế để kéo dài sự sống hoặc ngăn ngừa cái chết như hồi sức tim phổi, thông khí cơ học, lọc máu, hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo và truyền dịch… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Đồng hành** | Thăm khám người bệnh chân thành và thường xuyên. Trái nghĩa với bỏ rơi người bệnh. |
| **Đồng thuận sau khi được thông tin (informed consent)** | Quá trình thông báo với người bệnh và gia đình giúp họ hiểu được về chẩn đoán và các phương pháp điều trị nếu họ muốn biết và hỗ trợ họ quyết định được điều trị tốt nhất. |
| **Đơn vị chăm sóc giảm nhẹ** | Là một thành phần của cơ sở chăm sóc sức khỏe nội trú; có thể là một địa điểm, khoa, phòng hoặc dãy giường bệnh dành cho chăm sóc giảm nhẹ, nơi một nhóm liên ngành về chăm sóc giảm nhẹ làm việc. |
| **Giá trị của người bệnh** | Những điều có ảnh hưởng nhất hoặc quan trọng nhất đối với người bệnh. Ví dụ có thể bao gồm việc tránh hoặc làm giảm sự đau khổ, dành thời gian với những người thân yêu, được ở nhà, giữ các nghi lễ tôn giáo hoặc văn hóa.… |
| **Hỗ trợ sau mất người thân (Bereavement support)** | Tham vấn về phương diện tâm lý, tâm linh hoặc các hỗ trợ khác về mặt cảm xúc cho những người đang đau buồn sau sự qua đời của người thân. |
| **Hỗ trợ tâm linh** | Những việc làm làm giảm bớt đau khổ tâm linh như hỗ trợ tham vấn tín ngưỡng cho những ai bị khủng hoảng mất niềm tin hoặc mất ý nghĩa cuộc sống, nghi thức tôn giáo để giải tội hoặc hỗ trợ nhìn nhận lại cuộc đời …. |
| **Hỗ trợ xã hội** | Những việc làm làm giảm sự đau khổ xã hội như cung cấp khẩu phần ăn cho các người bệnh và thân nhân người bệnh không có thức ăn dinh dưỡng; hỗ trợ chi phí di chuyển đến dịch vụ chăm sóc sức khoẻ khi không thể chi trả, hoặc học phí cho thân nhân của người bệnh khi không thể chi trả, nỗ lực sắp xếp các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ miễn phí hoặc chi phí phải chăng cho các gia đình có nguy cơ khánh kiệt do phải tự chi trả chi phí y tế; thường xuyên đến thăm viếng những người bị kỳ thị hoặc cô lập xã hội. |
| **Không làm hại (non- maleficence)** | Không làm hại hay gây ra tổn thương cho người khác. |
| **Làm lợi** | Làm điều tốt, hoặc hành động theo cách mang lại điều tốt đẹp cho người khác. |
| **Lập kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai (advance care planning)** | Tiến trình thực hiện việc thảo luận và làm rõ giúp người bệnh hiểu rõ tình trạng bệnh của mình qua các giai đoạn, xác định những giá trị và sự ưu tiên của người bệnh về việc chăm sóc trong giai đoạn cuối đời, hoặc thảo luận về cách đưa ra những quyết định y khoa trong trường hợp người bệnh mất khả năng tự quyết. |
| **Lấy con người làm trung tâm** | Tập trung vào người bệnh một cách toàn diện bao gồm các phương diện thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh, không phải chỉ chú ý đến căn bệnh cụ thể hay các hệ thống cơ quan, đồng thời cũng lưu tâm đến gia đình của người bệnh. |
| **Liệu pháp điều trị thay đổi bệnh** | Những liệu pháp điều trị nhằm mục đích chữa khỏi hoặc kiểm soát các bệnh cụ thể. |
| **Lồng ghép vào hệ thống y tế** | Xây dựng thành phần mới trong một hệ thống y tế sẵn có. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mục tiêu chăm sóc** | Những mục tiêu chính hoặc trọng tâm của việc chăm sóc, như “chữa bệnh”, “làm dễ chịu”, “kéo dài sự sống đồng thời cải thiện tối đa chất lượng sống”.v.v… |
| **Nhà an dưỡng cuối đời (hospice)** | Một tổ chức hoặc cơ quan dành riêng cho việc cung cấp chăm sóc giảm nhẹ nội trú hoặc ngoại trú cho các người bệnh gần giai đoạn cuối của cuộc đời (tiên lượng sống còn thường nhỏ hơn hoặc bằng 6 tháng). |
| **Nhân phẩm (dignity)** | Phẩm chất, trạng thái hoặc cảm giác xứng đáng, được tôn trọng hoặc kính nể. |
| **Nhân viên y tế thôn bản (Community health workers (CHWs))** | Là những thành viên của cộng đồng nơi họ làm việc, nên được lựa chọn bởi cộng đồng, có thể giải trình được với cộng đồng về những hoạt động của mình, nên được hỗ trợ bởi hệ thống y tế nhưng không nhất thiết thuộc về hệ thống y tế, và có thời gian được đào tạo ngắn hơn các nhân viên chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp. |
| **Nhị trùng** | Sở hữu hai động cơ chính yếu tại cùng một thời điểm |
| **Nhóm liên chuyên ngành (multidisciplinary team)** | Các thành viên từ nhiều lĩnh vực nghề nghiệp khác nhau với kĩ năng và sự huấn luyện khác nhau làm việc cùng nhau để đạt được điều mà riêng mỗi người không làm được. |
| **Nhóm liên ngành chăm sóc giảm nhẹ** | Một nhóm liên ngành, có các thành viên được đào tạo tối thiểu là chăm sóc giảm nhẹ cơ bản, được thành lập để ngăn ngừa và giảm bớt bất kỳ đau khổ nào của người lớn và trẻ em sống với các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng ở một hoặc nhiều cơ sở (người bệnh nội trú, ngoại trú, chăm sóc tại nhà). |
| **Suy yếu**/**Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty)** | Trạng thái yếu đuối, mong manh và dễ tổn thương đặc trưng do tuổi cao hoặc bệnh tiến triển. |
| **Sức khỏe** | Trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, không phải chỉ đơn thuần là không có bệnh hay tật. |
| **Thang đo kết quả chăm sóc giảm nhẹ dành cho người Việt Nam (Vietnam Palliative Outcome Scale**  - **VietPOS)** | Là phiên bản đã được thích ứng và kiểm định về mặt ngôn ngữ và văn hóa dành cho người Việt Nam của Thang đo Kết quả Giảm nhẹ - Palliative Outcome Scale (POS) phát triển bởi Viện nghiên cứu về chăm sóc giảm nhẹ Cicely Saunders dành cho dân số chăm sóc giảm nhẹ |
| **Trẻ em** | Những người chưa đến sinh nhật lần thứ 18/dưới 18 tuối. |
| **Tuân thủ điều trị** | Người bệnh có khả năng duy trì hoặc hoàn thành chế độ điều trị theo quy trình để có kết quả điều trị tốt nhất có thể. |
| **Tự tử có sự trợ giúp của bác sĩ (Physician-assisted suicide) hoặc trợ giúp của bác sĩ trong cái chết của người bệnh (physician aid in dying)** | Chủ ý giúp người bệnh chấm dứt cuộc sống của cô ấy/anh ấy bằng cách kê đơn hoặc cung cấp cho họ phương tiện để kết thúc sự sống. |