

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

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

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

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

QUYẾT ĐỊNH:

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

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

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

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

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế, website Cục - QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn



HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC GIẢM NHẸ
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT
ngày tháng năm 2022)

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN

“HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC GIẢM NHẸ”

Chỉ đạo biên soạn

PGS. TS. Nguyễn Trường Sơn Thứ trưởng Bộ Y tế

Chủ biên

PGS. TS. Lương Ngọc Khuê Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế

Đồng chủ biên

GS. TS. Phạm Thắng Chủ tịch Hội Lão khoa Việt Nam, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Thành viên

TS. BS. Nguyễn Trọng Khoa Phó Cục trưởng, Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh - Bộ Y tế

TS. BS. Vương Ánh Dương Phó Cục trưởng, Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh - Bộ Y tế

GS. TS. Nguyễn Viết Nhung Giám đốc, Bệnh viện Phổi Trung ương

GS. TS. Nguyễn Hữu Tú Hiệu trưởng, Đại học Y Hà Nội

GS. TS. Trần Diệp Tuấn Chủ tịch Hội đồng trường, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

PGS. TS. Eric L. Krakauer Giám đốc các chương trình Sức khỏe Toàn cầu, Trung tâm Chăm sóc Giảm nhẹ, Trường Y, Đại học Harvard, Hoa Kỳ
Trưởng bộ môn danh dự, bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TS. BS. Nguyễn Tiến Quang Chủ tịch Hội đồng quản lý, Bệnh viện K Hà Nội

TS. BS. Đặng Huy Quốc Thịnh Phó giám đốc, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh; Phó trưởng bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

PGS. TS. Đỗ Duy Cường Giám đốc Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai

PGS. TS. Vũ Văn Giáp Phó Giám đốc Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

PGS. TS. Bùi Văn Giang Giám đốc Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K; Phó chủ tịch Hội Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam

TS. BS. Lê Tuấn Anh Giám đốc Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy

TS. BS. Đoàn Lực Giám đốc Trung tâm Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện K

TS. BS.	Bùi Ngọc Lan	Giám đốc Trung tâm Huyết học Nhi khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương
BSCKI.	Nguyễn Thị Phi Yến	Nguyên Phó trưởng khoa Chẩn đoán, Bệnh viện K
ThS. BSCKII.	Phí Thị Thủy Dương	Trung tâm Chăm sóc giảm nhẹ - Bệnh viện K
PGS. TS.	Vũ Thị Thanh Huyền	Phó trưởng bộ môn Lão khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
PGS. TS.	Hồ Thị Kim Thanh	Trưởng bộ môn Y học gia đình, Giám đốc Trung tâm Đào tạo và chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
PGS. TS.	Đặng Nguyễn Đoan Trang	Trưởng khoa Dược, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
ThS. BS.	Phạm Thị Vân Anh	Bộ môn Truyền nhiễm, Đại học Y Dược Hải Phòng
TS. BS.	Phạm Nguyên Tường	Phó Giám đốc Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Trung ương Huế
TS. BS.	Thân Hà Ngọc Thê	Trưởng bộ môn Lão khoa, Phó trưởng bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; Trưởng Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
ThS. BSCKII.	Quách Thanh Khánh	Nguyên Trưởng Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh
BSCKII.	Vương Thị Nguyên Thảo	Trưởng khoa Điều trị giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy
ThS. BS.	Bùi Thị Thanh Huyền	Giảng viên bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh Trưởng đơn vị Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh Viện Nhi Đồng Thành Phố, TP. Hồ Chí Minh
ThS. BS.	Nguyễn Xuân Thanh	Phó Trưởng khoa Ung Bướu- Điều trị giảm nhẹ, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
DSCKI.	Nguyễn Thị Phương Châm	Nguyên chuyên viên chính, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh – Bộ Y tế
ThS.	Trương Nguyễn Xuân Quỳnh	Khoa Công tác Xã hội, Đại học Khoa học Xã hội Nhân văn Tp. Hồ Chí Minh Cố vấn Ban giám đốc về các vấn đề công tác xã hội, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
ThS. BS.	Lê Đại Dương	Giảng viên bộ môn Chăm sóc giảm nhẹ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
ThS. BS.	Dương Duy Khoa	Giảng viên bộ môn Nội tổng quát, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

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

LỜI NÓI ĐẦU

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

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

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

Từ đó đến nay, nhận thức được không chỉ người bệnh ung thư và AIDS mà các bệnh lý mạn tính khác đều có nhu cầu CSGN, Cục quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y Tế với sự cố vấn của PGS.TS. Eric Krakauer cùng nhóm chuyên gia CSGN từ Hội Y học Chăm sóc giảm nhẹ Việt Nam đã phân công soạn thảo, cập nhật hướng dẫn quốc gia năm 2006 và chủ trương mở rộng thêm các nội dung CSGN cho nhiều đối tượng mắc bệnh nghiêm trọng khác ngoài ung thư và AIDS; như bệnh lao đa kháng thuốc, bệnh phổi giai đoạn cuối, bệnh tim giai đoạn cuối, trẻ em, người cao tuổi, sa sút trí tuệ, người bị chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo. Trong đó nhấn mạnh vai trò của CSGN tại nhà là thành phần không thể thiếu.

Hướng dẫn Điều trị chăm sóc giảm nhẹ này được viết cho các nhà lâm sàng cung cấp CSGN và chăm sóc cuối đời cho những người bệnh mắc các bệnh nghiêm trọng mà họ thường xuyên chăm sóc ở ngay tại cơ sở làm việc của họ. Hướng dẫn này không bao gồm CSGN chuyên sâu với nhiều hoàn cảnh và nguồn lực phức hợp. Nếu các triệu chứng không đáp ứng với các biện pháp thông thường hoặc nếu bạn lo ngại rằng các khuyến nghị được đưa ra ở đây có thể không phù hợp với tình trạng lâm sàng, vui lòng tham khảo hoặc hội chẩn với nhóm CSGN chuyên gia tại địa phương hoặc ở tuyến y tế cao hơn. Chúng tôi hy vọng rằng tài liệu này rõ ràng và mang lại lợi ích thiết thực cho công việc chăm sóc người bệnh và cho thực hành nghề nghiệp ở bất kỳ lĩnh vực nào của hệ thống chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi tin rằng cùng với nhau chúng ta có thể thực hiện được mục tiêu “Không bỏ ai lại phía sau” để người bệnh và gia đình được thoải mái nhất có thể, ngay tại giường bệnh, và có thể ngay tại căn nhà thân yêu của họ.

MỤC LỤC

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN	3
LỜI NÓI ĐẦU	6
MỤC LỤC	7
DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT	10
DANH MỤC BẢNG	12
DANH MỤC HÌNH VÀ THANG ĐÁNH GIÁ	13
I. GIỚI THIỆU VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	14
1.1. Định nghĩa và phạm vi của chăm sóc giảm nhẹ	14
1.2. Các nguyên tắc trong chăm sóc giảm nhẹ	14
1.3. Tiếp cận người bệnh cần đến chăm sóc giảm nhẹ	19
II. ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	22
2.1. Nguyên tắc	22
2.2. Các bước đánh giá chăm sóc giảm nhẹ	22
III. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU	25
3.1. Định nghĩa đau	25
3.2. Phân loại đau và nguyên nhân đau	25
3.3. Đánh giá đau	27
3.4. Điều trị giảm đau	28
3.5. Đau ở người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất	43
IV. ĐÁNH GIÁ & GIẢM NHẸ CÁC ĐAU KHỔ THỂ CHẤT KHÁC, TÂM LÝ, XÃ HỘI VÀ TÂM LINH	45
4.1. Đánh giá và giảm nhẹ triệu chứng đau khổ về thể chất	45
4.2. Đánh giá và giảm nhẹ đau khổ về tâm lý	57
4.3. Đánh giá và can thiệp đau khổ và khó khăn về mặt xã hội	62
4.4. Đánh giá và điều trị đau khổ về tâm linh	64
V. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO NGƯỜI BỆNH VỚI CÁC BỆNH LÝ CỤ THỂ	65
5.1. Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư	65
5.2. Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV	66
5.3. Chăm sóc giảm nhẹ cho những người mắc bệnh lao đa kháng thuốc và siêu kháng thuốc (M/XDR-TB)	68

5.4. Chăm sóc giảm nhẹ cho người mắc bệnh phổi giai đoạn cuối.....	70
5.5. Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh suy tim giai đoạn cuối.....	71
5.6. Chăm sóc giảm nhẹ cho người sa sút trí tuệ.....	71
5.7. Chăm sóc giảm nhẹ cho người cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương.....	72
5.8. Chăm sóc giảm nhẹ cho những người bị chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo	73
VI. NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	75
6.1. Con đau nguy cấp/con khủng hoảng đau.....	75
6.2. Khó thở nặng và khó điều trị ở người bệnh hấp hối.....	75
6.3. Xuất huyết ồ ạt.....	76
6.4. Chèn ép tủy	76
6.5. Co giật.....	77
VII. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ NHI KHOA.....	78
7.1. Các nguyên tắc.....	78
7.2. Các giai đoạn phát triển	79
7.3. Đánh giá và điều trị đau ở trẻ em.....	81
7.4. Dự phòng và điều trị đau do thủ thuật	84
7.5. Đánh giá và giảm các triệu chứng khác ở trẻ em	86
7.6. Hỗ trợ tâm lý xã hội cho trẻ em.....	87
VIII. ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	89
8.1. Đánh giá điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ	89
8.2. Biện hộ/lên tiếng vì lợi ích của người bệnh (health advocacy).....	89
8.3. Liều cứu hộ morphin.....	89
8.4. Đường truyền dưới da.....	90
8.5. Chăm sóc vết thương	91
8.6. Hỗ trợ cảm xúc cho người bệnh và người nhà	91
8.7. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người chăm sóc	91
IX. CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI.....	93
9.1. Thảo luận kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai.....	93
9.2. Kế hoạch xuất viện	94
9.3. Chuẩn bị cho các thành viên gia đình khi người bệnh ở giai đoạn cuối	94
X. LÒNG GHÉP CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀO HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE	96

10.1. Cấu trúc cơ bản của mô hình chăm sóc giảm nhẹ lồng ghép	96
10.2. Gợi thiết yếu về chăm sóc giảm nhẹ.....	99
CÁC PHỤ LỤC.....	102
PHỤ LỤC 1. CÁC THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG HOẠT ĐỘNG	102
PHỤ LỤC 2. BẢNG KIỂM ĐAU RÚT GỌN.....	104
PHỤ LỤC 3. THANG ĐO KẾT QUẢ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ DÀNH CHO NGƯỜI VIỆT NAM (VietPOS)	106
PHỤ LỤC 4. ĐÁNH GIÁ NGẮN TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG Y KHOA (QHASW 1).....	108
PHỤ LỤC 5. ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG Y KHOA (QHSWA 2)..	109
PHỤ LỤC 6. DANH MỤC THUẬT NGỮ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ.....	113

DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT

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

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

syt_binhdinh_vt_Van thu SYT Binh Dinh 2022 09:04:14

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1. Các bước chính trong đánh giá chăm sóc giảm nhẹ	22
Bảng 2: Sử dụng các thuốc giảm đau không opioid	31
Bảng 3. Thuốc opioid yếu (có thể được sử dụng để thay thế liều thấp của một opioid mạnh).....	35
Bảng 4. Thuốc opioid mạnh	35
Bảng 5. Liều giảm đau tương đương giữa các opioid.....	37
Bảng 6. Quy đổi từ morphin tiêm sang fentanyl dán	37
Bảng 7. Tác dụng không mong muốn của opioid	38
Bảng 8. Thuốc hỗ trợ để giảm đau	40
Bảng 9. Thủ thuật can thiệp cho các cơn đau cụ thể.....	43
Bảng 10. Triệu chứng thể chất và điều trị theo nguyên nhân	45
Bảng 11. Triệu chứng tâm lý và điều trị theo nguyên nhân.....	59
Bảng 12. Các loại đau khổ và vấn đề xã hội và hướng can thiệp	63
Bảng 13. Chăm sóc giảm nhẹ nhi: những khác biệt so với chăm sóc giảm nhẹ người lớn	78
Bảng 14. Các đối tượng cần chăm sóc giảm nhẹ nhi (PPC)	78
Bảng 15. Kết quả của đánh giá cường độ đau.....	84
Bảng 16. Kiểm soát đau trong thủ thuật ở trẻ em	85
Bảng 17. Giảm triệu chứng không phải đau ở trẻ em	86
Bảng 18. Danh mục các chuyên môn kỹ thuật chăm sóc giảm nhẹ thực hiện tại nhà người bệnh.....	98
Bảng 19. Đối với người bệnh mắc bệnh ung thư: Thang điểm ECOG.....	102
Bảng 20. Đối với người bệnh không ung thư: Thang điểm Chức năng Giảm nhẹ (Palliative Performance Scale - PPS).....	103

DANH MỤC HÌNH VÀ THANG ĐÁNH GIÁ

Hình 1. Sơ đồ chăm sóc giảm nhẹ trong suốt diễn tiến bệnh.....	16
Hình 2. Thang điểm cường độ đau bằng con số (NRS) và thang đánh giá bằng thị giác (VAS).....	28
Hình 3. Thang giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới	29
Hình 4. Thang điểm CRIES	82
Hình 5. Thang điểm FLACC.....	83
Hình 6. Vị trí đặt đường tiêm truyền dưới da (Vị trí đặt là các khu vực tô chéo) ..	92

syt_binhdinh_vt_Van thu SYT Binh Dinh 2022-2023

I. GIỚI THIỆU VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

1.1. Định nghĩa và phạm vi của chăm sóc giảm nhẹ

- Chăm sóc giảm nhẹ là chuyên ngành chăm sóc, điều trị vận dụng những chứng cứ tốt nhất hiện có nhằm ngăn ngừa và giảm nhẹ các đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội, hay tâm linh - mà người bệnh là người lớn hay trẻ em mắc bệnh nặng, nghiêm trọng, đang phải chịu đựng.

- Đây là quá trình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, đồng hành với người bệnh và gia đình người bệnh trong toàn bộ quá trình diễn biến của bệnh, kể cả giai đoạn cuối đời, nhằm đạt được chất lượng và giá trị cuộc sống cao nhất.

- Đây là một cấu phần không thể thiếu của chăm sóc toàn diện cho người bệnh mắc các bệnh nặng, nghiêm trọng. Do đó, người bệnh phải được tiếp cận dễ dàng với hình thức chăm sóc giảm nhẹ này tại cơ sở y tế ở tất cả các tuyến, đặc biệt tại nhà người bệnh.

- Đặc biệt, chăm sóc giảm nhẹ chuyên sâu cần được cung cấp tại các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến trên, các trung tâm ung thư lớn; chăm sóc giảm nhẹ mức độ trung gian/nâng cao là trách nhiệm của tất cả các bác sĩ nội khoa, bác sĩ gia đình, nhi khoa, ung bướu, huyết học và các chuyên ngành khác trong bệnh viện; và chăm sóc giảm nhẹ cơ bản nên được cung cấp bởi các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu trong cộng đồng.

1.2. Các nguyên tắc trong chăm sóc giảm nhẹ

1.2.1. Nguyên tắc thứ nhất

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

1.2.2. Nguyên tắc thứ hai

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

1.2.3. Nguyên tắc thứ ba

- Đánh giá các giá trị mà mỗi người bệnh trân trọng trong cuộc sống, đối với trẻ em cần đánh giá theo giai đoạn phát triển của trẻ để có thể chăm sóc phù hợp với sự tôn trọng, đạo đức, văn hóa, xã hội, tâm linh và từng giai đoạn phát triển;

- Có thể áp dụng chăm sóc giảm nhẹ ngay trong giai đoạn sớm của những bệnh lý nghiêm trọng đồng thời với các liệu pháp điều trị chữa bệnh như là hóa trị cho người bệnh ung thư hay lao kháng thuốc và thuốc kháng vi rút dành cho người bệnh HIV/AIDS ();

- Hỗ trợ người bệnh tiếp cận và tuân thủ các điều trị bệnh tối ưu nhất nếu các

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

- Có thể được áp dụng cho những người sống với các di chứng lâu dài về mặt thể chất, tâm lý, xã hội hay tâm linh của các bệnh lý đe dọa tính mạng như ung thư hay các điều trị ung thư;

- Có thể được áp dụng cho trẻ sơ sinh và trẻ em có vấn đề sức khỏe bẩm sinh nghiêm trọng;

- Tư vấn cho người bệnh tiên lượng có các vấn đề sức khỏe đe dọa tính mạng và/hoặc gia đình của họ, về việc xác định mục tiêu chăm sóc, về lợi ích và tác hại tiềm tàng của các điều trị duy trì sự sống;

- Không được cố ý đẩy nhanh cái chết;

- Cung cấp các hỗ trợ cá nhân hóa cho người lớn và trẻ em bị mất mát người thân khi cần thiết;

- Tìm cách giúp đỡ người bệnh và gia đình người bệnh tránh những khó khăn tài chính do bệnh tật hoặc khuyết tật gây nên;

- Cung cấp giáo dục và hỗ trợ trong việc phòng ngừa và giảm thiểu đau đớn, đau mạn tính cũng như đau cấp tính, khi cần thiết;

- Cần được lồng ghép vào tất cả các cấp của các hệ thống chăm sóc sức khỏe và vào các chương trình ứng phó chuẩn đối với các thảm họa nhân đạo;

- Nên được thực hành bởi các bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý, người hỗ trợ tâm linh, nhân viên y tế cộng đồng, tình nguyện viên và những người khác, sau khi họ nhận được đào tạo đầy đủ;

- Nên được đào tạo ở ba cấp bậc:

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

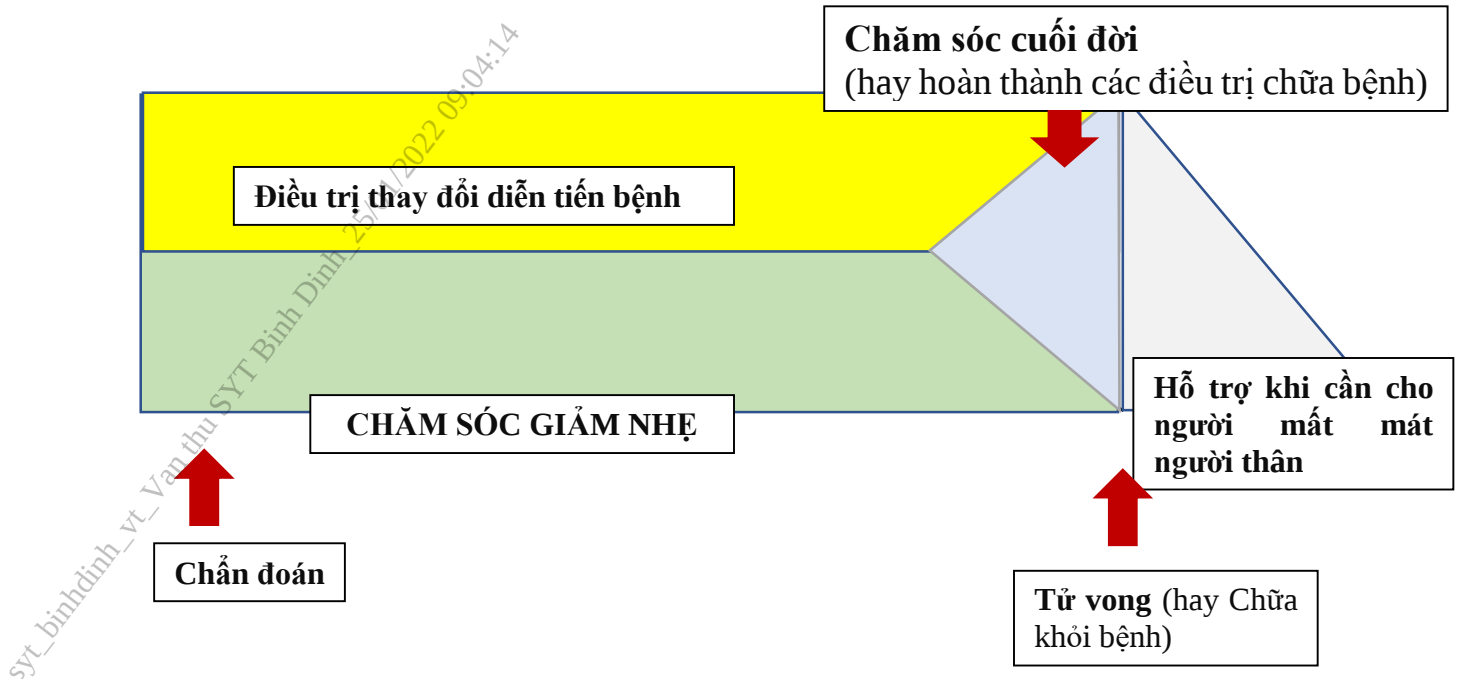
- + Đào tạo chăm sóc giảm nhẹ bậc trung cấp/nâng cao cho tất cả các chuyên gia y tế chăm sóc người bệnh mắc các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, phức tạp hoặc giới hạn sự sống như ung thư, suy các cơ quan trọng yếu, bệnh thần kinh - tâm thần nghiêm trọng hoặc sinh non nghiêm trọng;

- + Đào tạo chăm sóc giảm nhẹ chuyên sâu.

- CSGN được thực hành tốt nhất bởi một nhóm liên chuyên ngành có thể cung cấp các chăm sóc lấy con người làm trung tâm, đáp ứng lại tất cả các hình thức đau khổ;

- Cần khuyến khích sự tham gia tích cực của cộng đồng và các thành viên trong cộng đồng;

- CSGN nên được tiếp cận bởi bất kỳ ai cần đến CSGN.



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

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

a) Không làm hại

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

b) Làm điều có lợi

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

c) Tự chủ/Tự quyết/Quyền tự ra quyết định

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

d) Công bằng

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

đ) Không bỏ rơi

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

e) Nguyên tắc “Hệ quả Kép”

- Bất kỳ phương pháp điều trị nào cũng có thể gây ra tác dụng xấu. Nếu được người bệnh mong muốn, các biện pháp can thiệp hoàn toàn vì mục đích mang lại lợi ích cho người bệnh có thể được sử dụng ngay cả khi có thể đi kèm với các rủi ro, vốn có thể dự đoán nhưng không chủ ý gây ra.

- Nguyên tắc này thường được sử dụng để xác định phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh mắc bệnh nặng giai đoạn cuối khi đứng trước bất kỳ điều trị nào có nguy cơ đem lại tác dụng không mong muốn. Ví dụ, một người bệnh ung thư giai đoạn cuối muốn cảm thấy dễ chịu và đang chịu đựng đau đớn hoặc khó thở trầm trọng có thể được điều trị bằng opioid ở bất kỳ liều nào cần thiết để đảm bảo sự thoải mái, ngay cả khi có nguy cơ gây an thần, hạ huyết áp và ức chế hô hấp.

- Bốn điều kiện để áp dụng nguyên tắc hiệu ứng Hệ quả kép:

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

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

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

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

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

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

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

- **Phân loại bệnh:** Chăm sóc trước tiên cho những người bệnh bị bệnh nặng nhất hoặc đau khổ nhất. Không nên xét đến sự giàu có hay địa vị của người bệnh trong việc quyết định sẽ điều trị cho ai trước.

- **Tránh lợi ích kép:** Khi chăm sóc cho người bệnh, mối quan tâm duy nhất của bạn nên là người bệnh. Y học không phải là một công việc kinh doanh và lợi ích cá nhân hoặc các mối quan tâm khác không nên ảnh hưởng đến quyết định điều trị.

- **Tôn trọng sự yếu thế, dễ bị tổn thương của người bệnh:** Luôn duy trì mối quan hệ thầy thuốc-người bệnh một cách chuyên nghiệp và không bao giờ lợi dụng

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

- **Nghĩa vụ nghề nghiệp:** Là thầy thuốc, bạn có nghĩa vụ đáp lại yêu cầu giúp đỡ, bất kể bạn đang ở đâu, nếu không có sự giúp đỡ khác nào có thể thay thế.

- **Đồng thuận sau khi được giải thích (informed consent):** Giải thích cho người bệnh hoặc gia đình về chẩn đoán và các phương pháp điều trị tiềm năng theo cách dễ hiểu nếu họ muốn biết và hỗ trợ họ ra quyết định điều trị tốt nhất.

- **Đừng cảm thấy bị xúc phạm nếu người bệnh hay gia đình của họ tức giận với bạn:** Nhận ra rằng người bệnh và gia đình có thể rất đau khổ khi một người bệnh bị bệnh nặng hoặc tử vong và do đó có thể thể hiện sự tức giận ngay cả khi bạn đã chăm sóc tốt.

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

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

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

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

- **Quyết định các mục tiêu chăm sóc:** Khi kế hoạch chăm sóc tốt nhất cho người bệnh không rõ ràng, cần cố gắng để xác định mục tiêu chăm sóc chính hoặc các mục tiêu chăm sóc. Ví dụ về các mục tiêu chăm sóc:

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

+ Chỉ tập trung vào sự thoải mái.

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

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

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

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

- **Không được gây tử vong:** Các bác sĩ không bao giờ được phép cố ý gây ra cái chết cho người bệnh. Cụ thể, bác sĩ không nên tham gia vào việc cung cấp hình thức an tử, tự tử có sự trợ giúp của bác sĩ hoặc trợ giúp của bác sĩ trong cái chết của người bệnh.

- **An tử (euthanasia):** Cố ý trực tiếp gây ra cái chết của người bệnh. Điều này không được chấp nhận vì bất kỳ lý do gì, bao gồm để giảm bớt đau khổ hoặc tuân thủ yêu cầu từ người bệnh hoặc gia đình. Ngay cả những đau khổ khó chịu nhất cũng có thể được giảm bớt bằng những cách khác. An thần giảm nhẹ có thể được sử dụng nếu tất cả các nỗ lực khác để giảm đau khổ không thành công (xem Phần về an thần giảm nhẹ dưới đây).

- **Tự tử có sự trợ giúp của bác sĩ hoặc trợ giúp của bác sĩ trong cái chết của người bệnh (Physician-assisted suicide hoặc physician aid in dying):** Cố ý giúp người bệnh kết thúc cuộc sống của mình bằng cách kê đơn hoặc cung cấp cho họ phương tiện để kết thúc cuộc sống của mình. Thực hành này không được chấp nhận hoặc cho phép.

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

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

- **An thần giảm nhẹ sâu hoặc An thần giảm nhẹ đến độ mê mất ý thức:** An thần dẫn nhập có kiểm soát đến mức mất ý thức để giảm bớt đau khổ nghiêm trọng của một người bệnh hấp hối, vốn kháng trị với tất cả can thiệp hợp lý và tích cực bao gồm cả an thần nhưng chưa đến mức mất ý thức

1.3. Tiếp cận người bệnh cần đến chăm sóc giảm nhẹ

- Khó đau do các triệu chứng về thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh rất phổ biến ở người bệnh ung thư và các bệnh nghiêm trọng khác.

- Các triệu chứng về thể chất và tâm lý có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh và có thể do bệnh hoặc do tác dụng không mong muốn của điều trị gây ra.

- Nhiều triệu chứng (đau, khó thở, buồn nôn, lo âu) có tính chủ quan và do đó tính chất cũng như mức độ trầm trọng của các triệu chứng này không thể được đánh

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

1.3.1. Đánh giá triệu chứng

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

1.3.2. Giảm triệu chứng

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

1.3.3. Đau khổ về xã hội

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

1.3.4. Quyền của người bệnh

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

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

syt_binhdinh_vt_Van thu SYT Binh Dinh_25/01/2022 09:00:14

II. ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

2.1. Nguyên tắc

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

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

2.2. Các bước đánh giá chăm sóc giảm nhẹ

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

Tiền sử bệnh hiện tại

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

Lược qua các triệu chứng

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

Tiền sử xã hội

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

Dị ứng thuốc

Các thuốc đang sử dụng

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

Khám thể chất

- Các dấu hiệu sinh tồn
 - Nhiệt độ và nhịp thở luôn quan trọng
 - Nhịp tim, huyết áp và độ bão hòa oxy chỉ thu thập khi có ích cho quyết định y khoa

Khám thể chất cơ bản đặc biệt chú ý tới các vùng bị ảnh hưởng bởi bệnh lý hoặc liên quan đến các triệu chứng

Tránh gây ra khó chịu

Tình trạng hoạt động

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

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

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

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

Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

- Chỉ khi cần cho quyết định y khoa. Ví dụ, có thể hữu ích:

- Đánh giá chức năng thận (creatinine huyết thanh) để có thông tin cho những quyết định về các thuốc và liều thuốc.
- Chụp cắt lớp vi tính người bệnh ung thư phổi và không có kết quả nào gần đây giúp ước đoán tiên lượng và nguy cơ khó thở nặng hơn.

Cảm nhận lâm sàng:

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

Các can thiệp đề xuất:

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

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

III. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU

3.1. Định nghĩa đau

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

Những khía cạnh quan trọng của định nghĩa này:

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

3.2. Phân loại đau và nguyên nhân đau

3.2.1. Phân loại đau

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

a) Đau cảm thụ

- Gây ra do kích thích thụ thể đau trên dây thần kinh cảm giác thứ nhất còn nguyên vẹn (thụ thể cảm thụ đau).

- Đau cảm thụ được chia làm hai nhóm:

1) Đau bản thể:

- + Do kích thích cảm thụ đau trên bề mặt da, mô mềm, cơ hoặc xương.
- + Người bệnh thường có thể xác định chính xác vị trí cơn đau.
- + Người bệnh thường mô tả cảm giác đau chói, nhức nhối hoặc đau như mạch đập.

2) Đau tạng:

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

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

+ Ví dụ:

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

- Viêm dạ dày.

b) Đau thần kinh

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

- + Được mô tả như cảm giác bỏng rát, châm chích, tăng nhanh hoặc như điện giật.
- + Thường không có tổn thương mô quan sát được.
- + Các “triệu chứng âm tính” thường gặp như tê, yếu hoặc khiếm khuyết thần kinh khác.
- + Có thể liên quan đến chứng tăng cảm đau - hyperalgesia (đau mạnh do kích thích yếu) hoặc loạn cảm đau - allodynia (đau do các tác nhân kích thích mà bình thường không gây đau như sự va chạm nhẹ) ở những vùng được chi phối bởi các dây thần kinh bị tổn thương.

+ Ví dụ:

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

c) Đau do viêm

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

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

3.2.2. Các nguyên nhân gây đau

- **Tổn thương mô học thực sự**: Do nhiễm trùng, phản ứng viêm, khối u, thiếu máu cục bộ, chấn thương, thủ thuật y khoa xâm lấn, độc tính của thuốc...

- **Tổn thương mô học tiềm tàng**: Do các bệnh lý thể chất đã biết (như đau cơ xơ hóa) gây đau nhưng không liên quan đến tổn thương mô quan sát hoặc đo lường được.

- Các yếu tố tâm lý:

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

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

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

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

3.3. Đánh giá đau

3.3.1. Khai thác tiền sử

Hỏi người bệnh

- Về tình trạng bệnh hiện tại và các vấn đề sức khỏe trước đây (xem *Bảng 1*).
- Về cơn đau:
 - + Vị trí và hướng lan.
 - + Lần xuất hiện đầu tiên.
 - + Tần suất và thời gian kéo dài (nếu không hằng định).
 - + Mức độ nặng theo thang điểm từ 0 + 10, ở thời điểm hiện tại, mức bình quân cả cơn, và lúc nặng nhất trong 24 giờ qua.
 - + Các tính chất (sự mô tả của người bệnh về triệu chứng).
 - + Các yếu tố làm tăng hay giảm triệu chứng.
 - + Tác động của triệu chứng đến các hoạt động hàng ngày.
 - + Các điều trị trước đây và hiện tại và hiệu quả của điều trị.
 - + Mức độ giảm đau mong muốn của người bệnh.

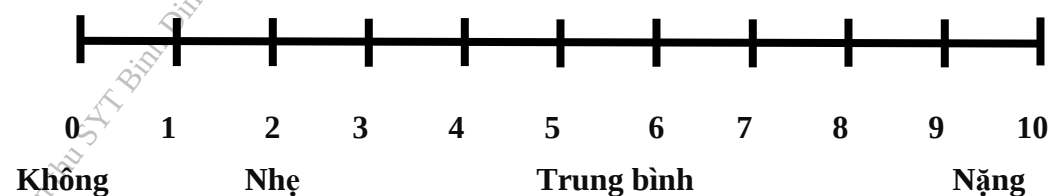
3.3.2. Chẩn đoán phân biệt đau

3.3.3. Thang điểm mức độ đau

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

Thang điểm cường độ đau bằng con số (NRS)

- Hữu ích cho hầu hết người lớn với nhận thức còn nguyên vẹn và trẻ em từ 7 tuổi trở lên.
- Có thể phải giải thích nhiều lần đối với người bệnh có trình độ giáo dục thấp.

Thang điểm cường độ đau bằng thị giác (VAS)

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

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

3.4. Điều trị giảm đau

3.4.1. Nguyên tắc chung

- Tất cả những người bệnh chịu đựng cơn đau ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh đều phải được điều trị để giảm bớt đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ, trừ khi người bệnh từ chối dùng thuốc giảm đau (rất hiếm).

- Giảm đau hiệu quả là khi người bệnh không còn cảm giác đau, hoặc cảm thấy dễ chịu và có thể thực hiện được những hoạt động thường ngày của mình mà không bị cản trở bởi đau.

- Giảm đau có thể được thực hiện tại cơ sở y tế, trong cộng đồng và tại nhà. Đặc biệt, thuốc morphin dạng phóng thích nhanh, phải sẵn có và được cấp phát cho người bệnh dùng tại nhà đối với những cơn đau vừa hoặc nặng do mọi loại bệnh tật.

- Đau mạn tính có thể gây các trạng thái lo âu hoặc trầm cảm và ngược lại những rối loạn khí sắc như trầm cảm và rối loạn lo âu có thể làm cơn đau nghiêm trọng hơn. Vì vậy, đánh giá chăm sóc giảm nhẹ (bao gồm đánh giá tâm lý) cần được thực hiện như một phần không thể thiếu khi đánh giá đau mạn tính (xem [Phần II, Bảng 1](#)).

- Mỗi người bệnh đều khác biệt. Vì vậy kế hoạch điều trị đau cần được cá thể hóa dựa trên việc đánh giá từng người bệnh và đáp ứng của họ với điều trị.

- Thuốc opioid phải luôn được lưu trữ an toàn và tránh việc chuyển hướng sử dụng thuốc, sử dụng sai mục đích, kể cả tại nơi sản xuất hoặc nhập khẩu, trong quá trình vận chuyển, tại bệnh viện, phòng khám, cơ sở bán lẻ thuốc và tại nhà người bệnh.

3.4.2. Nguyên tắc điều trị đau bằng thuốc

Đường dùng thuốc

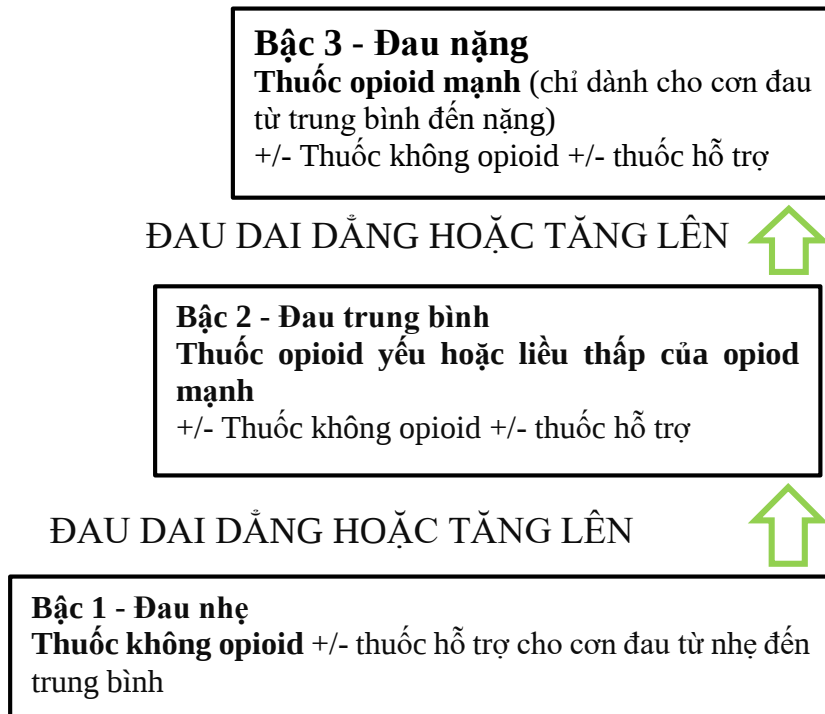
- Đường uống được ưu tiên sử dụng trừ khi người bệnh không có khả năng uống được thuốc hoặc khi cơn đau quá nghiêm trọng.
- Trong trường hợp đau nghiêm trọng, điều trị đau bằng đường tiêm dưới da hoặc đường tĩnh mạch nên được dùng để giảm đau nhanh.

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

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

3.4.3. Thang giảm đau 3 bậc

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



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

3.4.4. Liều dùng các thuốc giảm đau

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

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

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

- Hầu hết những thuốc giảm đau không opioid (paracetamol, NSAID) đều có giới hạn liều dùng hằng ngày và có thể gây ra độc tính nghiêm trọng nếu vượt quá liều tối đa. Do đó, không nên sử dụng thuốc giảm đau không opioid để điều trị cơn đau đột xuất trong hầu hết các trường hợp.

- Thuốc giảm đau hỗ trợ không nên dùng để điều trị cơn đau đột xuất cấp tính.

- Thuốc opioid phóng thích nhanh đường uống và đường tiêm/truyền rất thích hợp để cứu hộ cho cơn đau đột xuất.

- Đối với người bệnh ngoại trú, liều cứu hộ thường bằng khoảng 10% tổng liều opioid hằng ngày.

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

- Tổng liều điều trị trong ngày là: $10 \text{ mg} \times 6 = 60 \text{ mg}$

- Liều cứu hộ: $10\% \times 60\text{mg} = 6 \text{ mg}$ mỗi 2 - 4 giờ khi cần thiết

- Nếu cơn đau đột xuất thường xảy ra và cần sử dụng liều cứu hộ thường xuyên, liều giảm đau hằng ngày cần được tăng thêm.

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

- Tổng liều cứu hộ: $6\text{mg} \times 5 \text{ lần} = 30\text{mg/ngày};$

- Vì vậy, liều thường xuyên theo giờ tăng lên thành 15mg/lần, mỗi 4 giờ.

- Nếu người bệnh có cơn đau đột xuất có thể dự đoán trước do tắm rửa, đi lại hoặc các hoạt động thể chất khác, liều cứu hộ nên được thêm vào trước khi tiến hành các hoạt động đó.

- Một liều opioid đường uống nên được dùng ít nhất 30 phút trước các hoạt động gây đau.

- Một liều opioid tiêm/truyền đường tĩnh mạch nên được dùng ít nhất 10 phút trước các hoạt động gây đau.

3.4.5. Thuốc giảm đau không opioid

Bảng 2: Sử dụng các thuốc giảm đau không opioid

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

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

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

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

- Tránh sử dụng thuốc NSAID trong những trường hợp sau:
 - + Tiền sử xuất huyết tiêu hóa hoặc loét dạ dày tá tràng.
 - + Con đau mơ hồ ở vùng thượng vị.
 - + Bệnh gan nghiêm trọng đến mức gây tăng INR.
 - + Suy thận ở bất kỳ mức độ nào.
 - + Nguy cơ chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào, giảm tiểu cầu, tăng INR, sử dụng thuốc chống đông máu...
 - + Người bệnh đang chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào.
 - + Nguy cơ huyết khối.
- Khi sử dụng thuốc NSAID kéo dài, nên cân nhắc dùng thêm thuốc ức chế bơm proton (ví dụ: omeprazol).
- Nếu người bệnh đang dùng thuốc NSAID bị đau bụng vùng thượng vị, nên ngừng điều trị bằng NSAID ngay lập tức.
- Nôn ra máu, đi tiêu phân đen hay lẫn máu, hoặc bất kỳ bằng chứng nào của xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu y khoa và phải được đánh giá ngay lập tức tại cơ sở y tế.

3.4.6. Thuốc giảm đau opioid

a) Những khái niệm quan trọng

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

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

- **Rối loạn sử dụng opioid** (nghiện): rối loạn tâm thần đặc trưng bởi cách thức sử dụng opioid có vấn đề (dùng liều cao hơn đơn thuốc đã kê hoặc bắt buộc phải sử dụng), bắt buộc phải tiếp tục sử dụng ngay cả khi việc sử dụng opioid gây nguy hiểm hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng xã hội, giao tiếp, học tập hoặc làm việc.

- **Giả nghiện:** hành vi tìm kiếm thuốc do bác sĩ điều trị giảm đau chưa hiệu quả, chấm dứt khi cơn đau được kiểm soát tốt. Giả nghiện cần được chẩn đoán phân biệt với nghiện thực sự khi hành vi tìm kiếm thuốc vẫn tiếp tục mặc dù đã giảm đau hiệu quả.

b) Các chế phẩm opioid

Morphin uống phóng thích nhanh:

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

Morphin tiêm:

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

Morphin uống phóng thích kéo dài:

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

Các dạng chế phẩm khác:

Miếng dán fentanyl:

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

- Giá thành cao.

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

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

Bảng 4. Thuốc opioid mạnh

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

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

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

Bảng 5. Liều giảm đau tương đương giữa các opioid

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

Bảng 6. Quy đổi từ morphin tiêm sang fentanyl dán

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

c) Tác dụng không mong muốn của opioid/cách hạn chế

- Nguy cơ các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của opioid là tối thiểu khi tuân thủ các nguyên tắc kê đơn tiêu chuẩn.

- Kê đơn opioid ở liều thấp nhất có thể để giảm đau ở mức độ mà người bệnh chấp nhận được.

- Buồn ngủ khi bắt đầu dùng opioid hoặc khi tăng liều không phải lúc nào cũng do tác dụng an thần của opioid. Nhiều người bệnh bị đau dai dẳng hoặc thường xuyên bị thiếu ngủ và họ sẽ ngủ khi cơn đau được kiểm soát thích hợp. Giấc ngủ sinh lý có thể phân biệt với tác động an thần bằng cách đánh thức người bệnh để kiểm tra. Với giấc ngủ sinh lý người bệnh sẽ thức dậy dễ dàng.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn của opioid

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

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

d) Ngưng sử dụng opioid:

Nên ngưng sử dụng opioid khi:

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

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

3.4.7. Thuốc hỗ trợ kiểm soát đau

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

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

Chỉ định và thuốc đề nghị:

- Đau thần kinh
 - + Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (ví dụ: amitriptylin).
 - + Thuốc chống co giật (ví dụ: gabapentin).
 - + Thuốc gây tê tại chỗ (ví dụ: lidocain tiêm/truyền tĩnh mạch hoặc thoa ngoài da).
 - + Corticoid.
- Đau xương do ung thư di căn
 - + Corticoid (không sử dụng NSAID và corticoid cùng lúc).
 - + Bisphosphonat (ví dụ: zoledronat).
- Co thắt cơ
 - + Co thắt cơ vân: thuốc giãn cơ vân (ví dụ: diazepam).
 - + Cơ trơn đường tiêu hóa (đau quặn bụng): opioid hoặc thuốc kháng cholinergic (ví dụ: hyoscine butylbromide).
- Khối u ung thư làm căng bao gan hoặc tắc ruột: corticoid.
- Chèn ép tủy do ung thư (cấp cứu): corticoid tiêm tĩnh mạch (đồng thời xem xét chỉ định xạ trị cấp cứu hoặc phẫu thuật cấp cứu).

Bảng 8. Thuốc hỗ trợ để giảm đau

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

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

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

3.4.8. Thủ thuật giảm đau can thiệp

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

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

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

3.5. Đau ở người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất

3.5.1. Nguyên tắc điều trị giảm đau

- Những người thường xuyên dùng opioid bất hợp pháp hoặc liệu pháp điều trị duy trì bằng methadon có khả năng bị **dùng nạp opioid** và cần dùng liều opioid cao hơn để giảm đau so với những người không dùng opioid kéo dài.

- Những người thường xuyên dùng opioid bất hợp pháp hoặc liệu pháp điều trị duy trì bằng methadon thường nhạy cảm hơn với cơn đau hoặc ngưỡng đau thấp hơn so với người không dùng opioid. Hiện tượng này được gọi là **tăng cảm đau liên quan đến opioid**.

- Một số người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất sẽ e ngại hoặc từ chối sử dụng opioid do sợ tái nghiện. Nỗi sợ này nên được xem xét trong việc đưa ra quyết định điều trị.

- Không có lý do để sợ tái nghiện hoặc không sử dụng opioid cho những người bệnh có tiền sử rối loạn sử dụng chất khi mà họ đang hấp hối và phải chịu đựng đau đớn hay khó thở.

- Đối với những người đang **điều trị duy trì bằng methadon**, điều quan trọng cần lưu ý là:

- + Điều trị duy trì với methadon (1 lần/ngày) không giúp giảm đau hiệu quả.
- + Điều trị duy trì với methadon nên được tiếp tục không gián đoạn khi cơn đau được điều trị bởi các thuốc khác, opioid và/hoặc không opioid.
- + Nguy cơ tác dụng không mong muốn nghiêm trọng từ opioid ở người bệnh điều trị duy trì với methadon không cao hơn so với những đối tượng khác, thậm chí nguy cơ này có thể thấp hơn.
- + Các than phiền về đau ở người bệnh điều trị duy trì với methadon không đồng nghĩa với việc họ đang cố gắng để có được nhiều opioid hơn do nghiện.

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

- Cố gắng giảm đau bằng thuốc không opioid và các thuốc hỗ trợ.
- Nếu điều trị không hiệu quả với thuốc không opioid, các thuốc opioid có thể được sử dụng với sự cẩn trọng đặc biệt để tránh nguy cơ sử dụng sai lệch, chuyển hướng thuốc hoặc ngoài mục đích y khoa:
 - + Hạn chế lượng thuốc được cấp cho người bệnh mỗi lần khám.
 - + Yêu cầu người bệnh tuân thủ một lịch hẹn cố định để cấp tiếp đơn thuốc.
 - + Đánh giá người bệnh thường xuyên để tìm ra bất kỳ bằng chứng nào về việc sử dụng thuốc không hợp pháp như vết tiêm chích mới trên da, thay đổi hành vi một cách khả nghi, hoặc thay đổi trong việc tuân thủ điều trị. Sử dụng các xét nghiệm nước tiểu nếu có thể để xác định những chất người bệnh đang dùng.
 - Yêu cầu người bệnh ký vào giấy cam kết sử dụng opioid (thực hiện theo quy định tại Thông tư 52/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú).
 - Giấy cam kết sử dụng opioid bao gồm:
 - + Mô tả rõ ràng về việc sử dụng morphin đúng và không đúng cách.
 - + Bác sĩ giao ước tiếp tục điều trị cơn đau cho người bệnh nếu họ tuân thủ giấy cam kết.
 - + Cam kết của người bệnh:
 - + Luôn sử dụng opioid đúng cách trong mọi trường hợp.
 - + Bảo quản opioid an toàn và không làm mất.
 - + Lĩnh thêm thuốc opioid CHỈ từ người bác sĩ ký giấy cam kết hoặc đồng nghiệp được chỉ định và CHỈ từ một nhà thuốc duy nhất.
 - + Chấp nhận tiến hành kiểm tra thói quen dùng thuốc hằng ngày và thăm khám lâm sàng để đánh giá các trường hợp sử dụng opioid không đúng cách.
 - + Nộp nước tiểu để xét nghiệm bất kỳ lúc nào bác sĩ yêu cầu.
 - + Chấp nhận quyền của bác sĩ trong việc ngưng mọi điều trị bằng thuốc được kiểm soát khi người bệnh vi phạm cam kết.

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

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

4.1.1. Nguyên tắc

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

a) Nguyên tắc điều trị triệu chứng:

- Các quyết định điều trị nên dựa trên chẩn đoán phân biệt và xác định nguyên nhân nhiều khả năng nhất của (các) triệu chứng.

- Nhiều phương pháp điều trị triệu chứng chỉ có hiệu quả đối với một nguyên nhân cụ thể. Ví dụ, nôn có nhiều nguyên nhân bao gồm thuốc gây nôn, độc tố nội sinh, viêm mê đạo tai do vi rút, tăng áp lực sọ, viêm dạ dày, tắc ruột, lo âu, v.v ... Nếu nôn là do tắc ruột, điều trị bằng thuốc ức chế dopamin như haloperidol không có lợi ích.

b) Nguyên tắc điều trị theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng:

- Trước tiên hãy điều trị các triệu chứng gây ra nhiều đau khổ nhất.

- Nếu người bệnh có một triệu chứng nghiêm trọng, cần phải điều trị tích cực triệu chứng đó trước khi dành thời gian hoàn thành đánh giá chăm sóc giảm nhẹ toàn diện.

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

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

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

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

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

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

4. TIÊU CHẨY

Nguyên nhân	Điều trị (liều khởi đầu)	Ghi chú
-------------	--------------------------	---------

Nhiễm vi khuẩn hoặc ký sinh trùng; sốt hoặc phân có máu	- Thực hiện các xét nghiệm để xác định nguyên nhân nhiễm trùng của tiêu chảy, nếu có thể. - Điều trị nguyên nhân tiềm ẩn, có thể xác định được hoặc giả thiết, với kháng sinh thích hợp. - Bù dịch và chất điện giải nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc.	
Vô căn, không đáp ứng với điều trị bằng thuốc kháng tác nhân vi sinh và không sốt hoặc phân không có máu; viêm ruột do tia xạ; hóa trị ung thư.	- Loperamid 4mg cho liều đầu tiên, sau đó 2mg sau mỗi lần đi phân lỏng đến tối đa 16mg mỗi ngày; hoặc diphenoxylat + atropin (5mg + 0,05mg) tối đa bốn lần mỗi ngày khi cần thiết.	
Khối phân cứng gây tắc nghẽn/Táo bón nặng	- Loại bỏ khối phân tắc nghẽn - Giảm táo bón (xem phần về Táo bón)	
Lạm dụng thuốc nhuận tràng	- Ngừng hoặc giảm liều thuốc nhuận tràng	

5. TÁO BÓN

Nguyên nhân	Điều trị (liều khởi đầu)	Ghi chú
Đang điều trị giảm đau bằng opioid	- Đánh giá khối phân cứng gây tắc nghẽn bằng thăm trực tràng bằng tay. Lấy phân bằng tay khi cần. - Thuốc nhuận tràng thẩm thấu (chỉ sử dụng ở những người bệnh uống được nước): • Xi-rô lactulose 15-45ml uống x 2-3 lần/ngày, duy trì 30-90ml/ngày • Polyethylene glycol 110-20g trộn với nước uống x 1-2 lần/ngày - Bisacodyl 5-10mg x 1-2 lần/ngày, đường uống hoặc đặt trực tràng. - Thuốc thụt tháo với natri-phosphate hoặc dầu khoáng x 1 lần/ngày. - Đối với trường hợp nặng: naloxon 1-3mg UỐNG mỗi 8 giờ khi cần.	- Hầu hết người bệnh bị táo bón do opioid cần dùng thuốc nhuận tràng kích thích như bisacodyl. - Nếu không đi tiêu trong hơn 3 ngày, hãy cân nhắc sử dụng thuốc xổ dầu khoáng để làm mềm và bôi trơn phân khô cứng. - Naloxon, khi dùng đường uống cho người bệnh với đường tiêu hóa toàn vẹn, được hấp thu rất kém và chỉ hoạt động cục bộ trên đường tiêu hóa. Do đó, naloxon UỐNG có thể điều trị táo bón mà không làm đảo ngược tác dụng giảm đau của opioid.
Các loại thuốc khác gây táo bón: thuốc kháng cholinergic, sắt, thuốc chẹn kênh canxi	- Ngừng thuốc gây táo bón nếu có thể. - Thuốc nhuận tràng và/hoặc thuốc thụt tháo như trên.	
Mất nước, bất động	- Chỉ bù nước và tăng vận động nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc của người bệnh.	

6. ĐAU VÙNG MIỆNG VÀ NUỐT ĐAU

Nguyên nhân	Điều trị (liều khởi đầu)	Ghi chú
Nấm miệng (Candida)	- Điều trị kháng nấm: - Không phải người bệnh AIDS: + Fluconazol 100 - 200mg uống hoặc TMC x 1 lần x 7 - 14 ngày; hoặc là + Itraconazol 200mg uống x 1 lần x 7 ngày - Đối với cơn đau, lidocain đặc 2%, 15ml súc họng sau đó nhỏ trước bữa ăn và khi đi ngủ (đau miệng), hoặc 15ml súc họng và nuốt trước khi ăn và khi đi ngủ (đau khi nuốt). - Đối với đau không giảm nhiều với thuốc tại chỗ, thêm paracetamol hoặc morphin uống hoặc TMC cho đến khi nhiễm trùng được giải quyết.	- Các thuốc kháng nấm azol: đắt tiền và có thể gây nhiều tương tác thuốc, đặc biệt với kháng sinh macrolid, benzodiazepin, thuốc chống đông kháng vitamin K, thuốc chống động kinh. - Việc sử dụng thuốc gây tê lidocain bôi tại chỗ để giảm đau có thể giảm vị giác và ảnh hưởng đến việc ăn, uống qua đường miệng
Loét miệng và thực quản (áp - tò)	- Bôi lidocain đặc 2% vào vết loét trước khi ăn; bôi corticoid tại chỗ vào vết loét sau khi ăn, x 3 lần /ngày cho đến khi hết hẳn. - Nếu loét > 1cm, cân nhắc sử dụng methylprednisolon 40mg uống mỗi ngày trong 4 ngày, giảm dần 10mg mỗi 4 ngày.	
Loét do Herpes	- Điều trị bằng acyclovir 400mg uống 5 lần mỗi ngày trong 5 ngày; hoặc valacyclovir 2 g uống mỗi 12 giờ trong 1 ngày. - Điều trị đau bằng thuốc lidocain đặc 2% bôi vết loét trước khi ăn. - Nếu đau không thuyên giảm nhiều với thuốc dùng tại chỗ, thêm paracetamol hoặc morphin uống hoặc TMC cho đến khi nhiễm trùng được giải quyết.	
Viêm thực quản do CMV	- Ganciclovir 5mg/kg TMC mỗi 12 giờ.	
Ung thư thực quản	- Điều trị đau tại chỗ và toàn thân như trên.	

7. YẾU/MỆT MỎI

Nguyên nhân	Điều trị (liều khởi đầu)	Ghi chú
Nhiễm trùng, mất nước, thiếu máu, suy cơ quan lớn, bệnh ung thư hoặc AIDS tiến triển.	- Điều trị các nguyên nhân tiềm ẩn gây yếu và mệt mỏi. - Ở những người bệnh gần cuối đời mà yếu hoặc mệt mỏi làm giảm chất lượng cuộc sống, cân nhắc sử dụng methylprednisolon 20 - 60mg uống vào buổi sáng; hoặc	- Sử dụng dexamethasone một lần mỗi ngày vào buổi sáng hoặc hai lần mỗi ngày vào buổi sáng và đầu giờ chiều. Tránh dùng thuốc trước khi đi ngủ.

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

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

11. LOÉT TÌ ĐÈ (LOÉT ÁP LỰC - LOÉT DO NẪM LÂU)

Nguyên tắc

- Giữ gìn da sạch và khô nhất là những vùng bị tì đè dễ có nguy cơ bị loét.
- Thường xuyên xoa bóp những vùng dễ bị loét tì đè, 15 phút/lần, 1- 2 lần/ngày
- Giảm áp lực lên các nền xương cứng: nệm mềm, xoay trở người bệnh thường xuyên, ít nhất 2 giờ một lần khi người bệnh nằm tại giường, mỗi 1 giờ khi người bệnh ngồi ghế; đệm gót chân hoặc nâng gót khỏi giường
- Giữ ga giường phẳng;
- Nâng đầu giường cao 30 độ (nếu được) khi nghỉ ngơi trong ngày, hạn chế nâng cao hơn 30 độ
- Tránh chấn thương da do kéo, trượt, ma sát trực tiếp trên vùng da dễ bị tổn thương
- Quản lý chất thải đối với những người bệnh tiêu tiêu không kiểm soát (tã dán, miếng lót...).
- Sử dụng sản phẩm bảo vệ da (Ví dụ như cavilon, sanyrene ...),
- Tập phục hồi chức năng
- Điều trị: chăm sóc vết thương + kiểm soát đau.

Giai đoạn 1: Đỏ ở vùng chịu áp lực	- Giảm áp lực lên các nền xương cứng: nệm mềm, tái định vị xoay trở người bệnh thường xuyên, đệm gót chân hoặc nâng gót khỏi giường.	Kích thước, độ sâu và lượng dịch tiết và điều kiện kinh tế của NB/NN là những yếu tố quyết định việc lựa chọn các loại băng phù hợp
Giai đoạn 2: Vết rộp da hoặc loét nhỏ bề mặt da	- Giữ người bệnh khô ráo. - Tránh chấn thương da do trượt. - Điều trị đau. - Làm sạch da vùng còn nguyên vẹn với povidon - iod 10% - Làm sạch vết thương nhẹ nhàng bằng nước muối vô trùng (tránh làm tổn thương mô hạt). - Băng màng bán thấm (ví dụ: tegaderm) hoặc băng hydrogel (ví dụ: duoderm, gạc ngâm với hydrogel vô trùng).	Kháng khuẩn: cadexome iodine (iodosorb), bạc nano tinh thể (Acticoat 7), bột polysporin, hydrofiber (aquacel Ag), gel bạc (silvaSorb)... Hút dịch, cầm máu: alginate (calginate, algisite)
Giai đoạn 3: Phá vỡ da, tổn thương mô dưới da. Giai đoạn 4: Loét áp lực sâu, tổn thương cơ và xương, gân và khớp.	- Giảm áp lực lên các nền xương cứng: nệm mềm, tái định vị người bệnh thường xuyên, đệm gót chân hoặc nâng gót khỏi giường. - Giữ người bệnh khô ráo. - Tránh chấn thương da do trượt. - Điều trị đau. - Làm sạch vết thương nhẹ nhàng bằng nước muối vô trùng. - <u>Xác định mục tiêu chăm sóc vết thương:</u> <u>Nếu vết thương không thể lành và/ hoặc người bệnh sẽ tử vong trong thời gian ngắn, mục tiêu là ngăn ngừa và tối ưu hóa sự thoải mái và nhân phẩm người bệnh.</u> Ngăn chặn hoặc giảm ngừa do nhiễm vi khuẩn kỵ khí với bột metronidazol (nghiền viên nén	Kích thích lên mô hạt: collagen (fibracol, profore) Băng màng bán thấm (ví dụ: tegaderm) hoặc băng hydrogel (ví dụ: duoderm, gạc ngâm với hydrogel vô trùng).

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

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

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

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

- Chăm sóc tổn thương da do ung thư:

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

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

Chăm sóc như một vết thương thông thường

Giảm đau trước khi thay băng

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

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

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

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

Kiểm soát dịch tiết:

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

Bảo vệ vùng da xung quanh vết thương với kẽm oxit, mỡ dầu.

Kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân khi cần

Kiểm soát tình trạng nhiễm trùng:

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

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

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

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

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

Kiểm soát mùi hôi

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

- Phẫu thuật, tự ly giải...
- Cắt lọc cẩn thận mô hoại tử có nguy cơ nhiễm trùng
- Chú ý tổn thương bờ, đau, dễ chảy máu

Trấn an, ổn định tâm lý người bệnh và người nhà.

Thay đổi môi trường.

Tăng thông khí. Để cửa sổ mở để không khí trong lành có thể vào phòng, hoặc cho quạt quay chậm để lưu thông không khí trong phòng mà không làm người bệnh bị lạnh.

Hấp thụ mùi hôi. Để cát vệ sinh của mèo hoặc than hoạt tính trên một mặt phẳng diện rộng dưới gầm giường người bệnh. Nếu không khí trong phòng còn lưu thông được, mùi hôi sẽ giảm đi nhanh chóng. Có thể đốt lửa (nén), để đốt cháy các hoạt chất gây mùi hôi. Đối với những tổn thương hôi nhiều, dùng một loại băng chứa than hoạt tính hoặc tã giấy bao quanh tổn thương để khu trú mùi hôi lại.

Dùng mùi thay thế. Sử dụng các mùi mà người bệnh và gia đình có thể chịu đựng được, ví dụ, cà phê, vani, hay giấm. Tránh các loại nước hoa thương mại do nhiều loại gây khó chịu với người bệnh ung thư tiên xa.

Kiểm soát mùi hôi bằng hóa chất

Metronidazol nghiền thành bột đắp tổn thương 2-3 lần/ngày

Mật ong đã chiếu xạ, đường

Kháng sinh tác dụng toàn thân khi có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân

Metronidazol 250-500mg uống mỗi 8 giờ

Clindamycin 150-300mg uống mỗi 6 giờ, tối đa 10 ngày

Kiểm soát tình trạng chảy máu

Giảm nguy cơ chảy máu khi thay băng: làm ướt băng trước khi tháo, gỡ băng chậm và từ rìa vào trong, dùng gạc không dính khi thay băng (mepitel, alginat, urgotul...)...

Gỡ bỏ từng lớp băng chậm rãi, bắt đầu từ các phần rìa của lớp băng.

Tránh thay băng thường xuyên nếu không cần thiết.

Khi bề mặt tổn thương bờ nhiều, cần dùng một miếng gạc lưới từ polymer tổng hợp, với tính chất không dính, không thấm hút, làm lớp băng đầu tiên

Kiểm soát chảy máu nhẹ đến trung bình

Đè ép có trọng điểm nơi chảy máu với áp lực trong 10 - 15 phút với băng bạc alginate hoặc gạc tẩm tác nhân cầm máu tại chỗ (adrenalin 1:1000, tranexamic axit, sucalfat...)

Cân nhắc truyền máu nếu có thiếu máu và phù hợp mục tiêu chăm sóc

Trường hợp chảy máu dai dẳng có thể cân nhắc xạ trị giảm nhẹ tại chỗ

Nếu chảy máu không kiểm soát được có thể dẫn đến tử vong, cần thảo luận mục tiêu chăm sóc, cân nhắc sử dụng an thần, giảm đau để kiểm soát triệu chứng. Nên dùng drap trải giường tối màu để làm giảm sự lo lắng cho gia đình người bệnh, những người chăm sóc, và nhân viên y tế.

Chăm sóc tâm lý người bệnh và gia đình

Tổn thương da do ung thư làm ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt và giao tiếp xã hội của người bệnh. Các hỗ trợ duy trì chất lượng sống cho người bệnh là một điều vô cùng hữu ích. Điều dưỡng cần:

- Quản lý tốt các triệu chứng kèm theo mà người bệnh đang có.
- Nâng cao nhận thức cá nhân của người bệnh: chia sẻ các thông tin cần thiết về việc chăm sóc vết loét.
- Trấn an và hỗ trợ tinh thần cho người bệnh và gia đình; giúp người bệnh đối diện với vết loét với tinh thần thoải mái
- Giới thiệu các chuyên viên công tác xã hội, tâm lý xã hội, các dịch vụ tư vấn, khi cần.
- Khuyến khích và tạo điều kiện để người bệnh tiếp cận với phương pháp điều trị nghệ thuật, yoga, chuyên gia dinh dưỡng...

13. TĂNG CANXI MÁU

Nguyên nhân	Điều trị (liều khởi đầu)	Ghi chú
-------------	--------------------------	---------

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

4.2. Đánh giá và giảm nhẹ đau khổ về tâm lý

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

a) Người bệnh

- Các triệu chứng tâm lý bao gồm căng thẳng, lo âu, trầm cảm và sáng rất phổ biến ở những người mắc bệnh nặng, là nguyên nhân chính gây ra đau khổ, và cần được chẩn đoán và điều trị tích cực.

- Trầm cảm chủ yếu có thể bị bỏ sót ở những người bệnh mắc bệnh nặng giai đoạn cuối vì một số triệu chứng của bệnh lý nội khoa có thể trùng lặp với một số triệu chứng trầm cảm. Tuy nhiên, *cảm giác tội lỗi* hoặc *vô giá trị* và *ý tưởng tự tử* không phải là phản ứng bình thường đối với bệnh nội khoa và có thể gợi ý rối loạn trầm cảm chủ yếu.

- Rối loạn lo âu và trầm cảm cũng xảy ra ở những người bệnh không có bệnh nội khoa nghiêm trọng. Ở các bối cảnh y tế mà sự chăm sóc sức khỏe tâm thần không dễ dàng được tiếp cận, các nhân viên y tế với ít nhất là đào tạo cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ có thể và nên nhận biết được và điều trị lo âu và trầm cảm không phức tạp.

- Người bệnh có vấn đề tâm thần phức tạp hoặc kháng trị nên được giới thiệu đến bác sĩ tâm thần.

b) Người nhà của người bệnh

- Sự căng thẳng về cảm xúc và thể chất của việc chăm sóc một thành viên gia đình bị bệnh nặng, và việc mất mát một thành viên trong gia đình trong tương lai hoặc thực tế ở hiện tại, có thể dẫn đến lo lắng và khí sắc trầm cảm.

- Đau buồn bình thường do mất người thân (bereavement) (80-90% trường hợp gia đình có mất người thân):

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2. Vai trò của hỗ trợ tâm lý xã hội

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

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

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

4.2.4. Đánh giá và điều trị đau khổ về tâm lý

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

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

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

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

- + Tư vấn tâm lý hỗ trợ.

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

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

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

4.2.5. Các triệu chứng tâm lý và điều trị theo nguyên nhân

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

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

	80mg mỗi ngày) và citalopram (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 40mg mỗi ngày) - Amitriptylin 10-25 mg uống khi đi ngủ. Dần dần tăng liều. Liều hiệu quả thông thường 50-100mg. Liều tối đa 100mg/ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả. Nguy cơ nhiễm độc tính lên tim đe dọa tính mạng do dùng quá liều. - Mirtazapin 15 mg/ngày một lần khi đi ngủ, uống. Dần dần tăng liều. Liều hiệu quả thông thường 15 - 45mg/ngày.	bệnh đến bác sĩ tâm thần nếu có thể.
--	--	--------------------------------------

C. KHÍ SẮC TRẦM CẢM

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

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

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

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

- Các nhân viên cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ có nguy cơ bị quá tải khi làm việc quá nhiều với các người bệnh trong giai đoạn khó khăn nhất cuộc đời họ, do chia sẻ quá nhiều tình thương và thấu cảm dành cho người bệnh.

- Các triệu chứng kiệt sức có thể bao gồm giảm sự thấu cảm, giảm chất lượng công việc và chăm sóc người bệnh, tinh thần kém, mệt mỏi về thể chất và cảm xúc, khí sắc trầm cảm, ngủ kém.

- Tăng cường sức khỏe tinh thần và khả năng phục hồi của nhân viên chăm sóc sức khỏe là một phần thiết yếu của chăm sóc giảm nhẹ.

- Khả năng phục hồi nghề nghiệp (resilience) là khả năng chịu đựng hoặc phục hồi nhanh chóng từ các tình huống khó khăn hoặc căng thẳng.

- Khả năng phục hồi có thể được thúc đẩy theo nhiều cách khác nhau:

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

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

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

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

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

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

+ Những người sống trong nghèo khổ cùng cực.

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

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

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

+ Những người chịu đựng đau khổ xã hội cũng có nguy cơ cao mắc các bệnh và chịu đựng những vấn đề về thể chất và tâm lý.

- Các loại đau khổ xã hội phổ biến và hướng hỗ trợ và can thiệp (xem [Bảng 12](#)).

- Tài trợ cho các hỗ trợ xã hội có thể đến từ các cơ quan chính phủ phụ trách các vấn đề xã hội hoặc từ các tổ chức xã hội dân sự.

- Việc đánh giá các vấn đề xã hội mà người bệnh đang chịu đựng và can thiệp tốt nhất nên được thực hiện bởi nhân viên công tác xã hội. Tuy nhiên, các bác sĩ, điều

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

- Các bảng khảo sát các vấn đề tâm lý xã hội xem [Phụ lục 4](#) và [Phụ lục 5](#).

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

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

4.4. Đánh giá và điều trị đau khổ về tâm linh

- Khi con người đối mặt cái chết ở giai đoạn cuối đời, có một dạng đau khổ không có thuốc chữa, không liên quan gì đến nỗi đau thể xác, đó là nỗi đau về mặt tâm linh. Nỗi đau tâm linh có thể rất lớn làm nặng thêm những nỗi đau thể chất và tâm lý, do đó điều trị về tâm linh là một phần quan trọng của chăm sóc giảm nhẹ. Nỗi đau về tâm linh liên quan đến câu chuyện cuộc đời nội tâm của người bệnh: cách họ liên kết với những nơi chốn và con người cụ thể, những kỷ niệm và trải nghiệm đã qua.

- Đau khổ về tâm linh, chẳng hạn như mất ý nghĩa trong cuộc sống, phổ biến ở những người mắc bệnh hiểm nghèo hoặc bị kỳ thị nhiều. Một số người gặp vấn đề về tâm linh do ảnh hưởng của cảm xúc, buồn đau và mất mát hoặc do xung đột về giá trị trong việc lựa chọn phương án điều trị. Người bệnh có thể sợ chết, cảm thấy bơ vơ, lạc lõng, mất liên lạc với người thân, không biết sau khi chết đi mình sẽ đi về đâu,... Đau khổ về tâm linh xảy ra ở cả người có niềm tin tôn giáo và người chưa từng theo tôn giáo nào.

- Đối với một số người có đức tin, tôn giáo có thể là một nguồn an ủi, cảm hứng, hy vọng và bình an để dẫn dắt họ trên hành trình đến cái chết. Tôn giáo có thể hỗ trợ sâu sắc trong cách họ nhìn nhận những gì đang xảy ra và đối mặt giây phút kết thúc cuộc đời mà không ai có thể tránh khỏi. Sự đau khổ về tâm linh ở những người bệnh nhập viện có thể được điều trị bằng cách mời các cố vấn tâm linh tình nguyện tại địa phương như tu sĩ, linh mục, nữ tu, hay tăng ni, giúp người bệnh tìm lại hoặc củng cố đức tin, giúp họ chết nhẹ nhàng trong an ủi và hy vọng.

- Đối với nhiều người khác, tôn giáo không phải là thế giới tâm linh của họ. Nhân viên công tác xã hội và nhân viên y tế tìm hiểu nhu cầu tâm linh bằng cách lắng nghe, giúp họ tìm ra hoặc nhận ra những điều mang lại ý nghĩa và mục đích cho cuộc sống của họ. Khi người bệnh hồi tưởng, nói về cuộc đời mình, cần lắng nghe để giúp họ khẳng định cuộc sống của họ đáng giá, có ý nghĩa một cách nào đó. Việc người bệnh đánh giá cuộc sống của họ không thành công, có cảm giác hối tiếc hoặc hối hận điều gì, hay cho rằng mình đã lãng phí thời gian, có thể đưa đến cảm giác tuyệt vọng. Người hỗ trợ biết lắng nghe có thể giúp người bệnh nhìn lại cuộc đời theo góc nhìn tích cực, nhắc lại cuộc sống của người bệnh đã ảnh hưởng người khác thế nào, họ đã để lại di sản gì trong những người thân quen còn sống, dựa trên mối liên hệ của họ với những người khác, cộng đồng và các sinh hoạt mà họ thích.

- Nhân viên y tế cần tôn trọng niềm tin tôn giáo và nhu cầu hỗ trợ tâm linh của người bệnh. Nhân viên y tế thuộc đội ngũ chăm sóc, có am hiểu về tôn giáo của người bệnh và được đào tạo về hỗ trợ tâm linh cũng có thể đảm nhiệm vai trò này.

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

5.1. Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư

5.1.1. Nguyên tắc

- Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ toàn diện nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán ung thư.

- Chăm sóc giảm nhẹ không phải là một điều trị thay thế cho điều trị ung thư. Thay vào đó, chăm sóc giảm nhẹ và điều trị ung thư nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (xem).

- Chăm sóc giảm nhẹ có thể cải thiện sự tuân thủ và hoàn thiện điều trị ung thư bằng cách làm giảm các tác dụng không mong muốn của điều trị và cung cấp các hỗ trợ tâm lý xã hội cần thiết.

- Điều trị ung thư có thể làm giảm các triệu chứng như đau và khó thở.

- Nếu điều trị ung thư không còn có lợi, hoặc có hại hơn là có lợi, hoặc người bệnh không còn mong muốn, chăm sóc giảm nhẹ có thể trở thành hình thức chăm sóc có lợi duy nhất.

- Khi người bệnh về nhà từ bệnh viện ở giai đoạn cuối đời, nên sắp xếp để người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ trong cộng đồng.

- Suy mòn thường gặp ở người bệnh ung thư giai đoạn cuối do trạng thái di hóa. Do đó dinh dưỡng nhân tạo thường không mang lại lợi ích và có thể làm trầm trọng thêm sự đau khổ do làm tăng tình trạng báng bụng, tràn dịch màng phổi, phù ngoại biên hoặc tăng tiết dịch đường hô hấp.

5.1.2. Chăm sóc giảm nhẹ và hóa trị ung thư

- Tác dụng không mong muốn thường gặp của hóa trị độc tế bào bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy, táo bón, viêm niêm mạc (đau miệng), mệt mỏi và bệnh thần kinh ngoại biên. Nên được xử lý như trong *Phần III* và *Phần IV*.

- Liệu pháp miễn dịch với các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch có thể dẫn đến các phản ứng tự miễn cấp tính hoặc mạn tính, có thể xảy ra vài tuần hoặc vài tháng sau khi điều trị. Các hội chứng cụ thể bao gồm:

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

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

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

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

5.1.3. Chăm sóc giảm nhẹ và xạ trị

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

5.1.4. Chăm sóc giảm nhẹ và phẫu thuật ung thư

Các phẫu thuật giảm nhẹ bao gồm:

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

5.2. Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV

5.2.1. Nguyên tắc

- Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán

nhiễm HIV.

- Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị kháng vi rút nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (xem).

- Chăm sóc giảm nhẹ có thể cải thiện sự tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút bằng cách làm giảm tác dụng không mong muốn của điều trị và cung cấp các hỗ trợ tâm lý xã hội cần thiết.

- Liệu pháp điều trị thuốc kháng vi rút có thể ngăn ngừa và làm giảm các triệu chứng như đau do viêm thực quản gây ra bởi Candida và mệt mỏi.

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

- Nhiễm HIV vẫn bị kỳ thị nhiều.

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

5.2.3. Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV nên bao gồm

- Giảm các triệu chứng nhiễm HIV và các tình trạng liên quan đến HIV.

- Giảm tác dụng không mong muốn của điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (xem phần Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV tại Hướng Dẫn Điều Trị và Chăm Sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế).

- Tư vấn hỗ trợ thường xuyên, ngay cả đối với những người bệnh ổn định về mặt y tế khi điều trị kháng vi rút.

- Điều trị rối loạn sử dụng chất.

- Giúp đỡ để có được trợ giúp pháp lý, khi cần thiết.

- Các biện pháp phòng ngừa phổ quát bởi nhân viên y tế.

- Đào tạo về kiểm soát nhiễm trùng và giảm tác hại cho người bệnh và người chăm sóc, gia đình người bệnh.

- Hỗ trợ xã hội và kết nối các nguồn lực.

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

a) Tổng quát

- Vi rút HIV có trong máu, các dịch có dính máu và hầu hết các chất dịch cơ thể bao gồm dịch tiết âm đạo, tinh dịch, dịch não tủy, dịch màng bụng, dịch màng khớp, nước ối.

- Vi rút HIV không có trong nước mắt, mồ hôi, nước tiểu, các dịch không có máu.

- Phải xem máu và các dịch cơ thể đều có khả năng lây truyền tác nhân gây bệnh HIV và viêm gan B và viêm gan C.

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

b) Các biện pháp phòng ngừa chung

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

Sử dụng hàng rào bảo vệ

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

Quản lý các vật sắc nhọn

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

Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

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

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

5.3.1. Nguyên tắc

- Tất cả người bệnh M/XDR-TB nên được đánh giá chăm sóc giảm nhẹ tại thời điểm chẩn đoán hoặc tiếp xúc lần đầu.
- Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị M/XDR-TB nên được lồng ghép và cung cấp đồng thời (*xem*).
- Chăm sóc giảm nhẹ lồng ghép vào điều trị người bệnh mắc M/XDR-TB:
 - + Có thể làm giảm đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh;
 - + Có thể giúp người bệnh tuân thủ điều trị vốn kéo dài và gây độc hại. Do đó cũng làm tăng khả năng hoàn thành điều trị và chữa khỏi bệnh và giảm tỷ lệ tử vong;

- Cũng có thể giúp bảo vệ sức khỏe cộng đồng:
 - + Bằng cách cải thiện tuân thủ điều trị;
 - + Bằng cách cải thiện kiểm soát nhiễm trùng trong nhà thông qua theo dõi chặt chẽ;
- Cũng có thể cung cấp bảo vệ rủi ro tài chính cho gia đình người bệnh và giảm chi phí cho các hệ thống chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
- Vì những lý do này, việc lồng ghép chăm sóc giảm nhẹ vào các chương trình điều trị M/XDR-TB là bắt buộc về mặt y tế và đạo đức.

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

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

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

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

- Các trung tâm điều trị chuyên biệt dành cho người mắc M/XDR-TB nên có một đội chăm sóc giảm nhẹ đa ngành, và các nhà tù cho những người mắc M/XDR-TB nên có ít nhất một bác sĩ và điều dưỡng được đào tạo chăm sóc giảm nhẹ cơ bản.

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

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

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

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

bị nhiễm bệnh.

- Các phương pháp kiểm soát nhiễm trùng cần thiết bao gồm:
 - + Đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn cho tất cả các nhân viên y tế .
 - + Người bệnh sử dụng khẩu trang phẫu thuật bất cứ khi nào bên ngoài phòng ngủ và bất cứ khi nào có mặt các thành viên gia đình hoặc người chăm sóc.
 - + Tất cả các thành viên gia đình và nhân viên y tế sử dụng khẩu trang N95 khi ở cùng người bệnh.
 - + Người bệnh và những người tiếp xúc cần rửa tay kỹ lưỡng
 - + Người bệnh ở phòng ngủ riêng.
 - + Mở cửa sổ bất cứ khi nào có thể.

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

5.4.1. Nguyên tắc

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

5.4.2. Kiểm soát khó thở

- Đối với người bệnh mắc bệnh phổi giai đoạn cuối, nếu thông khí hỗ trợ xâm lấn hoặc không xâm lấn sẽ không có lợi dựa theo giá trị của người bệnh, hoặc sẽ có hại hơn là có lợi, thì chăm sóc giảm nhẹ có thể trở thành loại chăm sóc có lợi duy nhất.
- Khi người bệnh về nhà từ bệnh viện vào giai đoạn cuối đời, nên sắp xếp để người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ trong cộng đồng.
- Opioid có hiệu quả tốt làm giảm triệu chứng khó thở nếu khó thở kháng trị với điều trị nguyên nhân cơ bản.
- Đối với những người bệnh khó thở khi nghỉ hoặc gắng sức tối thiểu, liệu pháp opioid cân trọng có thể ngăn ngừa hoặc làm giảm khó thở và lo âu và có thể cải thiện khả năng gắng sức mà không gây ức chế hô hấp, tăng pCO_2 hoặc giảm pO_2 .
- Trong tình trạng bệnh phổi và khó thở ở giai đoạn cuối, nên điều trị bằng morphin cho người bệnh chưa từng dùng thuốc opioid ở một nửa liều khởi đầu thông thường: 2,5mg uống mỗi 4 giờ khi cần, hoặc 1mg TDD/TMC mỗi 4 giờ khi cần thiết (xem [Bảng 10](#) Bảng 10).
- Nếu khó thở hằng định, morphin cũng có thể được cho liều cố định mỗi 4 giờ, và có thể dùng liều cứu hộ khi cần thiết nếu khó thở đột xuất.
- Ở những người bệnh mắc bệnh phổi giai đoạn cuối, lo âu thường do khó thở và lo âu thường hết khi khó thở được điều trị đầy đủ. Do đó, các thuốc benzodiazepin

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

- + Nếu lo âu vẫn còn sau khi khó thở được kiểm soát tốt;
- + Nếu người bệnh đã sử dụng một loại thuốc benzodiazepin cho chứng rối loạn lo âu đã có từ trước.

5.4.3. Suy mòn

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

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

5.5.1. Nguyên tắc

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

- Đối với người bệnh suy tim giai đoạn cuối, nếu hồi sinh tim phổi (CPR) hoặc hỗ trợ thông khí cơ học sẽ không có lợi theo giá trị của người bệnh, hoặc sẽ có hại hơn làm lợi, thì chăm sóc giảm nhẹ có thể trở thành loại chăm sóc có lợi duy nhất. Trong tình huống này, người bệnh cần được bảo vệ khỏi thủ thuật CPR và các thủ thuật không có lợi khác.

- Khi người bệnh về nhà từ bệnh viện vào giai đoạn cuối đời, nên sắp xếp để người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ trong cộng đồng.

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

- Opioid có hiệu quả cao để giảm khó thở kháng trị với điều trị nội tích cực các nguyên nhân cơ bản (xem [Bảng 10](#)).

- Ở những người bệnh bị suy tim giai đoạn cuối, nếu lợi tiêu, hỗ trợ tăng co bóp và giảm hậu tải tích cực không làm giảm khó thở nhanh chóng, và nếu các thiết bị hỗ trợ tim (như dụng cụ hỗ trợ thất trái) sẽ không được sử dụng, nên bắt đầu điều trị bằng opioid.

5.5.3. Suy mòn ở người bệnh suy tim giai đoạn cuối

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

5.6. Chăm sóc giảm nhẹ cho người sa sút trí tuệ

- Khởi phát sa sút trí tuệ thường chậm và thường bắt đầu bằng suy giảm trí nhớ.

- Các triệu chứng điển hình khác bao gồm suy giảm nhận thức (chứng mất trí nhớ, mất dùng động tác, mất ngôn ngữ), thay đổi tính cách, mất ổn định cảm xúc, rối loạn hành vi, rối loạn tâm thần (ảo tưởng hoặc hoang tưởng).

- Trong sa sút trí tuệ tiến triển, người bệnh mất khả năng thực hiện các nhiệm vụ cơ bản như đi bộ, đi vệ sinh hoặc tự ăn.

- Khi chức năng bị mất, và đặc biệt là nếu có cảm xúc không ổn định hoặc kích động, việc chăm sóc người sa sút trí tuệ có thể cực kỳ căng thẳng về thể chất và tinh thần đối với người chăm sóc và gia đình.

- Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh có thể bao gồm:

- Đánh giá và giảm đau hoặc các triệu chứng thể chất khác.

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

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

- Đánh giá và điều trị các triệu chứng tâm lý như kích động, ảo tưởng hoặc trầm cảm đi kèm.

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh (phòng ngừa tai nạn như té ngã, bỏng hoặc đi lạc).

- Cung cấp các hoạt động và kích thích thích hợp, ít căng thẳng, dùng các tín hiệu định hướng (đồng hồ, lịch, định hướng lại bằng lời nói thường xuyên).

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

- Hỗ trợ cho ăn, tắm rửa hoặc vệ sinh người bệnh.

- Hỗ trợ cảm xúc từ nhân viên y tế cộng đồng.

- Đánh giá và điều trị lo âu hoặc trầm cảm.

- Đảm bảo sự an toàn của những người chăm sóc nếu người bệnh trở nên kích động hoặc bạo lực.

- Hỗ trợ xã hội như gói thực phẩm cho những người chăm sóc sống trong cảnh nghèo đói cùng cực.

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

- Những người trên 60 tuổi thường mắc các bệnh mạn tính tạo ra nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ.

- Ngay cả khi không có bệnh mạn tính tiến triển, nhiều người cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương vẫn phải chịu đựng đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội hoặc tâm

linh. Các loại đau khổ điển hình bao gồm:

- + Đau do chấn thương khi té ngã;
- + Đau buồn phức tạp hoặc trầm cảm liên quan đến mất chức năng hoặc mất người bạn đời;
- + Cô lập xã hội;
- + Cực kỳ nghèo khó;
- + Mất ý nghĩa của cuộc sống.
- Các chuyên thăm viếng thường xuyên từ nhân viên y tế cộng đồng và sự giám sát của các bác sĩ lâm sàng tại trung tâm y tế cộng đồng gần nhất có thể giúp những người bệnh cao tuổi suy yếu/dễ bị tổn thương được ở nhà một cách an toàn. Các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ có lợi có thể bao gồm:

- + Tư vấn phòng chống té ngã;
- + Cung cấp gậy hoặc khung/xe tập đi;
- + Hỗ trợ xã hội như gói thực phẩm;
- + Điều trị trầm cảm;
- + Hỗ trợ kính hoặc máy trợ thính;
- + Hỗ trợ cảm xúc từ các chuyên thăm viếng thường xuyên;
- + Hỗ trợ chăm sóc, tìm kiếm kết nối nguồn lực.

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

- Việc cứu chữa mạng sống và giảm bớt đau khổ (chăm sóc giảm nhẹ) phải luôn đi song hành. Kiểm soát đau cấp tính không hiệu quả làm tăng tỷ lệ thương tật và tử vong.

- Thất bại trong việc giảm đau đầy đủ do chấn thương hoặc đau sau phẫu thuật đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ:

- + Tác dụng không mong muốn tim mạch bao gồm, rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết, xuất huyết và đột quy;
- + Huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi;
- + Xẹp phổi và viêm phổi;
- + Trạng thái siêu dị hóa và tiêu hủy mô;
- + Chức năng miễn dịch suy giảm và tăng nguy cơ nhiễm trùng;
- + Lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ và mất tinh thần;
- + Sự hình thành và phát triển đau mạn tính kéo dài (đặc biệt phổ biến sau khi cắt cụt chi và đoạn nhũ);
- + Thất bại trong việc ngăn chặn hoặc làm giảm chấn thương tâm lý của người bệnh và người nhà, ví dụ, do bệnh hiểm nghèo, đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ rối loạn khí sắc (PTSD, các rối loạn lo âu khác, trầm cảm);
- Cần thận trọng để giải thích tin xấu với thái độ ân cần, hỗ trợ (xem [Phần IX](#)).

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

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

syt_binhdinh_vt_Van thu SYT Binh Dinh_25/04/2022 10:04:14

VI. NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

Tổng quan

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

6.1. Cơn đau nguy cấp/cơn khủng khoảng đau

- Cơn đau nguy cấp, định nghĩa là cơn đau không thể chịu đựng được khiến người bệnh bị tổn thương nặng nề, đòi hỏi phải can thiệp ngay lập tức và tích cực.

- Trong hầu hết các trường hợp đau nguy cấp, thuốc opioid mạnh như morphin nên được tiêm tĩnh mạch mỗi 15 phút cho đến khi cơn đau được kiểm soát tốt. Tác dụng của morphin tiêm tĩnh mạch sẽ thấy rõ sau 15 phút.

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

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

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

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

- Nếu liều Morphin cần thiết cao đến mức tạo ra những tác dụng không mong muốn như an thần, hạ huyết áp hoặc ức chế hô hấp, hướng điều trị tiếp theo nên dựa trên mong muốn của người bệnh, mục tiêu chăm sóc và dựa trên nguyên tắc hiệu quả kép (xem *Phân Error! Reference source not found.*).

6.2. Khó thở nặng và khó điều trị ở người bệnh hấp hối

- Trong trường hợp người bệnh hấp hối bị khó thở nghiêm trọng, kháng trị với các điều trị nguyên nhân bệnh nền, một dạng opioid mạnh như morphin nên được dùng tiêm tĩnh mạch mỗi 15 phút cho đến khi kiểm soát được khó thở. Tác dụng của Morphin tiêm tĩnh mạch sẽ thấy rõ sau 15 phút.

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

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

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

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

- Nếu người bệnh khó tiếp xúc, cần đánh giá mức độ khó thở dựa trên nhịp thở, triệu chứng thở gắng sức, sử dụng cơ hô hấp phụ, có hoặc không có vã mồ hôi. Khí máu động mạch hoặc độ bão hòa oxy không hữu ích để đánh giá sự dễ chịu hay khó chịu.

- Nếu liều morphin cần thiết cao đến mức tạo ra những tác dụng không mong muốn như an thần, hạ huyết áp hoặc ức chế hô hấp, hướng điều trị tiếp theo nên dựa trên mong muốn của người bệnh, mục tiêu chăm sóc và dựa trên nguyên tắc hiệu quả kép (xem *Phần Error! Reference source not found.*).

6.3. Xuất huyết ồ ạt

- Xuất huyết ồ ạt có thể gây ra những đau đớn về mặt thể chất hoặc không.
 - Xuất huyết phổi và ho ra máu nặng có thể dẫn đến khó thở đột ngột hoặc dữ dội.
 - Người bệnh mắc bệnh mạch vành nặng có thể bị đau ngực dữ dội trong quá trình mất máu.

- Xuất huyết ồ ạt hầu như luôn mang đến đau khổ về mặt tinh thần cho người bệnh, gia đình và thậm chí ngay cả người bác sĩ lâm sàng.

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

- Đội ngũ chăm sóc và gia đình nên được thông báo về khả năng xuất huyết ồ ạt và kế hoạch kiểm soát xuất huyết nên được giải thích trước. Trong một số trường hợp, người bệnh nên được thông báo và bảo đảm về những kế hoạch điều trị để có thể an tâm hết mức.

- Nên đặt các khăn tối màu và hai thau lớn cạnh người bệnh.
- Duy trì đường tiêm tĩnh mạch để dùng thuốc nhanh chóng và đem lại sự dễ chịu.
- Morphine và diazepam tiêm tĩnh mạch nên có sẵn với số lượng lớn.

Khi xuất huyết ồ ạt xảy ra:

- Trấn an bằng lời nói cho người bệnh, thành viên gia đình đang có mặt và cho nhân viên trong đội ngũ chăm sóc.

- Điều trị khó thở nặng, xem *Mục 6.2* ở trên.
- Điều trị cơn đau nguy cấp, xem *Mục 6.1* ở trên.
- Băng ép có trọng điểm, hoặc đặt meche tại nơi chảy máu nếu có thể
- Ngay cả khi đau và khó thở không xuất hiện từ đầu, hãy chuẩn bị cho những triệu chứng này khi người bệnh mất máu và điều trị tích cực với morphine liều theo giờ hoặc khi cần.

- Hướng dẫn điều dưỡng rằng máu nên được thu dọn bằng khăn tối màu, tập trung vào các chậu được lót khăn tối màu, che phủ lại và bỏ đi khi đầy.

6.4. Chèn ép tủy

6.4.1. Định nghĩa

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

khởi phát triệu chứng, nếu có thể.

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

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

- Nên dùng dexamethason liều cao ngay lập tức: 20mg TMC một lần, sau đó là 5mg TMC mỗi 6 giờ.

- MRI cột sống nên được thực hiện ngay lập tức. Nếu MRI không có sẵn, CT cột sống nên được thực hiện ngay lập tức.

- Hội chẩn phẫu thuật thần kinh và xạ trị khẩn cấp.

- Nếu các xét nghiệm MRI hoặc CT cho thấy hình ảnh chèn ép tủy sống, điều trị giải áp bằng phẫu thuật hoặc xạ trị nên được bắt đầu ngay lập tức nếu phù hợp với các mục tiêu chăm sóc được thỏa thuận giữa người bệnh/gia đình và bác sĩ điều trị.

6.5. Co giật

- Phòng ngừa co giật là một điều trị tiêu chuẩn của chăm sóc giảm nhẹ. Điều trị chống co giật nên được bắt đầu hoặc tiếp tục khi có nguy cơ co giật cao hơn mức tối thiểu, ngay cả khi mục tiêu điều trị là làm dễ chịu.

- Thường không rõ người bệnh phải trải qua sự khó chịu đến mức độ nào trong và sau cơn co giật, nhưng sự khó chịu do co giật đủ nghiêm trọng để điều trị và dự phòng co giật cho người bệnh.

- Khi co giật xảy ra, liệu pháp chấm dứt thai kỳ nên được tiến hành một cách khẩn cấp và tích cực bất chấp mục tiêu điều trị.

VII. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ NHI KHOA

7.1. Các nguyên tắc

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

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

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

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

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

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

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

7.2. Các giai đoạn phát triển

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

7.2.1. Trẻ nhũ nhi (0-1 tuổi)

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

7.2.2. Trẻ nhỏ (1-3 tuổi)

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

7.2.3. Trẻ trước tuổi đi học (3-6 tuổi)

- Hiểu thế giới bằng cách pha trộn giữa thực tế và tưởng tượng (“suy nghĩ thần kỳ hóa”).

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

7.2.4. Trẻ độ tuổi đi học (7-12 tuổi)

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

7.2.5. Thanh thiếu niên (13-16 tuổi)

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

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

7.3. Đánh giá và điều trị đau ở trẻ em

7.3.1. Các nguyên tắc

- Phân loại và các nguyên nhân của đau giống nhau giữa người lớn và trẻ em (xem *Phần II*).

- Đánh giá đau ở trẻ em:

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

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

7.3.2. Đánh giá đau

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

- Ghi nhận vị trí cơ thể, các cử động tự ý, mức độ phản ứng với kích thích, và tương tác với những người khác.

- Ở những trẻ chưa biết nói, đau có thể được thể hiện qua khóc, kích thích, thu mình lại hoặc co lại, tăng trương lực cơ, nhăn mặt hoặc sợ hãi.

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

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

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

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

a) Trẻ sơ sinh và nhũ nhi tới 6 tháng tuổi

- Đánh giá đau bằng Thang điểm CRIES.

- GHI CHÚ quyết định lâm sàng cần cho mỗi người bệnh và tình huống

SƠ SINH - 6 THÁNG TUỔI NGHI NGỜ ĐAU

Xác định thang điểm CRIES:

Khóc - Tính chất khóc của đau là tần số cao

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

Cần oxy cho $\text{SaO}_2 < 95\%$ - Trẻ bị giảm oxy do đau. Xem xét các nguyên nhân khác gây giảm oxy, ví dụ an thần quá mức, xẹp phổi, tràn khí màng phổi)

- 0- Không cần oxy
- 1- Cần oxy $< 30\%$
- 2- Cần oxy $> 30\%$

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

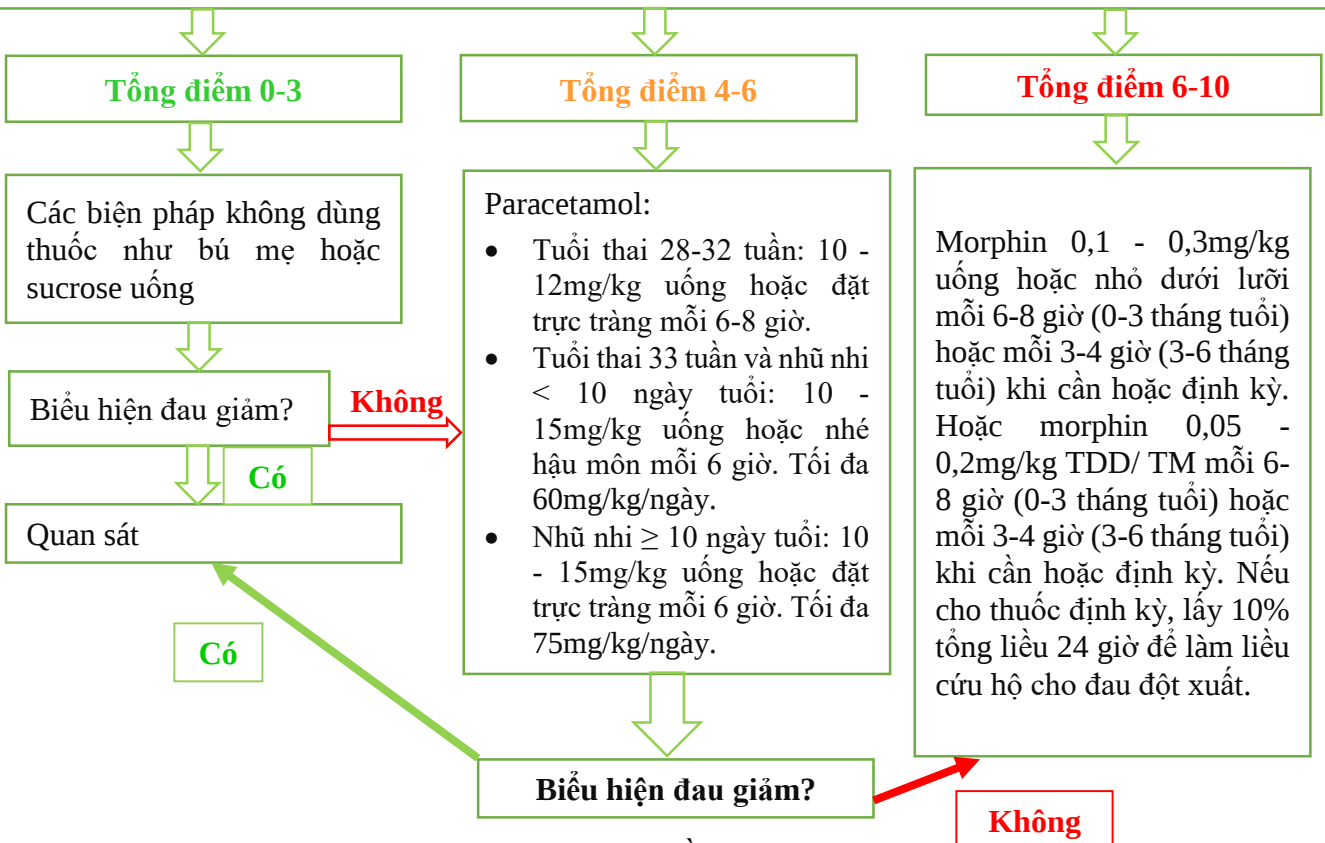
- 0- Cả nhịp tim và huyết áp không thay đổi hoặc thấp hơn giá trị cơ sở
- 1- Nhịp tim hoặc huyết áp tăng nhưng tăng $< 20\%$ giá trị cơ sở
- 2- Nhịp tim hoặc huyết áp tăng $> 20\%$ giá trị cơ sở

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

- 0- Không nhăn mặt
- 1- Chỉ nhăn mặt
- 2- Nhăn mặt và rên rỉ

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

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



Hình 4. Thang điểm CRIES

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

6 tháng - 7 tuổi

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

Xác định điểm FLACC:

Ghi chú: THANG ĐIỂM NÀY KHÔNG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA ĐAU, CHỈ KHẢ NĂNG CỦA ĐAU. Càng nhiều điểm, càng nhiều khả năng người bệnh bị đau. Người bệnh có điểm 4 hoặc cao hơn nhiều khả năng có đau cần điều trị. Mức độ đau nên là một đánh giá lâm sàng dựa trên tình huống lâm sàng và sự cảm nhận của người chăm sóc chính về mức độ đau.

Khuôn mặt

- 0- Không biểu hiện gì đặc biệt hoặc cười
- 1- Thỉnh thoảng nhăn mặt hoặc cau mày, thu mình lại, không hứng thú với xung quanh
- 2- Thường xuyên hoặc liên tục run cầm, nghiêng hàm

Chân tay

- 0- Tư thế bình thường hoặc thư giãn
- 1- Không dễ chịu, không yên, tăng trương lực cơ
- 2- Đá chân hoặc chân tay co lại

Hoạt động

- 0- Nằm yên, tư thế bình thường, cử động dễ dàng
- 1- Vặn mình, xoay trở trước sau, tăng trương lực cơ
- 2- Cong người, cứng người hoặc co giật

Khóc

- 0- Không khóc (tỉnh hoặc ngủ)
- 1- Rên rỉ hoặc thút thít; khó chịu từng đợt
- 2- Khóc liên tục, la hét hoặc nức nở, khó chịu thường xuyên

Dễ dàng

- 0- Thoải mái, thư giãn
- 1- Trán an bằng cách chạm nhẹ, bế hoặc nói chuyện, có thể làm xao nhãng
- 2- Khó dỗ dành hoặc làm thoải mái

Đau nhẹ

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

Biểu hiện đau giảm?

Có

Quan sát

Không

Đau vừa hoặc nặng

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

Hình 5. Thang điểm FLACC

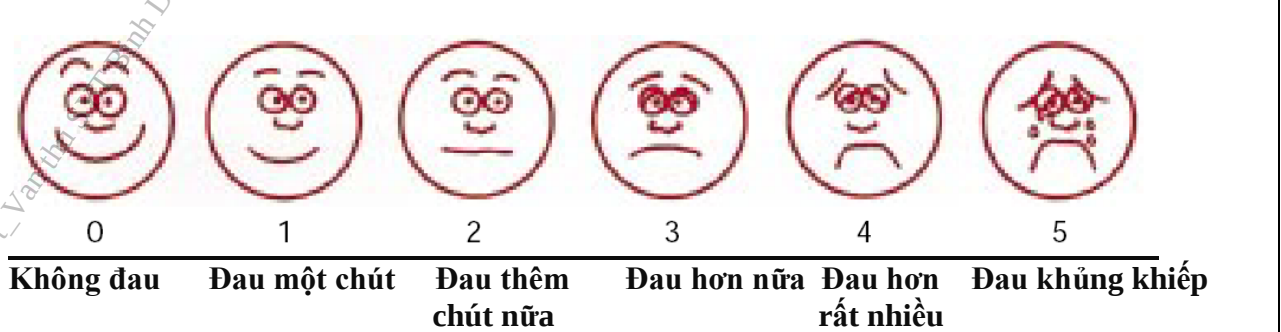
c) Trẻ 3-7 tuổi (nói được)

Thang điểm đánh giá đau khuôn mặt Wong- Baker

- Giải thích cho người bệnh rằng mỗi khuôn mặt là cho một người đang vui vì không đau hoặc buồn vì người đó bị đau. Mức độ đau thể hiện qua độ cong của miệng và lông mày và trong biểu hiện của mắt.

- Yêu cầu người bệnh chọn một khuôn mặt mô tả đúng nhất mức độ đau hiện tại.

Thang điểm đánh giá đau khuôn mặt Wong- Baker



Bảng 15. Kết quả của đánh giá cường độ đau

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

d) Trẻ > 7 tuổi

Xem [Phần III](#), [Bảng 2](#) và [Bảng 3](#) để biết thêm chi tiết về kiểm soát đau.

7.4. Dự phòng và điều trị đau do thủ thuật

7.4.1. Các nguyên tắc

- Đối với những thủ thuật nhanh và ít xâm lấn như lấy máu tĩnh mạch, những kỹ thuật không dùng thuốc đơn giản như làm xao nhãng hoặc thư giãn có thể sử dụng trước, trong và sau thủ thuật để hạn chế đau, lo sợ và căng thẳng do đau ở mức tối thiểu. Giảm đau tại chỗ nếu có cũng có thể sử dụng.

- Đối với những thủ thuật phức tạp hơn, như thay băng trong bóng, thuốc giảm đau toàn thân nên được sử dụng, có thể thuốc không opioid hoặc opioid như morphin. Đau trong và sau mổ thường cần morphin.

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

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

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

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

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

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

7.6. Hỗ trợ tâm lý xã hội cho trẻ em

7.6.1. Hỗ trợ tâm lý xã hội cho bệnh nhi cần chăm sóc giảm nhẹ

a) Những khó khăn bệnh nhi đối mặt

- Bệnh nhi có thể trở nên hoảng sợ, bối rối, căng thẳng và rối loạn lo âu khi phải đối môi trường sống, mất đi các hoạt động học tập và vui chơi thông thường, thiếu tương tác với bạn bè và tiếp nhận các điều trị phức tạp.

- Bệnh nhi có thể có triệu chứng hoang mang, căng thẳng khi không được cung cấp thông tin về tình trạng bệnh của mình.

- Các triệu chứng khủng hoảng, lo âu và có thể là trầm cảm khi tiếp nhận tin xấu.

- Bệnh nhi có gia đình nghèo thường không được tiếp cận các chăm sóc tâm lý xã hội

b) Hướng tiếp cận và hỗ trợ bệnh nhi

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

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

- Giúp trẻ làm quen với môi trường điều trị mới và lịch trình sinh hoạt mới. Cố gắng giảm thiểu sự thay đổi càng ít càng tốt, khuyến khích những hoạt động thường ngày mà trẻ có thể duy trì dù đang tiếp nhận điều trị và chăm sóc giảm nhẹ.

- Duy trì các mối quan hệ xã hội có sẵn của trẻ (trường lớp, bạn bè, thầy cô, họ hàng...) và giúp trẻ tiếp cận và xây dựng các mối quan hệ mới (bạn mới trong bệnh viện, bác sĩ điều trị, nhân viên xã hội).

- Những rối loạn tâm lý phức tạp và nặng cần được chuyển đến chuyên viên tâm lý, bác sĩ tâm thần.

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

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

a) Những khó khăn bệnh nhi đối mặt

- Bối rối, sợ hãi, cô đơn...

- Cảm thấy có lỗi và nghĩ là do con làm gì đó sai mà ba mẹ mắc bệnh

- Cảm thấy tức giận mỗi khi người lớn kêu con im lặng hoặc làm nhiều việc nhà hơn.

- Lơ là việc học hoặc không muốn tham gia các hoạt động thường có trước đây như đi học võ, chơi đá banh với bạn, sinh hoạt đội văn nghệ hay đi nhà thờ/chùa...

- Gây sự hoặc gây rối ở trường lớp hoặc ở nhà.

- Muốn ở lì trong nhà và sợ ra ngoài.

b) Hướng tiếp cận và hỗ trợ bệnh nhi

- Trẻ có ba mẹ bị mắc bệnh hoặc bị mất người thân cần được tiếp tục các hoạt động phù hợp lứa tuổi. Thời gian bên gia đình và các thói quen hàng ngày nên được đảm bảo (nếu được).

- Trẻ em nên được thông báo về bệnh tình của ba mẹ, khuyến khích trẻ nói với một người lớn mà trẻ tin cậy tất cả những gì trẻ biết được về bệnh tình hoặc sự qua đời của ba mẹ. Quan trọng là cần thành thật với trẻ mà không làm trẻ bị quá tải. Nhìn chung, nên để trẻ đặt các câu hỏi và kiên nhẫn giải thích. Cho trẻ hiểu ba mẹ bệnh hay qua đời không phải lỗi do con.

- Kết nối các hỗ trợ xã hội và nguồn lực hỗ trợ gia đình và trường học để giúp trẻ được quan tâm chăm sóc dù cha mẹ đang điều trị bệnh hay qua đời.

- Tham vấn tâm lý xã hội giúp trẻ bộc lộ lo lắng, cảm xúc và những khó khăn xã hội mà trẻ có thể đang đối mặt.

- Các vật dụng gợi kỷ niệm (các hộp, sách, các món quà từ ba mẹ) giúp trẻ duy trì sự liên kết tâm linh với ba hoặc mẹ đã mất của trẻ. Các vật dụng gợi kỷ niệm đó có thể giúp trẻ trong quá trình đau buồn, hiểu được sự mất mát, và phát triển và duy trì cảm nhận về đặc tính và nguồn gốc. Chúng có thể bao gồm các bức hình, các lá thư, các câu chuyện gia đình, nhật ký, băng ghi âm hay video, quà tặng.

- Tham vấn gia đình trong trường hợp cần thiết.

VIII. ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

8.1. Đánh giá điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ

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

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

- Xem xét tiền sử y khoa từ bệnh án và người bệnh, bao gồm các bệnh chính và các điều trị gần đây.

- Đánh giá chức năng bằng cách sử dụng các thang đánh giá mức độ hoạt động chức năng Thang đo kết quả chăm sóc giảm nhẹ dành cho người Việt Nam (VietPOS) (xem *Phụ lục 3*) hoặc ECOG (xem *Phụ lục 1*).

- Đánh giá các triệu chứng thể chất và tâm lý.

- Các loại thuốc hiện tại, bao gồm cả liều lượng và khoảng thời gian dùng thuốc.

- Dự ứng thuốc.

- Khám thể chất.

- Nhận định các vấn đề của người bệnh.

- Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng.

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

- Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo người bệnh nhận được sự chăm sóc tốt nhất có thể bằng cách hỗ trợ các bác sĩ thấu hiểu nhu cầu của người bệnh và hỗ trợ người bệnh tiếp cận với sự chăm sóc tốt nhất.

- Người điều dưỡng có cơ hội tiếp xúc, chia sẻ với người bệnh và họ có thể truyền đạt cho bác sĩ nhiều thông tin quan trọng về tiền sử y khoa, các giá trị sống, hiểu biết về bệnh tật, hy vọng và nỗi sợ hãi của người bệnh.

- Nhiều người bệnh và gia đình không quen thuộc với hệ thống y tế và/ hoặc không biết cách tìm kiếm hoặc yêu cầu sự chăm sóc mà họ cần. Điều dưỡng có thể cung cấp tư vấn hiệu quả để giúp người bệnh lựa chọn loại hình dịch vụ chăm sóc.

- Trong các bệnh viện có dịch vụ tư vấn hội chẩn chăm sóc giảm nhẹ, các điều dưỡng có thể xác định người bệnh nào trong phòng bệnh của họ sẽ được hưởng lợi từ dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ.

- Các điều dưỡng có vai trò quan trọng trong việc thông báo cho bác sĩ có trách nhiệm và nhóm làm việc khi triệu chứng (thể chất, tâm lý, xã hội, tâm linh) không được kiểm soát tốt.

8.3. Liều cứu hộ morphin

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

- Nhận định kịp thời thời điểm khi nào người bệnh cần một liều cứu hộ Morphin do đau hoặc khó thở và thông báo cho bác sĩ.

- Cung cấp liều cứu hộ theo chỉ định của bác sĩ và đánh giá hiệu quả giảm đau giảm khó thở cũng như tác dụng không mong muốn nếu có sau mỗi liều cứu hộ.
- Ghi nhận lại từng liều cứu hộ để bác sĩ có thể biết cần bao nhiêu liều cứu hộ mỗi ngày.
- Thảo luận với bác sĩ về kế hoạch quản lý đau trên từng người bệnh cụ thể.

8.4. Đường truyền dưới da

- Nhiều loại thuốc thường được tiêm tĩnh mạch trong chăm sóc giảm nhẹ cũng có thể được tiêm dưới da thông qua một đường truyền dưới da rất dễ thiết lập.
- Một đường truyền dưới da có thể được sử dụng để tiêm thuốc ngắt quãng cũng như truyền liên tục với bơm tiêm truyền.
- Một ống thông mạch (catheter) có cánh bướm với kim cỡ 23 hoặc 25, nên sử dụng ống thông có chất liệu an toàn ít rủi ro và cho phép thời gian lưu kim lâu hơn, vị trí đặt ở dưới da theo **Hình 6** một số vị trí cần chú ý như sau:
 - + Tránh vùng bụng nếu có chương bụng nhiều.
 - + Tránh khu vực thượng đòn.
 - + Tránh khu vực dưới xương đòn nếu người bệnh có hoạt động nhiều hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (nguy cơ tràn khí màng phổi).
 - + Tránh các khu vực bị phù, da mất toàn vẹn, bị nhiễm trùng hoặc viêm, có sự hiện diện của khối u, vùng gò xương, hoặc có nếp gấp da.
 - + Tránh các khu vực được chiếu xạ gần đây.
 - + Đối với người bệnh lú lẫn hoặc kích động, lưng trên là vị trí tốt nhất.

8.4.1. Quy trình truyền dưới da

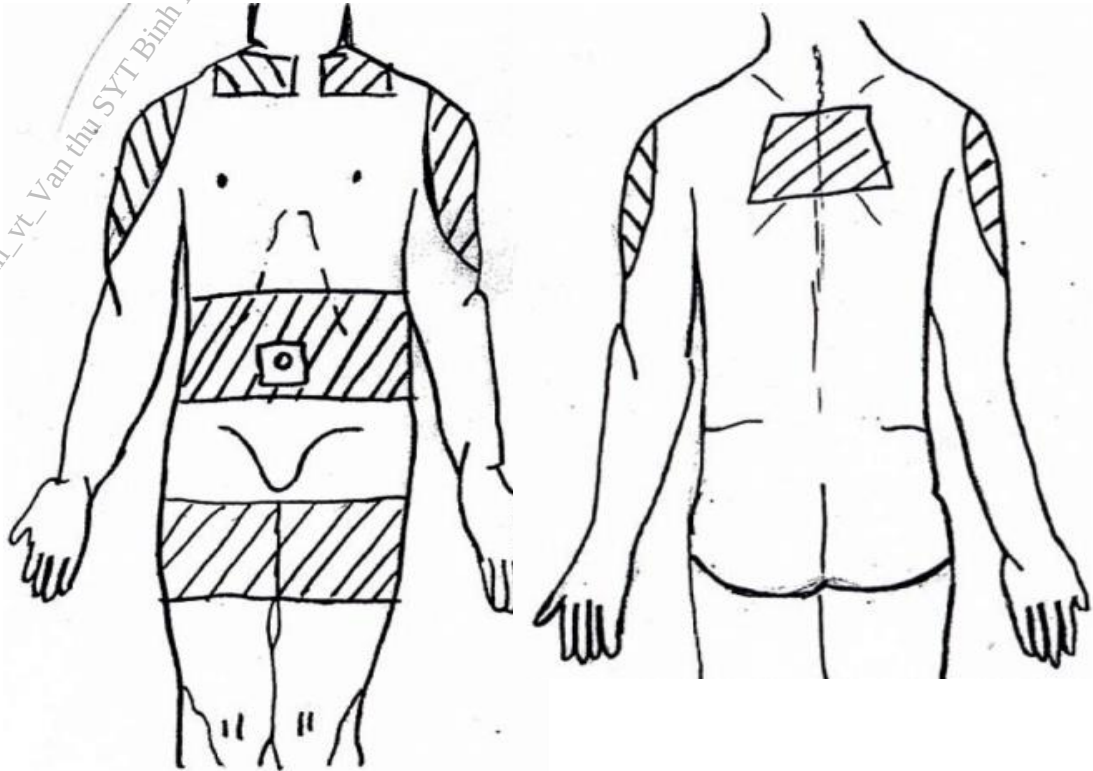
- Người bệnh có thể nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế có tựa một cách thoải mái.
- Bộc lộ vùng tiêm.
- Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài, để 30 giây đảm bảo khô chất sát khuẩn
- Đeo găng tay sạch, véo da giữa ngón cái và ngón trỏ.
- Đưa kim ở góc 45° với da, nếu người bệnh rất suy mòn, hạ góc kim xuống còn 30°.
- Tháo nòng kim kim loại, và dán chặt đường truyền nhựa vào vị trí.

8.4.2. Các lưu ý khi dùng đường tiêm, truyền dưới da

- Đường truyền có thể được lưu từ 1-14 ngày nếu không có tình trạng đau, viêm tại chỗ tại chỗ trừ khi đỏ hoặc đau tăng tại vị trí đường truyền.
- Nếu tiêm nhiều lần cần phải thay đổi vị trí tiêm, tránh tiêm vào mũi kim cũ.
- Cần lưu ý đến cảm xúc và sự thoải mái của người bệnh khi chọn vùng tiêm để việc cung cấp kỹ thuật chuyên môn thực sự có ý nghĩa cho người bệnh.
- Theo dõi sát 24 giờ đầu khi tiêm truyền dưới da vì người bệnh vẫn có thể có các phản ứng dị ứng; ghi nhận bất kỳ thay đổi nào và chăm sóc phù hợp.

- Không nên trộn các loại thuốc với nhau để tiêm, truyền dưới da; Sau mỗi loại thuốc nên bơm một lượng nước muối sinh lý NaCl 0,9% để làm sạch đường tiêm.

- Các ống thông đặt dưới da có không gian chết là 0,2ml. Do đó trước khi tiêm thuốc cần phải thông catheter bằng ít nhất 0,2ml - 0,5ml dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%, đảm bảo nồng độ thuốc cung cấp cho người bệnh là chính xác.



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

8.5. Chăm sóc vết thương

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

8.6. Hỗ trợ cảm xúc cho người bệnh và người nhà

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

8.7. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người chăm sóc

- Điều dưỡng cũng có vai trò quan trọng trong việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh và/ hoặc người chăm sóc của họ để đáp ứng các nhu cầu cụ thể của người bệnh, cả trong bệnh viện và đặc biệt là tại nhà.

- Tại một số bệnh viện, điều dưỡng cung cấp thuốc của người bệnh cho người chăm sóc, sau đó chịu trách nhiệm cung cấp đúng liều lượng của từng loại thuốc cho người bệnh vào đúng thời điểm. Điều dưỡng phải huấn luyện người chăm sóc để thực hiện nhiệm vụ này đúng cách.

- Trước khi xuất viện, điều dưỡng nên giáo dục người chăm sóc về tất cả

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

- + Tiêm thuốc;
- + Tiếp cận một đường truyền tĩnh mạch trung tâm;
- + Chăm sóc vết thương;
- + Tắm cho người bệnh;
- + Vệ sinh;
- + Cho người bệnh ăn các loại thực phẩm phù hợp và giảm thiểu rủi ro hít sặc;
- + Cung cấp dinh dưỡng qua ống mở dạ dày hoặc hồng tràng ra da.

syt_binhdinh_vt_Van thu SYT Binhdinh 23/01/2023 04:14

IX. CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI

9.1. Thảo luận kế hoạch chăm sóc y tế cho tương lai

- Việc thảo luận này là rất quan trọng cho tất cả giai đoạn bệnh, không chỉ ở giai đoạn cuối đời. Việc thảo luận này nên được tiến hành sớm nhất có thể, khi người bệnh còn đủ tỉnh táo và mức độ hoạt động còn tốt.

- Bất cứ khi nào có một sự thay đổi lớn về tình trạng của người bệnh và đặc biệt khi người bệnh hấp hối, bác sĩ cần phải xem xét lại các mục tiêu chăm sóc với người bệnh và/hoặc với gia đình và đề nghị bất kỳ thay đổi nào trong mục tiêu chăm sóc dựa trên các mong muốn trong cuộc sống và tình trạng lâm sàng của người bệnh.

- Để thảo luận về các mục tiêu chăm sóc, các bác sĩ cần:

+ Nên cố gắng thảo luận ở một nơi yên tĩnh và riêng tư nhất có thể;
+ Nên bắt đầu bằng cách đánh giá sự hiểu biết của người bệnh hoặc gia đình về tình trạng lâm sàng và nhẹ nhàng sửa chữa bất kỳ hiểu biết sai lầm nào.

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

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

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

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

+ Bất kỳ tin xấu nào cũng cần được thông báo như hướng dẫn tại [Phần I](#).

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

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

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

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

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

9.2. Kế hoạch xuất viện

9.2.1. Lên kế hoạch xuất viện về nhà vào giai đoạn cuối đời

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

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

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

- Nếu bác sĩ của người bệnh tin rằng người bệnh có thể có các triệu chứng không thể kiểm soát tốt ở nhà và có thể gây ra đau khổ đáng kể, bác sĩ nên đề xuất và cố gắng sắp xếp chăm sóc cuối đời nội trú ở cơ sở gần nhất có thể với nhà của người bệnh, có thể tại trạm y tế phường xã hoặc bệnh viện quận huyện gần nhất. Theo các cách sau:

- Người bệnh có thể được gần nhà và vẫn còn được tiếp cận với chăm sóc giảm nhẹ nội trú. Các thành viên trong gia đình có thể đến thăm dễ dàng nhưng không cần phải mất thời gian rời xa công việc hoặc các trách nhiệm khác của gia đình.
- Người bệnh vẫn được đảm bảo kiểm soát triệu chứng tốt vào cuối đời mà không cần phải ở trong các bệnh viện trung ương, tuyến cao với chi phí lớn, quá tải và cách xa gia đình.

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

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

9.3.1. Hỗ trợ tâm lý, tinh thần

- Thường xuyên có mặt để động viên người bệnh, làm cho người bệnh hiểu rằng họ được chăm sóc và không bị bỏ rơi đơn độc một mình.
- Tạo điều kiện cho người bệnh và gia đình nói ra những cảm xúc, mong muốn của họ và hỗ trợ người bệnh những công việc còn dang dở như để lại kỉ vật cho người thân, nói lời xin lỗi, nói lời tạm biệt, nói lời yêu thương, gặp gỡ người thân ...

- Thông cảm với người bệnh: một số người bệnh ở giai đoạn cuối có thể trải nghiệm những cảm xúc tội lỗi, hối hận và tìm kiếm sự tha thứ. Người chăm sóc cần đồng viên và thể hiện sự thông cảm với người bệnh.

- Tôn trọng quyết định của người bệnh về nơi chăm sóc giai đoạn cuối, có thể là cơ sở y tế hoặc tại nhà.

- Không nên tạo hy vọng giả tạo cho người bệnh, chỉ đặt ra những mục đích nhỏ về tương lai của gia đình người bệnh.

- Hỗ trợ về tín ngưỡng, tôn giáo: người chăm sóc cần nhận ra những nhu cầu về tín ngưỡng và tôn trọng tín ngưỡng, niềm tin của người bệnh, hiểu được mong muốn của người bệnh về cách thức tổ chức tang lễ khi người bệnh qua đời.

9.3.2. Hướng dẫn các dấu hiệu khi cái chết sắp xảy ra

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

9.3.3. Hướng dẫn xử trí các vấn đề cuối đời

- **Tiếng thở do dịch tiết đường hô hấp (tiếng nấc hấp hối):** Điều này thường gây nhiều vấn đề cho các thành viên gia đình hơn là cho người bệnh. Có thể được kiểm soát bằng hyoscine butyl bromid và/hoặc furosemid tiêm tĩnh mạch (xem [Phần IV](#)).

- **Thở hức/thở ngáp cá:** Nhiều người bệnh có thể có biểu hiện thở hức/thở ngáp cá vào giai đoạn cuối đời. Nếu có bất kỳ mối lo ngại nào về việc người bệnh có thể bị khó thở, có thể truyền tĩnh mạch hoặc dưới da morphin (xem [Phần III](#) và [Phần IV](#)).

- **Sảng giai đoạn cuối đời:** Là chẩn đoán loại trừ. Gia đình có thể được hướng dẫn sờ chạm, vỗ về người bệnh và nói chuyện trấn an người bệnh. Nếu điều này không thể làm người bệnh bình tĩnh, sử dụng Haloperidol tĩnh mạch có thể đảm bảo sự yên bình (xem [Phần IV](#)).

X. LÒNG GHÉP CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀO HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

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

- Chăm sóc giảm nhẹ nên được dễ tiếp cận ở mọi cấp bậc của hệ thống chăm sóc sức khỏe.

- Bất kỳ bác sĩ nào từ bất kỳ cấp nào của hệ thống chăm sóc sức khỏe với mức ít nhất là đào tạo chăm sóc giảm nhẹ cơ bản đều có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại nhà, bao gồm:

- + Bác sĩ chuyên khoa từ bất kỳ chuyên khoa nào làm việc trong bệnh viện.
- + Bác sĩ đa khoa làm việc tại bệnh viện quận huyện hoặc trạm y tế phường xã.
- Giao tiếp nhanh chóng và hiệu quả giữa các cấp rất cần thiết để đảm bảo sự di chuyển an toàn và trơn tru của người bệnh giữa các cấp.
- Cần tập trung nỗ lực vào việc đảm bảo hoàn thiện mạng lưới và nguồn nhân lực dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ.

10.1.1. Bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh, bệnh viện khu vực

Nhóm chăm sóc giảm nhẹ liên ngành bao gồm:

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

Dịch vụ CSGN nội trú & ngoại trú:

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

10.1.2. Bệnh viện quận huyện

Nhóm chăm sóc giảm nhẹ liên ngành nhỏ bao gồm:

- Ít nhất một bác sĩ bán thời gian có trình độ tương đương CSGN mức độ trung cấp (70-140 giờ).
- (Các) bác sĩ bán thời gian khác có trình độ tương đương ít nhất là CSGN cấp độ cơ bản (35 - 70 giờ).
- Điều dưỡng có trình độ tương đương ít nhất là CSGN cấp độ cơ bản (35 - 70 giờ)

- Nhân viên công tác xã hội hoặc nhà tâm lý học bán thời gian

Dịch vụ CSGN nội trú & ngoại trú:

- Lập kế hoạch điều trị và khởi đầu CSGN cho người bệnh có nhu cầu CSGN mới được phát hiện, không phức tạp
- CSGN cho người bệnh mạn tính hoặc cấp tính quá nặng hoặc phức tạp để điều trị trong cộng đồng nhưng không đủ nghiêm trọng hoặc phức tạp để yêu cầu chăm sóc cấp trung ương

- Hội chẩn cho bất kỳ khoa nào trong bệnh viện
- Kế hoạch xuất viện cho người bệnh về nhà vào cuối đời

Nhân viên công tác xã hội và/hoặc chuyên viên tâm lý

- Nhà thuốc bệnh viện phải dự trữ và phân phối morphin uống tác dụng nhanh theo đơn thuốc N nếu không có nhà thuốc nào khác trong khu vực dự trữ và phân phối thuốc.

10.1.3. Trạm y tế phường xã

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

Dịch vụ CSGN ngoại trú

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

10.1.4. Chăm sóc tại nhà

- Là thành phần quan trọng nhất, không thể thiếu trong hệ thống chăm sóc giảm nhẹ do đa phần mọi người bệnh và gia đình đều muốn được chăm sóc và mất tại nhà nếu có thể. Đây cũng là một trong những mục tiêu hướng tới của Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo tuyên ngôn Astana năm 2018 Tuyên ngôn Astana hướng đến mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân (Universal Health Coverage) và mục tiêu phát triển bền vững liên quan đến sức khỏe (Sustainable Development Goals).

- Nhân viên y tế cộng đồng đến thăm người bệnh thường xuyên có thể hàng ngày (khi cần thiết) và hoạt động như là tai mắt của các bác sĩ lâm sàng tại trạm y tế phường xã.

- Thăm khám tại nhà bởi bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, nhà

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

- Các thành viên của nhóm chăm sóc tại nhà phải có trình độ tương đương ít nhất là chăm sóc giảm nhẹ cấp độ cơ bản.

- Các kỹ thuật chăm sóc giảm nhẹ gồm các kỹ thuật trình bày trong **Bảng 18** và một số phù hợp danh mục kỹ thuật của tuyến 3, tuyến 4 quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, danh mục kỹ thuật theo Thông tư số 43/2013/ TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Việc thực hiện các kỹ thuật chăm sóc giảm nhẹ tại nhà phải phù hợp với MỤC TIÊU CHĂM SÓC, được thảo luận dựa trên cơ sở hiểu biết của người bệnh và gia đình về tình trạng sức khỏe, thông tin y khoa từ nhóm chăm sóc giảm nhẹ; và được đặt trong sự suy xét các giá trị và mong muốn của người bệnh.

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

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

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

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

1) Liên lạc với bác sĩ lâm sàng tại cơ sở sẽ tiếp nhận người bệnh trong vòng 24 giờ trước khi chuyển để đưa ra một tóm tắt bằng lời về lý do chuyển và nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ;

2) Viết một bản tóm tắt về trường hợp được chuyển tuyến để gửi kèm với người bệnh đến cơ sở y tế tiếp nhận. Nội dung Tóm tắt bao gồm:

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

- + Các nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ;
- + Lý do chuyển tuyến;
- + Mục tiêu chăm sóc hiện tại;
- + Tất cả các loại thuốc hiện tại, bao gồm cả liều lượng và chế độ dùng thuốc;
- + Dự ứng thuốc.
- Khi một người bệnh được chuyển từ bệnh viện về nhà, một bác sĩ lâm sàng tại bệnh viện nên:
 - + Liên lạc với bác sĩ tại trạm y tế phường xã gần nhất với nhà của người bệnh trong vòng 24 giờ trước khi chuyển để đưa một bản tóm tắt bằng lời về lý do chuyển, nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và tần suất thăm khám của nhân viên y tế cộng đồng;
 - + Viết tóm tắt về trường hợp như trên;
 - + Nếu bác sĩ tại trạm y tế phường xã gần nhất với nhà của người bệnh tin rằng không thể cung cấp đầy đủ CSGN tại nhà của người bệnh, thì bác sĩ tại bệnh viện nên chuyển người bệnh đến bệnh viện quận huyện gần nhất với nhà của người bệnh.

10.1.6. Viện điều dưỡng/viện dưỡng lão

- Viện điều dưỡng/viện dưỡng lão cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng nội trú cho nhiều người bệnh, bao gồm cả những người bệnh có nhu cầu về chăm sóc giảm nhẹ. Do đó, tất cả các viện dưỡng lão nên có:
 - + Một bác sĩ có trình độ tương đương ít nhất là mức cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ tại chỗ hoặc trực từ xa ở mọi thời điểm.
 - + Ít nhất một điều dưỡng toàn thời gian có trình độ tương đương ít nhất là mức cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ.
 - + Nhân viên xã hội được đào tạo cơ bản về chăm sóc giảm nhẹ
- Tất cả các mục trong gói thiết yếu của chăm sóc giảm nhẹ (xem [Phần 10.2](#)) nên được dễ dàng tiếp cận bởi người bệnh trong các viện dưỡng lão.

10.2. Gói thiết yếu về chăm sóc giảm nhẹ

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

10.2.1. Can thiệp

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

10.2.2. Thuốc

1. Amitriptylin, uống
2. Bisacodyl, uống
3. Dexamethason, uống & tiêm

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

10.2.3. Trang thiết bị

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

10.2.4. Tại các bệnh viện

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

a) Thuốc

Morphin, uống & tiêm tác dụng nhanh.

b) Trang thiết bị

Hộp khóa đựng thuốc opioid.

10.2.5. Tại bệnh viện có chăm sóc trẻ em

Nên sẵn có:

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

10.2.6. Tại bệnh viện có điều trị ung thư

Nên có sẵn ondansetron uống và tiêm.

10.2.7. Hỗ trợ cho một số đối tượng đặc biệt

a) Người bệnh thuộc đối tượng nghèo, khó khăn về kinh tế

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

tình trạng nghèo đói:

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

b) Đối tượng cần hỗ trợ tâm linh

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

CÁC PHỤ LỤC

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

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

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

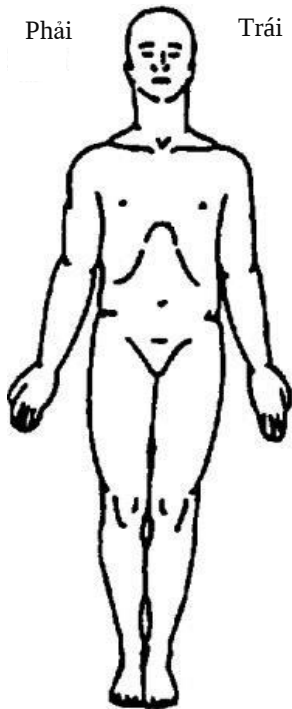
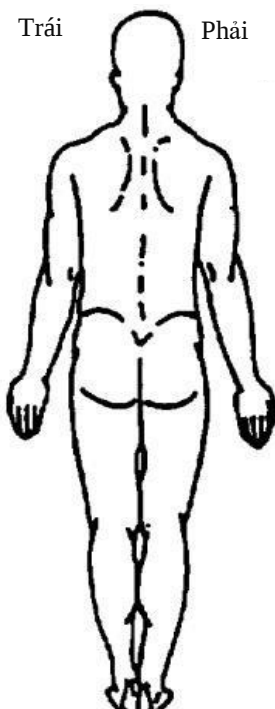
* Phát triển bởi Eastern Cooperative Oncology Group, Robert L. Comis, MD, Group Chair. Xem cụ thể tại Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655.

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

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

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

PHỤ LỤC 2. BẢNG KIỂM ĐAU RÚT GỌN*

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

Không đau											Đau tới mức không thể tưởng tượng được										
7. Quý vị đang nhận được phương thức điều trị cơn đau hoặc thuốc giảm đau nào?																					

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

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

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

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

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

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

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

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

MỨC ĐỘ ĐÁNH GIÁ

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

Giáo dục và khả năng nhận thức

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

VẤN ĐỀ

Tóm tắt vấn đề và can thiệp

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

Người thực hiện:

Ngày

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

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

Giáo dục và khả năng nhận thức

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

VẤN ĐỀ XÃ HỘI VÀ NGUỒN LỰC HỖ TRỢ

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

TÌNH TRẠNG TÂM LÝ VÀ CẢM XÚC

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

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

Tài chính và công việc

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

Môi trường sống và di chuyển

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

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

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

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

Nhu cầu chăm sóc

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

...
...
...

Bảng đánh giá vấn đề và can thiệp

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

Người thực hiện:

Ngày

PHỤ LỤC 6.

DANH MỤC THUẬT NGỮ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

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

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

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

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

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