

2. **Giardiello, F.M., et al.**, Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the US Multi-society Task Force on colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*, 2014. 109(8): p. 1159-79.
3. **Arcaïni, L., et al.**, The BRAF V600E mutation in hairy cell leukemia and other mature B-cell neoplasms. *Blood*, 2012. 119(1): p. 188-91.
4. **French, A.J., et al.**, Prognostic significance of defective mismatch repair and BRAF V600E in patients with colon cancer. *Clin Cancer Res*, 2008. 14(11): p. 3408-15.
5. **Lee, C.T., et al.**, Clinicopathological features of mismatch repair protein expression patterns in colorectal cancer. *Pathol Res Pract*, 2021. 217: p. 153288.
6. **Lin, C.H., et al.**, Molecular profile and copy number analysis of sporadic colorectal cancer in Taiwan. *J Biomed Sci*, 2011. 18(1): p. 36.

## MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN THANG ĐIỂM RASS TRONG THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM NHẬP CÓ SỬ DỤNG THUỐC AN THẦN

Nguyễn Đình Khánh<sup>1,2</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2,3</sup>, Bùi Thị Hương Giang<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thang điểm RASS trong theo dõi người bệnh (NB) thở máy xâm nhập có sử dụng thuốc an thần tại Trung tâm Hồi sức tích cực- Bệnh viện Bạch Mai. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu trên 60 NB được tiến hành thông khí nhân tạo xâm nhập có sử dụng thuốc an thần với 1281 lần chấm điểm RASS tại trung tâm Hồi sức tích cực- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: 59,87±19,40 với 55% NB có tuổi từ 60 đến 80 tuổi. Nguyên nhân sử dụng an thần gặp nhiều nhất là tình trạng kích thích liên quan đến các bệnh lý hô hấp với 66,7%. Điểm RASS trung bình khi khởi đầu là -2,58 ± 2,39 và giảm dần tại ngày thứ 3 và thứ 4 của nghiên cứu với điểm trung bình lần lượt là -1,29 ± 2,71 và -1,5 ± 2,2 với p<0,05. Điểm RASS không khác biệt giữa các nhóm giới tính, nhóm tuổi, nhóm thể trạng và loại an thần sử dụng với p>0,05. Trên NB thở máy kéo dài trên 72 giờ có điểm RASS trung bình thấp hơn với p<0,05. Có sự tương đồng giữa điểm RASS chấm tại thời điểm bắt đầu giữa nghiên cứu viên và điều dưỡng viên (kappa: 0,763 với p=0,066), giữa nghiên cứu viên với bác sĩ (kappa: 0,554, p=0,074). **Kết luận:** Thang điểm RASS có thể áp dụng cho nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau, không phụ thuộc giới tính, nhóm tuổi, thể trạng hoặc các phác đồ an thần khác nhau. Có sự phù hợp cao khi thực hiện chấm điểm RASS giữa đối tượng trình độ bác sĩ và điều dưỡng. **Từ khóa:** thang điểm RASS, thang điểm Richmond, mức độ an thần.

### SUMMARY

#### FACTORS EFFECT TO RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE SCORING IN

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

### MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS USING SEDATION IN INTENSIVE CARE UNITS

**Objective:** To evaluate factors effect the RASS scoring in mechanically ventilated patients using sedatives in the Center for Critical Care Medicine at Bach Mai Hospital. **Method:** a prospective interventional study was carried out on 60 mechanically ventilated patients using sedation with 1281 scoring of RASS at the Center for Critical Care Medicine of Bach Mai Hospital from August 2023 to April 2024. **Results:** Male/female ratio was 2:1, the mean age was 59.87± 19.40, the common age group was 60 - 80 years old. The most common indication for sedation is excitement related to respiratory diseases with 66.7%. The mean RASS at the beginning was -2.58 ± 2.39 and in third and fourth day was -1.29 ± 2.71 and -1.5 ± 2.2, respectively (p < 0.05). RASS scores were not different between gender groups, age groups, BMI groups and type of sedation used (p>0.05). In patients on mechanical ventilation for more than 72 hours, the mean RASS was lower with p < 0.05. There was a similarity in the RASS scores at T0 scored by the researchers and nurses (kappa: 0.763 with p=0.066), and by the researchers and doctors (kappa: 0.554, p=0.074). **Conclusions:** The RASS score can be applied to various different patient groups regardless of gender, age, physical condition, or different sedation protocols. There is a high degree of appropriateness when implementing RASS score between doctor and nurses.

**Keywords:** RASS score, Richmond scale, sedation level.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông khí nhân tạo xâm nhập trong các đơn vị hồi sức tích cực là một trong những biện pháp điều trị được áp dụng rộng rãi, đóng vai trò quan trọng trong công tác điều trị NB<sup>1</sup>. Thông khí nhân tạo xâm nhập mang lại nhiều lợi ích, tuy nhiên bên cạnh đó nếu như thời gian thở máy kéo dài có thể gây nên các bất lợi như các biến chứng về nhiễm trùng, biến chứng về hô hấp, NB luôn trong tình trạng đau đớn và khó chịu từ

bệnh tật, từ các thủ thuật xâm lấn, từ cá trang thiết bị y tế và rối loạn giấc ngủ từ đó làm NB trở nên lo lắng, dễ kích động và gây ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị<sup>2</sup>.

Việc sử dụng thuốc an thần đã được áp dụng từ lâu và rộng rãi trên toàn thế giới nhằm khắc phục các tình trạng trên. Tuy nhiên, dùng thuốc an thần như thế nào cho hợp lý luôn là câu hỏi hàng đầu được đặt ra. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh, thuốc an thần mang đến nhiều tác hại hơn lợi ích như thời gian thở máy kéo dài, gia tăng tỷ lệ viêm phổi<sup>4</sup>..., Do đó việc đánh giá chính xác mức độ an thần của NB đang được thông khí nhân tạo xâm nhập là cần thiết và vô cùng quan trọng.

Đã có nhiều thang điểm để lượng giá mức độ an thần được nghiên cứu và áp dụng, trong đó thang điểm an thần của Richmond hay thang điểm RASS với 10 điểm số đánh giá mức độ an thần một cách chi tiết và đơn giản đã nằm trong khuyến cáo điều trị lâm sàng của Hội hồi sức Hoa Kỳ từ năm 2002 cập nhật năm 2018<sup>5</sup>, và đã được áp dụng rộng rãi tại các đơn vị hồi sức tích cực ở Việt Nam<sup>6</sup>. Vai trò và ý nghĩa của thang điểm đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, đồng thời nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra vai trò của các điều dưỡng viên trong việc quản lý an thần thông qua thang điểm Richmond<sup>6,7</sup>, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu chính thức nào về việc áp dụng thang điểm Richmond hay thang điểm RASS trong quá trình chăm sóc và theo dõi NB thở máy, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả áp dụng thang điểm RASS.*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- NB có tuổi  $\geq 18$
- NB đang thở máy xâm nhập có sử dụng thuốc an thần

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

- NB có tổn thương nội sọ: xuất huyết não, nhồi máu não, chấn thương sọ não, viêm não, u não, NB có điểm Glasgow  $\leq 8$  điểm hoặc không tiên lượng được mức độ ý thức

- NB bị bệnh thần kinh cơ: nhược cơ, viêm da dễ dây thần kinh

- NB sử dụng thuốc giãn cơ

- NB có giạt do các nguyên nhân khác nhau chưa được kiểm soát

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cỡ mẫu chọn toàn bộ

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai

- Các bước tiến hành nghiên cứu

- + NB đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu, được chăm điểm RASS

- + Theo dõi và chăm điểm RASS mỗi 3h khi được sử dụng an thần

- + Kết thúc nghiên cứu khi NB ra viện hoặc dùng thuốc an thần

- + Ghi nhận các biến cố khi điều trị liên quan đến tình trạng an thần của NB

### 2.3. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.00

- Các thuật toán: Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỉ lệ %, các kiểm định T- test, Mann- Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ , thực hiện so sánh ghép cặp với kiểm định Cohen Kappa.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học Bệnh viện Bạch Mai thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 NB với 1281 lần chăm điểm RASS, Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi thu được một số kết quả sau đây:

**Bảng 1: Đặc điểm chung bệnh nhân trong nghiên cứu**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	39	65%
Nữ	21	35%
<b>Tuổi</b>		
Dưới 40 tuổi	11	18,3%
Từ 40 đến 59 tuổi	11	18,3%
Từ 60 đến 79 tuổi	33	55%
Trên 80 tuổi	5	8,3%
<b>Chẩn đoán khi nhập viện</b>		
Đợt cấp COPD	12	20%
Viêm phổi	14	23,3%
Nhồi máu cơ tim	16	26,7%
Nhiễm khuẩn huyết	14	23,3%
Bệnh lý khác	12	20%
N=60		

**Nhận xét:** Tỷ lệ NB nam nhiều gần gấp hai lần so với tỷ lệ NB nữ. Nhóm tuổi phổ biến trong nghiên cứu là từ 60 đến 79 tuổi

**Bảng 2: Điểm RASS qua các thời điểm**

**ngiên cứu**

	Trung bình (X±SD)	Trung vị	Min	Max	p
Khởi đầu (n= 60 lần)	-2,58 ± 2,39		-4	4	>0,05
Ngày 1 (n= 538 lần)	-2,72 ± 0,32	-3	-4	3	
Ngày 2 (n=343 lần)	-2,09 ± 1,95	-3	-3	2	
Ngày 3 (n=172 lần)	-1,29 ± 2,71	-2	-4	3	
Ngày 4 (n=125 lần)	-1,5 ± 2,2	-1	-4	2	
Ngày 5 (n=43)	-1 ± 2,63	0	-4	2	>0,05
n=1281 lần chấm RASS					

**Nhận xét:** Điểm RASS có xu hướng tăng dần qua các ngày theo dõi

**Bảng 3: Một số yếu tố về nhân khẩu học của NB**

	Điểm RASS Trung bình	p
<b>Phân nhóm tuổi</b>		
Dưới 40 (n=11)	-2,53 ± 2,03	0,535
Từ 40 đến 59 (n=11)	-2,97 ± 1,58	
Từ 60 đến 79 (n=33)	-2,45 ± 2,30	
Trên 80 (n=5)	-2,80 ± 0,27	
<b>Giới</b>		
Nam (n=39)	-2,49 ± 2,31	0,364

Nữ (n=21)	-3,00 ± 1,45	
<b>Thể trạng</b>		
< 18,5	-2,71 ± 2,32	0,774
18,5- 25	-2,52 ± 2,12	
25-30	-3,35 ± 1,62	
>30	-2,63 ± 2,41	
N = 60 với 1281 lần chấm RASS		

**Nhận xét:** Các yếu tố về tuổi, giới và thể trạng không ảnh hưởng đến việc áp dụng thang điểm RASS

**Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến điều trị**

	Điểm RASS trung bình	p
<b>Thời gian thở máy</b>		
Dưới 24h (n=6)	-2,21 ± 2,15	0,027
24-48h (n=24)	-3,12 ± 1,68	
48-72h (n=11)	-1,12 ± 2,91	
>72h (n=19)	-3,12 ± 1,45	
<b>Loại an thần</b>		
Loại an thần	Điểm RASS trung bình	0,461
Midazolam (n=16)	-2,72 ± 2,64	
Propofol (n=19)	-1,99 ± 1,81	
Midazolam + fentanyl (n=23)	-3,07 ± 1,97	
Propofol+fentanyl(n=2)	-2,77 ± 1,76	
N= 60		

**Nhận xét:** Các loại an thần có điểm RASS là khác nhau

**Bảng 5: Phù hợp điểm RASS giữa bác sĩ và nghiên cứu viên tại thời điểm T0**

		Điểm RASS chấm bởi BS										Tổng
		4	3	2	1	0	-1	-2	-3	-4	-5	
Điểm RASS chấm bởi NCV	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	5
	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	4
	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	-1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	-2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	-3	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0	9
	-4	0	0	0	0	0	0	0	1	6	23	32
-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
<b>Tổng</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>60</b>

Chỉ số Kappa: 0,554, p= 0,074

**Nhận xét:** giữa nghiên cứu viên và các bác sĩ có sự tương đồng tuy nhiên còn có sự khác biệt về điểm RASS.

**Bảng 6: Phù hợp điểm RASS giữa bác sĩ và điều dưỡng tại thời điểm T24h**

		Điểm RASS chấm bởi BS										Tổng
		4	3	2	1	0	-1	-2	-3	-4	-5	
Điểm RASS chấm bởi ĐD	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	2	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	5
	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	4
	-1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1

	-2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	-3	0	0	0	0	0	1	2	8	1	0	12
	-4	0	0	0	0	0	0	2	5	22	1	30
	-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
<b>Tổng</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>58</b>	

Chỉ số Kappa: 0,623, p= 0,077

**Nhận xét:** Có sự tương đồng cao giữa bác sĩ và điều dưỡng khi chấm điểm RASS

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024 trên 60 NB với 1281 lần thực hiện chấm điểm RASS.

Từ bảng 1, trong nghiên cứu, tỷ lệ NB nam chiếm gần gấp đôi NB nữ với 65% so với 35%, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,87 ± 19,40 trong đó tuổi cao nhất là 94 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi, độ tuổi phổ biến trong nghiên cứu là từ 60 đến 79 tuổi, Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đinh Vĩnh Thái<sup>8</sup> với tỷ lệ NB nam nhiều hơn NB nữ với 77,78% so với 22,22%, điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó về sử dụng thuốc an thần trong thông khí nhân tạo xâm nhập và nhiều nghiên cứu khác tại trung tâm Hồi sức tích cực Bạch Mai.

Từ Bảng 2, cho thấy điểm RASS trung bình trong nghiên cứu khi tính trên 1281 lần chấm là -2,67 ± 2,01 với điểm cao nhất là 3 điểm và điểm thấp nhất là -4 điểm, trung vị là -3 điểm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Vĩnh Thái với điểm RASS quan sát được nhiều nhất là -4 điểm và điểm trung vị và -3 điểm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Namigar<sup>9</sup> với điểm RASS trung bình -2,78± 1,27. Trong nghiên cứu của Almergen<sup>10</sup> và cộng sự 2010 trên thì mức độ an thần được duy trì nhiều hơn với điểm trung vị RASS là - 4 điểm và số NB có điểm RASS từ -4 đến -5 chiếm 51.3%.

Cũng từ Bảng 2, điểm RASS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng tăng dần, Kết quả này phù hợp với đặc điểm NB nội khoa điều trị tại trung tâm, khi tình trạng bệnh cải thiện, NB sẽ được dùng an thần sớm. Khi so sánh với nghiên cứu của Yahya Shehabi và cộng sự 2013, trong 48 giờ đầu tiên, 58% NB được gây an thần sâu với điểm RASS từ -4 đến -2, 39,3% NB có điểm RASS từ -2 đến +1, điểm RASS trung vị trong thời điểm này là -3. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Yahya có kết quả tương tự nhau trong 48 giờ đầu.

Từ Bảng 3, nghiên cứu cho thấy, không có sự khác biệt về điểm RASS giữa các nhóm tuổi, ở nhóm tuổi 40 đến 59 có điểm RASS trung bình

cao hơn với -2,97±1,58 điểm so với các nhóm tuổi khác và nhóm tuổi dưới 40 có điểm RASS thấp hơn -2,53± 2,03, tuy nhiên các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05, điều này đồng nghĩa với điểm RASS có thể áp dụng rộng rãi cho mọi lứa tuổi mà không cần lo lắng về đáp ứng khác nhau giữa các nhóm tuổi. Đồng thời, trong nghiên cứu cho thấy điểm RASS giữa 2 nhóm giới tính nam và nữ không có sự khác biệt với p = 0,364 > 0,05, điều này cũng cho phép áp dụng thang điểm RASS cho cả nam và nữ. Tương tự, thang điểm RASS không cho thấy sự khác nhau giữa các nhóm thể trạng với p=0,774 > 0,05. Như vậy, thang điểm Richmond hay điểm RASS có thể áp dụng một cách rộng rãi cho mọi thể trạng mặc dù có sự khác nhau giữa các nhóm thể trạng về sự phân bố cũng như tích lũy liều an thần.

Từ Bảng 4 cho thấy, những NB thở máy kéo dài trên 72 giờ có điểm RASS trung bình thấp hơn các nhóm khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,027 < 0,05.

Đồng thời qua Bảng 4, không có sự khác biệt về điểm RASS giữa các nhóm an thần khác nhau. Việc dùng Propofol đơn độc cho thấy điểm RASS cao hơn các nhóm an thần khác, có lẽ do bản chất của propofol là thuốc có tiền mê cho phép NB tỉnh nhanh hơn, và kết hợp giữa midazolam và fentanyl cho điểm RASS thấp nhất. Như vậy thang điểm RASS có thể áp dụng với nhiều loại an thần khác nhau, điều này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Yahya Shehabi, điều này cho phép ứng dụng rộng rãi thang điểm RASS cho các phác đồ an thần gây mê khác nhau.

Từ Bảng 5 cho thấy, điểm RASS được thực hiện bởi đối tượng trình độ điều dưỡng và bác sĩ là tương đương nhau với hệ số Kappa lên tới 0,623 với p = 0,077. Khi so sánh cùng với các nghiên cứu của Almgren hay của Ashi hoặc của Đinh Vĩnh Thái cũng cho giá trị và độ tin cậy giữa các cặp nghiên cứu với hệ số Kappa từ 0,72 đến 0,77. Theo Bảng 5, mức độ phù hợp giữa, giữa nghiên cứu viên với Bác sĩ trong chấm điểm RASS đều ở ngưỡng cao, tuy nhiên có sự chênh lệch đáng kể giữa nghiên cứu viên và bác sĩ, sự chênh lệch này đến chủ yếu từ các mốc điểm -4 và -3, xu hướng của bác sĩ chấm an điểm an thần nhẹ hơn một chút so với nghiên cứu viên tuy nhiên việc thay đổi một nấc điểm cũng

không ảnh hưởng đến đánh giá mức độ an thần. Như vậy, từ các kết quả này cho thấy thang điểm Richmond có giá trị và độ tin cậy cao, và sử dụng dễ dàng cho điều dưỡng để đánh giá mức độ an thần cho các NB thở máy có sử dụng an thần.

## V. KẾT LUẬN

Thang điểm RASS có thể áp dụng cho nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau, không phụ thuộc giới tính, nhóm tuổi, thể trạng hoặc các phác đồ an thần khác nhau. Có sự phù hợp cao khi thực hiện chấm điểm RASS giữa đối tượng trình độ bác sĩ và điều dưỡng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wunsch H, Linde-Zwirble WT, Angus DC, Hartman ME, Milbrandt EB, Kahn JM. The epidemiology of mechanical ventilation use in the United States. Crit Care Med. Oct 2010; 38(10): 1947-53. doi:10.1097/CCM.0b013e3181ef4460
2. Danielis M, Povoli A, Mattiussi E, Palese A. Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. J Clin Nurs. Jul 2020;29(13-14):2107-2124. doi:10.1111/jocn.15259
3. Stephens RJ, Dettmer MR, Roberts BW, et al. Practice Patterns and Outcomes Associated With Early Sedation Depth in Mechanically Ventilated Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. Mar 2018;46(3): 471-479. doi:10.1097/ccm.0000000000002885
4. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. Sep 2018;46(9): e825-e873. doi:10.1097/ccm.0000000000003299
5. Nguyễn Thị Ngọc Ánh. Đánh giá khả năng áp dụng thang điểm an thần Richmond của điều dưỡng trên bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Vinmec Times city. 2021. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Guttormson JL, Chlan L, Tracy MF, Hetland B, Mandrekar J. Nurses' Attitudes and Practices Related to Sedation: A National Survey. Am J Crit Care. Jul 2019;28(4):255-263.doi:10.4037/ajcc2019526
7. Đinh Vĩnh Thái. Nghiên cứu áp dụng thang điểm richmond trong đánh giá mức độ an thần ở bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập.2018.Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
8. Namigar T, Serap K, Esra AT, et al. [The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation]. Rev Bras Anesthesiol. Jul-Aug 2017;67(4):347-354. Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanol. doi:10.1016/j.bjan. 2017.03.006
9. Almgren M, Lundmark M, Samuelson K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit. Acta anaesthesiologica scandinavica. 2010;54(6):729-735.
10. Shehabi Y, Chan L, Kadiman S, et al. Sedation depth and long-term mortality in mechanically ventilated critically ill adults: a prospective longitudinal multicentre cohort study. Intensive care medicine. 2013;39:910-918

## TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ CAPOX ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thuỳ Linh<sup>1</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng không mong muốn của hoá trị phác đồ CAPOX trong bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 61 bệnh

nhân ung thư đại tràng đã được phẫu thuật triệt căn giai đoạn III có hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX tại bệnh viện ung bướu Nghệ An từ 1/2018 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,3 ± 10,3 trong đó nhóm tuổi thường gặp là 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất 41%. Giai đoạn bệnh IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất là 73,8%. Chỉ số toàn trạng PS chủ yếu từ 0-1 chiếm 98,4%; thời gian bắt đầu hoá trị từ khi phẫu thuật triệt căn chủ yếu trong vòng 8 tuần với tỉ lệ 86,9%. Hầu hết độc tính thường gặp trên hệ tạo huyết giảm huyết sắc tố (73,8%), giảm bạch cầu hạt (68,9%) và giảm tiểu cầu (65,6%) chủ yếu ở độ 1, 2. Độc tính trên gan làm tăng men gan AST (65,6%) và ALT (44,3%), trong đó tỉ lệ tăng cao nhất ở độ 1 lần lượt tương ứng là 60,7% và 41%. Độc tính trên thận

<sup>1</sup>Bệnh viện ung bướu Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuỳ Linh

Email: linhnguyenln977@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024