

# THỰC TRẠNG SĂNG Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đinh Thị Thanh Huệ<sup>1,✉</sup>, Trần Thị Hà An<sup>2</sup>, Hoàng Bùi Hải<sup>1</sup>  
 Lê Ngọc Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Dũng<sup>1</sup>, Lê Thị Cúc<sup>1</sup>  
 Trần Quyết Tiến<sup>1</sup>, Đỗ Thị Kim Oanh<sup>1</sup>, Trương Quang Trung<sup>1</sup>  
 Nguyễn Thị Thu Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Tuyền<sup>1</sup>, Vũ Thị Lan Anh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức khỏe Tâm thần

Bệnh nhân săng có thời gian nằm viện lâu hơn, tỷ lệ tử vong sau 6 tháng cao hơn bệnh nhân không săng. Xác định, điều trị và phòng ngừa săng ngày càng được coi là ưu tiên chính trong việc chăm sóc sức khỏe toàn diện bệnh nhân điều trị hồi sức tích cực vì nó là một biến chứng thường xuyên xảy ra, có thể lên đến 80% ở nhóm bệnh nhân phải thở máy. Để bổ sung vào nguồn dữ liệu về săng ở Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu: mô tả thực trạng săng ở bệnh nhân thở máy và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng săng ở nhóm bệnh nhân này. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang 34/84 bệnh nhân thở máy thỏa mãn điều kiện được đưa vào nghiên cứu trong 6 tháng (từ 03 đến 08/2022) tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ săng trong nghiên cứu là rất cao (61,76%), chủ yếu là săng giảm động (66,67%) và săng tăng động là (33,33%); trung bình thời gian từ khi vào viện tới khi bị săng là  $12,19 \pm 12,76$  ngày; thời gian từ khi vào ICU tới khi bị săng  $6,14 \pm 6,41$  ngày; thời gian BN săng nằm tại ICU trung bình khá cao ( $13,88 \pm 8,42$  ngày). Bệnh lý chính của các bệnh nhân có săng hay gặp nhất là nhiễm trùng (42,86%). Đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng bệnh lý không liên quan tới săng. Điểm SOFA, số ngày sử dụng thuốc an thần có liên quan tới săng với  $p < 0,05$  và tỷ suất chênh lần lượt là  $OR = 1,42$  (95%CI: 1,03 - 1,95) và  $OR = 1,56$  (95%CI: 1,09 - 2,24). Tỷ lệ bệnh nhân thở máy bị săng săng chiếm tỷ lệ cao đặc biệt ở những bệnh nhân sử dụng thuốc an thần dài ngày, do đó cần đánh giá và theo dõi chặt tình trạng săng ở những bệnh nhân này. Đặc biệt việc quản lý đau không tốt và rối loạn chu kỳ ngủ thức của bệnh nhân cũng làm tăng tỷ lệ mắc săng ở bệnh nhân ICU. Ngoài ra, những bệnh nhân bị săng cần phải theo dõi và đánh giá điểm SOFA của bệnh nhân để có can thiệp và xử trí kịp thời đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Mê săng, thở máy, đơn vị hồi sức tích cực.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Săng (Derilium) được định nghĩa như một thay đổi cấp tính trong chức năng nhận thức toàn thể gây tác động đến sự tập trung, thức tỉnh, định hướng hoặc nhận thức. Nhận biết

săng có vai trò quan trọng trong lâm sàng vì nó là một biến chứng thường xuyên xảy ra ở bệnh nhân tại đơn vị hồi sức tích cực (ICU), mặc dù tỷ lệ của nó khác nhau trong các nghiên cứu.<sup>1,2</sup> Săng là một yếu tố dự báo không chỉ cho việc tăng tỷ lệ tử vong mà còn cho sự tăng thời gian thở máy, tăng chi phí điều trị, tăng nguy cơ đặt lại ống nội khí quản, tăng nguy cơ suy giảm nhận thức lâu dài và tăng nguy cơ chuyển viện đến các cơ sở chăm sóc dài hạn.<sup>3</sup> Trong đơn vị

Tác giả liên hệ: Đinh Thị Thanh Huệ

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: huedtt0557@hmu.vn

Ngày nhận: 20/09/2023

Ngày được chấp nhận: 20/10/2023

hồi sức tích cực, sáng ảnh hưởng tiêu cực đến thời gian sống sau 6 tháng, thời gian bệnh nhân cai thở máy, đồng thời góp phần tăng viêm phổi bệnh viện và tăng thời gian nằm viện.<sup>4,5</sup> Vì không có một xét nghiệm đặc hiệu nào có thể chẩn đoán được sáng nên việc chẩn đoán sáng dựa vào các dấu hiệu lâm sàng cũng gặp rất nhiều khó khăn. Các công cụ sàng lọc đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện (nhận biết) các dấu hiệu sớm của sáng và đưa ra phác đồ điều trị kịp thời.<sup>6</sup> Hướng dẫn thực hành lâm sàng năm 2018 về Đau, Kích động/An thần, Sáng, Bất động và Rối loạn giấc ngủ (PADIS) khuyến cáo rằng tất cả bệnh nhân trong đơn vị Hồi sức tích cực người lớn nên được đánh giá thường xuyên (tức là một lần mỗi ca) để sàng lọc và xác định tình trạng sáng. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng hầu hết các trường hợp sáng trong đơn vị hồi sức tích cực không được chẩn đoán nếu không sử dụng công cụ sàng lọc định kỳ.<sup>7</sup>

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về vấn đề này ở các bệnh nhân nội trú, nhưng rất ít các nghiên cứu được tiến hành ở bệnh nhân thở máy. Mô hình bệnh tật ở mỗi đơn vị là khác nhau nên tỷ lệ sáng ở mỗi đơn vị cũng khác nhau. Vì thế, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm bổ sung vào nguồn dữ liệu bệnh nhân thở máy có sáng ở Việt Nam với 2 mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng sáng, 2) Xác định 1 số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

Bệnh nhân thở máy xâm nhập có điểm RASS từ -3 trở lên.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân thở máy nhưng hôn mê trong suốt quá trình điều trị (do không thể hoàn thành

bài test). Bệnh nhân có điểm RASS -4 hoặc -5; và khiếm thị hoặc khiếm thính nặng.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu.

**Thời gian và địa điểm:** đơn vị hồi sức tích cực, Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 03 đến tháng 08/2022.

**Cỡ mẫu:** chọn mẫu toàn bộ.

#### **Thang đo**

**Thang điểm kích động và an thần (RASS)**

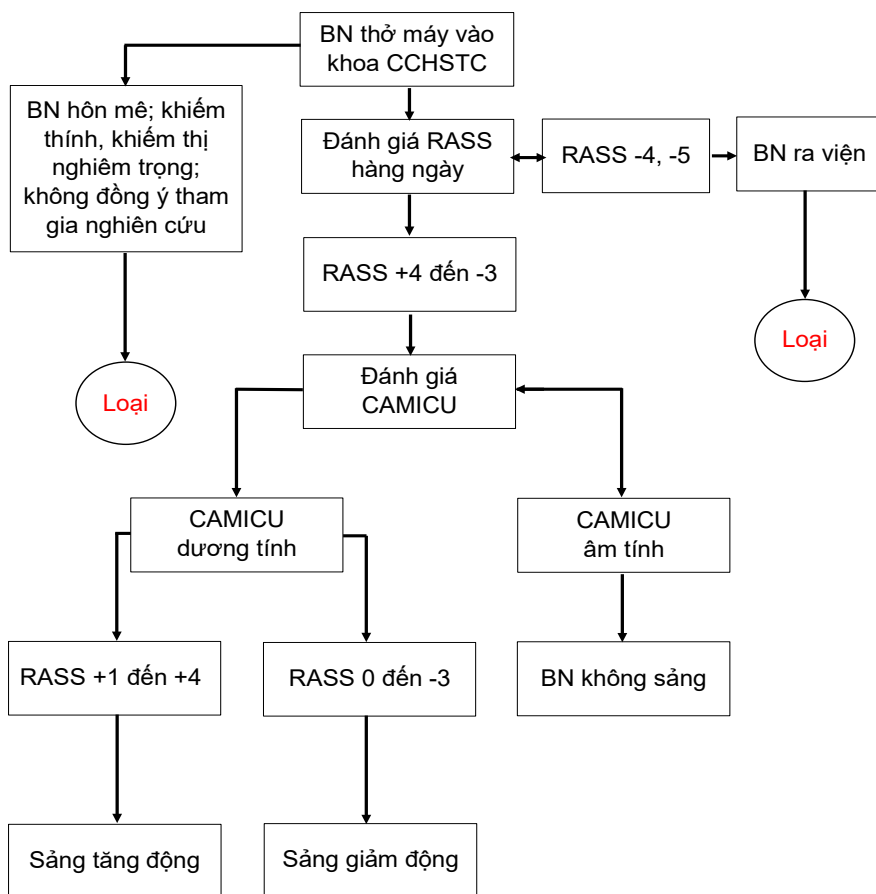
Điểm RASS có giá trị từ +4 đến -5. Nếu bệnh nhân tỉnh táo, kích động hoặc dễ gây gổ, họ được cho điểm từ +4 đến 0. Nếu bệnh nhân chỉ lơ mơ hoặc tỉnh táo trong thời gian ngắn, nhưng có thể phản ứng với các kích thích bằng lời nói, họ được cho điểm từ -1 đến -3. Nếu bệnh nhân hoàn toàn không phản ứng với các kích thích bằng lời nói và không phản ứng với bất kỳ kích thích vật lý nào, họ được chấm từ -4 đến -5.

#### **Đánh giá Sáng**

Phiên bản tiếng Việt của CAM-ICU để đánh giá và sàng lọc. Phiên bản này được dịch từ CAM-ICU (Ely, et al. (2016)). Thang điểm đánh giá an thần kích động Richmond (RASS) (Sessler và cộng sự, 2002) là điều kiện tiên quyết để áp dụng CAM-ICU hay không (vì các bệnh nhân có điểm RASS  $\geq$  -3 mới được đánh giá sáng dựa trên thang điểm CAM-ICU).

#### **Quy trình nghiên cứu**

Thu tuyển những bệnh nhân đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản để thở máy có RASS  $\geq$  -3 vào nghiên cứu. Thu thập thông tin nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân theo bộ câu hỏi có sẵn. Điều dưỡng có kinh nghiệm thực hiện đánh giá sáng vào 14h hàng ngày trong thời gian thở máy, trước khi đánh giá sáng sẽ đánh giá mức độ an thần của bệnh nhân bằng thang điểm RASS.

**Sơ đồ nghiên cứu****Xử lý số liệu**

Số liệu được làm sạch và nhập bằng excel, phân tích bằng Stata14.

Sử dụng các phép thống kê mô tả: tỷ lệ phần trăm, trung bình, SD. Sử dụng các phép kiểm định khi bình phương, T-test.

Sử dụng mô hình phân tích hồi quy đơn biến để xác định mối liên quan.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, thời gian từ tháng 03 đến tháng 08/2022.

**3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức và Hội đồng khoa học Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.

**III. KẾT QUẢ**

Trong 6 tháng, có 84 người bệnh được trong thời gian nghiên cứu, trong đó có 34 người bệnh đủ điều kiện tham gia nghiên cứu (50 bệnh nhân hôn mê trong suốt quá trình điều trị hoặc đã có điểm RASS -4, -5).

**1. Đặc điểm nhân khẩu học**

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,65 tuổi, đa số đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) chiếm 64,71%. Người cao tuổi có tỷ lệ mắc sảng cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 63,64% và 58,33%. Nam giới có tỷ lệ sảng cao hơn nữ giới với tỷ lệ là 66,67% và 42,86%. Những người có vợ/chồng có tỷ lệ mắc sảng cao hơn người sống độc thân/ly hôn/ly thân/góa với tỷ lệ là 75% và 57,69%.

Tuy nhiên, khi phân tích đơn biến để tìm mối liên quan giữa sáng và các đặc điểm về nhân

khẩu học thì sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$  với khoảng tin cậy 95%.

## 2. Thực trạng sáng

**Bảng 1. Thực trạng sáng và tình trạng kích động an thần theo thang điểm RASS**

	Phân bố RASS trong các đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 34)			p	Phân bố RASS trong bệnh nhân sáng (n = 21)	
	n (%)	TB ± SD	TB ± SD		n (%)	
Có sáng	21 (61,76)	1,33 ± 0,48	1,11 - 1,55	0,009	Giảm động	14 (66,67)
Không sáng	13 (38,24)	1 ± 0	1 - 1		Tăng động	7 (33,33)
Tổng		1,21 ± 0,41	1,06 - 1,35			

Có sự khác biệt có ý nghĩa của điểm RASS giữa nhóm bệnh nhân có sáng và không có sáng ( $p = 0,009$ ); điểm RASS trung bình ở nhóm có sáng cao hơn so với nhóm không sáng ( $1,33 \pm 0,48$  so với 1); trong số những bệnh nhân sáng thì chủ yếu là sáng giảm động với 66,67%.

Trong nghiên cứu chúng tôi chia bệnh lý chính thành 6 nhóm bệnh: mạch máu, độc chất, bệnh lý u, nhiễm trùng, chấn thương và các cơ quan khác. Những người bị sáng có tới 42,86% bệnh nhân được chẩn đoán với bệnh chính là

bệnh nhiễm trùng; bệnh lý u chiếm 19,05%; chấn thương và bệnh mạch máu đều chiếm 4,76% và bệnh của các cơ quan khác chiếm 28,57%. Tình trạng bệnh lý nhiễm trùng được ghi nhận khi bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng ở bất kỳ cơ quan nào trên cơ thể. Để đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn nặng có thể dẫn đến tình huống xấu nhất của bệnh nhân là suy đa tạng thì thang điểm SOFA là thang điểm được đánh giá cao để sử dụng.

## 3. Yếu tố liên quan đặc hiệu đến sáng

**Bảng 2. Mối liên quan của tiền sử bệnh, bệnh lý đi kèm và sáng (n = 34)**

Bệnh	Sáng	Có (n = 21) n (%)	Không (n = 13) n (%)	OR (95%CI)	p
<b>Tiền sử bệnh</b>					
Tăng huyết áp	Có	11 (73,33)	4 (26,67)	2,48 (0,58 - 10,62)	0,223
	Không	10 (52,63)	9 (47,37)		
Đái tháo đường	Có	7 (70)	3 (30)	1,67 (0,34 - 8,07)	0,526
	Không	14 (58,33)	10 (41,67)		
Sa sút trí tuệ	Có	7 (70)	3 (30)	1,67 (0,34 - 8,07)	0,526
	Không	14 (58,33)	10 (41,67)		
Có 2 vấn đề nội khoa	Có	19 (70,37)	8 (29,63)	5,94 (0,95 - 37,24)	0,057
	Không	2 (28,57)	5 (71,43)		

Bệnh	Sàng	Có (n = 21) n (%)	Không (n = 13) n (%)	OR (95%CI)	p
	<b>Các bệnh lý đi kèm</b>				
Mạch máu	Có	9 (69,23)	4 (30,77)	1,69	0,483
	Không	12 (57,14)	9 (42,86)	(0,39 - 7,27)	
Co giật	Có	1 (25)	3 (75)	0,17	0,141
	Không	20 (66,67)	10 (33,33)	(0,02 - 1,81)	
Điện giải	Có	6 (66,67)	3 (33,33)	1,33	0,725
	Không	15 (60)	10 (40)	(0,27 - 6,61)	
Bệnh lý u	Có	1 (33,33)	2 (66,67)	0,275	0,314
	Không	20 (64,52)	11 (35,48)	(0,02 - 3,39)	
Nhiễm trùng	Có	10 (66,67)	5 (33,33)	1,45	0,602
	Không	11 (57,89)	8 (42,11)	(0,36 - 5,94)	
Chấn thương	Có	1 (50)	1 (50)	0,6	0,727
	Không	20 (62,5)	12 (37,5)	(0,03 - 10,51)	
≥ 2 bệnh	Có	14 (66,67)	7 (33,33)	1,71	0,456
	Không	2 (28,57)	5 (71,43)	(0,41 - 7,08)	
Cơ quan khác	Có	8 (66,67)	4 (33,33)	4	0,665
	Không	13 (59,09)	9 (40,91)	(33,33)	

Phân tích đơn biến để tìm mối liên quan giữa sàng và tiền sử bệnh, bệnh lý đi kèm thì không thấy có sự liên quan ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng khác và sàng (n = 34)**

Đặc điểm lâm sàng	Sàng	Có (n = 21) n (%)	Không (n = 13) n (%)	OR (95%CI)	p
	Rối loạn chu kỳ ngủ thức	Có	15 (83,33)	3 (16,67)	
Không		6 (37,5)	10 (62,5)	(1,68 - 41,29)	
Catheter tĩnh mạch trung tâm	Có	9 (69,23)	4 (30,77)	1,69	0,483
	Không	12 (57,14)	9 (42,86)	(0,39 - 7,27)	
Sonde tiểu	Có	20 (62,5)	12 (37,5)	1,67	0,727
	Không	1 (50)	1 (50)	(0,09 - 29,18)	
Sonde dẫn lưu khác	Có	5 (83,33)	1 (16,67)	3,75	0,255
	Không	16 (57,14)	12 (42,86)	(0,39 - 36,43)	

Đặc điểm lâm sàng	Sàng		OR (95%CI)	p
	Có (n = 21) n (%)	Không (n = 13) n (%)		
Đau	Có	16 (76,19)	5,12 (1,14 - 23)	0,033
	Không	5 (38,46)		
Sốt	Có	10 (76,92)	3,03 (0,64 - 14,26)	0,161
	Không	11 (52,38)		
Thiếu Albumin máu	Có	15 (62,5)	1,11 (0,25 - 5,04)	0,891
	Không	6 (60)		

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có sàng có rối loạn giấc ngủ và cảm thấy đau có tỷ lệ sàng cao hơn nhóm không có sàng, sự khác biệt này có ý nghĩa  $p < 0,05$  giữa việc có sàng hay không ở những người có rối loạn chu kỳ giấc ngủ và cảm thấy đau.

Khi phân tích đơn biến cũng cho thấy có sự liên quan giữa có sàng và tình trạng rối loạn

chu kỳ ngủ thức và tình trạng đau của bệnh nhân. Cụ thể, những người có rối loạn chu kỳ ngủ thức có độ chênh có sàng cao gấp 8,33 lần so với người không rối loạn chu kỳ ngủ thức; những người thấy đau có độ chênh có sàng cao gấp 5,12 lần những người không cảm thấy đau.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa 1 số thực trạng của bệnh nhân và sàng trong thời gian nằm viện (n = 34)**

Thực trạng bệnh nhân	Sàng		OR (95%CI)	p
	Có sàng (TB ± SD) (min - max)	Không sàng (TB ± SD) (min - max)		
Điểm SOFA	5,29 ± 2,78 (1 - 11)	3 ± 2,42 (0 - 8)	1,42 (1,03 - 1,95)	0,031
Tổng số ngày sử dụng thuốc an thần (ngày)	6,24 ± 4,05 (1 - 18)	2,65 ± 2,39 (0 - 8,5)	1,56 (1,09 - 2,24)	0,016
Thời gian thở máy (ngày)	10,31 ± 7,69 (2 - 31)	6,35 ± 6,43 (1 - 21)	1,09 (0,97 - 1,24)	0,144
Số lần đặt ống nội khí quản	1,76 ± 1,18 (1 - 5)	0,92 ± 0,28 (0 - 1)	-	-
Thời gian nằm viện (ngày)	21,52 ± 12,73 (8 - 59)	14,15 ± 8,63 (2 - 29)	1,07 (0,99 - 1,16)	0,085

Trong các yếu tố về thực trạng bệnh nhân, yếu tố điểm SOFA trung bình ở những đối tượng có sàng là 5,29 điểm cao hơn một cách

có ý nghĩa  $p < 0,05$  so với nhóm không có sàng trung bình là 3 điểm; những bệnh nhân có sàng có tổng số ngày sử dụng thuốc an thần trung



bình cao hơn những người không có sáng với số ngày lần lượt là 6,24 ngày và 2,65 ngày một cách có ý nghĩa  $p < 0,05$ . Khi phân tích đơn biến ta thấy điểm SOFA và số ngày sử dụng thuốc an thần sẽ liên quan đến tình trạng sáng của bệnh nhân. Cụ thể khi điểm SOFA tăng thêm một điểm thì độ chênh của tình trạng mắc sáng sẽ tăng 1,42 lần. Số ngày dụng thuốc an thần tăng thêm 1 ngày thì độ chênh của tình trạng có sáng tăng thêm 1,56 lần.

#### IV. BÀN LUẬN

Theo dõi tình trạng mê sáng ở những bệnh nhân bị bệnh nặng trong ICU có thể cho phép các nhân viên y tế xem xét nguyên nhân và sửa đổi trong cách điều trị của họ đối với bệnh nhân bị rối loạn chức năng cơ quan này kỳ.<sup>7</sup> Tỷ lệ sáng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,76%; trong đó sáng giảm động chiếm đa số với 66,67% và sáng tăng động là 33,33%. Thời gian từ khi vào viện tới khi bị sáng trung bình là  $12,19 \pm 12,76$  ngày; thời gian từ khi vào ICU tới khi bị sáng trung bình  $6,14 \pm 6,41$  ngày; thời gian từ khi thở máy tới khi bị sáng trung bình  $5,59 \pm 4,47$  ngày. Kết quả này cao hơn nhiều so của tác giả Nikita Nagari và cộng sự năm 2019 cho thấy trong số 1582 người bệnh có 406 người được chẩn đoán mắc sáng, tỷ lệ bệnh nhân bị sáng trong 72 giờ đầu nhập viện là 25,7% - tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó sáng giảm động xảy ra ở 52% và sáng tăng động ở 48% - tỷ lệ sáng tăng động cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi kỳ.<sup>8</sup> Tỷ lệ sáng trong nghiên cứu của tác giả Farshid Rahimi-Bashar xảy ra ở 108 bệnh nhân trong khi họ ở ICU tương ứng với 27% với trung vị 4 ngày (IQR 3 - 4).<sup>9</sup> Điểm RASS trung bình trong nghiên cứu của tác giả Farshid Rahimi-Bashar cũng cao hơn so với nhóm không sáng một cách có ý nghĩa thống kê với số liệu lần lượt là  $2,83 \pm 0,81$  và  $1,48 \pm 0,5$ ; điểm RASS trung bình của người bệnh

là  $1,85 \pm 0,84$  - kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng điểm trung bình RASS cao hơn ở cả hai nhóm và điểm RASS chung. Điểm RASS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ  $1,21 \pm 0,41$  và điểm RASS trong nhóm không sáng là 1 và trong nhóm có sáng là  $1,33 \pm 0,48$ , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Giải thích cho sự khác biệt về tỷ lệ sáng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng như trên thế giới là do cỡ mẫu của chúng tôi quá nhỏ, thời gian nghiên cứu chưa dài đồng thời cũng do khác nhau trong việc định nghĩa và đối tượng ICU, mức độ nghiêm trọng của bệnh hay do công cụ chẩn đoán được sử dụng, loại dân số ICU (y tế hoặc phẫu thuật), mức độ nghiêm trọng của bệnh tật và công cụ chẩn đoán được sử dụng.

Tuổi càng cao thì nguy cơ bị sáng ở những bệnh nhân ICU ngày càng tăng là kết quả được tìm thấy ở nhiều nghiên cứu.<sup>8-10</sup> Các nhà khoa học đã chỉ ra người già dễ bị rối loạn chuyển hóa và giảm oxy máu cộng thêm việc căng thẳng tâm lý và sự lo lắng về tình trạng sức khỏe bản thân trong môi trường chăm sóc đặc biệt có thể tác động đến tình trạng kích động tinh thần ở người cao tuổi nhiều hơn so với người trẻ.<sup>11</sup> Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi hay các đặc điểm nhân khẩu học không thấy có sự liên quan đến sáng. Điều này có thể là do các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là người cao tuổi với tuổi trung bình là 66 tuổi nên không thể hiện rõ được tương quan này và sự khác biệt này cũng có thể đến từ sự khác biệt về mô hình bệnh tật ở mỗi đơn vị là khác nhau. Tình trạng bệnh lý không được tìm thấy là có liên quan tới sáng trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi nghiên cứu của tác giả Nilita Nagari khi phân tích đơn biến cho thấy bệnh tiểu đường, tiền sử rối loạn trí nhớ, tiền sử bệnh tâm thần, bị rối loạn ruột và bàng quang,

rối loạn thị giác, rối loạn thính giác là những yếu tố liên quan đến sáng với  $p < 0,05$ .<sup>8</sup> Hay trong nghiên cứu của tác giả Nejla Tilouche thời khi phân tích đa biến kết quả nghiên cứu của tác giả cũng tìm thấy mối liên quan của bệnh tăng huyết áp và bệnh phổi mạn tính có liên quan tới nguy cơ sáng ở người bệnh.<sup>11</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa điểm SOFA với nguy cơ sáng, khi điểm SOFA tăng thêm một điểm thì độ chênh của tình trạng mất sáng sẽ tăng 1,42 lần. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số nghiên cứu khác.<sup>9,10</sup> Bên cạnh đó, những người có rối loạn chu kỳ ngủ thức có độ chênh bị sáng cao gấp 8,33 lần so với người không rối loạn chu kỳ ngủ thức; những người thấy đau có độ chênh bị sáng cao gấp 5,12 lần những người không cảm thấy đau. Kết quả nghiên cứu của tác giả Muhammad Asghar Ali và cộng sự năm 2020 cho thấy đau có liên quan đến sáng - tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, thời gian sử dụng thuốc an thần cũng có liên quan tới việc mất sáng; khi số ngày dùng thuốc an thần tăng thêm 1 ngày thì độ chênh của tình trạng bị sáng tăng thêm 1,56 lần. Kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Nejla Tilouche với tỷ suất chênh  $OR = 2,488$  (95%CI: 1,452 - 4,2644;  $p = 0,0001$ ).<sup>8</sup>

**Hạn chế của đề tài:** Dù được thực hiện trong thời gian 6 tháng, với tổng số 84 bệnh nhân được điều trị thở máy tại khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực nhưng chỉ có 34 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện để được đưa vào nghiên cứu. Thời gian thực hiện nghiên cứu vào đúng thời điểm Hà Nội đã trải qua 3 lần sóng COVID-19 cũng có thể để lại những chấn động tâm lý của các bệnh nhân khi nhập viện điều trị. Thời gian thực hiện nghiên cứu cũng chưa đủ dài để lấy được hết số liệu về tình trạng ra viện của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ lấy 1 số yếu tố liên quan đến tình trạng

sáng, vì thời gian còn ngắn chúng tôi đã không đề cập đến các yếu tố thuốc có thể gây ra tình trạng sáng.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân được thở máy tại đơn vị Hồi sức tích cực của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị sáng khá cao chiếm 61,76% với đa số là sáng giảm động (66,67%). Đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng bệnh lý không có liên quan tới sáng nhưng số ngày sử dụng thuốc an thần, điểm SOFA, tình trạng đau và rối loạn chu kỳ ngủ thức có liên quan một cách có ý nghĩa với sáng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Girard TD, AK Shintani, EW Ely. Comment on "Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium" by Ouimet et al. *Intensive Care Med.* 2007;33(8):1479-80.
2. Sébastien Ouimet, Brian P Kavanagh, Stewart B Gottfried, et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med.* 2007;33(1):66-73.
3. Dilip V Jeste, Jeffrey A Lieberman, David Fassler, et al. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5tm)*. American Psychiatric Association. 2013. [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
4. Ely EW, S Gautam, R Margolin, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med.* 2001;27(12):1892-900.
5. Peter E Spronk, Bea Riekerk, José Hofhuis, et al. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med.* 2009;35(7):1276-1280.
6. Barr J, Gilles L Fraser, Kathleen Puntillo,



et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm.* 2013;70(1):53-8.

7. Association AP. Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. *American Journal of Psychiatry.* 1999;156:1-20.

8. Babu NNMS. Assessment of risk factors and precipitating factors of delirium in patients admitted to intensive care unit of a tertiary care hospital. *British Journal of Medical Practitioners.* 2019;12(2):a011.

9. Rahimi-Bashar F, Ghazal Abolhasani, Nahid Manouchehrian, et al. Incidence and Risk Factors of Delirium in the Intensive Care Unit: A Prospective Cohort. *Biomed Res Int.* 2021;2021:6219678.

10. Kooken RWJ, van den Berg M, Slooter AJC, et al. Factors associated with a persistent delirium in the intensive care unit: A retrospective cohort study. *J Crit Care.* 2021;66:132-137.

11. Tilouche N, Hassen MF, Ali HBS, et al. Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, Risk Factors, and Impact on Outcome. *Indian J Crit Care Med.* 2018;22(3):144-149.

## Summary

### DELIRIUM AND ASSOCIATED FACTORS IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Patients with delirium had longer hospital stays and higher 6-month mortality compared with patients without delirium. Identifying, treating and preventing delirium is increasingly considered a priority in the comprehensive health care of intensive care patients because it is a common complication, occurring in up to 80% of patients requiring mechanical ventilation. To supplement the data source on delirium in Vietnam, we conducted this research with 2 goals: describe delirium in mechanically ventilated patients and investigate factors related to delirium in this patient group. This is a cross-sectional descriptive study design of 34/84 mechanically ventilated patients eligible for inclusion in the study over a 6-month period (March to August 2022) at the Department of Emergency Medicine and Intensive Care, University of Medicine Hospital Hanoi. Results showed that the rate of delirium in the study was very high (61.76%), mainly reduced agitation (66.67) and increased agitation (33.33%); median time from hospital admission to delirium was  $12.19 \pm 12.76$  days; time from ICU admission to delirium  $6.14 \pm 6.41$  days; the average length of time spent in ICU was quite high ( $13.88 \pm 8.42$  days). The main condition of patients with delirium was infection (42.86%). Demographic characteristics, pathological conditions were not related to delirium. SOFA score, number of days of sedative use were related to delirium with  $p < 0.05$  and odds ratio was  $OR = 1.42$  (95%CI: 1.03 - 1.95) and  $OR = 1.56$  (95%CI: 1.09 - 2.24), respectively. The proportion of mechanical ventilation patients with delirium was high, especially in patients using long-term sedation, so it is necessary to evaluate and closely monitor the delirium in these patients. Additionally, poor pain management and disturbances in the patient's waking sleep cycle also increased the incidence of delirium in ICU patients. Evaluation of the patient's SOFA score for timely intervention and treatment is necessary to ensure patient safety.

**Keywords:** Delirium, mechanical ventilation, ICU.