

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU BẰNG THANG ĐIỂM CPOT TRÊN NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY TẠI KHOA NỘI - HỒI SỨC THẦN KINH BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

PAIN ASSESSMENT BY USING CPOT SCALE AMONG VENTILATED PATIENTS IN THE NEUROLOGY AND NEURO INTENSIVE CARE DEPARTMENT, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

DƯƠNG MINH ĐỨC¹, CHU VĂN LONG²
NGUYỄN ANH TUẤN³, PHẠM THỊ NGỌC⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đánh giá đau lâm sàng (CPOT) và phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ đau trên người bệnh thở máy tại khoa Nội - Hồi sức thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 81 người bệnh thở máy, đánh giá mức độ đau của người bệnh tại 3 thời điểm: khi nghỉ ngơi, trong khi thực hiện một số thủ thuật và sau khi thực hiện thủ thuật được 1 phút.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có mức độ đau vừa (CPOT > 2) ngay cả khi đang nghỉ ngơi như trước khi hút đờm 21%, trước khi vệ sinh răng miệng (VSRM) (11,1%) và trước khi thay đổi tư thế (6,2%). Khi can thiệp chăm sóc người bệnh, tỷ lệ đau tăng lên như thay đổi tư thế (TĐTT) 59,3%, vệ sinh răng miệng và hút đờm 74,1%. Có mối tương quan nghịch giữa tuổi và điểm CPOT trong khi hút đờm. Điểm Glasgow của người bệnh có tương quan thuận với điểm CPOT trong khi hút đờm, khi VSRM và khi TĐTT. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong chẩn đoán, nguyên nhân, phương pháp điều trị và nhóm tiên sử bệnh về điểm CPOT trong khi hút đờm.

Kết luận: Thang điểm CPOT là công cụ có ý nghĩa trong đánh giá đau lâm sàng và cần sớm được sử dụng để quản lý và điều trị đau. Trong thực hành chăm sóc cần đánh giá đau trước khi can thiệp thủ thuật và chú ý giảm đau cho người bệnh, đặc biệt là những người bệnh trẻ tuổi và có điểm Glasgow cao.

Từ khóa: Mức độ đau, thang điểm đánh giá đau lâm sàng (CPOT), thủ thuật xâm lấn và không xâm lấn, người bệnh thở máy.

ABSTRACT

Objectives: Describe level of Pain by using clinical pain assessment scale (CPOT) and analyzing several associated factors to the level of pain among ventilated patients in the Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital.

Methodology: This is a descriptive study conducted among 81 ventilated patients. Patients' pain was assessed three times including rest, during performing procedures and 1 minute after performing procedures.

Results: The percentage of patients had moderate pain (COPT > 2) even during resting such as before suctioning 21%, before oral hygiene (11.1%) and before changing position (6.2%). During performing interventions, the option of patients had pain level increased, for example, changing position 59.3%, oral hygiene and suctioning 74.1%. There was negative correlation between age and CPOT score during suctioning; Glasgow score had positive

1. ThS. Điều dưỡng trưởng khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ĐT: 0987549616; Email: minhduc020383@gmail.com

2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

3. TS. Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, BV Hữu nghị Việt Đức

4. ThS. Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, BV Hữu nghị Việt Đức, Giảng viên Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài phân biện: 23/7/2021

Ngày trả bài phân biện: 05/8/2021

Ngày chấp thuận đăng bài: 15/8/2021

correlation to CPOT score during suctioning, oral hygiene, and changing position. There were statistically significant differences between groups of diagnose causes, treatment methods, and patient's history about CPOT score during suctioning.

Conclusions: CPOT is a valuable instrument in assessing pain in clinical setting and should be used early in the management and treatment of pain. In caring practice, it is necessary to assess pain before performing procedures and pay more attention to relief pain for patients, especially for young ones with high Glasgow score.

Keywords: Pain level, clinical pain assessment scale (CPOT), invasive and noninvasive procedures, ventilated patients

1. DẶT VẤN ĐỀ

Đau là một cảm giác khó chịu được công nhận là một tác nhân gây căng thẳng tâm sinh lý quan trọng, mà nhiều người bệnh phải trải qua ở một mức độ nào đó khi nhập viện [4]. Hơn 71% người bệnh nhập viện có ký ức về nỗi đau [3]. Tại phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU), hơn 30% người bệnh bị đau khi nghỉ ngơi và hơn 50% trong số họ cảm thấy đau đáng kể khi chăm sóc định kỳ, bao gồm thay đổi tư thế, hút nội khí quản và băng [1], [5]. Cơn đau không được điều trị có thể có tác động tiêu cực đến các hệ thống khác nhau của cơ thể như nội tiết, tim mạch, hệ miễn dịch, thần kinh và cơ xương khớp cũng như ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của người bệnh ICU [7].

Đánh giá mức độ đau là bước đầu tiên và quan trọng nhất trong quá trình chăm sóc và kiểm soát đau cho những người bệnh ICU. Hiệp hội Điều dưỡng Quản lý Đau Hoa Kỳ (ASPMN) khuyến nghị các công cụ đánh giá đau qua quan sát và hành vi như một giải pháp thay thế cho cơn đau tự báo cáo ở những người bệnh không thể giao tiếp bằng lời nói vì bất kỳ lý do gì. Công cụ quan sát đau (CPOT) là công cụ đáng tin cậy hiện được sử dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia có nền y tế tiên tiến như Mỹ, Italia, Canada, Trung Quốc, Hàn Quốc.

Tại các đơn vị ICU ở Việt Nam nói chung và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nói riêng, mới chỉ áp dụng thang điểm đau chủ quan như VAS hoặc WONG-BAKER đối với người bệnh có thể giao tiếp được. Đối với những người bệnh nặng thở máy, hạn chế hoặc không thể giao tiếp, vẫn chưa sử dụng bất cứ bộ công cụ nào để định mức độ đau của người bệnh. Liệu có sự thay đổi về mức độ đau khi nghỉ ngơi và khi thực hiện các thủ thuật chăm sóc khác nhau đối với người bệnh thở máy? Do đó, nghiên cứu này được tiến hành với hai mục tiêu:

1. *Mô tả mức độ đau theo thang điểm CPOT trên người bệnh thở máy tại khoa Nội - Hồi sức thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2020 - 2021.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ đau trên nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh thở máy có điểm Glasgow (GCS) ≥ 5 điểm điều trị tại khoa Nội - Hồi sức thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2021; ngoại trừ người bệnh liệt tứ chi, người bệnh được chỉ định dùng thuốc giãn cơ trong 24 giờ

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, có 81 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.4. Bộ công cụ: Nghiên cứu sử dụng thang điểm CPOT để đánh giá đau trên người bệnh thở máy. Bộ công cụ này ban đầu được viết bằng tiếng Pháp, sau đó đã được dịch sang tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Đan Mạch. Thang điểm này được cấu tạo bởi 4 thành phần: biểu hiện khuôn mặt, vận động cơ thể, việc tuân thủ máy thở (hoặc đáp ứng lời nói) và sự căng cơ. Mỗi thành phần được cho điểm từ 0 đến 2 điểm. Tổng điểm của thang đo CPOT dao động từ 0 đến 8 và

khi CPOT > 2 là điều trị giảm đau chưa hiệu quả. Tình trạng đau của bệnh nhân được phân loại là không đau (0), nhẹ (1 - 2), trung bình (3 - 5) hoặc nặng (6 - 8) [6].

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Sau 6 giờ khi người bệnh vào khoa thở máy, điều tra viên sẽ trực tiếp thăm khám, đánh giá điểm mức độ đau của người bệnh khi thực hiện các thủ thuật theo thang CPOT. Mỗi người bệnh sẽ được đánh giá đau tại 3 thời điểm trong suốt thời gian có thở máy. Các thời điểm đánh giá bao gồm:

+ Thời điểm nghỉ ngơi: Trong nghiên cứu này, thời điểm người bệnh nghỉ ngơi được hiểu là người bệnh không phải thực hiện bất kỳ thủ thuật hay dùng thuốc (trừ những thuốc dùng liên tục bằng bơm tiêm điện hoặc dịch truyền) trong vòng 30 phút trước đo. Các phép đo cơn đau sẽ bị trì hoãn nếu người bệnh có chỉ định tăng liều an thần (bolus) hoặc Propofol cho các thủ thuật như mở khí quản, đặt catheter... trước đó.

+ Thời điểm khi thực hiện thủ thuật: Đánh giá trong khi thực hiện các thủ thuật như hút đờm, vệ sinh răng miệng, thay đổi tư thế. Điểm CPOT cao nhất được ghi nhận trong quá trình thực hiện và chỉ đánh giá 1 lần với từng thủ thuật trên 1 người bệnh

+ Thời điểm sau khi thực hiện thủ thuật: Đánh giá đau sau khi kết thúc quy trình được 1 phút.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến liên tục được tính giá trị trung bình (M) và độ lệch chuẩn (SD), biến phân loại được tính theo tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Một số thuật toán thống kê phân tích (Independent Sample T-test, ANOVA, Pearson's correlation) được sử dụng để tìm hiểu một số yếu tố liên quan với $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức xét duyệt và nghiệm thu theo Quyết định số 1079/QĐ-VĐ ngày 31/5/2021.

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đại diện người nhà người bệnh được giải thích và có đồng thuận

tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu và kết quả nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	17	20,99
Nam	64	79,01
Tuổi Trung bình ± SD: 44,98 ± 16,99 (Trẻ nhất:23; Nhiều tuổi nhất: 47)		
Chẩn đoán		
Đa chấn thương	30	37,04
Chấn thương sọ não	44	54,32
Bệnh lý sọ não	7	8,64
Nguyên nhân		
Tai nạn giao thông	55	67,9
Tai nạn sinh hoạt	9	11,1
Tai nạn lao động	8	9,9
Khác	9	11,1
Phương pháp điều trị		
Nội khoa	21	25,9
Phẫu thuật	60	74,1
Tiền sử bệnh		
Đái tháo đường	4	4,9
Cao huyết áp	10	12,3
Bệnh tim mạch	3	3,7
Bệnh lý khác	6	7,4
Khỏe mạnh	58	71,6
Điểm Glasgow Trung bình ± SD : 6,8 ± 1,32 (Thấp nhất: 5; Lớn nhất: 11)		

Nhận xét: Người bệnh là nam chiếm đa số với 79%; phần lớn người bệnh bị chấn thương sọ não (54,32%) với nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (67,9%). Có 60 người bệnh được phẫu thuật (chiếm 74,1%), đa số người bệnh đều có tiền sử khỏe mạnh chiếm 71,6%. Điểm Glasgow trung bình là $6,8 \pm 1,32$.

3.2. Điểm đau trước, trong và sau khi thực hiện các thủ thuật

Trong nghiên cứu, thủ thuật hút đờm và vệ sinh răng miệng là các thủ thuật xâm lấn, thay đổi tư thế người bệnh là thủ thuật không xâm lấn.

Điểm đau trung bình được đánh giá bằng thang điểm CPOT trước, trong và sau khi thực hiện các thủ thuật lần lượt là $1,27 \pm 0,93$ (0 - 3 điểm), $3,4 \pm 0,99$ (0,67 - 5,67) và $1,26 \pm 0,83$ (0 - 3,33).

Bảng 2. Điểm đau trước, trong và sau khi thực hiện các thủ thuật

	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
CPOT trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật hút đờm						
	CPOT trước hút: $1,48 \pm 1,11$ (0 - 3 điểm)		Trong khi hút: $4,33 \pm 1,31$ (1 - 7 điểm)		CPOT sau hút: $1,73 \pm 0,99$ (0 - 4 điểm)	
Không đau	22	27,1	6	7,4	9	11,1
Đau nhẹ	42	51,9	60	74,1	56	69,1
Đau vừa	17	21	15	18,5	16	19,8
CPOT trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật vệ sinh răng miệng (VSRM)						
	CPOT trước VSRM: $1,33 \pm 1,00$ (0 - 3 điểm)		Trong khi VSRM: $3,06 \pm 1,04$ (0 - 5 điểm)		CPOT sau VSRM: $1,12 \pm 0,98$ (0 - 3 điểm)	
Không đau	22	27,2	1	1,2	28	34,6
Đau nhẹ	50	61,7	20	24,7	47	58
Đau vừa	9	11,1	60	74,1	6	7,4
CPOT trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật thay đổi tư thế (TĐTT)						

	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
	CPOT trước TĐTT: $0,99 \pm 0,99$ (0 - 3 điểm)		Trong khi TĐTT: $2,80 \pm 0,95$ (1 - 5 điểm)		CPOT sau TĐTT: $0,91 \pm 0,88$ (0 - 3 điểm)	
Không đau	0	0	0	0	33	40,7
Đau nhẹ	76	93,8	33	40,7	46	56,8
Đau vừa	5	6,2	48	59,3	2	2,5

Nhận xét:

CPOT trước khi thực hiện thủ thuật: Một số người bệnh có mức đau vừa (CPOT > 2) ngay cả khi đang nghỉ ngơi như trước khi hút đờm 21%, trước khi vệ sinh răng miệng (11,1%) và trước khi thay đổi tư thế (6,2%).

CPOT trong khi thực hiện các thủ thuật: Phần lớn người bệnh có mức đau vừa, thay đổi tư thế 59,3%, vệ sinh răng miệng và hút đờm là 74,1%, đặc biệt khi hút đờm có 18,5% người bệnh có biểu hiện đau nặng.

CPOT sau khi thực hiện thủ thuật: Người bệnh còn biểu hiện đau vừa sau khi thực hiện các thủ thuật với thứ tự là 19,8% sau hút đờm, 7,4% sau vệ sinh răng miệng và 2,5% sau thay đổi tư thế.

3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ đau của người bệnh thở máy

Bảng 3. Phân tích tương quan với thang điểm đau khi thực hiện các thủ thuật

Biến số	CPOT trong hút đờm		CPOT trong VSRM		CPOT trong TĐTT	
	r	p	r	p	r	p
Tuổi	-0,239*	0,031	-0,138	0,219	-0,159	0,156
Glasgow	0,378**	0,001	0,447**	0,000	0,565**	0,000

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy tuổi có tương quan nghịch với điểm CPOT trong khi hút đờm, tuổi càng cao thì điểm CPOT càng thấp. Điểm Glasgow có tương quan thuận với điểm CPOT trong khi hút đờm, trong VSRM và trong TĐTT. Điểm Glasgow càng cao hay người bệnh càng tỉnh thì điểm CPOT càng cao.

Bảng 4. Phân tích tương quan với thang điểm đau trong khi thực hiện các thủ thuật

Biến	CPOT trong hút đờm			CPOT trong VSRM			CPOT trong TĐTT			
	N	Trung bình ± SD	t/F	p	Trung bình ± SD	t/F	p	Trung bình ± SD	t/F	p
Giới			0,344	0,732		0,535	0,594		0,753	0,453
Nam	64	4,36 ± 1,35			3,09 ± 1,02			2,84 ± 0,93		
Nữ	17	4,24 ± 1,20			2,94 ± 1,14			2,65 ± 1,06		
Chẩn đoán			4,294	0,017		2,215	0,116		6,459	0,003
(1) Đa chấn thương	30	4,83 ± 1,37			3,37 ± 1,13			3,27 ± 0,94		
(2) Chấn thương sọ não	44	4,11 ± 1,24	(2), (3) < (1)		2,91 ± 1,01			2,55 ± 0,90	(2), (3) < (1)	
(3) Bệnh lý sọ não	7	3,57 ± 0,79			2,71 ± 0,49			2,43 ± 0,53		
Nguyên nhân			2,802	0,045		1,527	0,214		1,804	0,154
(1) Tai nạn giao thông	55	4,44 ± 1,26			3,05 ± 1,11			2,81 ± 1,00		
(2) Tai nạn sinh hoạt	9	4,11 ± 1,27	(4) < (1)		3,11 ± 0,78			2,67 ± 0,71		
(3) Tai nạn lao động	8	5,00 ± 1,69	(4) < (3)		3,62 ± 1,06			3,38 ± 0,92		
(4) Khác	9	3,33 ± 0,87			2,56 ± 0,53			2,33 ± 0,71		
Phương pháp điều trị			2,172	0,022		1,148	0,254		1,104	0,273
(1) Nội khoa	21	4,86 ± 1,11			3,29 ± 0,96			3,00 ± 0,89		
(2) Phẫu thuật	60	4,15 ± 1,34			2,98 ± 1,07			2,73 ± 0,97		
Tiền sử bệnh			3,070	0,021		2,763	0,033		1,996	0,104
(1) Đái tháo đường	4	3,50 ± 1,00			2,00 ± 1,15			2,25 ± 0,50		
(2) Cao huyết áp	10	3,60 ± 1,35			2,80 ± 1,23			2,40 ± 0,84		
(3) Bệnh tim mạch	3	5,00 ± 1,73	(2) < (5)		3,67 ± 1,15	(1) < (3)		3,00 ± 1,00		
(4) Bệnh lý khác	6	3,33 ± 0,82	(4) < (5)		2,33 ± 0,52	(1) < (5)		2,17 ± 0,75		
(5) Khỏe mạnh	58	4,59 ± 1,26			3,22 ± 0,97	(4) < (5)		2,97 ± 0,97		

Nhận xét: Mức độ đau đánh giá bằng thang điểm CPOT được xác định có mối liên quan ý nghĩa thống kê trong khi hút đờm, thay đổi tư thế, nguyên nhân và phương pháp điều trị, tiền sử bệnh lý ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Người bệnh thở máy thường có những khó khăn để báo cáo cơn đau qua giao tiếp vì một số yếu tố như dùng thuốc an thần, giảm mức độ

ý thức, đặt nội khí quản hay mở khí quản và thở máy. Do đó, một số phản ứng về hành vi và thể chất có thể được sử dụng để đánh giá và chẩn đoán tình trạng đau ở nhóm người bệnh này.

Trong trạng thái nghỉ ngơi, kết quả khi quan sát ở các thời điểm khác nhau phần lớn người bệnh không đau và đau nhẹ (điểm CPOT ≤ 2), cho thấy hiệu quả điều trị giảm đau khá tốt. Tuy nhiên, vẫn còn một số người bệnh đau vừa như trước khi hút là 21%, trước khi vệ sinh răng miệng là 11,1% và trước khi thay đổi tư thế là 6,2% (bảng 2). Giá trị CPOT thấp nhất là 0 và cao nhất là 3, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Chanques G, Payen J-F (2009) và nghiên cứu của Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST (2001) nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Shiva Gomarverdi và Cs (2019) người bệnh không đau khi nghỉ ngơi [1], [5], [6]. Điều này có thể là do trong những năm gần đây các nghiên cứu về phương pháp đánh giá, phương pháp điều trị đã có nhiều tiến bộ do đó kiểm soát cơn đau tốt hơn.

Khi thực hiện các thủ thuật, người bệnh có biểu hiện đau từ mức độ đau nhẹ đến đau nặng. Trong đó, đau vừa lần lượt là 59,3% khi thay đổi tư thế và 74,1% khi vệ sinh răng miệng và hút đờm. Đặc biệt khi hút đờm có 18,5% người bệnh có biểu hiện đau nặng (Bảng 2). Quy trình hút đờm qua ống nội khí quản hoặc mở khí quản được điều dưỡng tuân thủ đúng theo hướng dẫn, đầu ống thông được đưa sâu bằng chiều dài của ống nội khí quản hoặc mở khí quản cộng thêm 1 - 1,5 cm, hoặc đưa sâu đến khi cảm thấy vướng hay người bệnh có phản xạ ho thì kéo lui ống khoảng 1 cm. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu của Chanques G, Payen J-F (2009), nghiên cứu của Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST (2001) và Shiva Gomarverdi (2019), nhưng tương đồng về nhóm thủ thuật, các can thiệp không xâm lấn có điểm CPOT thấp hơn so với những can thiệp xâm lấn [1], [5], [6]. CPOT trong hút > CPOT trong vệ sinh răng miệng > CPOT trong thay đổi tư thế (Bảng 7). Trong thủ

thuật hút đờm, tất cả các người bệnh đều có biểu hiện đau, trong đó đau trung bình và nặng là 92,6%, kết quả này cũng tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Kai Shan và cộng sự (2019) [2]. Hiện nay, với nhóm người bệnh sau phẫu thuật lớn có kế hoạch (mổ phiến), Bệnh viện Việt Đức đã triển khai rất tốt việc nhận định, đánh giá đau thường quy và sử dụng các gói giảm đau để quản lý cơn đau trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật nhưng với nhóm người bệnh hôn mê thở máy thì việc nhận định, điều trị và xử lý đau chưa thực sự được quan tâm đầy đủ. Do đó, phát triển văn hóa chăm sóc/quản lý đau trên nhóm người bệnh điều trị tại ICU là rất cần thiết trong thời gian tới. Các điều dưỡng ICU cần quan tâm đến mức độ đau của người bệnh và thực hiện không chỉ đúng về mặt kỹ thuật mà rất cần thực hiện nhẹ nhàng, đặc biệt với các thủ thuật có xâm lấn.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Có mối tương quan nghịch giữa tuổi và điểm CPOT trong khi hút đờm. Điểm Glasgow của người bệnh có tương quan thuận với điểm CPOT trong khi hút đờm, khi VSRM và khi TĐTT. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong chẩn đoán, nguyên nhân, phương pháp điều trị và nhóm tiền sử bệnh về điểm CPOT trong khi hút đờm. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa tìm hiểu một số yếu tố liên quan khác có thể sẽ ảnh hưởng đến điểm đau CPOT trong khi thực hiện một số thủ thuật như trình độ học vấn, tuổi của các nhân viên khi thực hiện thủ thuật.

Để điều trị đau hiệu quả và an toàn, bước quan trọng đầu tiên là phải đánh giá đúng mức độ và bản chất của đau. Nghiên cứu đánh giá mức độ đau qua sử dụng công cụ CPOT trên các người bệnh thở máy tại khoa Nội - Hồi sức thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy người bệnh vẫn còn đau vừa ngay trong trạng thái nghỉ ngơi, đau sẽ tăng lên khi thực hiện các thủ thuật như thay đổi tư thế, vệ sinh răng miệng và đặc biệt là khi hút đờm. CPOT là công cụ hữu ích, có ý nghĩa trong đánh giá đau trên lâm sàng.

Vì vậy, cần sớm áp dụng công cụ này để đánh giá và quản lý cơn đau cho những người bệnh tại các phòng ICU. Trong thực hành chăm sóc, cần đánh giá đau trước khi can thiệp thủ thuật và chú ý giảm đau cho người bệnh, đặc biệt là những người bệnh trẻ tuổi và có điểm Glasgow cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chanques G, Payen J-F, Mercier G, et al, (2009), Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(12):2060.
2. Kai Shan, Wei Cao, Yuan Yuan, et al (2018), Use of the critical-care pain observation tool and the bispectral index for the detection of pain in brain-injured patients undergoing mechanical ventilation.
3. Klein DG, Dumpe M, Katz E, Bena J, (2010), Pain assessment in the intensive care unit: development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(6):521–8.
4. Li D, Puntillo K, Miaskowski C, (2008), A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The journal of pain*, 9(1):2–10.
5. Puntillo K.A, White C, Morris A.B, et al (2001), Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*, 10(4):238.
6. Shiva G, Ladan Se, Mohamad A.SI, et al (2019), Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients.
7. Tennant F, (2004), Complications of uncontrolled, persistent pain. *Pract Pain Manag*. 4(1):11-4.