

**ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**



**GIÁO TRÌNH
CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

Bạc Liêu, năm 2020

**ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**



**GIÁO TRÌNH
CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63B -QĐ/CĐYT, ngày 26 / 03 /2020 của
Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

CHỦ BIÊN

ThS. Giang Nhân Trí Nghĩa

THAM GIA BIÊN SOẠN

CN. Giang Thị Mỹ Kiều

CN. Dương Hồng Oanh

CN. Lê Minh Quân

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG - WHO), Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN - Palliative Care) là các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh đe dọa cuộc sống và gia đình họ bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau và các triệu chứng thực thể, các vấn đề tâm lý và tinh thần mà người bệnh và gia đình họ phải chịu đựng. Đối với những người mắc những bệnh đe dọa cuộc sống thì cần phải áp dụng những nguyên tắc về CSGN ngay từ khi chẩn đoán bệnh cho đến thời điểm cuối đời và hỗ trợ người nhà sau khi người bệnh qua đời. Theo mô hình y tế công cộng của Tổ Chức Y Tế Thế Giới (TCYTTG) nhằm ứng dụng và phát triển bền vững CSGN của Stjernsward vào năm 2007, thì giáo dục cũng được nhấn mạnh là một trong ba thành tố chính bên cạnh thay đổi chính sách y tế và sự sẵn có của thuốc. Theo nhận định của TCYTTG, đa phần các nhân viên y tế trên toàn thế giới còn thiếu kiến thức về nguyên lý và thực hành CSGN. Điều này là vô cùng cần thiết để triển khai tích hợp CSGN vào toàn bộ hệ thống y tế. Việc đào tạo còn cần tập trung huấn luyện chuyên sâu các chuyên viên CSGN nhằm quản lý các trường hợp phức tạp.

Giáo trình chăm sóc giảm nhẹ được biên soạn nhằm đáp ứng nhu cầu học tập và nghiên cứu của người học ngành điều dưỡng trình độ cao đẳng liên thông. Giáo trình này cung cấp những kiến thức và kỹ năng cơ bản, cần thiết cho học viên về chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời cho người bệnh. Học viên sẽ có cơ hội phát triển các kỹ năng giao tiếp, nhận định, lập kế hoạch chăm sóc, can thiệp điều dưỡng và hỗ trợ tâm lý nhằm giúp người bệnh giảm nhẹ các triệu chứng, cải thiện vấn đề tâm lý, kiểm soát triệu chứng tối ưu, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh /người thân. Đồng thời định hướng cho sinh viên về chăm sóc giảm nhẹ trong bối cảnh Việt Nam và vai trò quan trọng của điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ, chuẩn bị nguồn lực điều dưỡng để lồng ghép chăm sóc giảm nhẹ vào chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện và cộng đồng.

Giáo trình *chăm sóc giảm nhẹ* đã được tập thể biên soạn thống nhất và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, đồng thời quyền giáo trình cũng đã được hội đồng cấp trường đánh giá, điều chỉnh và nghiệm thu.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyền giáo trình *chăm sóc giảm nhẹ*.

BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

MỤC LỤC

TRANG

BÀI 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN TẮC CHĂM SÓC GIẢM NHE	1
BÀI 2: NHẬN ĐỊNH- TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NHÂN	8
TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHE	8
BÀI 3: CÁC NGUYÊN TẮC ĐÁNH GIÁ VÀ GIẢM ĐAU	23
BÀI 4: ĐÁNH GIÁ VÀ KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN	36
BÀI 5: KIỂM SOÁT TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC GIẢM ĐAU	44
BÀI 6: SỬ DỤNG MORPHIN ĐÚNG CÁCH	50
BÀI 7: KHỦNG HOẢNG TÂM LÝ Ở NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN CUỐI: TRẦM CẢM VÀ LO ÂU	56
BÀI 8: MẤT MÁT - ĐAU BUỒN VÀ MẤT NGƯỜI THÂN	66
Bài 9: ĐẠO ĐỨC VÀ GIAO TIẾP VỚI BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHE	73
BÀI 10: VẤN ĐỀ VỀ DA TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHE	85
BÀI 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CUỐI ĐỜI	96

Tên môn học: CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

Mã môn học: DD.LT.15

Thời gian thực hiện môn học: 120 giờ (LT: 28 giờ; TTBV: 88 giờ; KT: 04 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** môn học Chăm sóc giảm nhẹ thuộc nhóm kiến thức chuyên môn, môn học này được thực hiện sau khi học viên đã được môn học chuyên môn điều dưỡng.

- **Tính chất:** Chăm sóc giảm nhẹ cung cấp cho học viên những kiến thức cơ bản về nhận định được đối tượng cần chăm sóc giảm nhẹ, hiểu được nguyên lý chăm sóc giảm nhẹ, hiểu được vai trò và vị trí của điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ và lập thực hiện được kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức

- 1.1. Hiểu được nguyên lý chăm sóc giảm nhẹ.
- 1.2. Hiểu được vai trò và vị trí của điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ.
- 1.3. Hiểu được những nguyên tắc đạo đức điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ.
- 1.4. Nắm vững các nguyên lý đánh giá đau ở bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ.
- 1.5. Hiểu được các biện pháp kiểm soát các tác dụng phụ phổ biến của thuốc giảm đau.
- 1.6. Mô tả các dự phòng tư vấn giúp tăng cường kỹ năng giao tiếp với người phải đang chịu mất mát.

2. Kỹ năng

- 2.1. Nhận định được đối tượng cần chăm sóc giảm nhẹ.
- 2.2. Áp dụng hiệu quả những nguyên tắc đạo đức điều dưỡng và thực hành pháp lý trong quá trình chăm sóc giảm nhẹ.
- 2.3. Xác định được những mong muốn cuối đời của người bệnh, người nhà, chia sẻ, thảo luận với gia đình để có thể đáp ứng tốt các nguyện vọng đó.
- 2.4. Lập quy trình tư vấn và kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Luôn có ý thức trong học tập, dự lớp học đầy đủ, tham gia thảo luận nhóm, góp ý kiến xây dựng bài trong học tập.
- 3.2. Cần phải tự tin, trầm tĩnh, thân thiện trong mọi tình huống giao tiếp.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TTBV	KT
1	Định nghĩa và nguyên tắc chăm sóc giảm nhẹ	2	2		
2	Nhận định và tiếp cận người bệnh trong chăm sóc giảm nhẹ	5	4		1
3	Các nguyên tắc đánh giá và giảm đau	2	2		
4	Đánh giá và kiểm soát các triệu chứng toàn thân	2	2		
5	Kiểm soát tác dụng phụ của thuốc giảm đau	3	2		1
6	Sử dụng morphin đúng cách	2	2		
7	Khủng hoảng tâm lý ở người bệnh giai đoạn cuối: trầm cảm và lo âu	2	2		
8	Mất mát-đau buồn và mất người thân	2	2		
9	Đạo đức và giao tiếp với bệnh nhân và gia đình trong chăm sóc giảm nhẹ	4	4		
10	Vấn đề về da trong chăm sóc giảm nhẹ	2	2		
11	Chăm sóc bệnh nhân cuối đời	4	4		
12	Thực hành bệnh viện	90		88	2
Cộng		120	28	88	4

BÀI 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN TẮC CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được định nghĩa và vai trò chăm sóc giảm nhẹ.

1.2. Trình bày được nguyên tắc chăm sóc giảm nhẹ.

1.3. Nêu được vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ.

2. Kỹ năng: Áp dụng được những nguyên tắc chăm sóc giảm nhẹ trong giải quyết tình huống giả định

3. Thái độ

3.1. Nhận thức được CSGN là 1 phần của chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân ung thư và HIV/AIDS.

3.2. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.3. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

NỘI DUNG

1. Những định nghĩa chăm sóc giảm nhẹ

- Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO): “ Chăm sóc giảm nhẹ là cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với các vấn đề liên quan tới sự ốm đau đe dọa đến tính mạng, thông qua sự ngăn ngừa và làm giảm sự gánh nặng họ chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện và điều trị đau và các vấn đề khác, thể lực, tâm lý xã hội và tinh thần”.

- Theo Bộ Y Tế Việt Nam : “Chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân ung thư và AIDS là sự kết hợp các biện pháp để làm giảm đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh thông qua sự phòng ngừa, phát hiện sớm và điều trị đau và những vấn đề tâm lý và thực thể khác, và cung cấp sự tư vấn và hỗ trợ nhằm giải quyết những vấn đề xã hội và tâm linh mà bệnh nhân và gia đình đang gánh chịu”

- Cả hai định nghĩa đều nhấn mạnh về:

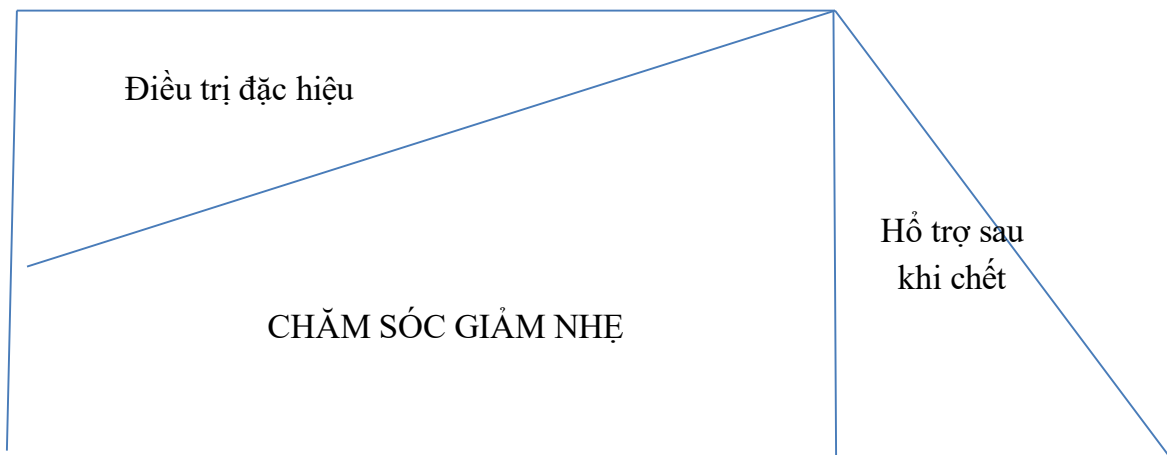
+ Đối phó lại sự chịu đựng đau đớn bằng cách phòng ngừa và làm giảm nó ở mọi dạng.

+ Tập trung không chỉ vào những vấn đề thực thể mà còn những vấn đề về tâm lý, xã hội và tinh thần.

+Nâng cao tối đa chất lượng cuộc sống.

2. Những nguyên tắc:

- 2.1. Những đối tượng nên được đánh giá là cần chăm sóc giảm nhẹ ?
- Tất cả bệnh nhân HIV/AIDS tiến triển hoặc ung thư.
 - Tất cả bệnh nhân mắc những bệnh đe dọa đến tính mạng khác.
 - Bất kỳ bệnh nhân nào có thể qua đời trong vòng 6 tháng.
 - Bất kỳ bệnh nhân nào phải chịu đựng sự đau đớn, bất kỳ triệu chứng thực thể khác, hoặc những vấn đề tâm lý xã hội mạn tính ở mức độ vừa đến nặng.
- 2.2. Khi nào việc chăm sóc giảm nhẹ nên được cung cấp cho bệnh nhân ung thư hoặc HIV/AIDS ? (Hình 1)
- Từ khi chẩn đoán :
 - + Sự đánh giá chăm sóc giảm nhẹ ban đầu và nếu cần thiết nên diễn ra vào thời điểm chẩn đoán hoặc sau đó càng sớm càng tốt.
 - Xuyên suốt quá trình bị bệnh .
 - Chăm sóc giảm nhẹ có thể giảm áp lực sớm trong thời gian mắc HIV/AIDS hoặc ung thư cùng với những biện pháp điều trị đặc hiệu như :
 - + Trị liệu kháng retrovirus (ARV)
 - + Dự phòng và điều trị nhiễm trùng cơ hội.
 - + Hóa trị liệu hoặc điều trị phóng xạ ung thư.
 - Chăm sóc giảm nhẹ có thể làm giảm hoặc làm dịu những tác dụng phụ của những liệu pháp điều trị.
 - Chăm sóc giảm nhẹ có thể thúc đẩy sự tuân thủ những liệu pháp điều trị.
 - + Tầm quan trọng của chăm sóc giảm nhẹ tăng lên khi liệu pháp điều trị đặc hiệu trở nên kém thích hợp, kém hiệu quả, hoặc không khả thi.
 - + Cung cấp sự động viên, hỗ trợ cho gia quyến sau khi người thân qua đời.



Chẩn đoán

chết

Hình 1 : Biểu đồ chăm sóc giảm nhẹ xuyên suốt quá trình bị bệnh khi BN chết.

2.3. Tại sao chăm sóc giảm nhẹ nên được cung cấp ?

- Làm dịu đau đớn (nguyên tắc cơ bản nhất và mệnh lệnh lương tâm của người thầy thuốc)
 - + Đau
 - + Những triệu chứng thực thể khác.
 - + Những triệu chứng tâm lý như trầm cảm hoặc lo lắng.
 - + Sự đau khổ về xã hội như sự cô lập, không nhà cửa và quá nghèo đói.
 - + Sự đau khổ về tinh thần như mất tự tin tưởng và tình thương yêu trước đó.
- Nâng cao tối đa chất lượng cuộc sống và phẩm giá của bệnh nhân cho đến lúc chết.

2.4. Chăm sóc giảm nhẹ là gì ?

- Không ngừng làm dịu sự đau đớn và các triệu chứng khác trên cơ sở :
 - + Chẩn đoán phân biệt triệu chứng và lựa chọn điều trị cho nguyên nhân và mức độ của triệu chứng đặc hiệu.
- Hỗ trợ về tâm lý và xã hội :
 - + Giúp người bệnh sống càng tích cực càng tốt và chuẩn bị cho cái chết.
 - + Giúp người bệnh tiếp cận các dịch vụ lâm sàng và tiếp tục tuân thủ các chế độ điều trị đặc hiệu.
 - + Giúp người bệnh sắp chết chuẩn bị cho cái chết.
 - + Giúp gia đình người bệnh đương đầu với tình trạng bệnh tật của người thân và khi người thân chết.
- Tiên đoán và lập kế hoạch giải quyết những triệu chứng tiên tàng và những vấn đề tâm lý xã hội có thể xảy ra trong tương lai.
- Bảo vệ người bệnh khỏi những can thiệp y tế không thích hợp hoặc không mong muốn như những điều trị duy trì sự sống một cách quá mức.
- Điều trị duy trì sự sống như máy thở, hỗ trợ không khí xâm nhập và lọc máu đang trở nên phổ biến hơn ở Việt Nam.
 - + Những điều trị này có thể bảo tồn sự sống nhưng cũng gây đau và khó chịu.
 - + Khi những biện pháp này điều trị phổ biến hơn, trước khi quyết định phải cần nhắc nhiều hơn về mối tương quan giữa lợi ích và gánh nặng của những biện pháp điều trị duy trì sự sống đặc biệt cho từng bệnh nhân.
 - + Chăm sóc giảm nhẹ xem sự sống và cái chết như một tiến trình tự nhiên.
 - + Nó không bào giờ đẩy mạnh đến cái chết, nhưng cũng không cố kéo dài sự hấp hối một cách quá mức.

- Một cách lý tưởng, chăm sóc giảm nhẹ được cung cấp bởi một nhóm nhân viên đa ngành với bệnh nhân tại trung tâm bao gồm:

- + Nhân viên y tế:

- + Bác sỹ (hoặc y sỹ một số cơ sở)

- + Điều dưỡng

- + Nhân viên y tế cộng đồng

- + Thành viên trong gia đình: Sẽ cần hỗ trợ về tâm lý xã hội và đào tạo.

- + Người hỗ trợ đồng đẳng và/hoặc người tự nguyện: Có thể cần đào tạo

2.5. Chăm sóc giảm nhẹ được nên cung cấp ở đâu?

- Tại nhà:

- + Chăm sóc giảm nhẹ thường được thực hiện tại nhà bởi các thành viên trong gia đình với sự giúp đỡ và đào tạo bởi các điều dưỡng, nhân viên y tế cộng đồng, các nhóm giúp đỡ đồng đẳng và những người tình nguyện.

- + Phòng khám bệnh HIV ngoại trú hoặc trạm y tế tại cộng đồng:

 - Kê đơn thuốc giảm đau và những thuốc cần thiết khác

 - Thỉnh thoảng có thể khám bệnh nhân có thể đi lại được và đến phòng khám.

 - Đào tạo và hỗ trợ tâm lý xã hội cho gia đình

- Bệnh viện:

- + Điều trị giảm nhẹ triệu chứng đau nặng hoặc không đáp ứng với điều trị thông thường hoặc các triệu chứng khác.

- + Bệnh nhân không có gia đình: Trung tâm; Nhà tế bần cho bệnh nhân AIDS

3. Những nguyên tắc đặc biệt trong CSGN cho bệnh nhân HIV/AIDS

3.1. Chăm sóc toàn diện bệnh nhân HIV/AIDS nên kết hợp:

- Tư vấn phòng ngừa HIV

- Phòng và điều trị nhiễm trùng cơ hội

- + Điều trị kháng vi rút ARV

- + Chăm sóc giảm nhẹ

3.2. Không có mâu thuẫn giữa điều trị kháng vi rút ARV và chăm sóc giảm nhẹ. Sự cân bằng luôn luôn được theo đuổi giữa điều trị đặc hiệu ARV, điều trị các biến chứng cấp tính như là các nhiễm trùng cơ hội, và chăm sóc giảm nhẹ.

- Nên làm mọi nỗ lực để điều trị bệnh nhân AIDS bằng ARV.

- Đau và các triệu chứng khó chịu khác, do bệnh hoặc tác dụng phụ của thuốc nên được điều trị tại bất kỳ giai đoạn nhiễm HIV nào.

- Trong những giai đoạn sau của nhiễm HIV, nhiễm bệnh nhân cần tăng cường chăm sóc giảm nhẹ bao gồm kiểm soát triệu chứng toàn diện và hỗ trợ tâm lý xã hội.

3.3. Những người sống chung với HIV/AIDS chịu đau khổ từ sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

– Nhiều người sống chung với HIV/AIDS bị nhiều kỳ thị từ:

+ Nhiễm HIV

+ Nhiễm lao

+ Nghiện ma túy

+ Mại dâm

+ Tình dục đồng giới.

– Việc kỳ thị dẫn đến:

– Phân biệt đối xử nhiều người:

+ Người sử dụng lao động

+ Chủ cho thuê nhà

+ Nhà trường

+ Các công ty bảo hiểm

Sự xa lánh của bạn bè, gia đình, khách hàng và những người khác.

Xấu hổ

Cô lập về xã hội

Nghèo đói

Tình trạng không gia đình

Không tự nguyện xét nghiệm HIV

Những vấn đề tâm thần: Lo lắng ; Trầm cảm; Tự tử

3.4. HIV/AIDS tạo ra những vấn đề phức tạp

– Người lao động chính có thể ốm, gây ra những khó khăn tài chính nặng nề.

– Cả hai bố mẹ có thể ốm, tạo ra những khó khăn về tài chính và chăm sóc con cái, hoặc những đứa trẻ có thể cần chăm sóc cho cha mẹ chúng đang bệnh.

– Có thể có sự giận dữ, sợ hãi mặc cảm tội lỗi liên quan đến khả năng lây nhiễm hoặc thực tế đã lây nhiễm HIV cho các thành viên trong gia đình.

3.5. Nhiều người sống chung với HIV/AIDS sẽ trải qua nhiều sự mất mát của những thành viên trong gia đình hoặc bạn bè do AIDS. Giống như kỳ thị, sự mất mát có thể gây ra hoặc làm nặng thêm những vấn đề tâm thần như lo lắng và trầm cảm.

3.6. Sự căng thẳng của những người làm chăm sóc giảm nhẹ:

– Cung cấp chăm sóc giảm nhẹ cho những người sống chung với HIV/AIDS, hoặc điều trị bệnh nhân AIDS ở những nơi mà điều trị kháng vi rút không phổ biến cho tất cả bệnh nhân, có thể là rất căng thẳng cho người chăm sóc:

+ Nhân viên y tế

+ Thành viên trong gia đình

- Tất cả những người thực hiện chăm sóc có thể giảm bớt sức ép nhờ:
 - + Điều đặn nghỉ ngơi khỏi công việc chăm sóc
 - + Cơ hội thảo luận những gánh nặng và phần thưởng của công việc với đồng nghiệp
 - + Lên lịch điều đặn cho những hoạt động giải trí

4. Tổ chức y tế thế giới mô tả “ Bốn cột trụ” của trương trình chăm sóc giảm nhẹ quốc gia

4.1. Chính sách: Cần thiết cho những hướng dẫn lâm sàng chăm sóc giảm nhẹ cấp quốc gia để xác định những chuẩn mực của việc chăm sóc. Bộ Y Tế Việt Nam đã phát triển và thông qua hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ quốc gia năm 2006. Các chính sách chăm sóc y tế quốc gia có thể bao gồm CSGN như là một phần chủ yếu của chăm sóc toàn diện. Ví dụ như CSGN được lồng ghép vào

- Chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu quốc gia
- Chương trình kiểm soát bệnh ung thư quốc gia
- Chương trình kiểm soát HIV/AIDS quốc gia

4.2. Sự sẵn có của thuốc

- Cần thiết có danh mục thiết yếu giảm đau quốc gia nhằm đẩy mạnh sự sẵn có của thuốc. Danh mục này nên bao gồm ít nhất một thuốc giảm đau mạnh dạng opioid như morphine dạng uống.
- Cần thiết có các luật và quy định để kiểm soát việc nhập khẩu, sản xuất, bao quản, phân phối và kê đơn các thuốc giảm đau nhóm opioid. Những quy định này sẽ giúp đạt được sự cân bằng giữa:

- + Đảm bảo sự sẵn có của các thuốc giảm đau nhóm opioid cho việc điều trị triệu chứng đau và các mục đích y khoa khác
- + Hạn chế thấp nhất nguy cơ sử dụng thuốc opioid bất hợp pháp

4.3. Đào tạo: Tài liệu và trương trình tập huấn về CSGN thì cần thiết chi:

- Bác sĩ
- Y sĩ
- Điều dưỡng
- Nhân viên y tế cộng đồng
- Người chăm sóc gia đình

4.4. **Triển khai thực hiện**

- Mô hình chăm sóc giảm nhẹ có thể được phát triển theo cả 2 cách “ từ trên xuống dưới” (Trung ương đến địa phương /cơ sở) và “ từ dưới lên trên” (Địa phương/ cơ sở lên Trung ương). Chương trình chăm sóc giảm nhẹ cần thiết thực hiện đồng thời:

- Viện, bệnh viện chăm sóc HIV/AIDS và ung thư cấp quốc gia, khu vực và tỉnh/thành : Khu/khoa chăm sóc giảm nhẹ nội trú cho bệnh nhân với các triệu chứng và bệnh nhân vô gia cư; Phòng khám ngoại trú tại các quận huyện và phường xã; Tại cộng đồng (Chăm sóc giảm nhẹ có thể lồng ghép vào chăm sóc HIV/AIDS tại cộng đồng chăm sóc ung thư và chăm sóc sức khỏe ban đầu)

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Ai không cần CSGN?

- A. HIV/AIDS
- B. Ung thư
- C. Đái tháo đường Type 1
- D. BN qua đời trong vòng 6 tháng

Câu 2. Ai là cha đẻ của lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ thế giới?

- A. Cicely Saunders
- B. Eric Krakauer
- C. Craig Blinderman
- D. Floren nighteengile

Câu 3. Gói chăm sóc giảm nhẹ thiết yếu bao gồm, Ngoại trừ?

- A. Các can thiệp Y tế
- B. Tâm linh
- C. Các hỗ trợ xã hội
- D. Thuốc

Câu 4. Các khía cạnh quan trọng của việc đánh giá xã hội bao gồm, NGOẠI TRỪ:

- A. Hồ sơ tội phạm
- B. Tình trạng sống
- C. Tình trạng tài chính
- D. Người chăm sóc tại nhà

BÀI 2: NHẬN ĐỊNH- TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NHÂN TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. *Hiểu được những bước chính trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ.*
- 1.2. *Hiểu được các thành tố của đánh giá điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ một cách toàn diện.*
- 1.3. *Hiểu được nguyên tắc cơ bản của việc đánh giá thể chất, tâm lý xã hội và tinh thần.*
- 1.4. *Trình bày được các kỹ năng giao tiếp trong lúc ban đầu tiếp xúc bệnh nhân và tổ chức một cuộc giao tiếp.*

2. Kỹ năng

- 2.1. *Xác định được các vấn đề tiềm ẩn và các can thiệp điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ.*
- 2.2. *Áp dụng được những bước chính trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ.*
- 2.3. *Lập được kế hoạch chăm sóc một cách hệ thống các can thiệp điều dưỡng trong giảm nhẹ.*
- 2.4. *Thực hiện được một đánh giá chi tiết về tâm lý và xã hội.*

3. Thái độ

- 3.1. *Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.*
- 3.2. *Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.*

NỘI DUNG

1. Các nguyên lý chung

1.1. Các bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, ung thư và các bệnh đe dọa sự sống khác trải qua nhiều nỗi đau khổ.

Tất cả các hình thái của sự đau khổ đều không được chẩn đoán và điều trị đầy đủ ở những bệnh nhân này

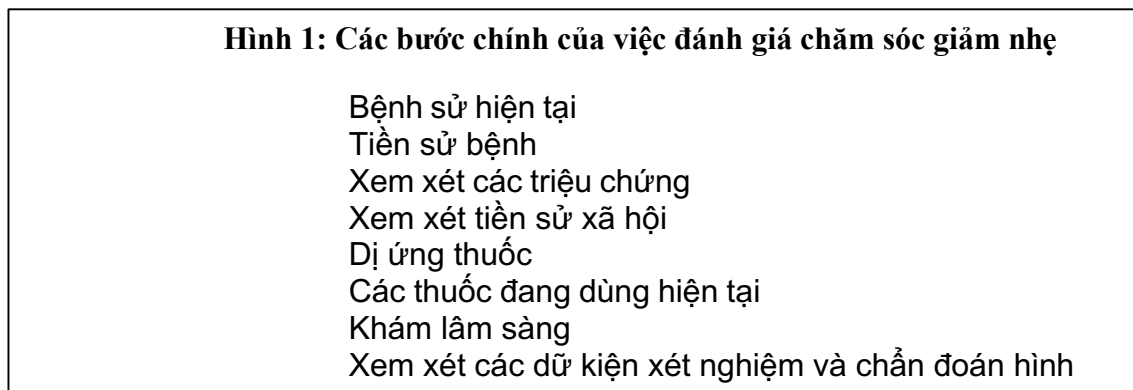
1.2. Chăm sóc giảm nhẹ đòi hỏi sự đánh giá toàn diện về bệnh nhân và gia đình.

1.3. Sự đánh giá về bệnh nhân cần phải phát hiện và xác định mức độ nặng của bất kỳ vấn đề

sau đây:

- Đau
- Các triệu chứng lâm sàng khác
- Các triệu chứng hoặc vấn đề tâm lý
- Các vấn đề xã hội
- Các vấn đề tinh thần

1.4. Các thành phần cơ bản của đánh giá chăm sóc giảm nhẹ (**Hình 1**)



- Bệnh sử hiện tại
- + Hiểu biết của bệnh nhân về bệnh và tiên lượng bệnh.
- + Ngày chẩn đoán.
- + Các điều trị trước đây.
- + Tình trạng hoạt động
- **Thang điểm Karnofsky (0-100)**
- + 0: Chết
- + 50: đòi hỏi sự hỗ trợ đáng kể trong việc thực hiện các hoạt động hàng ngày
- + 100: Bình thường
- **Thang điểm ECOG (0-4)**
- + 0: Hoàn toàn khoẻ mạnh
- + 1: Đi lại được, có thể làm được việc nhẹ
- + 2: Có thể tự chăm sóc nhưng không làm việc được, đi lại được >50% thời gian thức
- + 3: Hạn chế việc tự chăm sóc bản thân, nằm giường >50% số thời gian thức

+ 4: Tàn phế hoàn toàn

- Tiền sử bệnh

+ Bệnh tật

+ Các phương thức điều trị

- Xem xét các triệu chứng

- Các triệu chứng cơ bản: Đau; Khó thở; Buồn nôn/nôn; Tiêu chảy; Táo bón; Chán ăn; Sự lo lắng; Tâm trạng buồn chán; Tình trạng mê sảng; Sự mất ngủ; Các triệu chứng khác mà thường gây ra bởi loại bệnh của bệnh nhân

- Trình tự sắp xếp theo thời gian: ngày bắt đầu, tần suất

- Vị trí (nếu có liên quan)

- Mức độ nặng

- Đặc điểm của các triệu chứng hoặc loại (ví dụ: cơn đau âm ỉ liên tục hay đau nhói thành từng cơn)

- Các yếu tố làm cho triệu chứng xấu đi hoặc tốt lên

- Ảnh hưởng đến chức năng (các hoạt động hàng ngày)

- Ảnh hưởng đến các triệu chứng khác (ví dụ: cơn đau nặng có thể gây ra nôn, mất ngủ và mệt mỏi)

- Nhận thức của bệnh nhân về nguyên nhân

- Các điều trị trước đó và hiệu quả của chúng

- Bệnh sử xã hội

+ Các thành viên của gia đình gần gũi

+ Hoàn cảnh sống

+ Ảnh hưởng của bệnh tật đến:

Bệnh nhân

Gia đình (bao gồm cả tình trạng tài chính)

- Ảnh hưởng của các triệu chứng đến chất lượng cuộc sống

- Hỗ trợ xã hội

- Học vấn

- Tiền sử công việc

- Niềm tin tôn giáo

- Tiền sử dùng các chất gây nghiện

- Những căng thẳng khác:

+ Những người bị ốm khác trong gia đình

- + Những cái chết trước đó trong gia đình
- Mục đích của điều trị
 - + Dị ứng thuốc
 - + Các thuốc hiện dung
- Khám lâm sàng
 - + Xem xét các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh
 - + Tóm tắt đánh giá
- Các vấn đề y học chính
- Tiên lượng có thể xảy ra
- Những mục đích của chăm sóc
- Các vấn đề chăm sóc giảm nhẹ
- Chẩn đoán phân biệt của từng triệu chứng hoặc vấn đề khi nguyên nhân không rõ ràng.
- Kế hoạch can thiệp
 - + Những can thiệp ngay lập tức để làm giảm sự đau đớn
 - + Lập kế hoạch để ngăn ngừa hoặc giảm nhẹ sự đau đớn trong tương lai

2. Các nguyên tắc đánh giá triệu chứng

2.1. Triệu chứng là những kinh nghiệm chủ quan chỉ có thể nhận biết bởi bệnh nhân. Các thầy thuốc lâm sàng không thể thấy được.

- Ví dụ

- + Đau
- + Buồn nôn
- + Khó thở
- + Mệt mỏi

2.2. Dấu hiệu mang tính khách quan, các biểu hiện lâm sàng của triệu chứng hoặc của bệnh được nhận thấy bởi các thầy thuốc lâm sàng.

- Các dấu hiệu không cho biết mức độ nặng của triệu chứng hoặc mức độ đau đớn của bệnh nhân.

- Một vài triệu chứng không có dấu hiệu biểu hiện gì.

+ Vì thế chỉ có bệnh nhân mới biết được một triệu chứng đau đến thế nào và các thầy thuốc lâm sàng **nên tin vào lời khai của bệnh nhân về đau hoặc sự đau**

khổ.

+ Đánh giá và kiểm soát triệu chứng khó khăn hơn ở trẻ chưa biết nói hoặc ở người lớn sa sút trí tuệ, những người không có khả năng mô tả các triệu chứng của họ và mức độ đau đớn của họ. Trong những tình huống này, các thầy thuốc lâm sàng phải dựa vào những bằng chứng ít tin cậy hơn về sự đau đớn của bệnh nhân đó là các dấu hiệu và báo cáo của người chăm sóc.

2.3. Chẩn đoán là nguyên nhân tiềm ẩn của các dấu hiệu hay triệu chứng chứ bản thân nó không phải là dấu hiệu hay triệu chứng. Các dấu hiệu và triệu chứng là những đầu mối cho chẩn đoán. Một triệu chứng nhất định, đau bụng chướng hạn, có thể do rất nhiều nguyên nhân. Nói một cách khác, **chẩn đoán phân biệt** của đau bụng là rất rộng rãi.

2.4. Trước khi điều trị bất kỳ triệu chứng nào, điều quan trọng là:

- Hoàn thành càng kỹ lưỡng càng tốt tiền sử của các triệu chứng

- Hoàn thành việc khám lâm sàng tập trung

+ Tập trung thăm khám lâm sàng ở những phần cơ thể hoặc hệ thống cơ quan mà có thể kết hợp với triệu chứng

+ Hạn chế gây khó chịu cho bệnh nhân trong quá trình khám. Ví dụ như nếu bệnh nhân ngồi dậy sẽ gây đau đớn, khó thở và việc nghe ở lưng không cần thiết cho việc chăm sóc tốt cho bệnh nhân thì chỉ nên nghe lồng ngực trước của bệnh nhân

- Phát triển các chẩn đoán phân biệt của triệu chứng (nếu nguyên nhân không rõ ràng)

2.5. Điều trị tối ưu cho các triệu chứng sẽ khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân của chúng.

- Ví dụ như đau xương được điều trị khác với đau do nguyên nhân thần kinh, nôn gây ra bởi tắc ruột được điều trị khác với nôn do điều trị tia xạ ổ bụng hoặc nôn do u não.

2.6. Điều trị triệu chứng khác với điều trị nguyên nhân của triệu chứng

- Trong một số trường hợp, các triệu chứng có thể giảm đi do điều trị các nguyên nhân tiềm tàng. Ví dụ như liệu pháp chống virus có thể cải thiện một vài triệu chứng liên quan đến AIDS, hoá trị liệu điều trị ung thư đôi khi có thể cải thiện các triệu chứng liên quan đến ung thư.

- Tuy nhiên, sự cải thiện của triệu chứng của những liệu pháp điều trị bệnh thường rất tốn thời gian. Các can thiệp chăm sóc giảm nhẹ hoặc can thiệp đặc hiệu vào triệu chứng thường làm giảm triệu chứng một cách nhanh chóng và hiệu quả. Thông thường, điều trị bệnh và điều trị chăm sóc giảm nhẹ nên đi cùng nhau.

2.7. Sự cấp tính của các triệu chứng

- Khi bệnh nhân đang trong tình trạng đau nặng, sự đánh giá nên càng ngắn gọn càng tốt và việc điều trị nên được tiến hành càng nhanh chóng và càng tích cực càng tốt và ra các chỉ định lâm sàng.

- Sự đánh giá đầy đủ có thể được hoàn thành sau đó, khi bệnh nhân đã trở lên dễ chịu hơn.

3. Những nguyên lý của kiểm soát triệu chứng

- Luôn luôn lựa chọn điều trị dựa trên sự đánh giá hợp lý nguyên nhân phù hợp nhất của triệu chứng (dựa trên chẩn đoán phân biệt của triệu chứng).

- Điều trị triệu chứng nên dựa trên mục đích của bệnh nhân.

- Luôn ý thức các tác dụng phụ tiềm tàng và độc tính của bất kỳ phương pháp điều trị và cố gắng giảm thiểu đến mức thấp nhất.

- Nhiều thuốc dùng để điều trị giảm đau, khó thở hoặc các triệu chứng đau đớn khác có thể gây an thần. Hãy hỏi bệnh nhân xem có cảm thấy hoàn toàn dễ chịu hơn ngay cả khi sự điều trị gây an thần hay chọn cách chịu đựng một vài sự khó chịu để vẫn hoàn toàn tỉnh táo và có thể tương tác với gia đình.

- Nguyên lý của hiệu ứng đôi: Dựa trên ước muốn của bệnh nhân ở giai đoạn cuối, các thuốc chỉ mang đến sự giảm bớt những cơn đau dữ dội hay các triệu chứng khác có thể được sử dụng ngay cả khi nguy cơ gây tác dụng phụ ngoài ý muốn có thể đoán trước nhưng không chú ý. Ví dụ như liều cao opioid có thể được cho để làm giảm những cơn đau dữ dội hay khó thở ngay cả khi chúng có nguy cơ có thể dự đoán trước nhưng không chú ý như an thần, hạ huyết áp, suy hô hấp và làm cho cái chết xảy ra nhanh hơn.

3. Đánh giá đau như là một ví dụ của đánh giá triệu chứng

- Hỏi về đau là cần thiết bởi vì: Đau chiếm tỷ lệ cao ở những bệnh nhân HIV/AIDS và bệnh nhân ung thư. Phần lớn đau về thể chất đều có thể được kiểm soát tốt.

- Phương pháp đánh giá: Bởi vì đau vốn dĩ là chủ quan, sự khai báo của bệnh nhân là chuẩn mực cho sự đánh giá. Không có cách đáng tin cậy nào hơn để xác định những gì mà bệnh nhân đã trải qua bằng hỏi bệnh nhân. Sử dụng câu hỏi mở càng nhiều càng tốt Đánh giá kỹ lưỡng:

+ Cung cấp cơ hội tốt nhất cho chẩn đoán nguyên nhân tiềm ẩn của đau.

+ Tạo điều kiện cho việc xác định điều trị tốt nhất.

+ Truyền đạt cho bệnh nhân rằng kiểm soát đau là quan trọng đối với thầy thuốc.

- Các khía cạnh của đánh giá đau
- Trình tự thời gian
 - + *Bạn đã bị cơn đau này bao lâu rồi?*
 - + *Đau bắt đầu từ từ hay đột ngột?*
 - + *Cơn đau đến rồi đi hay bạn luôn luôn đau?*
 - + *Cơn đau của bạn có thay đổi theo thời gian như thế nào?*
- Vị trí:
 - + *Đau nhiều nhất ở đâu?*
 - + *Đau có lan đi đâu không?*
- Đặc tính của đau:
 - + *Từ nào mà bạn có thể dùng để mô tả cơn đau?*
 - + Mức độ nặng (**Biểu đồ 2**)
 - + *Trung bình thì cơn đau tồi tệ đến mức nào? Khi đau khủng khiếp nhất?*

Biểu đồ 2: Thang điểm mức độ nặng của đau (trang sau)

- Mặc dù đau là cảm giác chủ quan, bệnh nhân có thể chỉ ra một cách chính xác và mô phỏng mức độ nặng các triệu chứng của họ bằng việc sử dụng thang điểm. Chúng làm tăng khả năng của bệnh nhân để truyền đạt mức độ nặng cho các nhân viên y tế và khả năng truyền đạt giữa các thầy thuốc lâm sàng. Vì vậy, chúng tạo điều kiện thuận lợi cho điều trị tối ưu giảm đau. Thang điểm số (0-10), thang điểm thị giác, thang điểm các vẽ mặt (sử dụng một thứ tự của các vẽ mặt từ vui đến buồn) đã được chứng nhận một cách khoa học như một công cụ để đánh giá đau. Thang điểm cụ thể nào được sử dụng không quan trọng bằng việc luôn luôn sử dụng một thang điểm cho một bệnh nhân qua các thời điểm. Bảng kiểm đau tóm tắt (BPI), một công cụ đánh giá đau toàn diện được thiết kế đầu tiên cho nghiên cứu, đã được công nhận có giá trị trên người Việt Nam và được bao gồm trong phụ lục của giáo trình này.

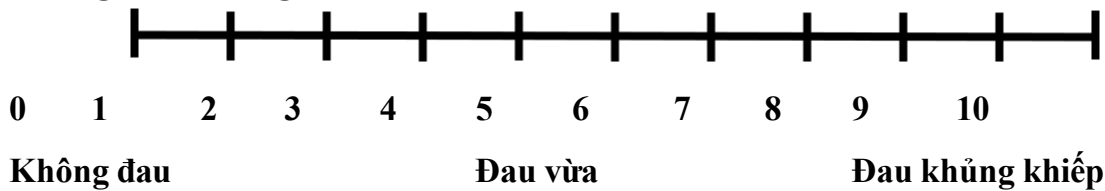
Công cụ 1: Thang điểm cường độ đau

Công cụ này có thể được sử dụng cho người lớn để xác định mức độ nặng của đau hiện tại và mức độ nặng của đau trong quá khứ.

Mức độ đau từ 0 đến 10 có thể giải thích bằng lời cho bệnh nhân và có thể được vẽ trên một mảnh giấy

Ghi lại mức độ đau mà bệnh nhân báo cáo để quyết định điều trị, theo dõi và so sánh giữa các lần khám

Thang điểm cường độ đau



Công cụ 2: Thang điểm đau theo vẽ mặt của Wong-Baker

Đây là một công cụ đơn giản và phù hợp với trẻ em

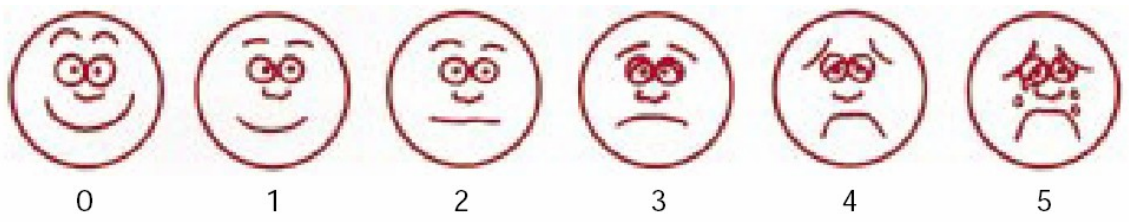
Là công cụ phù hợp nhất để xác định mức độ nặng của đau hiện tại

Giải thích cho bệnh nhân rằng mỗi khuôn mặt là của một người, người cảm thấy vui vẻ vì anh ta không đau, hoặc hơi buồn một chút vì anh ta hơi đau, hoặc rất buồn vì anh ta đau rất nhiều.

Yêu cầu bệnh nhân chọn một khuôn mặt mô tả tốt nhất cường độ đau hiện tại

Ghi lại mức độ đau mà bệnh nhân thông báo để quyết định điều trị, theo dõi và so sánh giữa các lần khám.

Thang điểm đau theo vẽ mặt của Wong-Baker



0 1 2 3 4 5

Không đau Hơi đau Hơi đau hơn Đau hơn Đau nhiều Cực kỳ đau

- Đánh giá kết quả cường độ đau

Mức độ đau	Thang điểm cường độ đau	Thang điểm Wong-Baker đánh giá đau theo nét mặt
Nhẹ	1-3	Hơi đau
Trung bình	4-6	Hơi đau hơn Đau hơn nữa
Nặng	Trên 7	Đau nhiều Cực kỳ đau

- Các yếu tố tác động:

- + *Bạn có cảm thấy tốt hơn khi bạn ở một tư thế nhất định nào đó không?*
- + *Bạn có nhận thấy sự thay đổi nào đối với các hoạt động khác nhau không?*

- Ảnh hưởng đến chức năng

- + *Cơn đau của bạn ảnh hưởng đến các sinh hoạt bình thường tới mức độ nào?*
- + *Giấc ngủ của bạn?*
- + *Khả năng đi lại của bạn?*
- + *Mối quan hệ của bạn với những người khác?*
- + *Thực hiện khám thần kinh bao gồm các dây thần kinh sọ, chức năng vận động và cảm giác, phản xạ và dáng đi.*

- Phương diện bệnh nhân:

- + *Điều gì mà bạn nghĩ có thể là nguyên nhân của đau?*
- + *Đau có ý nghĩa gì đối với bạn không?*
- + *Bạn có muốn tôi kê đơn gì đó cho cơn đau không?*

- Hiệu quả của điều trị:

- + *Bạn đã làm gì với cơn đau?*
- + *Bạn đã từng uống thuốc gì chưa? Những thuốc đó làm giảm đau bao nhiêu?*

- **Khám thực thể bệnh nhân đau**

+ Tập trung khám thực thể ở những phần cơ thể hoặc hệ thống cơ quan mà có thể giúp xác định nguyên nhân của đau.

+ Hạn chế gây khó chịu cho bệnh nhân trong quá trình khám. Ví dụ như nếu bệnh nhân ngồi dậy sẽ gây đau đốn và việc nghe ở lưng không cần thiết cho việc chăm sóc tốt cho bệnh nhân thì chỉ nên nghe lồng ngực trước của bệnh nhân. Nếu việc sờ nắn vùng bụng gây đau và việc khám vùng bụng toàn diện không cần thiết cho việc chăm sóc tốt cho bệnh nhân thì chỉ khám những phần mà cần thiết để đạt được mục tiêu điều trị của bệnh nhân.

- Khi bệnh nhân có những cơn đau mà ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường thì nên khám thần kinh nếu được và nếu không gây quá khó chịu cho bệnh nhân. Việc khám thần kinh bao gồm:

- + Tình trạng tâm thần
- + Các dây thần kinh sọ
- + Não
- + Chức năng vận động
- + Chức năng cảm giác
- + Phản xạ
- + Dáng đi

- **Vấn đề tâm lý xã hội và tinh thần trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ**

+ Tổng quan: Tất cả các bệnh nhân đều có phản ứng về cảm xúc đối với bệnh hiểm nghèo. Bệnh hiểm nghèo có thể thách thức bệnh nhân: Cảm giác về bản thân; Lòng tự trọng hoặc ý thức về giá trị bản thân; Niềm tin tôn giáo; Một số người đấu tranh với những cảm xúc khác nhau hoặc chuyển qua các giai đoạn cảm xúc khác nhau, không phải lúc nào cũng theo thứ tự có thể dự đoán được.

- Những cảm xúc có thể đến trong những làn sóng đáng kinh ngạc hoặc tồn tại dai dẳng

- Sự đau khổ về cảm xúc, xã hội và tinh thần thường không được đánh giá đầy đủ hoặc không hề được đánh giá bởi vì :

- + Đánh giá về tâm lý xã hội và tinh thần thông thường không được dạy trong trường y
- + Các thầy thuốc lâm sàng không ý thức được rằng họ có thể giúp bệnh nhân với những nỗi đau này

- Ngày nay ở các nước phương Tây, các thầy thuốc lâm sàng có thể vừa đánh giá một cách hiệu quả sự đau khổ về tâm lý xã hội và tinh thần vừa có thể can thiệp một cách có hiệu quả để làm cho nó dịu bớt đi.

- Hỏi xem bệnh nhân sẽ phản ứng như thế nào với thực tế bị bệnh. Cân nhắc kể tên một phản

ứng thông thường, ví dụ như tức giận, đau buồn, tuyệt vọng, đã xác định rõ hay cam chịu

- Nó giúp đưa đến cho bệnh nhân (hoặc cha mẹ nếu bệnh nhân là một đứa trẻ) ý thức được rằng việc cảm thấy nhiều cảm xúc khác nhau là bình thường.

- Một cách để có thể làm được điều đó là hỏi bệnh nhân về những cảm xúc của họ, sau đó tích cực lắng nghe những câu trả lời của bệnh nhân.

- Nó thường xuyên giúp bệnh nhân nếu người bác sĩ nhận ra cảm xúc theo một cách chấp nhận được và vì vậy bình thường hoá nó.

- Những phản ứng cảm xúc của bố mẹ hoặc anh chị em của đứa trẻ đang sắp qua đời đòi hỏi sự chú ý đặc biệt vì chúng có ảnh hưởng trực tiếp đến đứa trẻ.

- Nói về những cảm xúc của mình với bác sĩ hoặc một thầy thuốc lâm sàng khác có thể hữu ích cho bố mẹ và anh chị em của đứa trẻ sắp qua đời vì nó giúp họ hiểu và chấp nhận những cảm xúc của họ và quyết định làm thế nào để thể hiện chúng tốt nhất khi có mặt cùng với đứa trẻ.

- **Đánh giá trạng thái cảm xúc**

+ Tổng thể: Không phải tất cả những câu hỏi gợi ý dưới đây là điều phù hợp cho mọi bệnh nhân.

+ Chúng được liệt kê ra chỉ để giúp bạn suy nghĩ cách tốt nhất để đánh giá mỗi bệnh nhân cụ thể.

- **Ý nghĩa của bệnh tật:**

+ *Bạn hiểu gì về căn bệnh của bạn?*

+ *Bạn nghĩ tại sao nó đang xảy ra với bạn?*

- **Trạng thái cảm xúc:**

+ *Tinh thần của bạn thế nào?*

+ *Bạn có chán nản không?*

+ *Có khi nào bạn cảm thấy lo lắng không? buồn không?*

- Những vấn đề chưa giải quyết được:

+ *Khi bạn nghĩ về tương lai, vấn đề lớn nhất đối với bạn là gì?*

+ *Cho phép tôi được đặt một câu hỏi giả thiết (hoặc câu hỏi 'cái gì nếu'): nếu ai đó có thể nói cho bạn một cách chắc chắn rằng bạn chỉ còn sống hơn sáu tháng nữa, bạn sẽ muốn làm gì trong sáu tháng này?*

- **Nỗi đau buồn:**

+ Nhiều bệnh nhân đã/sẽ trải qua nhiều kiểu mất mát khác nhau:

- Những bệnh nhân HIV/AIDS thường sẽ mất vợ hoặc chồng của họ, bạn bè và những đứa con; công việc của họ; thậm chí gia đình và tổ ấm của họ.
- Những bệnh nhân với bất kỳ bệnh mãn tính trầm trọng nào có thể bị sa sút về thể chất và tinh thần và vì vậy họ mất một phần hay toàn bộ khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày một cách độc lập (mặc quần áo, tắm rửa, đi lại, ăn, sử dụng nhà vệ sinh). Họ có thể mất kiểm soát hoàn toàn đối với bàng quang và đại tràng của họ.
- Những bệnh nhân với bất kỳ căn bệnh nào ở giai đoạn cuối cũng có thể cảm thấy mất đi những hy vọng và những giấc mơ ví dụ như hy vọng được nhìn thấy những đứa con của họ lớn lên, lập gia đình và có con cái.

+ Nhiều bệnh nhân sẽ đau lòng vì những sự mất mát này và vẫn chưa có cơ hội để nói về chúng hoặc bày tỏ sự đau buồn của mình. Người thầy thuốc có thể cho họ cơ hội này.

+ *Đối với tôi dường như là bạn đã trải qua mất mát lớn. Bạn có muốn kể cho tôi nghe về điều đó không ?*

- **Sự sợ hãi:**

+ *Những điều gì làm bạn lo lắng nhất về bệnh tật của bạn?*

+ *Bạn có nỗi lo lắng hay sợ hãi nào đặc biệt không?*

+ Kiểu cách đối phó

+ *Bạn đã đối phó với những khoảng thời gian khó khăn trong quá khứ như thế nào?*

+ *Bạn đương đầu như thế nào với những gì đang xảy ra với bạn?*

+ *Những sức mạnh nào giúp bạn đương đầu với những gì đang xảy ra với bạn?*

+ *Những điều gì có thể giúp bạn quên đi bệnh tật của mình và mang đến cho bạn sự thoải mái?*

+ *Bạn muốn ra quyết định như thế nào? Ví dụ bạn muốn biết mọi chi tiết hay bạn chỉ muốn biết những vấn đề chính?*

- **Đánh giá hoàn cảnh xã hội**

+ Những nhu cầu trong gia đình của bệnh nhân:

+ *Bạn ngủ ở đâu?*

+ *Có bao nhiêu người sống cùng với bạn?*

+ Trong nhà bạn, có ai đó khác bị ốm không?

+ Những người khác có phụ thuộc vào bạn để chăm sóc cho họ không? Nhà bạn có điện? Nước? Có dễ dàng sử dụng được nước sạch không? Bạn có đủ ăn không?

- **Tình trạng tài chính của bệnh nhân:**

+ Những vấn đề tài chính gây lo lắng cho bạn đến nhường nào?

+ Thu nhập của bạn từ công việc có quan trọng đối với gia đình bạn không?

+ Bạn có thể trả tiền thuê nhà không?

+ Bạn có đủ khả năng để mua những thuốc mà đã được kê cho bạn không?

+ Bạn có đủ khả năng chi trả những chi phí đi lại để đi khám bệnh không?

+ Có cần thiết cho bạn và gia đình bạn vay tiền để trả cho những chi phí về y tế không?

- **Những người chăm sóc cho bệnh nhân:**

+ Ai là người chăm sóc cho bạn ở nhà?

+ Ai là người có thể giúp chăm sóc cho bạn trong tương lai nếu bạn không thể tự chăm sóc cho bản thân mình?

+ Người chăm sóc cho bạn có làm việc không? Có con không?

- **Sự hỗ trợ của cộng đồng và những người ủng hộ sẵn có đối với bệnh nhân và gia đình:**

+ Ai là người quan trọng trong cuộc sống của bạn bây giờ

+ là người bạn phụ thuộc vào và tin tưởng?

+ Những điều gì khác mà bạn có thể yêu cầu để cung cấp sự hỗ trợ về tình cảm, gia đình và tài chính?

+ Những người quan trọng trong cuộc đời bạn đã đương đầu với căn bệnh của bạn như thế nào?

- **Đánh giá các vấn đề tinh thần**

+ Tinh thần là sự tin tưởng, tình cảm và sự hy vọng rằng cuộc sống này có những ý nghĩa và mục đích lớn lao.

+ Những sự tin tưởng, tình cảm và sự hy vọng này:

+ Có thể mang tính tôn giáo hay không tôn giáo.

+ Mang đến cho nhiều người cảm giác có một vị trí hay vai trò trong thế giới và một sự liên hệ với những người khác.

+ Sự mất cảm giác về nơi chốn hay sự liên hệ được gọi là ‘sự khủng hoảng tinh thần và gây ra những sự đau khổ về tinh thần.

- **Một cuộc khủng hoảng như vậy có thể gây ra bởi:**

+ Những căn bệnh đe dọa sự sống như nhiễm HIV/AIDS và ung thư, đặc biệt khi chúng xảy ra lúc trẻ tuổi.

+ Mất đi một người thân.

+ Sự kỳ thị, phân biệt đối xử, sự hắt hủi (điều này xảy ra quá thường xuyên đối với những người HIV dương tính).

- Nỗi đau về tinh thần thường có thể được giảm nhẹ thông qua việc tư vấn và hỗ trợ của những người đồng đẳng, hoặc của những nhóm hỗ trợ cộng đồng.

- **Lên kế hoạch trước cho cái chết**

+ Nỗi đau buồn bình thường của những bệnh nhân ở giai đoạn cuối của bệnh nên được phân biệt với sự buồn rầu và lo lắng bệnh lý.

+ Ngay cả những bệnh nhân rất suy yếu và những bệnh nhân nghèo có thể được giúp đỡ để nhận ra rằng có nhiều điều họ có thể làm để lên kế hoạch cho cái chết của họ và để chăm sóc cho gia đình họ: Đưa ra định hướng cho việc phân tán tài sản hoặc cho tang lễ của họ, hoàn thành những công việc chưa làm xong, hoà giải với các thành viên bất hoà trong gia đình hay bạn bè, nói lời tạm biệt, nói với bọn trẻ rằng họ tự hào về chúng biết bao, để lại tài sản thừa kế cho con cái hoặc các thành viên khác trong gia đình, ví dụ như một ‘hộp tương nhớ’ bao gồm những bức ảnh, băng âm thanh và băng hình, những bức thư trong những dịp quan trọng như ngày giỗ, Tết hoặc ngày cưới của con cái; các vật quý hiếm hoặc những vật có ý nghĩa.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thảo luận mục tiêu chăm sóc dựa trên cơ sở nào?

- A. Quy định về trách nhiệm về đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng
- B. Người bệnh thiếu kiến thức về bệnh
- C. Điều chỉnh lại những hiểu biết sai lệch về bệnh
- D. Rà soát lại thông tin khi tiến hành các can thiệp xâm lấn

Câu 2. Điều dưỡng cần làm gì để đánh giá các tác động của căn bệnh đe dọa tính mạng lên các hoạt động và tinh thần của người bệnh?

- A. Kiểm soát triệu chứng đau
- B. Đánh giá khả năng nuốt
- C. Hỗ trợ nhu cầu cơ bản cá nhân về vệ sinh: mắt, miệng, da...
- D. Hỗ trợ về yếu tố tâm linh

Câu 3. Điều dưỡng cần đánh giá về tình trạng cảm xúc của bệnh nhân HIV/AIDS dựa trên, ngoại trừ?

- A. Những cảm nghĩ của bệnh nhân về bệnh tật
- B. Những hy vọng của bệnh nhân về tương lai
- C. Những nỗi sợ hãi của bệnh nhân
- D. Gọi nhớ cảm nghĩ đau buồn về quá khứ mà bệnh nhân đã trải qua

Câu 4. Tại sao kế hoạch chăm sóc điều dưỡng trong CSGN phải dựa trên các vấn đề được xác định thông qua đánh giá bệnh nhân?

- A. Nhằm đáp ứng các mục tiêu của bệnh nhân
- B. Nhằm đáp ứng các mong muốn của bệnh nhân
- C. Nhằm đáp ứng các mục tiêu của gia đình bệnh nhân
- D. Nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công

BÀI 3: CÁC NGUYÊN TẮC ĐÁNH GIÁ VÀ GIẢM ĐAU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Hiểu được định nghĩa của đau và các nguyên tắc cơ bản của điều trị đau.
- 1.2. Hiểu được những nguyên nhân cơ bản gây đau.
- 1.3. Phân loại được triệu chứng đau.

2. Kỹ năng

Đánh giá được một bệnh nhân có triệu chứng đau và đưa ra chẩn đoán phân biệt với triệu chứng đau.

3. Thái độ

- 3.1. Nhận thức được việc giao tiếp của Điều dưỡng trong bệnh viện là quan trọng, từ đó có thái độ rèn luyện tích cực trong việc giao tiếp tạo được sự hài lòng của người bệnh thân nhân người bệnh.
- 3.2. Hình thành thái độ giao tiếp nhẹ nhàng, cảm thông sự khó chịu của người bệnh.

NỘI DUNG

1. Triệu chứng đau trong bệnh ung thư và AIDS

- 1.1 nhiều nghiên cứu cho thấy trên 75% số bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến triển và tới 75% số bệnh nhân AIDS giai đoạn tiến triển có đau trung bình và đau nặng.
- 1.2 một phân tích tình huống nhanh về nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở Việt Nam cho thấy kết quả tương tự:
 - 73% bệnh nhân HIV/AIDS thông báo có đau kể từ khi được chẩn đoán.
 - 79% bệnh nhân ung thư thông báo có đau kể từ khi bệnh nhân được chẩn đoán.
- 1.3 nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng đau do ung thư thường không được điều trị do một số nguyên nhân:
 - Các thầy thuốc thường đánh giá không đúng mức đau mà bệnh nhân cảm thấy.
 - Các thầy thuốc nghi ngờ thông báo về đau của bệnh nhân
 - Các bệnh nhân đôi khi không thông báo đúng mức đau của họ, vì họ cảm thấy sẽ có ít việc được giải quyết hoặc họ sợ phải dùng thuốc điều trị đau.

2. Các nguyên tắc của điều trị đau

- 2.1 tất cả các bệnh nhân đau phải điều trị để giảm bớt sự đau đớn và để cải thiện chất lượng cuộc sống của họ tại bất kỳ giai đoạn nào của bệnh.

2.2 Quản lý đau là: Loại trừ đau, hoặc nếu điều này là không thể thì ít nhất cũng làm giảm mức độ nặng của đau đến mức có thể chịu đựng được. Phòng đau tái diễn. Làm cho bệnh nhân có thể thực hiện được các hoạt động bình thường của họ trong cuộc sống hằng ngày.

2.3 . Điều trị đau có thể được thực hiện tại các cơ sở y tế, tại nhà và tại cộng đồng.

2.4 . Hãy tin tưởng vào bệnh nhân khi họ mô tả về đau và về hiệu quả của điều trị giảm đau bao gồm cả những bệnh nhân sử dụng ma túy hoặc nghiện opioid.

2.5 .Cả những can thiệp dùng thuốc hay không dùng thuốc đều có thể có hiệu quả giảm đau.

2.6 .Các vấn đề tâm lý xã hội có thể xảy ra đau hoặc làm đau nặng hơn, hoặc làm giảm hiệu quả của điều trị. Vì vậy quản lý đau toàn diện đòi hỏi sự chú ý đến các vấn đề tâm lý xã hội.

2.7 .Các can thiệp và liệu giảm đau phải dựa vào từng cá nhân.

2.8 .Trẻ em cảm thấy đau ngay cả khi chúng không biểu hiện ra ngoài rằng chúng đang đau. Trẻ nhỏ có thể không thông báo/khai được đau. Sự đánh giá cần gồm cả sự quan sát và thông báo/lời khai của người chăm sóc.

3. **Định nghĩa đau:** Đau là cảm giác khó chịu và sự trải qua những cảm xúc có liên quan đến tổn thương mô học, thực thể hoặc tiềm tàng, hoặc được mô tả về phương diện tổn thương mô học.

4. Nguyên nhân của đau

4.1 . Tổn thương mô thực sự do nhiễm trùng, phản ứng viêm, khối u, thiếu máu cục bộ, chấn thương, các thủ thuật y học can thiệp, độc tính của thuốc...

4.2 .Tổn thương mô học tiềm tàng do các bệnh thực thể đã được nhận biết mà những tổn thương mô học không được biểu lộ, ví dụ như bệnh đau cơ sợi.

4.3 . Các yếu tố tâm lý:

- Các rối loạn tâm thần như trầm cảm hoặc trạng thái lo lắng có thể gây ra đau hoặc làm cho đau thực thể nặng hơn, và đau thực thể mạn tính có thể gây ra các rối loạn tâm thần như trầm cảm và lo lắng.
- Các hội chứng tâm lý khác dẫn đến đau mạn tính bao gồm đau tâm lý kéo dài dẫn đến đau thực thể hóa, rối loạn chuyển hóa, rối loạn do chấn động tâm lý sau chấn thương, bệnh hoang tưởng và các rối loạn cảm giác đau do bệnh tâm thần
- Các hội chứng tâm lý dẫn đến hoặc làm cho đau nặng thêm có những định nghĩa cụ thể nhưng rất khó chẩn đoán bởi vì hầu như các thầy thuốc không biết rõ chúng và bởi vì bệnh nhân sợ mang tiếng xấu bị chẩn đoán là mắc bệnh tâm thần.
- Trong một số trường hợp, đau có thể giảm đi nếu các trạng thái trầm cảm, lo lắng hoặc các vấn đề tâm lý khác không được chẩn đoán và điều trị 1 cách đúng đắn.

4.4 .Những căng thẳng về cảm xúc nặng cũng có thể làm cho đau trở nên trầm trọng hơn, gia đình, bạn bè, những thầy thuốc lâm sàng và những người giúp đỡ đồng đẳng cũng như công việc và niềm tin có thể giúp bệnh nhân điều khiển được sự căng thẳng, tăng sự tuân thủ dùng thuốc và làm giảm nhẹ sự đau đớn.

5. Phân loại đau

5.1. Có 2 loại đau chính:

- Đau cảm thụ: đau do kích thích các cảm thụ đau còn nguyên vẹn hoặc các thần kinh cảm giác điều hòa đau. Đau cảm thụ được chia ra thành 2 nhóm là đau thực thể và đau tạng:

+ Đau thực thể: các cảm thụ đau ở da, mô mềm hoặc cơ xương bị kích thích và đau thường được định khu. Đau ở da thường buốt, mạnh, bỏng rát hoặc nhói. Đau cơ thường âm ỉ. Đau xương thì âm ỉ nhưng có thể trở nên đau buốt khi cử động.

+ Đau tạng: các cảm thụ đau của các tạng đặc và tạng rỗng bị kích thích do di căn, chèn ép, sưng to, giãn căng hoặc viêm nhiễm các cơ quan do bất kỳ nguyên nhân gì. Đau này thường không khu trú và gây ra cảm giác bị dồn nén, chèn ép.

+ Đau thần kinh: gây ra do tổn thương mô thần kinh. Đau thần kinh thì bỏng rát hoặc như điện giật. đau còn có thể là tê, cảm giác bị kim châm hoặc tăng cảm(đau do các tác nhân kích thích mà bình thường không gây đau như sự va chạm nhẹ) ở những vùng bị chi phối bởi các dây thần kinh bị tổn thương.

5.2. Đau có thể cấp tính hay mạn tính

- Đau cấp tính thường liên quan đến 1 sự kiện hoặc 1 tình huống dễ dàng nhận ra. Dự đoán đau sẽ hết trong thời gian vài ngày hoặc vài tuần.

- Đau mạn tính có thể liên quan hoặc không liên quan đến hiện tượng sinh lý bệnh dễ xác định và có thể xuất hiện trong 1 khoảng thời gian vô hạn.

6. Đánh giá đau

6.1. Khai thác tiền sử: Trình tự thời gian:

- Đau bắt đầu khi nào?

- Đau kéo dài bao lâu?

- Vị trí: Đau ở đâu? Đau có lan không? Lan đi đâu?

- Đặc điểm: Yêu cầu bệnh nhân mô tả đau. Cố gắng phân biệt đau thần kinh và đau cảm thụ.

+ Bạn có thể mô tả đau cho tôi được không?

+ Đau có cảm giác nóng rát hay như điện giật? bạn có cảm thấy tê hay cảm giác như bị kim châm không? (đặc điểm của đau thần kinh).

+ Đau có buốt nhói, âm ỉ hay không? (đặc điểm đau cảm thụ)

- Mức độ:

+ Đánh giá mức độ đau sử dụng các phương pháp đơn giản và có giá trị như thang điểm thị giác, thang điểm số (ví dụ như từ 1-10) hoặc thang điểm hình ảnh(ví dụ các vẽ mặt). (bảng 1)

+ Sử dụng cùng 1 thang điểm để theo dõi đau của bệnh nhân theo thời gian.

+ Mỗi bệnh nhân sẽ sử dụng các thang điểm 1 cách khác nhau. Ví dụ, hai bệnh nhân có cùng mức đau nhưng 1 bệnh nhân báo cáo mức độ 10/10 còn bệnh nhân kia báo cáo mức độ 5/10. Vì thế: Các mức độ đau có thể được so sánh giữa các lần đánh giá khác nhau trên cùng 1 bệnh nhân chứ không phải giữa các bệnh nhân. Điều trị giảm đau không chỉ dựa trên thang điểm đau.

Bảng 1. Các thang điểm mức độ đau

- Mặc dù đau là cảm giác chủ quan, bệnh nhân có thể chỉ ra 1 cách chính xác và mô phỏng mức độ nặng các triệu chứng của họ bằng việc sử dụng thang điểm. các thang điểm làm tăng khả năng của bệnh nhân để truyền đạt mức độ nặng cho các nhân viên y tế và khả năng truyền đạt giữa các thầy thuốc lâm sàng. Vì vậy, chúng tạo điều kiện thuận lợi cho điều trị giảm đau tối ưu. Thang điểm số (0-10), thang điểm thị giác, thang điểm các vẽ mặt (sử dụng 1 thứ tự của các vẽ mặt từ vui đến buồn) đã được chứng nhận 1 cách khoa học như 1 công cụ để đánh giá đau. Thang điểm cụ thể nào được sử dụng không quan trọng bằng việc luôn luôn sử dụng 1 thang điểm cho 1 bệnh nhân qua các thời điểm.

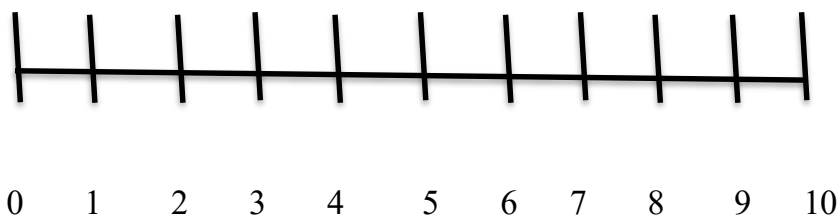
Công cụ 1: thang điểm cường độ đau

-công cụ này có thể được sử dụng cho người lớn để xác định mức độ nặng của đau hiện tại và mức độ nặng của đau trong quá khứ.

-mức độ đau từ 0 đến 10 có thể giải thích bằng lời cho bệnh nhân và có thể được vẽ trên 1 mảnh giấy

-ghi lại mức độ đau mà bệnh nhân báo cáo để quyết định điều trị, theo dõi và so sánh giữa các lần khám.

Thang điểm cường độ đau



Không đau

đau vừa

đau khủng khiếp

Công cụ 2: thang điểm đau theo vẽ mặt của Wong-Baker

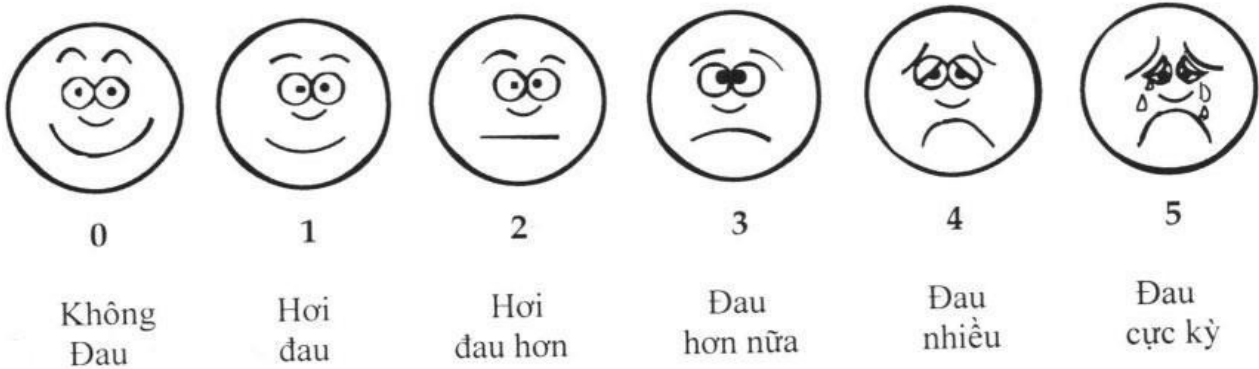
-đây là 1 công cụ đơn giản và phù hợp với trẻ em

-là công cụ phù hợp nhất để xác định đau nặng và đau hiện tại

-giải thích cho bệnh nhân rằng mỗi khuôn mặt là của 1 người, người cảm thấy vui vẻ vì anh ta không đau, hoặc hơi buồn 1 chút vì anh ta hơi đau, hoặc rất buồn vì anh ta đau rất nhiều.

-yêu cầu bệnh nhân chọn 1 khuôn mặt mô tả tốt nhất cường độ đau hiện tại.

-ghi lại mức độ đau mà bệnh nhân thông báo để quyết định điều trị, theo dõi và so sánh giữa các lần khám.



– Kết quả đánh giá cường độ đau

Mức độ đau	Thang điểm cường độ đau	Thang điểm Đánh giá đau theo nét mặt Wong-Baker
Nhẹ	1-3	Hơi đau
Trung bình	4-6	Hơi đau hơn Đau hơn nữa
Nặng	Trên 7	Đau nhiều

		Cực kỳ đau
--	--	------------

-
- Các yếu tố trung gian
 - + Cái gì làm cho đau đỡ hơn? (tư thế? Sờ hoặc so bóp các vùng đau? Thời gian trong ngày?)
 - + Cái gì làm cho đau nặng hơn?
 - Hiệu quả của những điều trị trước đây
 - + Những thuốc hay những can thiệp trước đây đã sử dụng là gì?
 - + Các liệu đã điều trị
 - + Độ dài của liệu pháp điều trị là bao lâu?
 - + Điều trị có hậu quả như thế nào?
 - Tác động lên các chức năng (hoạt động sống hằng ngày): Đau ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường như thế nào (ngủ? làm việc? đi lại? tắm rửa và vệ sinh? Mối quan hệ với những người khác?)
 - Nhận thức của bệnh nhân
 - Bạn nghĩ cái gì gây nên triệu chứng đau của bạn?
 - Đau có ý nghĩa như thế nào đối với bạn

6.2. Tiền sử bệnh

- Bệnh đã được chẩn đoán trước đây
- Tổn thương do chấn thương trước đây
- Can thiệp giải phẫu trước đây
- Bệnh lý tâm thần

6.3. Bệnh sử xã hội

- Đau buồn
- Mất việc làm hoặc thu nhập
- Dinh dưỡng kém
- Sử dụng quá mức rượu
- Sử dụng thuốc bất hợp pháp/ nghiện ma túy

6.4. khám thực thể

- Tập chung khám thực thể ở những phần cơ thể hoặc hệ thống cơ quan mà có thể giúp xác định nguyên nhân của đau
- Hạn chế gây khó chịu cho bệnh nhân trong quá trình khám

- + Ví dụ như nếu bệnh nhân ngồi dậy sẽ gây đau đón và việc nghe ở lưng sẽ không cần thiết cho việc chăm sóc tốt cho bệnh nhân thì chỉ nên nghe lồng ngực trước của bệnh nhân. Nếu việc sờ nắn vùng bụng gây đau và việc khám vùng bụng toàn diện không cần thiết cho việc chăm sóc tốt cho bệnh nhân thì chỉ khám những phần cần thiết để đạt mục tiêu điều trị của bệnh nhân.
- + Khi bệnh nhân có những cơn đau mà ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường thì nên khám thần kinh nếu được vafneesu không gây quá khó chịu cho bệnh nhân.

6.5. Các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

- Nhiều xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân của đau hoặc phát triển các chẩn đoán phân biệt

- + Chụp điện toán cắt lớp (CT scan) có thể phát hiện các u, gãy/ nứt xương, chèn ép thần kinh hoặc các nguyên nhân khác của đau
- + Sinh thiết và xét nghiệm tế bào học có thể phát hiện 1 tình trạng ác tính hoặc viêm
- + Xét nghiệm huyết học và sinh học có thể phát hiện nhiễm trùng
- + XN huyết thanh có thể phát hiện bệnh về khớp hoặc miễn dịch.

6.6. Dự ứng và các thuốc

6.7. Đánh giá đau (chẩn đoán phân biệt):

- Loại đau
 - + Đau thần kinh
 - + Đau cảm thụ
 - + Thực thể: da, mô mềm, cơ, xương
 - + Tạng: cơ quan bên trong
- Những nguyên nhân thích hợp nhất của đau

7. Liệu pháp điều trị đau bằng thuốc

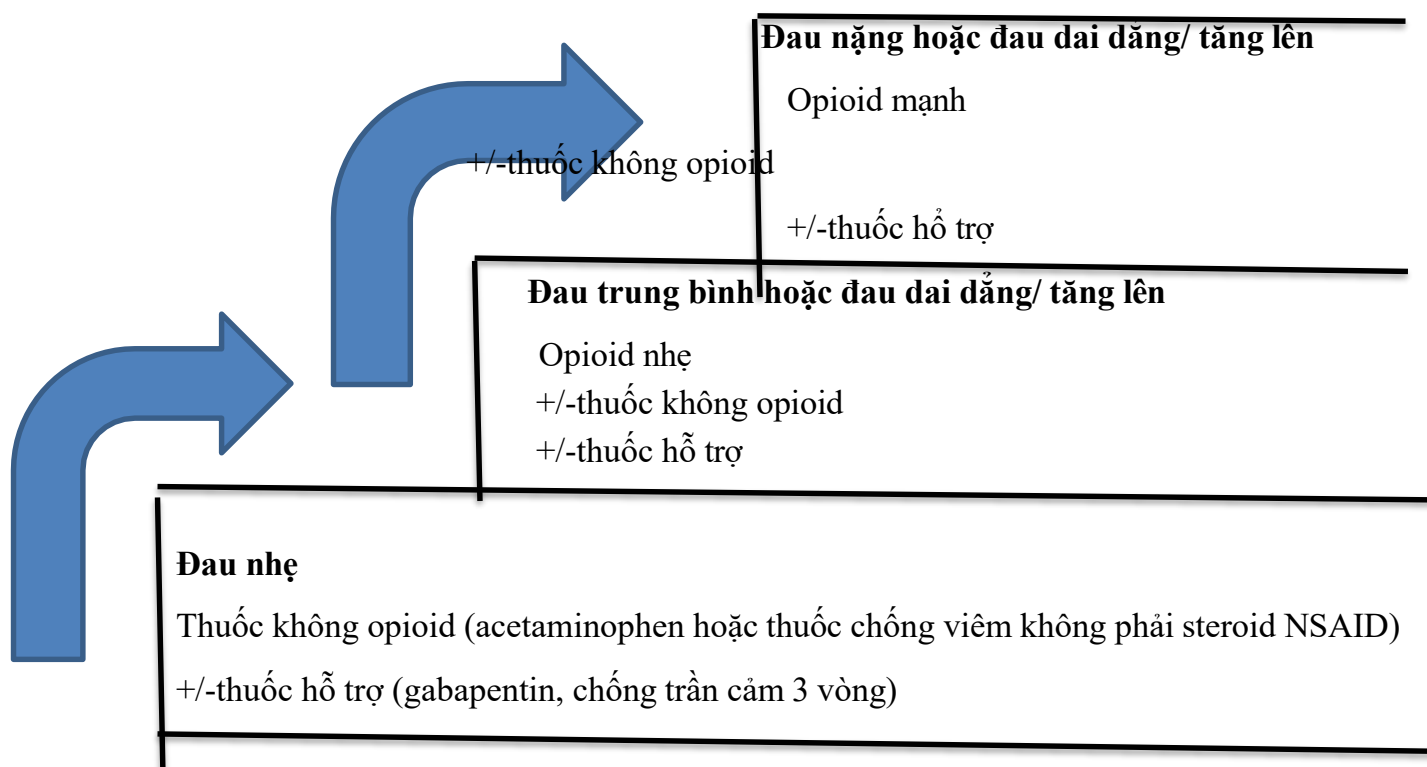
7.1. Nguyên tắc chung

- Đường dùng thuốc: đường uống được ưu tiên sử dụng hơn trừ khi bệnh nhân không thể uống được thuốc hoặc trừ khi đau quá nặng mà liệu pháp nhanh chóng và tích cực ngoài đường tiêu hóa là cần thiết.

- + Cá nhân hóa điều trị: liều chính xác là liều đủ để giảm đau cho 1 cá thể bệnh nhân.
- + Theo dõi sát đáp ứng của điều trị để đảm bảo hiệu quả điều trị cao nhất và giảm đến mức thấp nhất các tác dụng phụ.

7.2. Sử dụng thang điểm giảm đau 3 bậc của WHO (hình 1)

Hình 1: thang điểm giảm đau 3 bậc của WHO: sự tiếp cận từng bước trong điều trị giảm đau



- Đau nhẹ: sử dụng các thuốc giảm đau không phải opioid. Cân nhắc sử dụng các thuốc hỗ trợ giảm đau nếu đau do thần kinh.
 - + Các thuốc giảm đau không phải opioid
 - Acetaminophen (paracetamol)
 - Thuốc chống viêm không phải steroid NSAID
 - + Các thuốc hỗ trợ (các thuốc chống trầm cảm 3 vòng, chống co giật, corticosteroid và các thuốc giãn cơ). Định nghĩa: các thuốc hỗ trợ có thể giảm đau 1 cách độc lập, hoặc tăng hiệu quả giảm đau và giúp giảm liều của các thuốc chống viêm không steroid và các opioid. Các chỉ định chính: có ích trong các đau thần kinh. 1 số thuốc hỗ trợ có thể có ích trong điều trị đau xương và cơ thắt cơ. Khi 1 trong những loại đau này bị nghi ngờ và đau không được giảm 1 cách thỏa đáng với thuốc chống viêm không phải steroid hoặc acetaminophen, hãy bổ sung thêm 1 số hỗ trợ
- Đau trung bình và đau nặng (thang điểm bậc 2 và bậc 3 của WHO)
- Các opioids

+ Đối với đau trung bình hoặc đau tồn tại dai dẳng mặc dù đã điều trị bằng NSAID hoặc acetaminophen: sử dụng opioid nhẹ kèm theo hoặc không kèm theo 1 số thuốc không phải opioid và cân nhắc sử dụng các thuốc hỗ trợ giảm đau nếu đau do thần kinh.

+ Đối với đau nặng: sử dụng các opioid kèm theo hoặc không kèm theo thuốc không phải opioid, cân nhắc sử dụng các thuốc giảm đau nếu đau do thần kinh.

+ Sử dụng opioid tác dụng ngắn cho đau mạn tính được cho liều thường xuyên để chúng có thể duy trì tác dụng giảm đau.

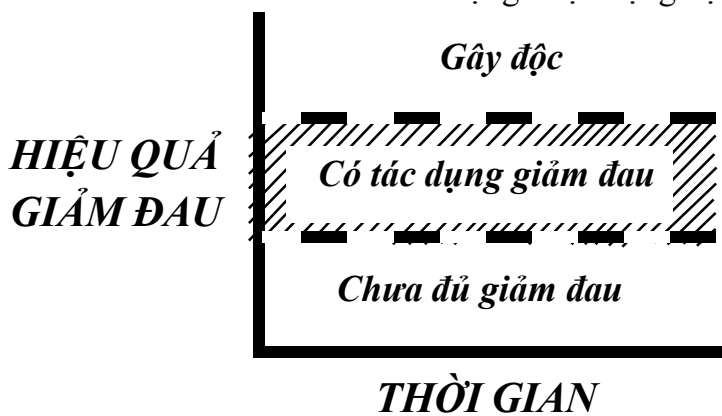
- Nếu bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ ban đêm do tác dụng của thuốc giảm đau mất đi, hãy cho gấp đôi liều gây ngủ

7.3. Các định nghĩa

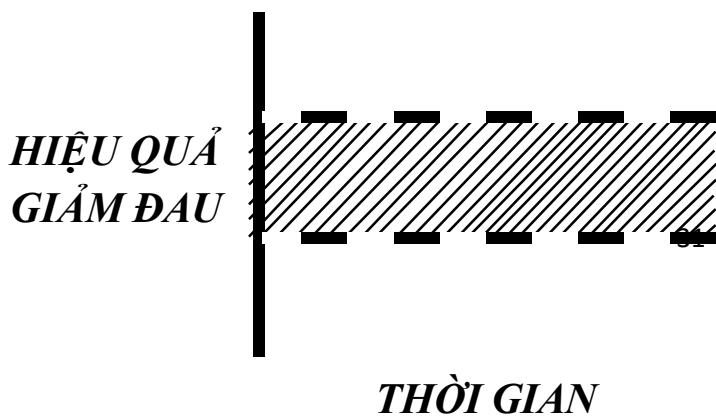
- Liều thường xuyên theo giờ: đối với đau mạn tính vừa hoặc nặng thì thuốc giảm đau nên được sử dụng đều đặn vào những khoảng thời gian nhất định hoặc “suốt ngày đêm” điều này cho phép liều tiếp theo được dung trước khi hiệu quả của liều trước biến mất dần.

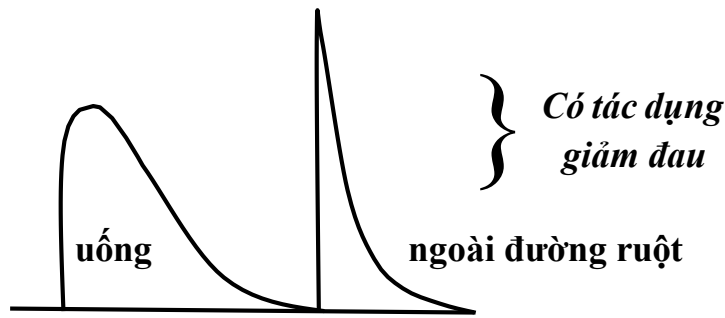
- Dược động học: nghiên cứu sự chuyển hóa và hoạt động của các thuốc, cụ thể là thời gian yêu cầu cho việc hấp thu, khoảng thời gian hoạt động, phân phối của cơ thể và phương pháp bài tiết.

Các hình 2-5. Tác dụng dược động học của thuốc opioid cơ bản

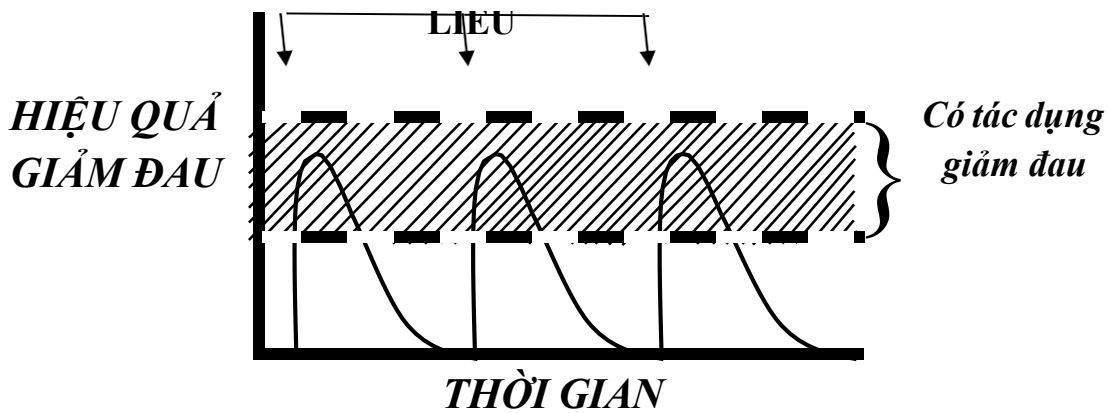


Hình 2. Biểu đồ dược động học cơ bản. biểu đồ này gồm có thời gian so với hiệu quả giảm đau (hoặc nồng độ của thuốc trong máu). Mục đích của thuốc điều trị trong đau mạn tính là duy trì “có tác dụng giảm đau” nhưng không quá liều hoặc chưa đủ liều.

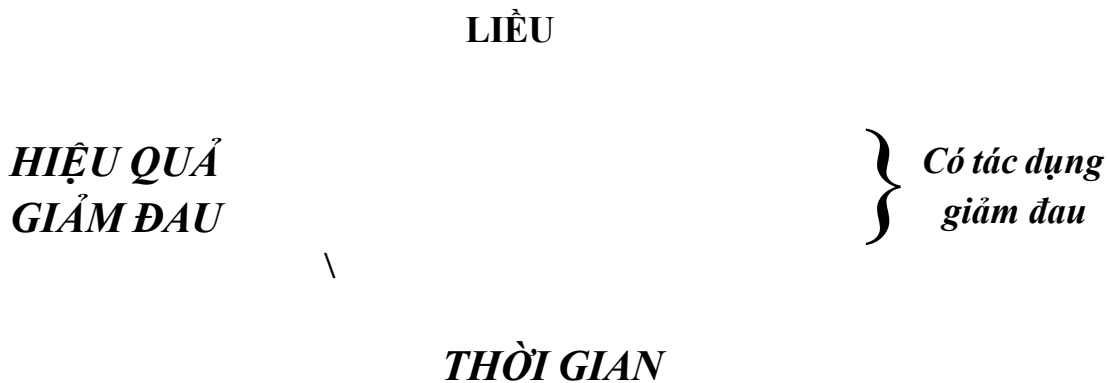


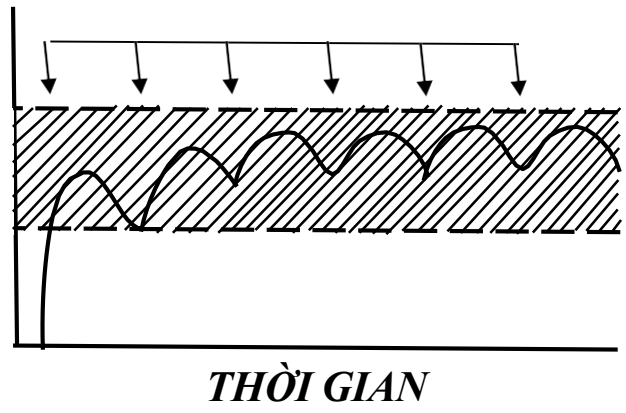


Hình 3. Sự khác nhau về dược động học giữa đường uống và đường tĩnh mạch. Opioid sử dụng đường tĩnh mạch tác dụng nhanh hơn nhưng thời gian tác dụng hơi ngắn hơn so với đường uống. opioid sử dụng đường tĩnh mạch có tác dụng trong vòng 10 phút đầu và tác dụng giảm đau thường kéo dài 3-4 giờ. Opioid sử dụng đường uống thường có tác dụng sau 30 phút nếu hệ thống dạ dày ruột hoạt động tốt và tác dụng giảm đau thường kéo dài 4 giờ.



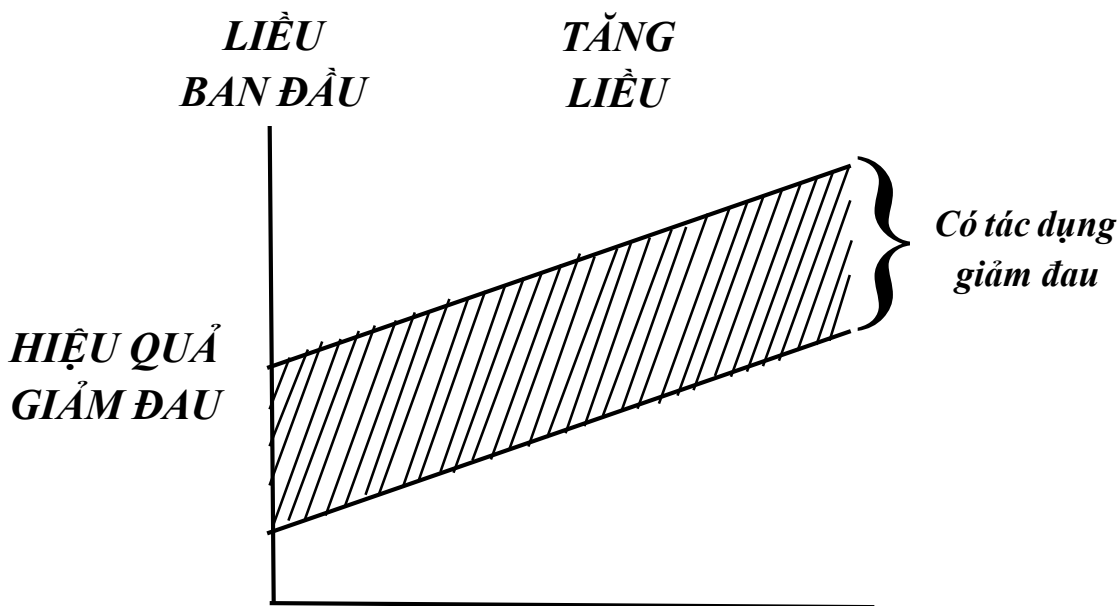
Hình 4. Khoảng điều trị của 1 opioid kéo dài quá mức. khi khoảng điều trị của opioid quá dài, tác dụng điều trị giảm đau sẽ mất trước liều thuốc kế tiếp. điều này sẽ dẫn đến triệu chứng đau sẽ lập lại trước liều kế tiếp và bệnh nhân sẽ chịu đựng đau đớn. ví dụ như hiệu quả của opioid tác dụng ngắn duy trì trong 4 giờ. Opioid tác dụng ngắn nếu được cho trong khoảng thời gian dài hơn thì sẽ mất đi hiệu quả của nó.





Hình 5. Khoảng điều trị đúng của 1 opioid. Khi opioid được cho 1 cách thích hợp thì triệu chứng đau thường sẽ không lặp lại trước liều thuốc kế tiếp bởi vì nồng độ thuốc trong máu đủ để duy trì giảm đau. Ví dụ như opioid tác dụng ngắn được cho mỗi 4 giờ thường sẽ duy trì được tác dụng giảm đau của nó.

- Con đau/ đau đột xuất: là 1 cơn đau với cường độ trung bình hoặc mạnh thoáng qua, xảy ra trên nền của 1 cơn đau khác đã được kiểm soát.
- Liều cứu hộ: là 1 liều bổ sung của thuốc giảm đau được dùng để điều trị cơn đau/ đau đột xuất.
- Sự dung nạp opioid: là hiện tượng khi 1 liều cố định của thuốc tạo ra sự giảm bớt tác dụng vì thế 1 sự tăng liều được yêu cầu để duy trì hiệu quả giảm đau bền vững. sự dung nạp xảy ra ở tất cả các liệu pháp opioid mạn tính và không phải là bệnh lý



Hình 6. Sự dung nạp opioid. **THỜI GIAN** u cố định của thuốc thì hiệu quả của thuốc sẽ
 Dùng kéo dài 1 liê
 giảm. do đó cần liều cao hơn để duy trì cùng mức độ giảm đau ngay cả khi bệnh không thay
 đổi.

- Liều giảm đau tương đương: liều của 1 opioid được tính tương đương với hiệu lực của 1 opioid khác và vì vậy đưa ra cùng hiệu quả giảm đau như các opioid khác.
- Sự dung nạp chéo không hoàn toàn: do cấu trúc phân tử khác nhau của mỗi opioid, những bệnh nhân khi chuyển từ 1 opioid sang 1 opioid khác thì sự dung nạp đối với opioid mới kén hơn so với opioid đầu tiên, vì vậy, liều của thuốc mới nên thấp hơn 25-33% so với liều giảm đau tương đương được tính toán.
- Sự phụ thuộc về thể chất vào opioid: là tình trạng các triệu chứng cai nghiện xảy ra khi 1 bệnh nhân đột ngột dừng sử dụng opioid hoặc khi các hiệu quả của 1 opioid ngược lại với 1 chất đối kháng opioid. Sự phụ thuộc về thể chất đối với opioid xảy ra ở tất cả các liệu pháp dùng opioid kéo dài và không phải bệnh lý.
- Sự phụ thuộc tâm lý vào opioid: là 1 sự rối loạn đặc trưng bởi sự bắt buộc phải sử dụng 1 thuốc dẫn đến rối loạn chức năng thực thể tâm lý hoặc xã hội của người sử dụng và bởi sự tiếp tục sử dụng bất chấp sự rối loạn chức năng này.
- Giả nghiện: là hành vi tìm kiếm thuốc do điều trị đau không đầy đủ của các thầy thuốc và chấm dứt khi đau được điều trị thỏa đáng. Cần phải phân biệt với nghiện thật ở những hành vi tìm kiếm thuốc tiếp tục mặc dù đã được điều trị đau thỏa đáng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Phương pháp điều trị không dùng thuốc nào sau đây được sử dụng phụ trợ để giảm đau cho bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ?

- A. Uống nhiều nước có gas
- B. Xem tivi về những trường hợp mắc bệnh ung thư
- C. Trồng nhiều hoa ở khuôn viên bệnh viện
- D. Nghe nhạc

Câu 2: Điều dưỡng cần làm gì để đánh giá đau trên bệnh nhân giảm nhẹ không giao tiếp được, ngoại trừ?

- A. Nhìn vẻ mặt
- B. Cử động tay chân
- C. Nhịp thở
- D. Đồng tử

Câu 3: Các khía cạnh của việc đánh giá đau gồm, ngoại trừ:

- A. Mức độ nặng
- B. Ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày
- C. Vị trí
- D. Có sử dụng thuốc giả dược giảm đau không

Câu 4: Theo thang giảm đau của WHO, điều trị đầu tiên cho đau do bệnh nhân ung thư là:

- A. Thốc giảm đau không phải opioid như paracetamol hoặc ibuprofen
- B. Củng cố niềm tin/ tinh thần

- C. Morphin
- D. Một opioid nhẹ như codein

BÀI 4: ĐÁNH GIÁ VÀ KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Biết được chẩn đoán phân biệt sụt cân/suy mòn ở bệnh nhân HIV/AIDS và ung thư.
- 1.2. Biết được các phương pháp điều trị sụt cân/suy mòn dựa vào các chẩn đoán phân biệt.

2. Kỹ năng

- 2.1. *Xác định được các vấn đề tiềm ẩn và các can thiệp điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ.*
- 2.2. *Áp dụng được những bước chính trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ.*
- 2.3. *Lập được kế hoạch chăm sóc một cách hệ thống các can thiệp điều dưỡng trong giảm nhẹ.*
- 2.4. *Thực hiện được một đánh giá chi tiết về tâm lý và xã hội*

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này..

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

1.1. Các triệu chứng toàn thân là nguyên nhân phổ biến của sự khó chịu và chất lượng sống kém ở những bệnh nhân HIV và ung thư giai đoạn tiến triển. Các triệu chứng này bao gồm:

- Sụt cân và suy mòn
- Mệt mỏi
- Sốt và vã mồ hôi

1.2. Các nỗ lực nên được thực hiện để xác định nguyên nhân của triệu chứng và để điều trị nguyên nhân tiềm tàng nếu có thể và nếu phù hợp với mục đích của bệnh nhân.

1.3. Ngay cả khi nguyên nhân tiềm tàng không được điều trị thì thường vẫn có thể điều trị để làm giảm các triệu chứng toàn thân và do đó nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

2. Suy mòn

2.1. Định nghĩa:

- Chán ăn: là mất đi sự ngon miệng.
- Suy mòn: là tình trạng sức khỏe yếu nói chung được thể hiện bởi sự kém dinh dưỡng, thay đổi cấu tạo cơ thể, sụt cân và sự ốm yếu.
- Hội chứng suy mòn thường kết hợp với HIV (định nghĩa của CDC): sự sụt cân không chủ tâm rõ rệt > 10% trọng lượng cơ thể cùng với tình trạng tiêu chảy mạn tính hoặc tình trạng yếu mạn tính và sốt khi không có sự hiện diện của bệnh tật hoặc nhiễm trùng nào khác ngoài nhiễm HIV mà có thể giải thích được các triệu chứng này.

2.2. Hội chứng suy mòn:

- Thường đi kèm với tình trạng mệt mỏi
- Kết hợp với giảm chất lượng cuộc sống và diễn tiến bệnh nhanh chóng
- Thường xảy ra với:
 - + Các khối u đặc ác tính
 - + HIV/AIDS
 - + Bệnh tim giai đoạn tiến triển, suy gan và suy thận
 - + Bệnh phổi giai đoạn tiến triển

2.3. Các chẩn đoán phân biệt:

- Năng lượng đưa vào cơ thể không đầy đủ do bởi:
 - Khó nuốt hoặc nuốt đau do bởi: Candida; Loét trong miệng
 - Chán ăn, buồn nôn hoặc nôn do bởi: Nhiễm trùng, U ác tính, Tác dụng phụ của thuốc, Đau, Bất cứ nguyên nhân khác
- Vấn đề tâm lý: Trầm cảm, Lo âu, Buồn bã, Cô đơn
- Vấn đề xã hội
 - + Nghèo (không đủ tiền để mua thức ăn)
 - + Nghiện rượu hoặc nghiện chích ma túy
- Mất chất dinh dưỡng do bởi: Tiêu chảy mạn tính; Nhiễm trùng; Giảm khả năng hấp thu; Liên quan đến điều trị thuốc; Bệnh tự phát (bệnh lý đường ruột ở bệnh nhân AIDS)
- Rối loạn chuyển hóa ở các bệnh u ác tính, nhiễm trùng (Ví dụ như HIV, Lao), viêm mạn tính hoặc bệnh nội tiết
 - + Các yếu tố u như LMF (yếu tố huy động lipid), PIF (yếu tố gây phân giải protein)
 - + Các yếu tố vật chủ
 - + Chất tiết của cytokines như là TNF- α , IL-6
 - + Những thay đổi trong hệ thần kinh nội tiết: Giảm tiết hormon tăng trưởng; giảm

tiết testosterone, thay đổi trong chuyển hóa cortisol

- Kết quả là giảm tổng hợp protein, giảm sự hình thành chất béo, kháng insulin, phân giải protein ở cơ..., và những thay đổi chuyển hóa khác dẫn đến tình trạng suy mòn.

2.4. Tiếp cận bệnh nhân suy mòn

- Bệnh sử: những điểm quan trọng
 - + Sụt cân & tăng cân trong vòng 6 tháng qua
 - + Chán ăn hoặc mau ngán/chán/ngấy
 - + Khó nhai hoặc khó nuốt
 - + Buồn nôn hoặc nôn
 - + Tiêu chảy
 - + Sốt
 - + Mệt mỏi
 - + Tình trạng thực hiện các hoạt động (khả năng làm việc hoặc thực hiện các hoạt động hàng ngày)
 - + Các vấn đề tài chính (không có tiền mua thức ăn)
 - + Vấn đề tâm lý xã hội
 - + Uống rượu hoặc tiêm chích ma túy
 - + Thuốc
 - + Lượng và thành phần thức ăn: Nhật ký về chế độ ăn; gọi nhớ trong vòng 24 giờ
- Khám thực thể:
 - + Cân nặng: Sụt cân không chủ ý: 5% trong vòng 1 tháng, 7,5% trong vòng 3 tháng hoặc 10% trong vòng 6 tháng được xem như là có ý nghĩa về mặt lâm sàng. Chỉ số trọng lượng cơ thể (BMI): cân nặng (kg)/chiều cao (m)². Bệnh nhân với BMI < 20 được xem như là nhẹ cân
 - + Sốt
 - + Bằng chứng của thiếu vitamine
 - + Bằng chứng của hao mòn mỡ và cơ
 - + Gan to hoặc lách to
 - + Phù

- Xét nghiệm cận lâm sàng: nên được định hướng bởi triệu chứng như là nuốt đau, nôn, tiêu chảy, sốt và những nỗ lực thu hẹp các chẩn đoán phân biệt.

2.5. Điều trị suy mòn

- Đánh giá và điều trị hoặc điều chỉnh những tình trạng mắc bệnh đồng thời (xem phần chẩn đoán phân biệt ở phía trên) nếu phù hợp với mục tiêu điều trị của bệnh nhân.
- Giúp bệnh nhân tăng năng lượng đưa vào cơ thể nếu điều này dễ chịu và phù hợp với tiên lượng và mục tiêu điều trị của bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân rất nghèo và không thể đủ khả năng chi trả thức ăn hoặc thuốc, hãy tìm kiếm các hỗ trợ xã hội cho bệnh nhân:
 - Các phòng khám cung cấp thuốc miễn phí
 - Các tổ chức cung cấp thức ăn
 - + Khuyến khích ăn những thức ăn yêu thích
 - + Những chất bổ sung dinh dưỡng
 - + Kích thích ngon miệng: Corticosteroids: Bất kỳ một lợi ích nào cũng chỉ là tạm thời (đến vài tháng). Nguy cơ của những tác dụng phụ nghiêm trọng tăng theo thời gian: Tăng ức chế miễn dịch và nguy cơ nhiễm trùng, xuất huyết/chảy máu dạ dày ruột, thiếu năng tuyến thượng thận, không dung nạp glucose. Hữu ích nhất ở các bệnh nhân với tiên lượng ngắn, đặc biệt ở những bệnh nhân có đau, buồn nôn, mệt mỏi, tâm trạng chán nản/buồn phiền hoặc các triệu chứng khác mà thuốc steroid đôi khi có thể làm giảm nhẹ các triệu chứng này. Có thể cho cho 1 lần/ngày vào buổi sáng để giảm đến mức thấp nhất gây rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân. Thuốc: Prednisilone 20 - 80 mg uống vào buổi sáng; Dexamethasone 8 - 20 mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch 1 lần vào buổi sáng hoặc chia liều làm đôi thành 2 lần
- Các thuốc khác đôi khi cũng được sử dụng: Megestrol acetate (không dùng kèm với steroid). Testosterone (Thiếu năng sinh dục phổ biến ở nam và nữ suy mòn nhiễm HIV, đặc biệt là ở người nghiện chích ma túy)
- Đôi khi dinh dưỡng nhân tạo qua ống thông miệng-dạ dày hoặc ống dẫn lưu dạ dày, hoặc dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa.
- Dinh dưỡng nhân tạo hiếm khi cải thiện được tình trạng dinh dưỡng ở những bệnh nhân ung thư và AIDS giai đoạn tiến triển nếu điều trị đặc hiệu không hiệu quả hoặc không có sẵn.

3. Mệt mỏi (suy nhược)

3.1. Định nghĩa: cảm nhận chủ quan sự mệt mỏi toàn cơ thể một cách không bình thường hoặc bất thường mà không tương ứng với mức độ các hoạt động hoặc sự gắng sức, và tình

trạng này không đáng kể bởi ngủ hoặc nghỉ ngơi.

- Mệt mỏi cấp: mệt mỏi < 1 tháng
- Mệt mỏi mạn: mệt mỏi > 1 tháng

3.2. Mệt mỏi ảnh hưởng đến 85% bệnh nhân AIDS và giới hạn đáng kể các hoạt động & làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

3.3. Chẩn đoán phân biệt (**Dur Cẩm Thủy**)

- AIDS (đặc biệt là giai đoạn tiến triển)
- Các nhiễm trùng khác (đặc biệt là lao phổi và các nhiễm trùng cơ hội)
- U ác tính
- Tác dụng phụ của thuốc (nhiều nhóm bao gồm giảm đau, kháng histamine, kháng cholinergic, chống co giật)
- Mất nước
- Thiếu máu
- Bệnh nội tiết (như là thiếu năng giáp, thiếu năng sinh dục)
- Suy các phủ tạng chính
- Suy dinh dưỡng hoặc suy mòn do bất kỳ nguyên nhân nào (Xem phần “Chán ăn và suy mòn” ở trên)
- Trầm cảm
- Mất ngủ
- Đa nhân tố

3.4. Tiếp cận bệnh nhân mệt mỏi

- Nhớ rằng mệt mỏi là cảm giác chủ quan mà được đánh giá tốt nhất bởi người đang chịu đựng triệu chứng này.
- Bệnh sử:
 - + Có phải anh/chị đang chịu đựng tình trạng mệt mỏi bất thường?
 - + Anh/chị cho rằng mức độ mệt mỏi của anh/chị như thế nào theo thang điểm từ 0-10, với 0 là hoàn toàn không mệt mỏi và 10 là mệt mỏi khủng khiếp nhất?
 - + Sự mệt mỏi có ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày của anh/chị không? Nếu có, thì ảnh hưởng như thế nào?
 - + Có những hoạt động mà bây giờ anh/chị không thể làm được nữa bởi vì anh/chị quá mệt không?
 - + Thời gian nào trong ngày mà anh/chị mệt mỏi nhất?

- Khám thực thể và xét nghiệm cận lâm sàng: cả hai nên được định hướng bởi nguyên nhân hoặc nguyên nhân phù hợp nhất gây mệt mỏi và bởi nỗ lực thu hẹp các chẩn đoán phân biệt. Ví dụ như:
 - + Nếu nghi ngờ nhiễm HIV, Lao, thiếu máu thì có thể chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng.
 - + Nếu nghi ngờ suy tim sung huyết - định hướng bởi khám thực thể - thì các xét nghiệm như điện tâm đồ có thể mang lại những thông tin hữu ích.

3.5. Xử trí triệu chứng mệt mỏi

- Điều trị những nguyên nhân cơ bản của yếu và mệt mỏi phù hợp với những mục đích của bệnh nhân. Ví dụ như:
 - + Truyền máu và/hoặc sắt và/hoặc B12 và/hoặc erythropoietin cho thiếu máu
 - + Liệu pháp ARV cho bệnh nhân AIDS
 - + Điều trị lao cho bệnh nhân lao
 - + Kháng sinh thích hợp cho các nhiễm trùng cơ hội
 - + Bồi hoàn hormon tuyến giáp cho thiếu năng giáp
 - + Thuốc chống trầm cảm cho bệnh nhân trầm cảm
- Các thuốc điều trị mệt mỏi do nhiều nguyên nhân:
 - + Methylphenidate 2,5-5 mg uống lúc 8 giờ sáng và lúc ăn trưa. Liều có thể được tăng theo nhu cầu. Liều tối đa là 60mg/ngày. Theo dõi các triệu chứng lo âu hay kích động (Kích thích tâm lý). Sử dụng cẩn trọng ở bệnh nhân loạn nhịp nhanh. Cũng có thể giảm triệu chứng trầm cảm nhanh hơn nhiều so với thuốc ức chế sự tái hấp thu serotonin (SSRIs) hoặc thuốc chống trầm cảm 3 vòng. Do đó, rất hữu ích cho bệnh nhân trầm cảm với triển vọng sống ngắn (thời gian sống tính bằng ngày hoặc tuần). Tác dụng giảm đau do là thuốc giảm đau nhóm opioid. Không được cho sau 2 giờ chiều (Ảnh hưởng đến giấc ngủ). Prednisilone 20-80 mg/ngày uống vào buổi sáng. Dexamethasone 8-20 mg/ngày uống hoặc tiêm tĩnh mạch một lần vào buổi sáng hoặc chia liều 2 lần.

3.6. Điều trị mệt mỏi ở trẻ em

- Điều trị nguyên nhân cơ bản khi thích hợp
- Prednisolone 1 mg/kg, 1 hoặc 2 lần/ngày uống lúc ăn.

4. Sốt/vã mồ hôi

4.1. Sốt và vã mồ hôi là nguyên nhân thông thường của tình trạng khó chịu và chất lượng sống kém ở bệnh nhân ung thư và AIDS giai đoạn tiến triển.

4.2. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân của sốt

- Ở bệnh nhân ung thư:
 - + Nhiễm trùng
 - + Tác dụng phụ của thuốc
 - + Liên quan trực tiếp đến các u ác tính: 5-7% bệnh nhân
- Ở bệnh nhân nhiễm HIV
 - + Các nhiễm trùng cơ hội (Ví dụ như lao hoặc MAC)
 - + HIV kết hợp với các khối u ác tính
 - + Tác dụng phụ của thuốc: Cotrimoxazole và các thuốc nhóm sulfa khác; Abacavir và các thuốc ARV khác; Amphotericin B
 - + Các bệnh nội tiết
 - + Các rối loạn tự miễn
 - + Do chính bản thân virus HIV
- Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân của vã mồ hôi
- Sốt do bất kỳ nguyên nhân gì
 - Vã mồ hôi không kèm theo sốt:
 - + Một vài nhiễm trùng
 - + U ác tính
 - + Bệnh nội tiết
 - + Tác dụng phụ của thuốc. Ví dụ như: Opioid; Hội chứng cai do opioid

4.3. Điều trị sốt và vã mồ hôi

- Điều trị những nguyên nhân cơ bản của sốt hoặc vã mồ hôi nếu có thể và nếu phù hợp với mục đích của bệnh nhân.
- Với sốt:
 - + Giữ nhiệt độ cơ thể trong khoảng phạm vi mà người bệnh cảm thấy dễ chịu. Không phải tất cả các sốt đều gây khó chịu

- + Paracetamol 500-1000 mg, 6 giờ/lần uống hoặc đặt theo nhu cầu. Không vượt quá 4000 mg/ngày. Giảm liều ở những bệnh nhân có bệnh gan.
- + Những thuốc khác hoặc những thuốc hỗ trợ paracetamol:Choline magnesium trisalicylate 500-1000 mg, uống 2-3 lần/ngày. Không ảnh hưởng đến tiêu cầu và ít độc tính trên dạ dày ruột hơn các thuốc kháng viêm không steroid khác (NSAIDS). Ibuprofen 200-600 mg uống 6 giờ/lần theo nhu cầu. Trong trường hợp nặng, sốt liên tục, có thể dùng với paracetamol theo kiểu xen kẽ, bệnh nhân nhận thuốc này hoặc thuốc kia mỗi 3 giờ. Cho thuốc bảo vệ dạ dày ruột bằng các thuốc chặn bơm proton như là omeprazole hoặc chặn histamine nhóm 2 như là ranitidine khi dùng thuốc NSAID thường xuyên.
- Đối với những bệnh nhân sốt cao dai dẳng sắp chết: dexamethasone 4-20 mg/ngày uống hoặc tiêm tĩnh mạch một lần vào buổi sáng hoặc chia liều thành 2 lần.Cũng có thể giảm triệu chứng mệt mỏi, đau, buồn nôn và cải thiện tâm trạng của bệnh nhân.
- Cung cấp nước theo đường uống hay đường tĩnh mạch và bồi hoàn các chất điện giải nếu phù hợp với mục đích chăm sóc của bệnh nhân.
- Với vã mồ hôi có kèm theo sốt hoặc không
- Giữ cho bệnh nhân ấm và khô để phòng ngừa ớn lạnh và run cầm cập.
- Thuốc NSAIDS như trên
- Scopolamine 1,5 - 6 mg miếng dán da mỗi 72 giờ hoặc 0,1 - 0,3 mg tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da mỗi 4 giờ theo nhu cầu
- Cimetidine 400 - 800 mg uống 2 lần/ngày

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Các thuốc steroids thuộc nhóm thuốc giảm đau nào?

- A. Thông thường
- B. Các thuốc giảm đau hỗ trợ
- C. Opioid mạnh
- D. Opioid

Câu 2. Tác dụng phụ ít gặp nhất khi sử dụng opioid?

- A. Táo bón
- B. Khô miệng
- C. Úc chế hô hấp
- D. Nôn, buồn nôn

Câu 3. Tác dụng phụ thường gặp nhất khi sử dụng opioid?

- A. Táo bón
- B. Khô miệng
- C. Úc chế hô hấp
- D. Nôn, buồn nôn

Câu 4. Biểu hiện lâm sàng của độc tính cấp opioid, Ngoại trừ:

- A. Thở chậm (2-4 nhịp/phút), nhịp thở Cheyne
- B. Xuất huyết tiêu hóa
- C. Miệng khô, mạch nhanh và mạnh
- D. Nặng đầu, chóng mặt

BÀI 5: KIỂM SOÁT TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC GIẢM ĐAU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Hiểu được các nhóm thuốc giảm đau thường sử dụng trong CSGN
- 1.2. Liệt kê được các tác dụng phụ của từng nhóm thuốc.
- 1.3. Liệt kê được các biện pháp kiểm soát các tác dụng phụ của thuốc giảm đau.

2. Kỹ năng

- 2.1. Xác định được các vấn đề của tác dụng phụ thuốc giảm đau.
- 2.2. Áp dụng được những bước chính trong đánh giá tác dụng phụ thuốc giảm đau.
- 2.3. Lập được kế hoạch chăm sóc một cách hệ thống các can thiệp điều dưỡng trong kiểm soát các tác dụng phụ của thuốc giảm đau
- 2.4. Thực hiện được một đánh giá chi tiết kiểm soát các tác dụng phụ của thuốc giảm đau.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Những tác động có hại của opioid

Phổ biến

- Táo bón
- Khô miệng
- Buồn nôn/nôn
- An thần
- Ra mồ hôi

Không phổ biến

- Những giấc mơ xấu/ảo giác
- khó chịu/mê sảng
- Rung giật cơ/co giật
- Ngứa/mê đay
- Suy hô hấp
- Bí tiểu

1.1. Táo bón

- Hay gặp khi dùng với tất cả các opioid
- Dự phòng thì dễ hơn điều trị

- Khuyến khích chế độ ăn nhiều chất xơ nhưng chế độ ăn thường không đầy đủ
- Các chất tạo xơ không được khuyến cáo
- Nhuận tràng kích thích : Bisacodyl
- Nhuận tràng thẩm lọc: Polyethylene glycol (Forlax)
- Các chất phụ trợ: Dầu thô, Naloxone uống

1.2. Buồn nôn/nôn: Xuất hiện thường khi bắt đầu sử dụng opioids

- Sự dung nạp thường tiến triển trong vài ngày
- Dự phòng và điều trị bằng các thuốc chống nôn chẹn dopamine
 - + Haloperidol 0,5-1 mg, 6 – 8 giờ/lần
 - + Prochlorperazine 5 – 10 mg, 6 giờ/lần
- Nếu nôn dai dẳng với điều trị, thử dùng một opioids khác nếu có thể

1.3. An thần

- Xuất hiện cùng với khi bắt đầu sử dụng opioids
- Phân biệt với tình trạng mệt là kiệt sức do đau
- Sự dung nạp tiến triển trong vòng vài ngày
- Nếu vẫn còn hiện tượng an thần, dùng opioid khác
- Các thuốc kích thích tâm thần có thể ích : Methylphenidate, 5mg dùng vào các buổi sáng và buổi trưa, chuẩn hóa liều, tối đa 60 mg/ngày

1.3. Mê sảng

- Biểu hiện
- Sự nhầm lẫn, có giấc mơ xấu, ảo giác
- Bồn chồn, lo âu
- Rung giật cơ mạnh thỉnh thoảng, co giật
- Làm suy giảm mức độ tỉnh táo
- Điều trị lo âu bằng haloperidol 0,5 - 5mg, uống 4 - 6 giờ/lần khi cần thiết
- Đối với lo âu nặng, dùng chlorpromazine tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch (an thần nhiều hơn)

Mê sảng đôi khi được cải thiện bằng việc giảm nhẹ opioid

1.4. Suy hô hấp

- Đau là một yếu tố kích thích hô hấp
- Suy hô hấp do opioid là do sự ức chế hệ thống thần kinh trung ương nói chung
- Tình trạng mơ màng/ngủ gà luôn luôn xuất hiện trước

- Điều trị

+ Xác định, điều trị những nguyên nhân góp phần gây ra khó thở giảm liều opioid theo dõi

+ Nếu các chỉ số sinh tồn không ổn định pha loãng 0,4 mg naloxone trong 9 ml nước muối (saline) và tiêm tĩnh mạch 1 ml mỗi 1 - 2 phút tiêm quá nhanh có thể gây cơn đau dữ dội

1.5. Mày đay, ngứa: Opioids có thể gây hoạt hóa dưỡng bào và giải phóng histamine. Điều trị bằng kháng histamine

- Diphenhydramine 12,5 - 50 mg uống, 6 giờ/lần khi cần thiết
- Các thuốc kháng: Hydroxyzine, Fexofenadine, loratadine
doxepin

1.6. Dị ứng opioid: Phản ứng quá mẫn là rất hiếm

- Nếu có thất phế quản xảy ra, ngưng sử dụng opioid

Những tác động có hại như buồn nôn/nôn, táo bón, ngủ gà không phải là những phản ứng dị ứng

2. Các thuốc hỗ trợ giảm đau

- Các thuốc bổ sung cho những thuốc giảm đau ban đầu
- Bản thân chúng có thể là những thuốc giảm đau ban đầu
- Sử dụng bất cứ bậc nào trong thang giảm đau của WHO

Đặc biệt có ích trong

- Đau do bệnh lý thần kinh. Opioids không phải luôn luôn có hiệu quả
- Đau do di căn xương. Opioids có hiệu quả nhưng không thường xuyên cần đến

Đau là triệu chứng thường gặp trên các bệnh nhân AIDS

+ Mệt mỏi 48-77%

+ Sụt cân/chán ăn	31-91%
+ Đau	28-76%
+ Lo âu	25-40%
+ Mất ngủ	21-50%
+ Ho	19-36%
+ Buồn nôn/nôn	17-43%
+ Trần cảm/buồn rầu	15-40%
+ Khó thở/các triệu chứng hô hấp	15-48%
+ Tiêu chảy	11-32%
+ Táo bón	10-29%

*Dựa trên những nghiên cứu mô tả đã được xuất bản về các bệnh nhân AIDS, phần lớn trên các bệnh nhân giai đoạn muộn ở Châu Âu và Bắc Mỹ 1890-2002

3. Các thuốc điều trị đau do bệnh lý thần kinh

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng
- Gabapentin (chống co giật)
- Thuốc gây tê tại chỗ/chống loạn nhịp (miếng dán lidocaine hoặc lidocaine tiêm tĩnh mạch)
- Corticosteroids
- Các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc, nếu những thuốc khác không hiệu quả.

3.1. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng điều trị đau do bệnh lý thần kinh

Amitriptyline

- Phần lớn đã được nghiên cứu rộng rãi
- 10-25 mg uống trước khi đi ngủ, tăng liều theo nhu cầu 4-7 ngày/lần
- Mất ngủ nhiều ngày và nhiều tuần mới có hiệu quả
- Liều có tác dụng thường là 50-300 mg/ngày
- Các tác dụng phụ (kháng cholinergic): Ngủ gà, táo bón, hạ huyết áp tư thế đứng, nhịp tim nhanh
- Quá liều có thể gây chết người

3.2. Gabapentin điều trị đau do bệnh lý thần kinh

- Chống co giật

- + Khởi đầu bằng 300 mg uống vào buổi tối trước khi đi ngủ
- + Tăng liều 2 hoặc 3 ngày/lần (300mg uống 2 lần/ngày, sau đó 3 lần/ngày) cho đến khi có hiệu quả hoặc các tác dụng phụ xảy ra
- + Liều có hiệu quả thường là 300-600 mg, 3 lần/ngày
- + Tối đa 1200 mg × 3 lần/ngày
- + Tác động có hại chủ yếu là ngủ gà, dung nạp thuốc tiến triển sau vài ngày
- + Giảm liều trong suy thận. Valproate là một thuốc thay thế

3.3. Corticosteroid: Sử dụng nhiều

- Tác nghẽn ruột ác tính
- Đau do căng dẫn bao ngoài cầu gan do khối u phát triển
- Đau do bệnh lý thần kinh
- Buồn nôn/nôn
- Chán ăn
- Mệt mỏi
- Sốt/đỏ mề hôi

Dexamethasone

- Thời gian bán hủy dài(>36 giờ), liều cho 1 lần/ngày
- Các liều từ 4-20 mg/ngày

Tác động có hại

- Tăng đường máu
- Nguy cơ nhiễm trùng
- Đôi khi gây rối loạn tâm thần hoặc lo âu

Những tác động có hại lâu dài

- Yếu các cơ gân
- Tăng huyết áp
- Loãng xương

4. Các rào cản đối với điều trị giảm đau tốt

4.1. Đối với thầy thuốc lâm sàng

- Giảm đau không được xem là quan trọng
- Đánh giá đau không đầy đủ
- Thiếu kiến thức điều trị giảm đau
- Sợ
 - + Gây nghiện
 - + Những tác động có hại
 - + Thiếu sót của những quy định

4.2. Đối với bệnh nhân

- Bệnh nhân không sẵn lòng báo cáo đau
- Các bệnh nhân không sẵn lòng dùng thuốc

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Hội chứng suy mòn thường xảy ra ở những bệnh nhân nào sau đây, ngoại trừ?

- A. Suy tim giai đoạn tiến triển
- B. HIV/AIDS
- C. Bệnh COPD cấp
- D. Các khối u đặc ác tính

Câu 2: Nguyên nhân nào gây tiêu chảy ở bệnh nhân đang điều trị chăm sóc giảm nhẹ?

- A. Bác sỹ cho thuốc nhuận trường liều cao
- B. Bệnh nhân căng thẳng nhiều ngày
- C. Xuất huyết dạ dày ruột
- D. Câu A, B và C đúng

Câu 3: Có thể điều trị buồn nôn và nôn do tắc nghẽn ruột do u ác tính bằng:

- A. Omeprazol 40
- B. Thụt tháo
- C. Đặt ống sonde dạ dày
- D. Uống nhiều nước có vị gừng

Câu 4: Những thuốc nào sau đây **KHÔNG** phải là nguyên nhân gây táo bón:

- A. Sắt
- B. Các thuốc có tác dụng chống cholinergic
- C. Thuốc kháng virus
- D. Opioids

BÀI 6: SỬ DỤNG MORPHIN ĐÚNG CÁCH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Kể được các loại thuốc opioids và các đường sử dụng thuốc.*
- 1.2. Kể được các làm tương liên quan tới sử dụng opioids dưới góc độ bệnh nhân.*

2. Kỹ năng

- 2.1. Thực hiện được cách pha và hướng dẫn người bệnh dùng morphin sulfate 30mg.*
- 2.4. Thực hiện được một đánh giá chi tiết về sử dụng morphin đúng cách.*

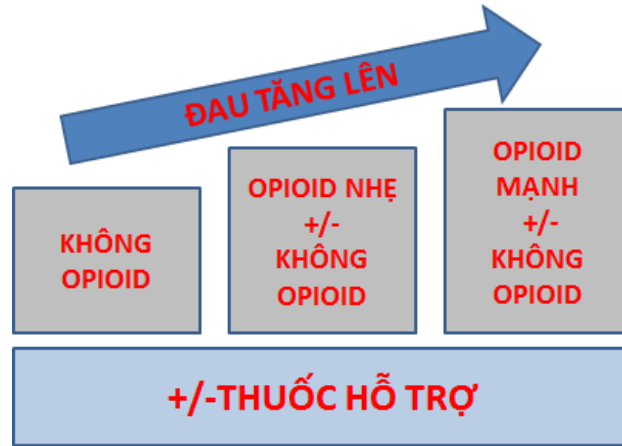
3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.*
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này*

NỘI DUNG

1. Opioids

- Các thuốc làm giảm bớt sự truyền và nhận tín hiệu đau thông qua hệ thống thần kinh
- Được sử dụng điều trị đau vừa và nặng.
- Đồng thời có tác dụng kiểm soát khó thở nặng.
- Phản ứng với opioids là hiếm gặp.
- Thang điều trị giảm đau của WHO



Các thuốc dạng opioid

* Các thuốc vùng cho bệnh nhân đau vừa và đau nặng:

Mạnh

- Morphine
- Fentanyl
- Methadone

Yếu

- Tramadol
- Codeine

Đường uống - Tác dụng ngay lập tức

Tiêm hoặc truyền qua bơm tiêm điện qua kim lưu dưới da

Đường tiêm TM

2. Những làm tương ở bệnh nhân khi sử dụng thuốc

- Những người phải sử dụng opioids để điều trị đau là bệnh rất nặng và sắp chết
- Tất cả bệnh nhân sử dụng morphine hoặc thuốc opioids sẽ bị nghiện
- Bệnh nhân điều trị bằng opioids sẽ xuất hiện sự dung nạp và luôn cần sử dụng nhiều thuốc hơn nữa
- Opioids nguy hiểm vì có thể gây khó thở cho bệnh nhân
- Những người dùng opioids phải dùng qua đường uống hấp thu kém.

3. Kỹ thuật tiêm, truyền dưới da

3.1. Giới thiệu

- Quản lý các triệu chứng phức tạp ở người bệnh giai đoạn cuối đòi hỏi phải thường xuyên và kiểm soát tốt.

- Các triệu chứng có thể được kiểm soát

+ Đường uống

+ Đường tiêm chích

-> phải đáng tin cậy và hiệu quả

-> không gây khó chịu / BN.

- Là thực hành chung khi các đường dùng thuốc khác không còn thích hợp

Tiêm, truyền qua da: quan trọng/chăm sóc -> **đảm bảo thoải mái/BN -> nâng cao chất lượng chăm sóc.**

3.2. Định nghĩa: Là kỹ thuật đưa một lượng dung dịch thuốc vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da (lớp mỡ)

3.3. Chỉ định

- Hôn mê, sáng, già yếu, suy kiệt, lơ mơ, không tiếp xúc

- BN gặp trở ngại trong việc

+ Dùng thuốc bằng đường uống (ung thư vùng đầu cổ)

+ Các vấn đề về tiêu hoá: buồn nôn và nôn ói; Nuốt khó (khối u ở miệng, họng, thực quản), tắt ruột.

3.4. Chống chỉ định

- Không được sự đồng ý của BN/gia đình BN

- Các thuốc chống chỉ định dùng trong tiêm, truyền dưới da (một số thuốc dầu khó tan: Testosteron; diclofenac; hydrocortisone; diazepam...)

- Chỉ định cho bệnh nhi: giống như người lớn

3.5. Ưu điểm

- Mang lại sự thoải mái cho BN

- Hạn chế việc tiêm nhiều lần – lặp lại hoặc BN phải uống 1 lần nhiều viên thuốc.

- Có thể lưu kim trong 72 giờ hoặc lâu hơn nếu không có đỏ/ viêm tại chỗ.

- Giảm gánh nặng về chăm sóc.

Tiêm dưới da

- Cung cấp thuốc một cách linh hoạt
- Đáp ứng đủ nhu cầu dùng thuốc giảm đau cho BN
- Gia đình BN dễ thực hành khi BN được CSTN.
- Thích hợp cho các can thiệp thường xuyên, lặp đi lặp lại để kiểm soát triệu chứng trong giai đoạn cuối
- Giảm chi phí trong việc điều trị và chăm sóc
- Giảm đau đớn cho BN so với các kỹ thuật tiêm truyền khác

3.6. Nhược điểm

- Có thể viêm hoặc kích ứng da tại vị trí lưu kim
- Rò rỉ thuốc (có thể xảy ra)
- Phản ứng dị ứng (hiếm xảy ra)

3.7. Nhận thức sai lầm của BN và gia đình về kỹ thuật tiêm, truyền dưới da

- Tiêm, truyền dưới da có thể bị xem là một sự xâm nhập riêng tư của cơ thể hoặc bị xem là một dự báo xấu về cái chết sắp xảy ra.

- BN và gia đình có thể có những lo ngại liên quan đến việc sử dụng opioid trong điều trị giảm đau hoặc các triệu chứng khác.

- Giải pháp

- + Giải thích chu đáo về lợi ích của kỹ thuật với những trải nghiệm tích cực từ những người bệnh khác
- + Khuyến khích bệnh nhân và gia đình họ chấp nhận thiết bị truyền
- + Chia sẻ bất kỳ sự lo lắng nào của BN và gia đình BN
- + Hướng dẫn đơn giản, rõ ràng việc quản lý thiết bị, cách theo dõi, đánh giá người bệnh
- + Đảm bảo sự hỗ trợ liên tục từ nhân viên y tế

4. Thuốc và dung dịch pha

- Các loại thuốc thường dùng

Morphine sulphate

Hydromorphone

Haloperidol

Midazolam

Metoclopramide

Hyoscine hydrobromide

Clonazepam

Hyoscine butylbromide

– **Cần lưu ý**

- + Sự hấp thụ thuốc qua đường tiêm dưới da có thể chậm hơn so với tiêm bắp
- + Thuốc gây kích ứng có thể gây phản ứng viêm nhiều hơn so với tiêm bắp
- + Thuốc có thể gây hoại tử mô như kháng sinh, Diazepam, Chlorpromazine, Prochlorperazine

– **Khuyến cáo**

- + 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 catheter đặt dưới da có không gian chết là 0,2ml.
- + Do đó thuốc cần phải rửa bằng ít nhất 0,2ml - 0,5ml dung dịch pha loãng thích hợp
- + Đảm bảo nhiệt độ phòng ổn định

– **Các bước pha Morphin sulfate 30mg**

- + Tháo lớp vỏ ngoài của viên Morphin sulfate 30mg, lấy lượng bột bên trong cho vào hũ pha thuốc.
- + Dùng bơm tiêm 10ml rút 3 lần nước chín để có 30ml nước
- + Đổ lượng nước trên (30ml) vào hũ đã có thuốc
- + Lắc đều hỗn hợp trên.
- + Cách sử dụng: Dùng bơm tiêm rút ml cho mỗi lần sử dụng thuốc. Khoảng cách giữa 2 liều : 4 giờ

5. Kết luận

- Các thuốc Opioid cần thiết trong điều trị đau vừa và nặng
- ĐD giám sát việc sử dụng thuốc Opioid và hướng dẫn cho BN, gia đình và các NVYT khác về cách sử dụng, hiệu quả, lợi ích và tác dụng phụ của thuốc Opioids

- Sự lạm dụng có thể mang tới các hiệu quả không tốt
- Điều dưỡng CSGN cần phải có kiến thức đầy đủ về Opioid
- Tiêm, truyền dưới da:
- Kỹ thuật DD đơn giản, dễ thực hiện
- Rất hiệu quả trong kiểm soát đau và các triệu chứng khác/BN cần CSGN đặc biệt là BN cận tử
- Hiện tại, Morphin đường tiêm chích được cung cấp rộng rãi tại phần lớn các bệnh viện trong cả nước trong khi Morphin đường uống chưa phổ biến.
- Các loại thuốc khác sử dụng trong CSGN cũng dễ dàng tiếp cận
- Giúp các Bs vững tin khi cho chỉ định tiêm, truyền dưới da
- DD có kiến thức trong thực hành đảm bảo sự thoải mái cho BN và nâng cao chất lượng chăm sóc.
- Kỹ thuật mang lại cho Bn và Gđ BN rất nhiều lợi ích thiết thực như:
 - Giảm chi phí trong việc điều trị và chăm sóc BN
 - Giảm đau đớn cho BN so với các kỹ thuật tiêm truyền khác
 - Điều dưỡng dễ dàng bơm thuốc
 - Đáp ứng nhu cầu kiểm soát đau cho BN
 - Nồng độ thuốc trong huyết tương được ổn định
 - Thời gian lưu kim lâu từ 7 – 10 ngày (nếu không có hiện tượng đau – đỏ - rò rỉ ở vị trí tiêm)
 - BN và người nhà yên tâm điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS, Nhà xuất bản Y học
2. Erin M. Denny Koelsch, Denise Côté-Arenault (2021), Perinatal Palliative care, Edition 1, Springer International Publishing
3. Nathan I. Cherry, Marie T. Falan, Steir Koasa (2020), Palliative Medicine, Edition 6, Oxford University Press

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Opioid nào có nguồn gốc tổng hợp ?

- A. Codein
- B. Opium
- C. Morphin
- D. Heroin

Câu 2: Sự phụ thuộc tâm lý với opioid (nghiện) là do:

- A. Dung nạp với opioid
- B. Phụ thuộc thể chất với opioid
- C. Việc bắt buộc sử dụng opioid gây ra nhiều vấn đề cho công việc và cuộc sống của bệnh nhân
- D. Câu A, B và C đúng

Câu 3: Thuốc nào sau đây thuộc opioid mạnh?

- A. Ultracet
- B. Fentanyl
- C. Tramadol
- D. Codeine

Câu 4: Tại sao thuốc morphin không nên tiêm bắp cho bệnh nhân?

- A. Gây hoại tử cơ
- B. Mất thời gian của điều dưỡng
- C. Tiêm nhiều lần trong ngày
- D. Thuốc tiêm đắt tiền hơn

BÀI 7: KHỦNG HOẢNG TÂM LÝ Ở NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN CUỐI: TRẦM CẢM VÀ LO ÂU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây rối loạn tâm lý ở bệnh nhân ở giai đoạn cuối.*
- 1.2. Trình bày được các triệu chứng của Stress, trầm cảm và lo âu.*

2. Kỹ năng

- 2.1. Nhận định được các rối loạn tâm lý trên bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ.*
- 2.2. Vận dụng các can thiệp điều dưỡng để hỗ trợ người bệnh phục hồi.*

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.*

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG



1. CƠ SỞ :

Trạng thái khủng hoảng tâm lý ở người bệnh giai đoạn cuối

- 1.1. Khủng hoảng tâm lý có thể được xem là phù hợp và không thể tránh khỏi
- 1.2. Các rối loạn nặng có thể dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống một cách không cần thiết:
 - Làm tăng đau
 - Giảm khả năng kết nối với người khác, đánh giá tình huống và nói tạm biệt
 - Gây đau khổ cho người thân và bạn bè
 - Tăng nguy cơ tự sát
- 1.3. Thầy thuốc cần phân biệt được khủng hoảng tâm lý phù hợp với thực tế và rối loạn nặng
- 1.4. Điều trị các rối loạn tâm lý nặng có thể làm tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và gia đình.

2. TỶ LỆ GẶP CÁC KHỦNG HOẢNG TÂM LÝ Ở NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN CUỐI

- 1.1. Khủng hoảng tâm lý rất hay gặp ở bệnh nhân ung thư và bệnh nhân HIV/AIDS
 - Nghiên cứu ở Mỹ cho thấy 25 – 50% số bệnh nhân ung thư có rối loạn tâm thần
 - + Khoảng 66% bệnh nhân có lo âu trầm cảm (rối loạn sự thích ứng với trạng thái trầm cảm và lo âu)
 - + 15% có trầm cảm nặng
 - + Số còn lại có thể gặp các rối loạn thực thể, rối loạn nhân cách và các rối loạn tiền bệnh lý về cảm xúc, lo âu cũng như loạn thần.
 - Trong số các bệnh nhân nghèo được hưởng bảo hiểm y tế công ở Mỹ, bệnh nhân HIV có tỷ lệ mắc các bệnh tâm thần cao gấp 3 lần bệnh nhân không nhiễm HIV.
Lý do:
 - + Bệnh nhân tâm thần có khả năng nhiễm HIV cao hơn

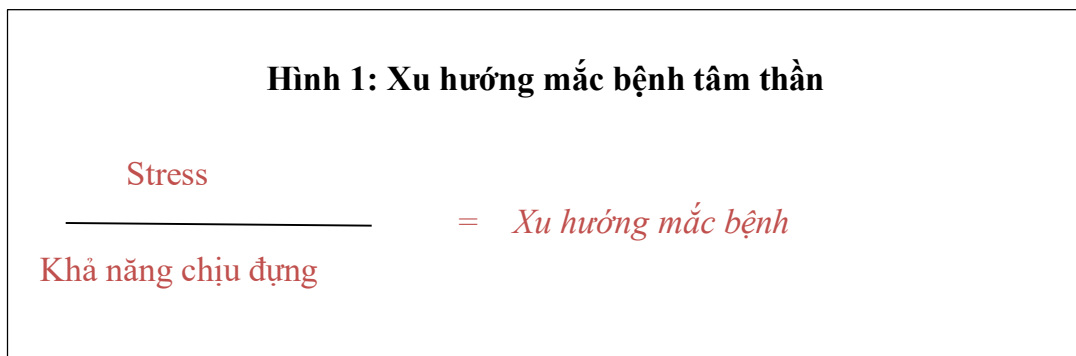
+ Bệnh nhân nhiễm HIV có khả năng mắc bệnh tâm thần cao hơn bệnh nhân không nhiễm HIV

- Trong số bệnh nhân AIDS ở Mỹ:

- + 9% được giới thiệu làm đánh giá tâm thần về rối loạn lưỡng cực
- + 20% giới thiệu làm đánh giá tâm thần về suy sụp tinh thần
- + 20% giới thiệu làm đánh giá tâm thần về trầm cảm nặng
- + Rối loạn lo âu cũng rất thường gặp
- + Sa sút trí tuệ thường xảy ra ở giai đoạn nặng

3. TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG:

3.1. Mô hình về khủng hoảng tâm thần ở bệnh nhân



3.2. Rối loạn sự thích ứng: phản ứng với bệnh tật

- Định nghĩa: một đáp ứng kém thích nghi đối với một sang chấn rõ rệt trong cuộc sống:
- Triệu chứng phải xảy ra trong vòng 3 tháng từ khi có tác nhân stress và kéo dài không quá 6 tháng
 - + Các triệu chứng hanh vi và cảm xúc vượt quá mức bình thường
 - + Suy giảm khả năng giao tiếp xã hội và nghề nghiệp
- Các biểu hiện trầm cảm, lo âu và rối loạn hành vi là thường gặp nhất

4. Trầm cảm

- 4.1. Thuật ngữ và bệnh tật:** Thuật ngữ mô tả các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng với nhiều mức độ từ cảm giác thoáng qua như nản lòng, thất vọng, buồn chán, sầu não hoặc sự đau buồn cho tới các triệu chứng thần kinh thực vật.
- 4.2. Các cơn rối loạn trầm cảm nặng thường do:**
- Biểu hiện của rối loạn cảm xúc tiên phát
 - Rối loạn cảm xúc liên quan tới các bệnh lý thực thể hoặc việc sử dụng thuốc
 - Hậu quả của sự chông chéo giữa các triệu chứng thực thể của trầm cảm và triệu chứng của bệnh cơ thể.
- 4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm nặng:** Cảm xúc trầm hoặc mất khoái cảm trong vòng > 2 tuần cùng với ít nhất 4 biểu hiện trong các triệu chứng sau:
- Rối loạn giấc ngủ (Quá nhiều hoặc quá ít)
 - Hứng thú (giảm)
 - Cảm giác tội lỗi (hoặc bận tâm lo lắng)
 - Sinh khí (giảm)
 - Trật trung (giảm)
 - Rối loạn cảm giác thèm ăn (tăng hoặc giảm)
 - Tâm thần vận động (kích thích hoặc trì trệ)
 - Ý tưởng tự sát (hoặc nghĩ đến cái chết)
- 4.4. Trầm cảm trong các bệnh:**
- Triệu chứng thực thể của bệnh chông chéo với trieeujc hứng thần kinh – thực vật của trầm cảm
 - Các sang chấn tâm lý bao gồm mất long tự trọng, hoặc mất cảm giác được kiểm soát hoặc quyền lực
 - Các tác nhân stress thể chất bao gồm bệnh tật (ví dụ HIV/AIDS hoặc ung thư), di chứng của chúng (Ví dụ : nhiễm trùng cơ hội hoặc hội chứng cận ung thư), hoặc tác động của điều trị (ví dụ: Efavirenz, corticosteroids).

Hình 2: ABC của trầm cảm” trong các bệnh: Cảm xúc, Hành vi và Nhận thức

<i>Triệu chứng về cảm xúc</i>	<i>Các triệu chứng hành vi</i>	<i>Triệu chứng về nhận thức</i>
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Cảm xúc trầm Mất hứng thú Khóc Hay cáu kỉnh Mất hy vọng Cảm giác vô dụng Tội lỗi	Thờ ơ Không tuân lệnh Thu mình lại Trì trệ về tinh thần vận động	Giảm tập trung Ý tưởng tự sát Giả sa sút trí tuệ Đau không đáp ứng điều trị Sự bận tâm quá mức về bản thân
--	---	--

4.5. Các yếu tố nguy cơ gây trầm cảm:

- Tiền sử cá nhân hoặc gia đình: lạm dụng thuốc, trầm cảm hoặc rối loạn lưỡng cực
- Ung thư tụy, ung thư carcinoid
- HIV/AIDS
- Phụ nữ: có khả năng mắc trầm cảm cao gấp 2 lần
- Có bệnh mạn tính
- Nhân cách đặc biệt (ví dụ: gây chú ý, thích kiểm soát, cầu toàn)

4.6. Hậu quả thực thể của trầm cảm:

- Bệnh nhân trầm cảm khả năng tử vong cao gấp 6 – 7 lần so với dân cư chung.
- Bệnh nhân trầm cảm có biên đổi nhịp tim nhiều hơn và tăng nguy cơ loạn nhịp.
- Bệnh nhân trầm cảm có biến đổi chức năng của trục dưới đồi – tuyến yên – thượng thận, tăng số lần và cường độ giải phóng cortisol và tăng nồng độ cortisol.

4.7. Các thuốc thương gây trầm cảm

Rượu

Propranolon

Thuốc hạ huyết áp:

Reserpine

Thuốc tim:

methyl dopa

Digitalis

clonidine

Diltiazem,

Prazocin

Thuốc chữa Parkinson:

Dẫn xuất procain

levodopa

Cimetidine,

Beta – blockers

Cycloserine

Thuốc tránh thai uống

Corticosteroids



5. Lo âu:

5.1. Đại cương

Lo âu rất hay gặp ở bệnh nhân giai đoạn cuối

- Trên một nửa số bệnh nhân có triệu chứng lo âu rõ rệt
- Với đa số bệnh nhân, lo âu là 1 phản ứng với:
 1. Ung thư hoặc điều trị ung thư
 2. HIV/AIDS hoặc hậu quả về mặt xã hội của nó
- Khoảng 20% có đủ các tiêu chuẩn cho những rối loạn lo âu (tương đương với tỷ lệ trong dân số chung tại Mỹ).
- Triệu chứng của lo âu và trầm cảm thường đi cùng nhau nhiều hơn là riêng lẻ từng triệu chứng. Nói cách khác: trạng thái cảm xúc tiêu cực là thương gặp ở bệnh nhân bị bệnh giai đoạn cuối.

5.2. Lo âu :

5.2.1. Định nghĩa: Cảm giác sợ hãi và linh tính về điềm gở, kèm theo các triệu chứng thực vật (chủ yếu là giao cảm)

5.2.2. Triệu chứng:

- Giao cảm: vã mồ hôi, chóng mặt, khó thở, khô miệng, đau đầu, thở nhanh, căng cứng, buồn nôn, hồi hộp, đánh trống ngực, thở gấp, nhịp tim nhanh, run, tiểu nhiều lần, nôn.
- Nhận thức:
 - + Thương xuyên có ý nghĩa bi quan về bệnh tật cùng với cảm giác sợ chết, sợ hãi những biến dạng thân thể cho bệnh tật
 - + Các kiểu nhận thức cường điệu quá mức và chờ đợi thảm họa xảy ra.
- Hành vi:
 - + Coi môi trường xung quanh là thù địch và do đó muốn trốn/ tránh điều trị
 - + Không tuân thủ điều trị

– Ở giai đoạn cuối có thể gặp toàn bộ các biểu hiện của rối loạn âu:

- + Ám ảnh sợ
- + Hoảng sợ
- + Rối loạn stress sau sang chấn
- + Biểu hiện khác

5.3. Lo âu : Chẩn đoán phân biệt

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| – Rối loạn nội tiết | – Rối loạn chuyển hóa |
| – Nguyên nhân do thuốc | – Bệnh thân kinh |
| – Bệnh tim mạch | – Bệnh tiêu hóa |
| – Bệnh hô hấp | – Nhiễm trùng (ví dụ : lao) |
| – Bệnh miễn dịch | – Các bệnh khác |

6. MẤT NGỦ



6.1. Các rối loạn giấc ngủ:

- Các rối loạn tiên phát: rối loạn giấc ngủ là triệu chứng chính hoặc duy nhất của bệnh lý
- Các rối loạn thứ phát: rối loạn giấc ngủ là một phần của một phức hợp triệu chứng
- Rối loạn cận giấc ngủ: các hoạt động đáng lẽ ra xảy ra khi thức nhưng giờ được thực hiện trong khi ngủ.

6.2. Các dạng rối loạn giấc ngủ:

- Tiên phát hoặc không rõ nguyên nhân
- Rối loạn tâm thần
- Các vấn đề môi trường
- Làm việc theo ca kíp
- Liên quan đến giấc mơ
- Ngừng thở khi ngủ
- Hội chứng “ chân không nghỉ”
- Mất ngủ

- Co giât cơ ban đêm

- Ngủ nhiều
 - Do thuốc
 - Nguyên nhân thần kinh
 - Nguyên nhân y tế
- 6.3. Bảng kiểm đánh giá mất ngủ:**
- Có vấn đề sức khỏe nào không?
 - Có vấn đề tâm thần nào không?
 - Có vấn đề hành vi nào không?
 - Có thực sự mất ngủ không?
 - Vấn đề có tồn tại thường xuyên không?
- 6.4. Rối loạn giấc ngủ thứ phát: Các vấn đề bệnh lý**
- Rối loạn thần kinh: gián đoạn hệ thống ngủ/ thức/ REM
 - Rối loạn tuyến giáp
 - Cường giáp – ngủ gián đoạn
 - Suy giáp – hay buồn ngủ và giảm giấc ngủ
 - Suy thận : ngủ ngắn, ngủ gián đoạn
 - Chất kích thích: mất ngủ
 - Đói: mất ngủ
 - Đau: mất ngủ
 - Các rối loạn tăng lên khi ngủ: ví dụ: khó thở nghịch thường về đêm
 - Vấn đề y sinh: dung thời miên
- 6.5. Các yếu tố cản trở giấc ngủ**
- Tiếng ồn quá mức
 - Phòng quá nóng
 - Sử dụng thuốc ngủ kéo dài
 - Uống cà phê buổi tối
 - Uống rượu trước khi đi ngủ
 - Dùng thuốc lá kéo dài
- 6.6. Các thói quen cải thiện giấc ngủ**
- Chỉ ngủ khi thoải mái
 - Thiết lập thời gian thức giấc
 - Duy trì tập thể dục hằng ngày
 - Ăn nhẹ trước khi ngủ
 - Đọc sách khi ngủ thay vì suy nghĩ miên man

6.7. Các thuốc gây ngủ:

- Benzodiazepines:
 - + Hiệu quả
 - + Rất hiếm khi quá liều tử vong
 - + Có thể gây quen thuốc
 - + Có thể gây sáng, kích thích, đặc biệt ở người già và người đang mắc bệnh.
- Các thuốc gây ngủ không phải benzodiazepine
 - + Hiệu quả
 - + Không gây quen thuốc
 - + Có thể gây sáng, kích thích, đặc biệt ở người già và người đang mắc bệnh.
- Các thuốc kháng histamines:
 - + Tác dụng kháng cholinergic mạnh
 - + Tương đối an toàn (quá liều hiếm gây tử vong)
 - + Có thể gây sáng, kích thích, đặc biệt ở người già và người đang mắc bệnh.
- Chlor hydrate:



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Biểu hiện cường giao cảm trong rối loạn âu ở người bệnh giai đoạn cuối:

- A. Vã mồ hôi
- B. Nhịp tim chậm
- C. Tăng tiết nước bọt
- D. Bí tiểu

Câu 2. Biểu hiện về hành vi của người bệnh trầm cảm:

- A. Cảm giác tội lỗi
- B. Mất hứng thú
- C. Khóc
- D. Thu mình lại

Câu 3. Biểu hiện về hành vi của người bệnh trầm cảm:

- A. Hay cáu kỉnh
- B. Mất hy vọng
- C. Trì trệ về tinh thần vận động
- D. Cảm giác vô dụng

Câu 4. Biểu hiện về cảm xúc của người bệnh trầm cảm:

- A. Mất hy vọng
- B. Giảm tập trung
- C. Ý tưởng tự sát
- D. Giả sa sút trí tuệ

BÀI 8: MẮT MÁT - ĐAU BUỒN VÀ MẮT NGƯỜI THÂN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

1.1. Hiểu về nỗi mất mát, đau khổ khi mất người thân.

1.2. Trình bày được các giả thuyết liên quan đến mất mát đau khổ và mất người thân hiện nay.

2. Kỹ năng

2.1. Xác định được các vấn đề tâm lý bệnh nhân gặp phải khi mất mát đau buồn trên tình huống giả định

2.2. Thực hiện được dự phòng tư vấn với người đang phải chịu mất mát.

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. SỰ ĐAU BUỒN

- Đau buồn là một sự đau đớn, nhưng gần như là sự cảm nhận thường thấy.
- Có sự khác nhau rất lớn trong bối cảnh/nội dung, tính chất, mức độ và thời gian của sự đau buồn giữa các cá nhân và giữa các nền văn hóa.
- Thuật ngữ
 - + Mất đi người thân: Tình trạng mà một người mất đi người nào đó rất gần gũi
 - + Đau buồn: Là tình trạng tâm thần, gây ra cái chết của người bạn thân hoặc họ hàng dẫn đến nghĩa vụ kép phải đương đầu với sự chết chóc đó.
- Điều chỉnh mối quan hệ với người đã chết
- Thích nghi hoàn toàn với cuộc sống không có người đó
- Than khóc, thương tiếc: Những biểu lộ hành vi của sự đau buồn

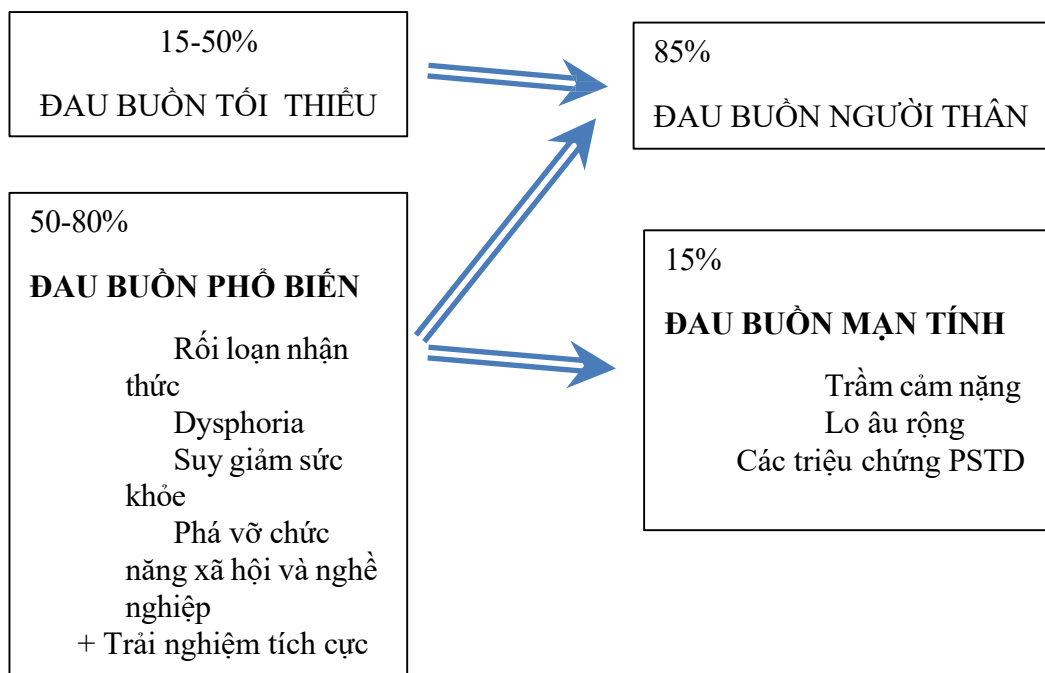
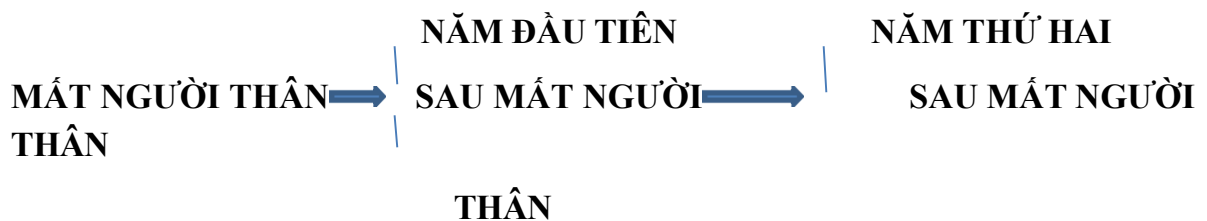
- Sự đau buồn bao gồm sự pha trộn của các mối xúc cảm
- Đau đớn
 - + Nỗi buồn về sự mất mát
 - + Lo lắng về cách làm thế nào người đó sẽ xoay xở được
 - + Cảm thấy tội lỗi vì không làm một cách đầy đủ và mình vẫn còn tồn tại
 - + Tức giận người khác vì đã không làm hoặc không chăm sóc đầy đủ
 - + Xấu hổ vì cảm thấy bị tổn thương và cảm xúc không điều khiển được
- Niềm vui
 - + Thích thú khi nhớ lại thời gian hạnh phúc hoặc chuyện buồn cười
 - + Hãnh diện khi ca ngợi người chết
 - + Cảm thấy ấm áp khi ôn lại những sự thân mật, gần gũi
 - + Cảm thấy nhẹ bớt từ gánh nặng đang phải chịu đựng
- Sự đau buồn được biết trước
 - + Nỗi đau buồn bắt đầu khi biết về cái chết sắp xảy ra
 - + Cá nhân đau khổ về cái chết của mình thường sẽ có một loại cảm xúc (ví dụ buồn, lo lắng, tức giận) và thường có những hành vi mới (ví dụ cố gắng cải thiện các mối quan hệ và gần gũi với những người thân)
 - + Biết trước cái chết của người khác cho phép những người thân chuẩn bị tâm lý đối với cái chết đó và có thể làm cho họ thích nghi dễ dàng hơn khi cái chết thực sự xảy ra.
 - + Hành vi chăm sóc là một cách người thân biểu lộ lòng kính trọng, mối xúc động và sự gắn bó với người sắp chết.

2. SỰ PHẢN ỨNG ĐAU BUỒN BÌNH THƯỜNG

2.1. Giai đoạn đau buồn đầu tiên

- Giai đoạn chuyển giao: khác nhau về thời gian: ngày – tháng
- Đặc điểm:
 - + Cảm thấy không thể tin, khó khăn khi chấp nhận cái chết.
 - + Sự pha trộn cảm xúc, thường mạnh mẽ và không bình thường.
 - + Sự ám ảnh với các ý nghĩ và ký ức về người chết.
 - + Thờ ơ với những gì xảy ra xung quanh.
- Sự mất đi một người thân theo thời gian: Elizabeth Kubler - Các giai đoạn trên lý thuyết. Gồm có năm giai đoạn:

- + Sự phủ nhận
- + Tức giận
- + Thỏa thuận
- + Đau khổ
- + Chấp nhận
- Áp dụng đầu tiên đối với người sắp chết, nhưng sau đó mở rộng tới họ hàng và tới những người đang trải qua sự mất mát lớn.
- Gia quyến của người quá cố bắt đầu trải qua bằng sự đau khổ mạnh mẽ với nhiều cách khác nhau (thương cảm, không thể tin, tức giận, tâm trạng phiền muộn)
- Sự đau khổ thường giảm xuống theo thời gian
- Các cá nhân thường khác nhau trong việc cảm nhận và bày tỏ xúc cảm mạnh mẽ sau một cái chết
- Mô hình cơ sở về sự mất đi một người thân*



- Bonanno & Kaltman, Clin Psychol Rev 2001.
- Các đặc điểm của sự mất đi một người thân bình thường
 - + 80-90% cá nhân có sự trải qua bình thường
 - + Sự đau buồn giảm xuống theo thời gian
 - + Người đau buồn
- Dần dần chấp nhận sự mất mát
- Nói lại với cuộc sống trong sự thiếu vắng của người thân
- Thể hiện lòng tự trọng và ý nghĩa của mục đích cuộc sống
- Tiếp tục sống hữu ích
- Tiếp tục cảm thấy buồn từng đợt - đặc biệt xung quanh những kỷ niệm/ngày giỗ và khi những người khác nhắc về người chết.
- Những việc này giảm về cường độ và tần số theo thời gian

3. PHẢN ỨNG VỀ SỰ MẤT MÁT KHÔNG BÌNH THƯỜNG

- Thiếu sự chấp nhận đối với sự mất mát
- Thiếu sự liên hệ với cuộc sống
- Tăng nguy cơ xuất hiện nỗi đau khổ phức tạp, trầm cảm, có ý nghĩ tự tử và các vấn đề sức khỏe.

3.1. Các yếu tố nguy cơ cho sự mất mát người thân không bình thường

- Các hỗ trợ xã hội ít
- Tiền sử có các vấn đề tâm thần
- Tiền sử có sự lo lắng về chia ly
- Cái chết bất ngờ - thiếu sự chuẩn bị
- Những người đang có các căng thẳng lớn khác
- Tiền sử bị lạm dụng/bỏ rơi khi còn nhỏ
- Cái chết của đứa con

3.2. Trầm cảm xuất hiện trong sự mất mát người thân

- Tần suất trầm cảm tăng một cách đáng kể ở năm đầu tiên sau cái chết của chồng, vợ (gấp 4-9 lần tỷ lệ trong dân cư chung)
- Cảm giác đau khổ là một phần bình thường của sự mất người thân, những trầm cảm nặng không phải là phần bình thường.
- Có thể gây bệnh nặng hoặc thậm chí dẫn đến tự tử
- Nên được điều trị giống bất kỳ giai đoạn trầm cảm nào khác - bằng thuốc và nếu có thể, bằng liệu pháp tâm lý.

3.3. Di chứng y học đi kèm với sự mất mát người thân

- Tỷ lệ mắc bệnh tăng (đặc biệt là người già nam giới), sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế, sử dụng rượu và thuốc lá.
- Tăng lạm dụng các chất dẫn đến tăng tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh tật và tự tử.

3.4. Nỗi đau khổ phức tạp

- Định nghĩa: Các triệu chứng ở hai nhóm triệu chứng cơ bản tồn tại liên tục trong ít nhất 6 tháng: Trầm cảm phân ly và trầm cảm tổn thương
- Trầm cảm phân ly: hiện tượng chính.
- Cái chết của vợ/chồng hay người yêu.
- Đau buồn bận tâm về người đã chết.
- Cô đơn đi kèm với sự giảm sút trong hoạt động xã hội và sức khỏe thực thể.
- Trầm cảm tổn thương: sự mất người thân - những biểu lộ cụ thể do bị chấn thương bởi cái chết của người thân.
- Cảm giác không có mục đích về tương lai; cảm thấy shock (choáng váng); khó khăn khi thừa nhận về cái chết; cảm thấy cuộc sống trống rỗng; đổ vỡ cảm giác về sự tin tưởng, an toàn và kiểm soát; cảm thấy chết lặng vì đau buồn.
- Đau khổ phức tạp thường dự đoán một sự rối loạn về tâm thần và thực thể nghiêm trọng lâu dài phụ thuộc vào các cảm xúc hoặc các rối loạn lo âu khác.

4. HỖ TRỢ GIA QUYỀN NGƯỜI ĐÃ CHẾT

4.1. Trước cái chết

- Tham gia vào những phương sách để đương đầu và quan tâm đến sự tổn thương của những người thân
- Cung cấp hỗ trợ tâm lý xã hội cho những người dễ bị tổn thương hơn này.
- Cách nhận thức về cái chết của bệnh nhân ảnh hưởng đến sự mất người thân của gia đình.
- Những gia đình bệnh nhân chết “một cách tốt đẹp” bị ít gánh nặng hơn trong khi mất người thân.
- “Chết một cách tốt đẹp” có nghĩa khác nhau đối với các gia đình khác nhau.
- Giao tiếp tốt với bệnh nhân, gia đình và nhân viên chăm sóc y tế rất quan trọng.

4.2. Sau cái chết

- Làm những việc phù hợp với từng văn hóa và từng gia đình

- Hầu hết những người đang đau khổ không muốn hoặc không cần sự giúp đỡ về mặt chuyên môn, thường những người này quay lại tìm sự giúp đỡ của bạn bè, gia đình hoặc các tổ chức tôn giáo.
- Một vài triệu chứng cần phải điều trị nếu nó ảnh hưởng đến chức năng.
- Các nhóm hỗ trợ có thể có ích đối với một vài cá nhân - đặc biệt các nhóm tập trung hỗ trợ cho trong trường hợp chết do những nguyên nhân cụ thể (ví dụ: HIV/AIDS, tự tử, cái chết của con, tội ác bạo lực).

4.3. Điều trị trầm cảm liên quan đến sự mất người thân

- Điều trị những cá nhân có các triệu chứng trầm cảm 6-8 tuần sau sự mất mát lớn.
- Điều trị giống như đối với các giai đoạn trầm cảm khác: thuốc chống trầm cảm và liệu pháp tâm lý (nếu có)
- Điều trị đau khổ phức tạp

4.4. Điều trị đau khổ phức tạp

- Nên tập trung cả vào sự nhận thức sự mất mát lần phục hồi cuộc sống đầy đủ.
- Các triệu chứng thấy được cải thiện khi được các nhóm hỗ trợ, điều trị trầm cảm, liệu pháp trị liệu ngắn, và các can thiệp.

5. KẾT LUẬN

- Đau buồn là một sự đau đớn, nhưng gần là cảm giác thường thấy.
- Có sự khác nhau rất lớn trong bối cảnh/nội dung, hình thức, cường độ, và thời gian trải qua sự đau khổ giữa các cá nhân và các nền văn hóa khác nhau. Mất người thân trong trường hợp bình thường có thể diễn ra như là triệu chứng mạnh, giảm xuống chậm và gây ra ít tổn thương trong 6 tháng.
- Nỗi đau buồn không bình thường có thể dẫn tới trầm cảm nặng, tổn thương sức khỏe và đau buồn phức tạp.
- Các bác sĩ nên cảnh giác với các yếu tố nguy cơ và các dấu hiệu đau buồn không bình thường trong và sau khi cái chết xảy ra. các bác sĩ nên can thiệp và chuyển điều trị nếu thích hợp và có thể.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Cảm xúc người thân theo thời gian khi mất đi một người thân có bao nhiêu giai đoạn?

- A. 3 B. 4 C. 5 D. 6

Câu 2: Đặc điểm lâm sàng trong giai đoạn đau buồn đầu tiên là:

- A. Cảm thấy ám áp khi ôn lại những sự thân mật, gần gũi
B. Cảm thấy nhẹ bớt từ gánh nặng đang phải chịu đựng
C. Cảm thấy không thể tin, khó khăn khi chấp nhận cái chết
D. Xấu hổ vì cảm thấy bị tổn thương và cảm xúc không điều khiển được

Câu 3: Phản ứng nào thường xảy ra nhất khi mất mát người thân?

- A. Thiếu sự chấp nhận đối với sự mất mát
B. Thiếu sự liên hệ với cuộc sống
C. Xuất hiện nỗi đau khổ phức tạp, trầm cảm
D. Có ý nghĩ tự tử và các vấn đề sức khỏe

Câu 4: Phản ứng nào là dấu hiệu của rối loạn tâm lý khi mất mát người thân?

- A. Thiếu sự chấp nhận đối với sự mất mát
B. Thiếu sự liên hệ với cuộc sống
C. Xuất hiện nỗi đau khổ phức tạp, trầm cảm
D. Tức giận người khác vì đã không làm hoặc không chăm sóc đầy đủ

Bài 9: ĐẠO ĐỨC VÀ GIAO TIẾP VỚI BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. *Hiểu được những nguyên tắc đạo đức chính yếu trong Y học giảm nhẹ.*
- 1.2. *Hiểu được những hướng dẫn về mối giao tiếp tốt và xây dựng mối quan hệ tin tưởng với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.*

2. Kỹ Năng

- 2.1. *Áp dụng những nguyên tắc đạo đức Y học giảm nhẹ trong bối cảnh văn hóa Việt Nam.*
- 2.2. *Áp dụng những hướng dẫn về mối giao tiếp tốt và xây dựng mối quan hệ tin tưởng với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.*

3. Thái độ

- 3.1. *Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.*
- 3.2. *Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.*

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Để phòng ngừa và giảm thiểu những đau đớn cho người bệnh bên cạnh việc đào tạo về y khoa đòi hỏi cấp thiết phải có hướng dẫn về các nguyên tắc mang tính đạo đức.
- Các nguyên tắc này càng đóng vai trò quan trọng đối với những bệnh nhân dễ bị tổn thương.
- Y học chăm sóc giảm nhẹ quan tâm đến những bệnh nhân bị bệnh cả về mặt thể chất lẫn tinh thần và đó là những bệnh nhân mắc các bệnh đe dọa tính mạng như AIDS hay ung thư.
- Đối tượng chủ yếu của chăm sóc giảm nhẹ chính là các bệnh nhân dễ bị tổn thương này.
- Do đó, các nguyên tắc và hướng dẫn về đạo đức là một phần đặc biệt quan trọng của y học chăm sóc giảm nhẹ.

2. CÁC NGUYÊN TẮC ĐẠO ĐỨC TRONG Y HỌC GIẢM NHẸ

2.1. Công bằng xã hội

- Theo UNAIDS và một số tổ chức khác: chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là một quyền con người của những bệnh nhân AIDS và bệnh nhân ung thư, và việc cung cấp dịch vụ CSGN cho tất cả những người có nhu cầu là đáp ứng bắt buộc về mặt y học và đạo đức.

- CSGN được hiểu trên phương diện cơ bản như là một đáp ứng với sự đau khổ. CSGN có trách nhiệm đặc biệt đối với những người chịu đau khổ nhiều nhất là người nghèo.

- Ở những nước đang phát triển như Việt nam, nơi mà không có đầy đủ những can thiệp điều trị hiệu quả bệnh ung thư cũng như HIV/AIDS, nỗ lực triển khai thí điểm và mở rộng các dịch vụ CSGN cho bệnh nhân nghèo phải được đi kèm hoặc lồng ghép với chăm sóc toàn diện, bao gồm cả dự phòng HIV và ung thư và điều trị ARV.

- Sẽ là không đúng nếu chỉ tăng cường CSGN cho những bệnh tật mà có thể được dự phòng, được kiểm soát và được chữa trị khỏi.

- CSGN phải đẩy mạnh tiếp cận đến những dự phòng và can thiệp điều trị bệnh đặc hiệu hiện không có sẵn mà những can thiệp này có thể dự phòng được những đau khổ và những cái chết không cần thiết.

o Bằng cách này, CSGN sẽ giữ gìn trách nhiệm cơ bản của y học, cũng như đã thực hiện lời thề Hyppocrates, là bảo vệ người bệnh khỏi những tổn hại và những sự bất công.

2.2. Sự tự quyết và sự chia sẻ quyết định/quyết định chung

- Ở những nước công nghiệp phương Tây, giá trị tinh thần to lớn là ở “sự tự chủ”

- Sự tự chủ được định nghĩa như là những nguyên tắc của bản thân mỗi cá nhân, không lệ thuộc vào:

+ Ảnh hưởng và sự kiểm soát bởi những người khác.

+ Những hạn chế cá nhân như đang trong tình trạng mê sảng, mất trí hay các bệnh thần khác.

- Nguyên tắc của phương Tây về sự tự chủ đòi hỏi mỗi bệnh nhân phải nhận được sự tôn trọng, cơ hội và thông tin cần thiết để ra các quyết định cho riêng bản thân.

- Theo truyền thống ở Việt Nam, những quyết định về điều trị y khoa được đưa ra bởi gia đình hoặc bởi những người quan trọng trong gia đình và đại diện cho các thành viên khác trong gia đình đưa ra quyết định chung giữa bệnh nhân hoặc gia đình với bác sĩ điều trị (Xem phần “Quyết định chung” dưới đây)

- Tôn trọng những khác biệt về văn hóa là rất cần thiết. Nền văn hóa của địa phương thường

- Xác định cách thức ra quyết định và người ra quyết định một cách phù hợp nhất: bệnh nhân, gia đình, thành viên khác.

- Thể hiện rõ ràng về giá trị và những mong muốn của người bệnh.

2.3. Làm việc có lợi, không làm hại:

- Nguyên tắc về làm việc có lợi đòi hỏi người thầy thuốc phải làm những điều tốt lành cho người bệnh, giúp đỡ họ, không quan tâm đến những lợi ích bản thân và các lợi ích của những người khác.

- Nguyên tắc về không làm điều hại đòi hỏi người thầy thuốc phải bảo vệ bệnh nhân trước những tác động nguy hại.

- Ở Việt Nam những nguyên tắc này thể hiện trong câu nói của Bác Hồ “Lương y như từ mẫu”

- Áp dụng thực tế:

+ Những lợi ích và tác hại tiềm tàng của tất cả các biện pháp điều trị cần được cân nhắc cẩn thận trước khi bắt đầu điều trị hay tiếp tục duy trì điều trị.

+ Một số phương pháp điều trị đôi khi trở nên ngày càng có hại hơn là những lợi ích mà nó đem lại, đó là:

Hóa trị liệu hoặc xạ trị cho các bệnh ung thư

Một số thuốc chữa bệnh nhưng lại có tác dụng phụ tiềm tàng rất nặng

Những biện pháp điều trị nhằm duy trì sự sống như thông khí nhân tạo hoặc lọc máu.

- Những lợi ích và gánh nặng của việc điều trị cần được đánh giá dưới phương diện các mục tiêu, giá trị và niềm tin của mỗi cá nhân người bệnh.

- Thậm chí giới hạn một phương pháp điều trị duy trì sự sống được coi là mang tính đạo đức nếu như biện pháp đó được nhận thấy là mang lại nhiều gánh nặng có hại hơn là lợi ích mà nó mang lại theo những mục đích, giá trị và niềm tin của người bệnh.

- Từ chối ngừng điều trị duy trì sự sống
- Ở các nước công nghiệp phương Tây, không có sự khác biệt về đạo đức hay pháp lý giữa việc từ chối (không làm, điều trị duy trì sự sống và ngừng điều trị duy trì sự sống
- Do đó, về mặt đạo đức chấp nhận được việc ngừng một biện pháp duy trì sự sống nếu biện pháp đó không còn là mong muốn của bệnh nhân nữa hoặc nếu nó mang lại nhiều gánh nặng/hậu quả hơn là lợi ích mà nó mang lại cho bệnh nhân.

Truyện Kiều (2.611-2.614)

Thân sao thân đến thế này ?

Còn ngày nào cũng dư ngày ấy thôi !

Đã không biết sống là vui,

Tâm thân nào biết thiệt thòi là thương !

2.4. Nguyên tắc "Hiệu quả kép"

- Một học thuyết kinh điển về việc quyết định phải làm gì khi có bất cứ hành động nào có nguy cơ gây ra những hiệu quả xấu.
- Nó thường được áp dụng trong chăm sóc cuối đời.
- Nếu là mong muốn của bệnh nhân ở giai đoạn cuối, có thể dùng các thuốc chỉ nhằm giảm nhẹ sự đau đớn hoặc các triệu chứng khác ngay cả khi biết trước các tác dụng phụ nghiêm trọng
- Ví dụ như sử dụng morphine liều cao có thể làm dịu đi sự đau đớn hoặc sự khó thở ngay cả khi ta biết trước các tác dụng phụ không mong muốn như gây ngủ, tụt huyết áp, suy hô hấp và việc đẩy nhanh đến cái chết.
- Bốn điều kiện để áp dụng nguyên tắc này:
 - + Bản thân hành động đó không trái đạo đức.
 - + Có thể đoán trước được các hiệu quả tốt đem lại (giảm đau đớn cho bệnh nhân sắp tử vong), không gây các tác dụng phụ xấu tiềm tàng tử vong).
 - + Không được hướng tới những hiệu quả xấu (ví dụ: cái chết) để đạt được những hiệu quả tốt (ví dụ: sự dễ chịu).
 - + Lợi ích tiềm tàng của hiệu quả tốt phải lớn hơn gánh nặng tiềm tàng của hiệu quả xấu mang lại (nguyên tắc cân đối lợi - hại).

2.5. Về mặt đạo đức, nghiêm cấm gây ra cái chết cho bệnh nhân có chủ ý

- Các định nghĩa:

+ Bác sĩ giúp bệnh nhân tự tử: Bác sĩ cung cấp thuốc, thông tin, các dụng cụ hỗ trợ... có chủ ý để giúp bệnh nhân tự tử.

+ Gây cái chết không đau đớn: Bác sĩ thực hiện các hành động chủ ý một cách trực tiếp gây tử vong cho bệnh nhân.

+ Ở các nước công nghiệp phương Tây, có sự khác biệt về đạo đức và pháp lý giữa:

- Gây ra cái chết cho bệnh nhân có chủ ý, và

- Từ chối (không bắt đầu) hoặc ngừng một biện pháp duy trì sự sống nếu biện pháp đó không còn là mong muốn của bệnh nhân nữ hoặc nếu nó mang lại nhiều gánh nặng/hậu quả hơn là lợi ích mà nó mang lại cho bệnh nhân.

- Trong những tình huống này, bệnh nhân chết vì bệnh tật chứ không phải chết vì bác sĩ.

- Cố ý gây ra cái chết cho bệnh nhân là:

- Bất hợp pháp ở hầu hết tất cả các nước

- Được xem là trái với đạo đức ở khắp nơi trong bất cứ hoàn cảnh nào.

2.6. Không từ bỏ/bỏ rơi bệnh nhân:

- Ngăn cản hay ngừng sử dụng biện pháp duy trì sự sống hoặc các phương pháp giảm bớt tình trạng bệnh (như điều trị ARV hay hoá trị liệu ung thư) không được dựa trên việc bệnh nhân hay gia đình bị lờ đi hoặc bị bỏ rơi.

- Chăm sóc giảm nhẹ, bao gồm cả sự hỗ trợ về mặt tâm lý xã hội, có thể được cung cấp cho bệnh nhân như là một biện pháp thay thế

2.7. Nhiệm vụ phải chữa trị

- Theo Luật phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam" (số 64/2006/QH11) Điều 8, mục 9 (ngày tháng 6 năm 2006): "Nghiêm cấm việc từ chối thực hiện khám và điều trị cho bệnh nhân khi đã biết hoặc nghi ngờ người đó bị nhiễm HIV",

3. Những nguyên tắc thực hành nguyên tắc đạo đức và sự giao tiếp tốt giữa thầy thuốc và bệnh nhân

3.1. Tạo mối quan hệ tốt trong chữa bệnh

- Các bệnh nhân thực hiện y lệnh tốt hơn hoặc cảm thấy khoẻ hơn khi họ tin nhiệm bác sĩ của họ, cảm thấy mình được bác sĩ tôn trọng và tin rằng bác sĩ như là một người đồng hành cùng với mình trong cuộc đấu tranh chống lại bệnh tật để đạt được các mục tiêu sức khoẻ của họ. Bởi vậy họ chắc chắn sẽ:

- Nghe theo y lệnh/chỉ dẫn của bác sĩ.
- Uống thuốc đúng
- Trở lại khám kiểm tra đúng hẹn.
- Mọi quan hệ tốt trong chữa bệnh dựa trên các nhân tố cấu thành:
 - Thông cảm với bệnh nhân: Sự thông cảm của bác sĩ là nguồn động viên lớn để bệnh nhân và gia đình dịu đi nỗi đau khổ.
 - Tôn trọng: đối xử với bệnh nhân và gia đình họ một cách tôn trọng như cách mình muốn người thân trong gia đình mình được đối xử khi họ mắc bệnh.
 - Tạo sự tin tưởng: Trung thực và chân thành cũng như khả năng chuyên môn cao chính là yếu tố giúp tạo nên sự tin nhiệm của người bệnh.
 - Giữ bí mật cho người bệnh:
 - Khi mà bác sĩ chẩn đoán chính xác và tìm ra các biện pháp điều trị tốt nhất cho người bệnh thì bệnh nhân mới có thể tiết lộ ra những bí mật riêng tư và những sự ngại ngùng tiềm ẩn về bản thân họ.
 - Trách nhiệm của bác sĩ phải giữ kín bí mật đó cho bệnh nhân và chỉ nói ra trong trường hợp có lợi cho bệnh nhân (ví dụ: nói với đồng nghiệp ở bệnh viện - người mà có thể giúp chăm sóc bệnh người đó và cũng phải chấp hành các quy định về giữ bí mật).

3.2. Xác định những mục tiêu của chăm sóc

- Khi càng nhiều biện pháp chữa bệnh có thể thực hiện được như trong bệnh HIV/AIDS, ung thư, và các bệnh đe dọa sự sống khác thì càng nhiều bệnh nhân chịu các tác dụng phụ của các biện pháp này và càng nhiều bệnh nhân sẽ được sống lâu hơn nhưng trong tình trạng mất khả năng nặng hơn như: đau mạn tính, đại tiểu tiện không tự chủ, mù loà hay liệt.

- Do đó, các bệnh nhân sẽ ngày càng phải tăng quyết định về những mục tiêu chăm sóc.

- Những mục tiêu đặc trưng của chăm sóc:

- Chữa lành bệnh (không thể chữa lành được HIV/AIDS, hầu hết các bệnh ung thư, suy một số phủ tạng chính).

- Duy trì tình trạng sức khoẻ hiện tại hoặc tạo ra tình trạng tốt nhất có thể bằng việc sử dụng các biện pháp làm giảm tình trạng bệnh như thuốc ARV hoặc hoá trị liệu trong ung thư.

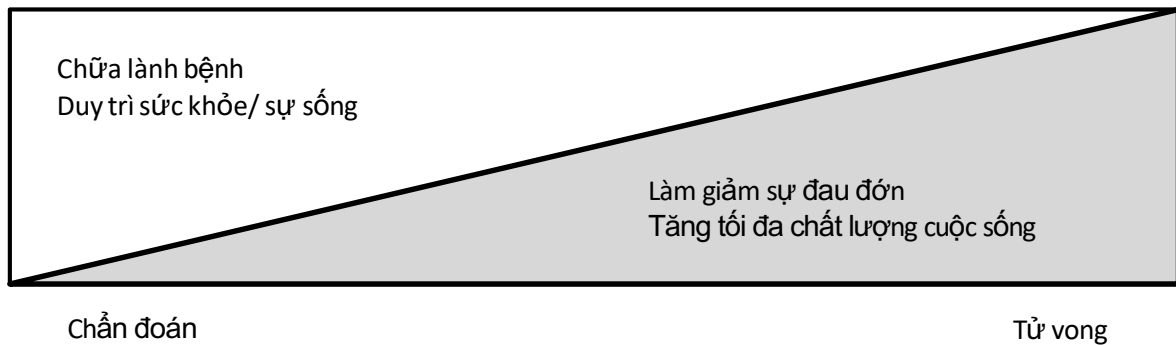
- Duy trì sự sống bằng các kỹ thuật như: các loại máy thở, máy hồi sinh tim phổi, thẩm phân máu..... khi xảy ra tình trạng ngừng tim hoặc suy phủ tạng quan trọng xảy ra.

- An ủi và nâng cao chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể.

- Một vài bệnh nhân sẽ có nhiều mục tiêu:

- Mục tiêu này có thể được ưu tiên hơn các mục tiêu khác.

- Các mục tiêu có thể thay đổi theo diễn biến của bệnh (Hình 1).



- Yếu tố chia sẻ quyết định (quyết định chung):

- Khi mà mục đích hay những mục tiêu của chăm sóc không rõ ràng thì việc quan trọng là xác định chúng sau khi đã thảo luận về những phương án lựa chọn phù hợp với văn hoá của

- Bệnh nhân.

- Gia đình hoặc các thành viên cụ thể trong gia đình.

- Đôi khi bệnh nhân hoặc gia đình có thể hỏi ý kiến của bác sỹ để ra quyết định.

- Những hướng dẫn trong thảo luận các mục tiêu chăm sóc:

- Tìm hiểu xem bệnh nhân hoặc người ra quyết định hiểu về bệnh và tiên lượng bệnh. Tìm hiểu xem bệnh nhân hoặc người ra quyết định mong đợi gì.

- Nhẹ nhàng nói cho bệnh nhân hoặc người ra quyết định hiểu về bệnh, tiên lượng bệnh và chỉnh lại những quan niệm sai lầm.

- Khi tiên lượng bệnh không chắc chắn, đưa ra một phạm vi giới hạn hoặc ước lượng trung bình.

- Tránh tạo ra hy vọng giả tạo (ví dụ: nói rằng có thể chữa khỏi bệnh AIDS hoặc chữa khỏi ung thư phổi đã di căn).

- Giúp đỡ người ra quyết định của bệnh nhân thiết lập những mục tiêu thực tế.

- Định kỳ đánh giá lại các mục tiêu hoặc khi tình trạng bệnh của bệnh nhân thay đổi.

- Những bệnh nhân không có khả năng đưa ra quyết định

- Xác định khả năng ra quyết định:

+ Liệu bệnh nhân có khả năng hiểu những thông tin cần thiết để đưa ra quyết định không?

+ Liệu bệnh nhân có khả năng truyền đạt quyết định không?

+ Khi một bệnh nhân không có khả năng đưa ra hoặc truyền đạt quyết định về sức khoẻ của mình thì một thành viên trong gia đình hoặc bạn thân có thể đưa ra những quyết định thay cho người bệnh.

- Ở các nước phương Tây, việc này được gọi "quyền thay thế" bởi một người ra quyết định thay thế."

- Ở các nước phương Tây, bệnh nhân thường chuẩn bị "định hướng sẵn" để tạo thuận lợi cho các quyết định về việc chăm sóc họ khi họ không còn khả năng tự quyết định nữa. Họ làm điều này bằng cách:

+ Xác định rõ người ra quyết định thay thế.

+ Chuẩn bị một "di chúc sống" miêu tả những mục tiêu, giá trị và loại chăm sóc mà họ mong muốn nhận được trong những hoàn cảnh khác nhau.

3.3. Thông báo những tin xấu

- Tại sao việc thông báo những tin xấu một cách cẩn thận và đúng lúc lại quan trọng?

- Bệnh nhân có thể bị tổn thương nếu việc thông báo tin xấu không được thực hiện tốt và không phù hợp với các giá trị văn hoá của bệnh nhân.

- Khi vấn đề này được thực hiện tốt, nó sẽ củng cố mối quan hệ giữa bác sỹ và bệnh nhân.

- Thông báo tin xấu giúp cho bệnh nhân và gia đình có kế hoạch để đón nhận thực tế và đau buồn.

- Những nguyên tắc thực hành trong việc thông báo những tin xấu

- Lên kế hoạch ban đầu:

+ Xác định liệu bệnh nhân có muốn đón nhận thông tin hay họ muốn chỉ định cho người khác như người nhà hoặc bạn bè đón nhận thông tin.

+ Suy nghĩ trước về những gì sẽ nói

+ Lựa chọn đúng thời điểm.

- Tìm một nơi nói chuyện để cuộc nói chuyện không bị làm gián đoạn. Tắt điện thoại di động.

- Hỏi bệnh nhân (hoặc gia đình bệnh nhân) xem liệu họ có muốn sự hiện diện của những người khác không (ví dụ: những người khác trong gia đình, bạn bè hay các bác sỹ khác) cũng như có muốn ai đó không có mặt không.

- Tìm hiểu xem bệnh nhân hoặc gia đình đã hiểu gì về tình trạng và tiên lượng của bệnh nhân.

- Đánh giá về khả năng hiểu được thông tin của bệnh nhân (hoặc gia đình bệnh nhân).

- Tìm hiểu lượng thông tin mà bệnh nhân (hoặc gia đình bệnh nhân) muốn biết.

- Chia sẻ thông tin:

+ Ngồi xuống nếu có thể.

+ Tránh nói quá nhiều. Thỉnh thoảng ngừng lại để xem bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân phản ứng và hỏi lại để xem họ có hiểu những gì bạn đang nói không.

+ Tránh sử dụng các thuật ngữ y học mà bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân có thể không hiểu.

- Sẵn sàng đáp ứng với các mức độ phản ứng như giận dữ, buồn bã, khóc. Lắng nghe một cách kiên nhẫn, Bộc lộ sự cảm thông.

- Lên kế hoạch các bước tiếp theo:

+ Bất cứ sự thay đổi nào về mục tiêu hoặc vị trí ưu tiên cần chăm sóc.

+ Các xét nghiệm hoặc biện pháp điều trị làm thêm (biện pháp giảm tình trạng bệnh hoặc chăm sóc giảm nhẹ).

+ Thảo luận về những nguồn trợ giúp có thể.

3.4. Sự chấp thuận của bệnh nhân cho những phương pháp điều trị mà có nguy cơ có những tác dụng phụ xấu

- Sự chấp thuận của bệnh nhân tuân theo nguyên tắc tự chủ.

- Bệnh nhân hoặc người quyết định thay thế yêu cầu được biết thông tin về những nguy cơ và những lợi ích tiềm tàng của một can thiệp cụ thể để đưa ra một quyết định hợp lý xem liệu nên chấp nhận hay từ chối điều trị.

- Can thiệp càng nguy hiểm thì việc có đạt được sự chấp thuận của bệnh nhân càng quan trọng.

- Lượng thông tin mà một bệnh nhân mong muốn có được sẽ phụ thuộc vào văn hoá, niềm tin và giá trị của bệnh nhân.

- Có thể bệnh nhân không muốn nhận bất cứ thông tin nào hoặc đưa ra bất cứ quyết định nào về sức khoẻ của mình mà muốn để người khác như thành viên trong gia đình đón nhận tất cả thông tin đó.

- Có thể bệnh nhân muốn bản thân mình cần phải được cung cấp tất cả thông tin (phổ biến ở các nước phương Tây, có thể đang ngày càng phổ biến hơn ở Việt Nam?).

- Các yếu tố cần phải có trong việc lấy chấp thuận:

+ Bản chất của can thiệp y tế

+ Các nguy cơ của can thiệp (phổ biến hay nghiêm trọng)

+ Các lợi ích tiềm tàng

+ Các lựa chọn thay thế

+ Thời gian cho bệnh nhân hoặc người quyết định thay bệnh nhân để suy nghĩ và cân nhắc (trong các tình huống không khẩn cấp)

- + Sự đồng ý (hay từ chối) nên được dựa trên sự hiểu biết về mỗi yếu tố này.
- + Sự chấp thuận đó không phải là sự ép buộc.
- + Phải ghi chép sự chấp thuận này vào hồ sơ bệnh án.

3.5. Đáp ứng với yêu cầu của bệnh nhân muốn bác sỹ giúp tự tử hoặc gây ra cái chết không đau đớn

- Làm rõ yêu cầu của bệnh nhân (Chính xác là bệnh nhân đang yêu cầu điều gì?)
 - + Tránh thể hiện những thành kiến cá nhân.
 - + Sử dụng các câu hỏi mở (cho phép bệnh nhân giải thích ý mà bệnh nhân muốn nói).
 - + Diễn đạt sự cảm thông bằng ngôn ngữ và hành động (ngồi xuống, nói một cách nhẹ nhàng, dành thêm thời gian).
- Đánh giá lý do của thỉnh cầu:
 - + Do đau đớn? (thể chất, tâm lý, xã hội, tinh thần)
 - + Do sợ hãi? (sự đau đớn sắp xảy ra, sự mất chức năng, mất kiểm soát hay giảm giá trị, bị ruồng bỏ, trở thành gánh nặng cho người khác).
 - + Sự buồn chán/trầm cảm trong điều trị bệnh? (thường có khả năng điều trị)
- Khẳng định sự cam kết của bạn trong việc chăm sóc cho bệnh nhân (không ruồng bỏ)
- Diễn tả lý do của thỉnh cầu đó càng rõ ràng càng tốt
- Yêu cầu cung cấp ngay hoặc giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ để làm dịu đi tất cả các loại đau đớn và những nỗi sợ hãi.
- Chỉ đưa ra những dịch vụ mà bạn biết là đang có sẵn (cần phải trung thực).
- Điều trị sự trầm cảm/chán nản trong việc chữa bệnh.
- Thông tin cho bệnh nhân và thảo luận về những khả năng thay thế.
- Giải thích cho bệnh nhân về những hậu quả tiềm tàng của việc tự tử:
- Đối với gia đình.
- Liên quan đến những niềm tin tôn giáo.

- Thảo luận về các biện pháp thay thế trong việc muốn bác sỹ giúp tự tử hay gây cái chết không gây đau đớn khi bệnh nhân:

+ Từ chối các biện pháp để cứu chữa hay duy trì sự sống.

+ Giảm hoặc ngừng cho ăn.

+ Trong một số hiếm các trường hợp đau đớn cực độ kéo dài, thực hiện các can thiệp, giảm nhẹ, liệu pháp dùng thuốc an thần (cho bệnh nhân dùng thuốc an thần cho đến chết).

- Giải thích một cách trung thực, có tình cảm về những gì bạn sẵn sàng và không sẵn sàng làm.

- Cần phải xét đến việc xin ý kiến hội chẩn và nhận lời khuyên từ các đồng nghiệp trong khi vẫn phải đảm bảo tính bí mật cho bệnh nhân

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Có bao nhiêu nguyên tắc về đạo đức trong chăm sóc giảm nhẹ?

- A. 5 nguyên tắc
- B. 6 nguyên tắc
- C. 7 nguyên tắc
- D. 8 nguyên tắc

Câu 2. Chương trình nào của Liên Hiệp Quốc công nhận chăm sóc giảm nhẹ là một quyền con người của bệnh nhân AIDS và ung thư?

- A. UNAIDS
- B. JNC
- C. EPI
- D. ARI

Câu 3. Giá trị tinh thần lớn đối với bệnh nhân đang được chăm sóc giảm nhẹ là:

- A. Sự động viên
- B. Sự tự chủ
- C. Sự chia sẻ
- D. Sự hỗ trợ

Câu 4. Khi cho bệnh nhân tự quyết về các vấn đề chăm sóc giảm nhẹ cần chú ý:

- A. Những khác biệt về văn hóa
- B. Hiệu quả của phương pháp điều trị
- C. Tác dụng phụ của thuốc
- D. Câu A, B và C đều đúng

BÀI 10: VẤN ĐỀ VỀ DA TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

1.1. Mô tả được các nguyên nhân thường thấy của ngứa ở bệnh nhân AIDS và bệnh nhân ung thư.

1.2. Trình bày các phương pháp dự phòng và chăm sóc loét do áp lực.

2. Kỹ năng

2.1. Nhận biết 4 giai đoạn của loét ep do áp lực.

2.2. Lập kế hoạch chăm sóc ngứa dựa trên chẩn đoán phân biệt.

2.3. Thực hiện chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh lý u ác tính và những vết thương do nấm.

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Ngứa

1.1. Ngứa là triệu chứng về da phổ biến nhất mà bệnh nhân HIV/AIDS thường trải qua.

- Ngứa ở những bệnh nhân HIV/AIDS có nhiều nguyên nhân:

+ Da khô (xerosis cutis) – thường là da khô, bong tróc, ngứa, vết nứt, vết gầy dọc

+ Viêm da quá mẫn (chàm)

+ Nhiễm trùng da do nấm

+ Nấm ký sinh trên da gây nên bệnh nấm biểu bì ở chân vận động viên, nấm da đầu hoặc nấm móng

+ Ký sinh trùng

+ Da: ghẻ, chấy rận

+ Hệ thống: giun

- + Virus HIV
- + Xoắn khuẩn giang mai
- + Viêm nang lông
- + Tăng bạch cầu ưa eosin (tác nhân nhiễm trùng không rõ)
- + Nhiễm trùng: Vi trùng (thường là Staph. aureus) , Men (Pityrosporum ovale). Mạt (Demodex folliculorum)
- Suy gan: ứ mật
- Tăng ure máu/suy thận
- Phản ứng bất lợi của thuốc: Có phát ban, thường thường là do:
 - + Kháng sinh như sulfonamides (cotrimoxazole) và beta-lactam
 - + Thuốc chống co giật
 - + Thuốc kháng virus
- NNRTIS
- Fosamprenavir
- Tipranavir
 - + Không phát ban, thường do
 - + Opioids
- Côn trùng cắn
- Sẩn ngứa: ngứa ở các nốt sẩn xơ hóa do bởi gãi
- Viêm đa dây thần kinh (lichen simplex chronicus)
- Bệnh vẩy nến
- Viêm da tăng tiết bã nhờn
- Thiếu chất sắt
- Nguyên nhân về tâm thần (ví dụ như ảo giác)

1.2. Ngứa cũng thấy ở những bệnh nhân ung thư và các bệnh hệ thống giai đoạn tiến triển. Các nguyên nhân gây ngứa thường gặp ở những bệnh nhân này là:

- Da khô

- + Phản ứng bất lợi của thuốc (đặc biệt là opioids)
- + Tăng ure máu/suy thận
- + Ứ mật
- + Suy gan
- + Bệnh tiểu đường
- + Hội chứng cận u (ví dụ như tăng hồng cầu vô căn, u tế bào da bạc, u tạng đặc như vú và ung thư tuyến ở ruột)
- + Những liên quan da với ung thư (ví dụ như u lympho da)
- + Thiếu chất sắt
- + Cường giáp hoặc thiếu năng giáp
- + Các nguyên nhân về tâm thần

1.3. Giải phẫu thần kinh học của ngứa

- Nhiều chất được xem như là chất điều hòa về ngứa của da:
 - + Các amines: histamine, serotonin, dopamine, adrenaline, noradrenaline, melatonin.
 - + Proteases: tryptases, chymases, carboxypeptidases, papain, kallikrein
 - + Neuropeptides: SP, CGRP, bradykinin, endothelin, neurokinin, somatostatin, CRF, VIP, neurotensin
- Opioids:
 - + Nội sinh: met-enkephalin, leu-enkephalin, B-endorphin
 - + Ngoại sinh: morphine, Eicosanoids: prostaglandin E2 (PGE-2), các prostaglandin khác, leukotriene B4 (LTB4)
- Các yếu tố tăng trưởng
- Cytokines: interleukins, các yếu tố gây hoại tử của u, dẫn chất làm tăng bạch cầu ái toan
 - + Những sợi thần kinh hướng tâm điều hòa ngứa là một phân nhóm của một tập hợp các cảm thụ đau (C- nociceptor) đa hình thái có tác dụng điều hòa đau.

- + Những sợi này rất nhạy cảm với histamine và các tác nhân gây ngứa khác
- + Đầu tận cùng của những sợi này thì nằm trên các lớp bề mặt của da
- + Những thần kinh hướng tâm này phóng ra những phân nhóm khác nhau của những tế bào thần kinh thứ phát trong hệ thần kinh trung ương.
- + Nếu một kích thích tập hợp nhiều cảm thụ đau, bao gồm cả tập hợp này, nhiều nơron cảm nhận đau ở sừng sau tủy sống sẽ được hoạt hóa để gây đau và ngứa có thể bị ngăn lại.

1.4. Những nguyên nhân cụ thể và sinh lý bệnh được đề xuất

- Suy thận mạn (ngứa do tăng ure máu)
- Sự khô da
- Cường tuyến cận giáp thứ phát Sinh sản của các dưỡng bào bất thường ở da và nồng độ histamine tăng
- Các cơ chế khác có thể là:
 - + Tăng vitamine A
 - + Tăng sinh những đầu tận cùng của thần kinh cảm giác không đặc hiệu trong
 - + Bệnh lý thần kinh ngoại vi
 - + Tăng nồng độ serotonin
 - + Chuyển hóa của các thuốc gây ngứa
- Ứ mật
- Ứ đọng muối mật và/hoặc các chất trung gian gây ngứa không nhận biết được trong quá trình tổng hợp muối mật được giữ lại ở da
- Sự hoạt hoá các dưỡng bào giải phóng histamin điều hòa ngứa
- Các opioid nội sinh gây ngứa hoạt động trung tâm tích tụ do hệ quả của suy giảm chức năng bài tiết của tế bào gan
 - + Ngứa do opioid: xảy ra ở 1% bệnh nhân sau khi được dùng opioid đường toàn thân và 20-90% dùng opioid theo đường ống sống.

+ Các opioid gây giải phóng histamine từ các dưỡng bào nhưng có vẻ như không phải là cơ chế chính của ngứa.

- Sự đối kháng opioid của các chất ức chế vận chuyển glycine và GABA có thể là nguyên nhân của ngứa.

1.5. Điều trị triệu chứng ngứa

- Can thiệp chung:

+ Cắt ngắn móng tay để hạn chế sự trầy xước da và là nguy cơ của nhiễm trùng da

+ Điều trị tình trạng nhiễm trùng da

+ Hướng dẫn bệnh nhân tránh sử dụng các loại xà phòng, sản phẩm chăm sóc da hoặc những chất khác mà có thể gây phản ứng dị ứng

+ Nếu có thể thì thay đổi hoặc ngừng sử dụng các thuốc mà có thể gây ngứa cho bệnh nhân

* Điều trị các nguyên nhân cụ thể của ngứa:

– Da khô: Kem làm mềm da

– Viêm da quá mẫn (chàm): Tránh sử dụng các loại xà phòng, sản phẩm chăm sóc da hoặc những chất mà có thể gây phản ứng dị ứng. Steroid hiệu lực cao dùng tại chỗ. Tránh bôi Steroid hiệu lực cao dùng tại chỗ lên mặt và tay

– Viêm nang lông tăng bạch cầu ái toan (bệnh nhân HIV/AIDS)

– Itraconazole 200 mg/ngày uống

– Ứ mật: Cholestyramine 4g hòa với nước uống trước và sau khi ăn sáng, có thể thêm liều trước buổi ăn trưa và ăn tối khi cần thiết Tối đa là 16g/ngày. Rifampin 150 mg uống 2 lần/ngày. Trước khi điều trị, điều quan trọng là phải đảm bảo bệnh nhân không có lao phổi. Ondansetron 8 mg uống 2 lần/ngày. Kháng histamin: Diphenhydramine 12,5-50mg mỗi 4 giờ uống hoặc tiêm TM khi cần; hoặc Hydroxyzine 10-50mg mỗi 6 giờ uống hoặc tiêm dưới da khi cần. Dẫn lưu đường mật nếu có thể và nếu phù hợp với mục đích chăm sóc.

– Ghẻ

+ Bôi kem permethrin từ cẳng đến các ngón chân, để nguyên như vậy 8 giờ. Lặp lại trong 1 tuần

+ Bôi kem lindane 1% từ cẳng đến các ngón chân, rửa sau 8 giờ

- + Không được dùng ở phụ nữ mang thai và trẻ nhỏ
- + Trong trường hợp nặng: Ivermectin 200mcg/kg uống. Lặp lại sau 2 tuần
- + Nếu các điều trị trên không có sẵn thì dùng benzyl benzoate
- + Bên cạnh việc điều trị bệnh nhân bằng thuốc, cần giặt tất cả áo quần và bộ đồ giường bằng nước nóng, nếu có thể thì sấy khô với nhiệt độ cao. Điều này sẽ dự phòng nhiễm trùng lại

+ Kháng histamin với liều như trên cho đến khi gẻ được chữa khỏi và ngứa đã **khỏi**

– **Opioid**

- + Thay opioid nếu có thể
- + Kháng histamin với liều như trên
- Sẩn ngứa
- + Steroid hiệu lực cao dùng tại chỗ được che kín kín để ngăn ngứa bệnh nhân gãi tiếp tục

+ Kháng histamin với liều như trên

– Các nguyên nhân khác: HIV, khối u ác tính, tăng ure máu.

+ Kháng histamin với liều như trên

– Steroid

+ Prednisolon 20-80 mg/ngày, uống; hoặc

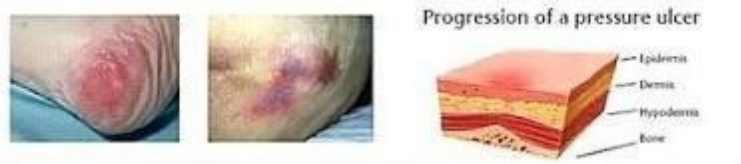
+ Dexamethasone 4-20 mg/ngày chia thành 1-2 lần uống hoặc tiêm tĩnh mạch

+ Nhiều tác dụng phụ có thể xảy ra. Tránh sử dụng steroid kéo ngứa nặng và/hoặc bệnh nhân sắp chết

2. Loét

2.1. Loét do áp lực (nằm liệt giường hoặc do áp lực tỷ đè)

- Giai đoạn 1: ban đỏ ấn không bị mất màu trên những vùng da còn nguyên vẹn.
(Hình 1)



Hình 1: Loét do áp lực giai đoạn 1

- Giai đoạn 2: bề dày của da bị mất một phần bao gồm lớp biểu bì và/hoặc lớp da dưới biểu bì. Vết loét giống như một vết trầy, hồ nông hoặc chỗ gộp da. (Hình 2)



Hình 2: Loét do áp lực giai đoạn 2

- Giai đoạn 3: bề dày của da bị mất toàn bộ bao gồm cả mô dưới da. Có thể phát triển xuống phần dưới gân mạc, nhưng không xuyên qua nó. Vết loét giống như một hố (Hình 3)



Hình 3: Loét do áp lực giai đoạn 3

- Giai đoạn 4: phát triển xuyên qua mô dưới da và gân mạc đến phần cơ, xương, gân, bao khớp hoặc những cấu trúc sâu khác. Có thể có đường rò. (Hình 4)



Hình 4: Loét do áp lực giai đoạn 4

- Điều trị
 - + Giai đoạn 1 hoặc 2:
 - + Giảm áp lực ở chỗ loét: Nệm mềm. Thay đổi tư thế bệnh nhân thường xuyên. Đệm gót chân hoặc nâng gót chân lên khỏi giường . Giữ bệnh nhân khô ráo

- + Tránh tổn thương da do trượt
- + Rửa vùng da còn nguyên vẹn với chất kháng sinh như povidine iodine
- + Rửa vết thương nhẹ nhàng với dung dịch muối
- + Điều trị đau theo thang giảm đau 3 bước của tổ chức Y tế Thế giới
- + Băng màng bản thấm
- Giai đoạn 3
- + Giảm áp lực lên chỗ loét
- + Giữ bệnh nhân khô ráo
- + Tránh tổn thương da do trượt
- + Điều trị đau theo thang giảm đau 3 bước của tổ chức Y tế Thế giới
- + Rửa vết thương nhẹ nhàng với dung dịch muối
- + Băng hydrocolloid (Duoderm), băng calcium alginate (đặc biệt nếu chảy máu) hoặc băng gạc thấm paraffin
- Giai đoạn 4
- + Giảm áp lực lên chỗ loét
- + Giữ bệnh nhân khô ráo
- + Tránh tổn thương da do trượt
- + Điều trị đau theo thang giảm đau 3 bước của tổ chức Y tế Thế giới
- + Băng khô đến ướt hoặc băng alginate cho đến khi tiến trình cắt lọc vết thương hoàn tất. Sau đó đắp bằng povidine iodine, mật ong hoặc đường bột để giảm nguy cơ nhiễm trùng và thúc đẩy quá trình lành vết thương.
- + Đối với vẩy dày hoặc hoại tử rộng, phẫu thuật cắt lọc. Đối với những vết thương có mùi hôi (do bởi vết thương nhiễm vi khuẩn kỵ khí bề mặt)
- + Tán nhỏ viên metronidazole (hoặc mở bao con nhộng của viên metronidazole) và rắc bột lên vết thương 2-3 lần/ngày
- + Băng than hoạt tính nếu có sẵn

2.2. Các vết thương ác tính/tổn thương do nấm

- Nguyên nhân thường gặp:
- + Bệnh nhân đến cơ sở y tế trễ

- + Khó u trơ với điều trị
- Các loại thương gặp: Ung thư da tiên phát. Ung thư đầu hoặc cổ trờ. Ung thư xâm lấn tại chỗ như ung thư vú. Ung thư di căn da
- Điều trị
 - + Điều trị đau theo thang giảm đau 3 bước của tổ chức Y tế Thế giới
- + Giữ sạch vết thương
 - + Cắt lọc vết thương nhẹ nhàng nếu cần thiết (cắt lọc quá mức, thô bạo có thể dẫn đến chày máu khó cầm)
 - + Rửa vết thương bằng nước muối
 - + Băng alginate
- Kiểm soát chày máu
- Có thể dùng xạ trị liệu để cầm máu nếu sẵn có
- Dùng nitrat bạc
- Đốt điện
- Nhiễm trùng
- Kiểm soát mùi hôi của vết thương do nhiễm vi khuẩn kỵ khí bề mặt
- Tán nhỏ viên metronidazole (hoặc mở bao con nhộng o metronidazole) và rắc bột lên vết thương 2-3 lần/ngày
- Nếu không có sẵn metronidazole, có thể dung mặt ông hoặc đường bột lên vết thương
- Sử dụng kháng sinh toàn thân chỉ khi nhiễm trùng ở các mô xung quanh và nếu phù hợp với mục tiêu điều trị của bệnh nhân. Đối với những vết thương có mùi hôi và nhiễm trùng da hoặc mô xung phù hợp với mục tiêu điều trị của bệnh nhân quanh:
 - + Metronidazole 250-500mg uống mỗi 8 giờ
 - + Clindamycin 150-300mg uống mỗi 6 giờ cho đến tối đa 10 ngày
- o Băng
 - Giữ ẩm bằng băng hydrocolloid (Duoderm), băng calcium alginate (đặc biệt chảy máu), hoặc băng gạc thấm paraffin
 - Không nên sử dụng băng khô đến ướt bởi vì nó sẽ dính vào vết thương và sau gây chảy máu khi tháo băng

3. Các triệu chứng về da khác ở bệnh nhân với các bệnh mạn tính giai đoạn cuối

3.1. Tác dụng phụ của phương pháp trị liệu ung thư

- Viêm da do tia xạ
- Phản ứng bất lợi của hóa trị liệu
- Bệnh mảnh ghép chống lại ký chủ (bệnh nhân ghép tủy xương hoặc tế bào phôi)

3.2. Hội chứng cận u

- Chứng dây lớp gai
- Viêm da cơ
- Bệnh vẩy cá mắc phải

3.3. Làm nặng thêm của các bệnh về da mạn tính

- Bệnh vẩy nến
- Viêm da tăng bã nhờn

3.4. Những vấn đề về da thường thấy ở bệnh nhân HIV/AIDS và các bệnh tổn thương hệ miễn dịch kha.

- Phát ban do thuốc
- Đặc biệt là các thuốc sulfa, beta-lactam, nevirapine
- Nhiễm nấm: *Penicillium marneffeii*; *Cryptococcus* *Candida*; Histoplasmosis
- Nấm ký sinh trên da
- Bệnh nấm biểu bì ở chân vận động viên
- Nấm da đầu
- Nấm móng
- Nhiễm vi trùng: Furunculosis (*Staph. aureus*), Bacillary angiomatosis, Cellulitis
- Nhiễm virus: Herpes simplex, Varicella zoster (shingles)
- Nhiễm ký sinh trùng
- Ghẻ
- Viêm nang long

- Tăng bạch cầu ưa eosin (tác nhân nhiễm trùng không rõ)
 - Nhiễm trùng : vi trùng (thường là Staph. aureus) . Men (Pityrosporum ovale).
- Mạt (Demodex folliculorum) . Kaposi's Sarcoma
- Sẩn ngứa
 - Viêm da tăng tiết bã nhờn

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Loét ép có bao nhiêu giai đoạn?

- A. 3 giai đoạn
- B. 4 giai đoạn
- C. 5 giai đoạn
- D. 6 giai đoạn

Câu 2. Ban đỏ xuất hiện trên vùng da còn nguyên vẹn thuộc giai đoạn nào của loét?

- A. Giai đoạn 1
- B. Giai đoạn 2
- C. Giai đoạn 3
- D. Giai đoạn 4

Câu 3. Chất điều hòa sau đây ngứa thuộc nhóm Proteases, ngoại trừ:

- A. Chymases
- B. Tryptases
- C. Histamine
- D. Không ngoại trừ câu nào

Câu 4. Chất điều hòa sau đây ngứa thuộc nhóm Neuropeptides, ngoại trừ:

- A. CGRP
- B. Bradykinin
- C. SP
- D. Tryptases

BÀI 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CUỐI ĐỜI

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức

1.1. Hiểu được những mong muốn cuối đời của bệnh nhân, gia đình bệnh nhân.

1.2. Trình bày được các vấn đề, triệu chứng ở bệnh nhân cuối đời.

2. Kỹ năng

Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân cuối đời.

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh nhân điều trị tại các cơ sở y tế sau một thời gian được các bác sĩ, điều dưỡng theo dõi, chăm sóc, điều trị, bệnh nhân khỏi bệnh hoặc bệnh thuyên giảm và ra viện. Tuy nhiên, một số bệnh nhân mặc dù đã được tận tình cứu chữa nhưng bệnh tiến triển nặng, có thể đột ngột qua đời hoặc qua giai đoạn hấp hối rồi tử vong.

- Chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối cũng quan trọng như chăm sóc bệnh nhân trong giai đoạn phục hồi sức khỏe. Nhân viên y tế cần giúp bệnh nhân được thanh thản trước cái chết.

1.1. Diễn biến tâm lý của bệnh nhân trong giai đoạn cuối: Trong giai đoạn cuối của cuộc đời, bệnh nhân có những thay đổi chủ yếu về nhận thức trước bệnh tật và cái chết, thường gặp các biểu hiện sau:

- **Từ chối:** Bệnh nhân luôn mong được chữa khỏi bệnh, không nghĩ cái chết sẽ đến. Không chấp nhận cái chết; đây là phản ứng đầu tiên của bệnh nhân.

- **Tức giận:** Bệnh nhân phản ứng với những mất mát mà họ cảm nhận. Bệnh diễn biến ngày càng nặng, xuất hiện sự giận dữ với nhân viên bệnh viện và người nhà vì một lý do nào đó.

- **Mặc cảm:** Trong giai đoạn này, bệnh nhân mặc cảm với phương pháp chăm sóc, điều trị hiện tại, muốn thay đổi cách chữa bệnh, muốn tìm cách để đạt được kết

quả tốt hơn cách chữa bệnh cuối cùng. Bệnh nhân có thể yêu cầu gọi thầy cúng, thầy lang, mục sư, thậm chí có sự trấn trối liên quan đến tội lỗi để thoát khỏi cái chết.

- **Buồn rầu:** Bệnh nhân buồn vì biết cái chết sắp đến, bắt đầu kể và bày tỏ những cảm nghĩ từ đáy lòng mình, mong muốn được tâm sự với người thân, bác sĩ, điều dưỡng và các nhân viên khác trong bệnh viện.

- **Chấp nhận:** Khi đã chấp nhận cái chết, bệnh nhân trong trạng thái tuyệt vọng. Giao tiếp với bệnh nhân trở lên khó khăn, một số bệnh nhân thì trầm lặng, một số khác thì nói nhiều. Khi hấp hối bệnh nhân cần gặp người thân trong gia đình để nói lên nguyện vọng, yêu cầu của mình như lời trăng chối, di chúc, dặn dò, cách bố trí tang lễ...

1.2. Những dấu hiệu của giai đoạn hấp hối

- Sắc mặt nhợt nhạt, chân tay lạnh, tím tái đầu chi, biểu hiện của lưu thông máu giảm.

- Vã mồ hôi đầm đìa: Bệnh nhân có thể vã mồ hôi thấm ướt quần áo, mồ hôi vã ra cả ở trên trán, làm ướt tóc thấm xuống gối; biểu hiện của rối loạn vận mạch, thần kinh thực vật.

- Giảm trương lực cơ: trương lực cơ toàn thân giảm, bệnh nhân nằm bất động nói khó, nuốt khó, miệng lệch, hàm trễ xuống, mũi lệch vẹo. Các phản xạ gân xương giảm rồi mất.

- Mắt lờm xuống, đờ dại: khám thấy đồng tử giãn, khi đưa tay ngang qua mắt bệnh nhân không thấy mắt cử động.

- Rối loạn hô hấp: khó thở tăng, nhịp thở chậm dần, tăng tiết đờm dãi.

- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt: huyết áp tụt dần, tim đập yếu, rối loạn nhịp tim, tiếng tim mờ, rời rạc.

- Ý thức: lú lẫn, hôn mê sâu dần.

- Các phản xạ mất dần: mất phản xạ giác mạc, mất phản xạ da bìu.

- Bệnh nhân ngừng thở: mạch mờ dần rồi không bắt được mạch, không nghe thấy tiếng tim.

- Dấu hiệu bệnh nhân ngừng thở, ngừng tim:

+ Lòng ngực, thành bụng bất động.

+ Nằm yên, không cử động.

+ Sắc mặt nhợt nhạt tím tái.

+ Da lạnh.

+ Tim ngừng đập: không bắt được mạch, không đo được huyết áp, không nghe thấy tiếng tim; xuất hiện đường đẳng điện trên các đạo trình ghi điện tim, tần số thở.

- Khi bệnh nhân có biểu hiện của giai đoạn hấp hối, bác sĩ, điều dưỡng phải có mặt ở bên bệnh nhân, phát hiện kịp thời các dấu hiệu và sự thay đổi về tình trạng bệnh nhân. Sự có mặt thường xuyên bên cạnh bệnh nhân là nguồn an ủi lớn đối với bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRONG GIAI ĐOẠN CUỐI

2.1. Nguyên tắc chăm sóc

- Chuyển bệnh nhân đến phòng riêng, tránh gây ồn ào và tiện cho việc chăm sóc, không ảnh hưởng đến các bệnh nhân khác.

- Giúp đỡ bệnh nhân về tâm lý, sinh lý và tâm thần.

- Thực hiện khẩn trương y lệnh và tìm mọi cách để làm giảm đau đớn cho bệnh nhân.

- Tận tình chăm sóc, cứu chữa bệnh nhân đến phút cuối cùng.

- Đảm bảo cho bệnh nhân và thân nhân không đơn độc trong giai đoạn cuối.

- Bệnh nhân trong giai đoạn hấp hối, nếu không có thân nhân bên cạnh, bệnh nhân có trăng chồi điều gì thì điều dưỡng phải ghi chép đầy đủ, rõ ràng để báo cáo cho gia đình, cơ quan, đơn vị của bệnh nhân.

2.2. Đáp ứng nhu cầu cho bệnh nhân

2.2.1. Nhu cầu vệ sinh cá nhân: Tắm rửa, lau người, vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

2.2.2. Tư thế nghỉ ngơi: Hầu hết bệnh nhân trong giai đoạn hấp hối thích nằm ngửa, kê gối dưới đầu, dưới chân cho thoải mái. Thay đổi tư thế cho bệnh nhân 2 giờ/lần để bệnh nhân thoải mái và phòng ngừa loét.

2.2.3. Nhu cầu giao tiếp

Khả năng nghe là giác quan cuối cùng tồn tại trước khi bệnh nhân chết, không được nói những điều không hay và liên quan đến bệnh tật. Phải ân cần an ủi bệnh nhân, nói nhẹ nhàng, dịu dàng những điều tốt đẹp.

2.2.4. Thị giác: Buồng bệnh tối, thiếu ánh sáng làm bệnh nhân sợ hãi; buồng bệnh sạch sẽ thoáng mát làm bệnh nhân dễ chịu. Ánh sáng gay gắt, thay đổi cường độ liên tục làm bệnh nhân khó chịu. Thị giác của người hấp hối giảm dần rồi mất.

2.2.5. Nhu cầu dinh dưỡng

Đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân trong giai đoạn cuối rất quan trọng, bệnh nhân ăn lỏng, dễ tiêu, đủ chất, ăn nhiều bữa trong ngày. Những trường hợp không ăn được cho ăn qua ống thông dạ dày, truyền dịch nuôi dưỡng. Không được để bệnh nhân chết trong tình trạng đói ăn.

2.2.6. Nhu cầu bài tiết

Bệnh nhân đại, tiểu tiện không tự chủ được; thay quần áo, vải trải giường, giữ gìn vệ sinh sạch sẽ cho bệnh nhân. Bệnh nhân tăng tiết đờm dãi phải hút đờm dãi, ra nhiều mồ hôi cần được lau nhiều lần bằng khăn khô.

2.2.7. Nhu cầu oxy

Trong giai đoạn cuối, bệnh nhân thường khó thở, đáp ứng nhu cầu oxy cho bệnh nhân bằng thở oxy qua đường mũi hoặc miệng, vệ sinh mũi, miệng thường xuyên.

2.2.8. Nhu cầu về tinh thần

Tôn trọng và đáp ứng nhu cầu tình cảm, tôn giáo và những yêu cầu khác trong điều kiện cho phép.

2.2.9. Thực hành hồi sinh tim phổi

Ngay khi bệnh nhân có dấu hiệu ngừng thở, ngừng tim, bác sĩ và điều dưỡng phải nhanh chóng tiến hành hồi sinh tim phổi càng nhanh càng tốt. Theo dõi và đánh giá tiến triển của bệnh nhân trong quá trình tiến hành kỹ thuật.

- Tiến triển tốt: hô hấp phục hồi, da đầu chi, môi hồng và tim đập trở lại; tiếp tục cấp cứu đến khi bệnh nhân thở đều.

- Tiến triển xấu sau 30 phút cấp cứu mà tuần hoàn và hô hấp không hồi phục, da xanh nhợt, đồng tử giãn rộng thì ngừng cấp cứu bệnh nhân tử vong

2.3. Giao tiếp với thân nhân của bệnh nhân

- Các nhân viên y tế luôn hiểu và thông cảm với những thiệt thòi, mất mát về tình cảm của gia đình bệnh nhân.

- Mọi công việc thực hiện một cách nhẹ nhàng, nhanh gọn, chính xác và có hiệu quả sẽ tránh những hiểu lầm của gia đình.

- Thông báo và giải thích cho thân nhân về những việc cần làm. Yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài phòng khi cần thiết với thái độ ân cần, hoà nhã.
- Chỉ trả lời những vấn đề trong phạm vi cho phép khi gia đình bệnh nhân hỏi, có ý kiến.
- Hướng dẫn người nhà đến thăm, ở lại với bệnh nhân, giúp đỡ họ nơi ăn ở, các điều kiện sinh hoạt tối thiểu.
- Giao tiếp với gia đình bệnh nhân với thái độ nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ là trách nhiệm của tất cả nhân viên trong bệnh viện.

3. NHỮNG VIỆC CẦN LÀM KHI BỆNH NHÂN TỬ VONG

3.1. Chuẩn bị dụng cụ phương tiện

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.
- Khay chữ nhật, găng tay.
- Kim Kocher, kéo, băng dính.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ thay băng, rửa vết thương khi bệnh nhân có phẫu thuật.
- Bông không thấm nước, quần áo sạch của bệnh nhân.
- Hai dải băng nhỏ và ngắn, ba dải băng to bản.
- Khăn bông, chậu nước ấm, nước lá thơm.
- Vải phủ, túi đựng đồ bẩn.
- Túi, tấm nilon theo quy định khi bệnh nhân mắc bệnh tối nguy hiểm.
- Cáng hoặc xe đẩy.

3.2. Thực hiện công việc xử lý tử thi

Bác sĩ là người xác định bệnh nhân đã tử vong, sau khi đáp ứng các yêu cầu của thân nhân người chết, thực hiện các công việc xử trí tử thi theo các bước:

- Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng.
- Che bình phong để không ảnh hưởng đến bệnh nhân khác. Nếu có phòng riêng thì không cần che bình phong.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.

- Rút các ống thông, ống dẫn lưu, tháo nẹp bột, băng cũ, thay băng mới.
- Tháo các đồ trang sức trên người bệnh nhân.
- Dùng gạc thấm nước vuốt cho hai mắt nhắm lại.
- Khép kín miệng bệnh nhân.
- Dùng bông không thấm nước nút: 2 lỗ mũi, 2 lỗ tai, miệng, hậu môn, sinh dục.
- Cởi áo cũ, rửa mặt, lau nửa người trên và mặc áo mới cho bệnh nhân.
- Cởi quần, lau nửa người dưới và mặc quần áo mới cho bệnh nhân.
- Để hai cánh tay dọc theo cạnh sườn, căng và bàn tay úp lên bụng. Buộc hai ngón tay cái lại với nhau.
- Để hai chân duỗi thẳng, buộc hai ngón chân cái lại với nhau.
- Buộc ba dải băng ở các vị trí: hai bả vai, hai mào chậu, hai đầu gối.
- Cho thi thể bệnh nhân vào túi nilon, buộc các dải băng theo quy định nếu là bệnh nhân truyền nhiễm nguy hiểm, tối nguy hiểm.
- Chuyển bệnh nhân lên cáng hoặc xe đẩy, ô tô.
- Phủ vải kín người bệnh nhân.
- Ghi vào hồ sơ ngày, giờ bệnh nhân tử vong.
- Gài phiếu lên ngực bệnh nhân, bên ngoài vải phủ.
- Chuyển thi thể bệnh nhân xuống nhà xác, bàn giao cho nhân viên nhà xác.
- Sắp xếp và xử lý dụng cụ, buồng bệnh đúng quy định.
- Bệnh nhân không có thân nhân, tài sản của bệnh nhân do điều dưỡng thống kê, lập biên bản, bàn giao cho cơ quan phụ trách.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Diễn biến tâm lý của bệnh nhân lúc cuối đời thường trải qua bao nhiêu giai đoạn?

- A. 3 giai đoạn
- B. 4 giai đoạn
- C. 5 giai đoạn
- D. 6 giai đoạn

Câu 2. Bệnh nhân không chấp nhận cái chết thuộc diễn biến tâm lý của giai đoạn:

- A. Từ chối
- B. Tức giận
- C. Mặc cảm
- D. Chấp nhận

Câu 3. Bệnh nhân có những phản ứng thái quá với mọi người thuộc diễn biến tâm lý của giai đoạn:

- A. Từ chối
- B. Tức giận
- C. Mặc cảm
- D. Chấp nhận

Câu 4. Bệnh nhân muốn tìm đến những phương pháp điều trị mang tính tâm linh thuộc diễn biến tâm lý của giai đoạn:

- A. Từ chối
- B. Tức giận
- C. Mặc cảm
- D. Chấp nhận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS, Nhà xuất bản Y học
2. Trung Tâm đào tạo bác sĩ gia đình – Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. *Y học gia đình. Tập 2*. Nhà xuất bản Y học.
3. Betty R. F., Nessa C., & Judith P. (2015). Oxford Textbook of Palliative Nursing (4th ed.). Oxford University Press.
4. Charlie Bond, Vicky Lavy và Ruth Wooldridge (2008). *Tài liệu chăm sóc giảm nhẹ. Tăng cường chăm sóc tại những nơi hạn chế về nguồn lực*. Nhà xuất bản Help the Hospices, Vương quốc Anh.
5. Erin M. Denny Koelsch, Denise Côté-Arenault (2021), Perinatal Palliative care, Edition 1, Springer International Publishing
6. Nathan I. Cherry, Marie T. Falan, Steir Koasa (2020), Palliative Medicine, Edition 6, Oxford University Press