CLINICAL CHARACTERISTICS AND POTENTIALLY HARMFUL BEHAVIORS IN PATIENTS WITH DELIRIUM AFTER CARDIAC SURGERY

Ngo Van Thanh, Nguyen Quoc Tuyen, Nguyen Hoang Long*

Cardiac Surgical Intensive Care Unit (CSICU), Hanoi Heart Hospital - No: 92 Tran Hung Dao st, Cua Nam Ward, Hanoi Capital, Vietnam

Received: 02/03/2026
Revised: 10/03/2026; Accepted: 16/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe selected clinical characteristics and behavioral manifestations associated with risks of harm to patients and healthcare workers among patients with delirium after cardiac surgery.

Subjects and Methods: A prospective descriptive study was conducted in adult patients aged ≥18 years who underwent cardiac surgery and were treated in the Postoperative Cardiac Intensive Care Unit from June to December 2025. Sedation and level of consciousness were assessed using the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), and delirium was screened using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Patients with RASS scores of −4 or −5 were reassessed when their level of consciousness permitted evaluation. Postoperative delirium was identified by acute onset or fluctuating course, inattention, and either disorganized thinking or altered level of consciousness. Potentially dangerous behaviors toward patients and healthcare workers were recorded during follow-up.

Results: A total of 38 patients with postoperative delirium after cardiac surgery were included. The mean age was 60.35 ± 10.84 years, and 73.7% were female. The mean time to onset of postoperative delirium was 25.47 ± 26.76 hours after admission to the intensive care unit; 36.8% of cases occurred on postoperative day 0 and 47.4% on postoperative day 1. The condition lasted 1 day in 60.5% of patients and 2 days in 26.3%. Hyperactive delirium was the predominant clinical subtype, with no mixed subtype identified. With 36.84% patients had prolonging the duration of mechanical ventilation beyond the initial plan due to postoperative delirium.

The most common potentially harmful behaviors toward patients were self-removal of intravenous lines (21.1%), removal of nasogastric tubes (13.2%), striking the head or limbs (13.2%), removal of urinary catheters (10.5%), and self-extubation (5.3%). Behaviors posing risks to healthcare workers and caregivers included verbal abuse or insults (57.9%), spitting (39.5%), scratching, pinching, or biting (26.3%), and hitting or kicking (15.8%). Haloperidol was administered to 92.1% of patients, while physical restraint was used in 94.7%.

Conclusion: Postoperative delirium occurred predominantly within the first 24–48 hours and was mainly characterized by hyperactive manifestations. It was associated with substantial risks to both patients and healthcare workers, particularly through self-removal of therapeutic devices, agitation, and aggressive behaviors. It is important for ensuring patient and healthcare-worker safety in the postoperative cardiac intensive care setting.

Keywords: *Postoperative delirium; cardiac surgery; CAM-ICU; healthcare worker safety.*

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC HÀNH VI CÓ NGUY CƠ GÂY TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH SẢNG SAU PHẪU THUẬT TIM

Ngọ Văn Thanh , Nguyễn Quốc Tuyển, Nguyễn Hoàng Long*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và các biểu hiện hành vi có nguy cơ gây nguy hiểm cho người bệnh và nhân viên y tế ở bệnh nhân sảng sau phẫu thuật tim.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên người bệnh ≥18 tuổi được phẫu thuật tim và điều trị tại đơn vị Hồi sức sau phẫu thuật Tim từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025. Người bệnh được đánh giá mức độ an thần bằng thang điểm Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) và sàng lọc sảng bằng công cụ Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Người bệnh có RASS - 4 hoặc -5 tại thời điểm đánh giá được đánh giá lại khi mức độ ý thức cho phép. Sảng được xác định khi có rối loạn ý thức khởi phát cấp tính hoặc diễn biến dao động, kèm giảm chú ý và có suy giảm tổ chức tư duy hoặc thay đổi mức độ ý thức. Các biểu hiện hành vi nguy hiểm đối với người bệnh và nhân viên y tế được ghi nhận trong quá trình theo dõi.

Kết quả: Có 38 người bệnh sảng sau phẫu thuật tim được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình 60,35 ± 10,84 tuổi; nữ giới chiếm 73,7%. Thời điểm xuất hiện sảng trung bình là 25,47 ± 26,76 giờ sau khi vào hồi sức; 36,8% xuất hiện trong ngày đầu và 47,4% xuất hiện vào ngày thứ nhất sau mổ. Sảng kéo dài 1 ngày ở 60,5% trường hợp và 2 ngày ở 26,3%. Thể tăng động chiếm ưu thế, không ghi nhận trường hợp thể hỗn hợp. Có 36,84% người bệnh phải kéo dài thở máy do tình trạng sảng. Các hành vi nguy hiểm đối với người bệnh thường gặp là tự rút đường truyền (21,1%), rút ống thông dạ dày (13,2%), đập đầu hoặc tay chân (13,2%), rút ống thông tiểu (10,5%) và tự rút ống nội khí quản (5,3%). Đối với nhân viên y tế và người chăm sóc, các biểu hiện thường gặp gồm chửi, lăng mạ (57,9%), nhổ nước bọt (39,5%), cào, cấu, cắn (26,3%) và đánh, đá, đạp (15,8%). Haloperidol được sử dụng ở 92,1% trường hợp và cố định tại giường ở 94,7%.

Kết luận: Sảng sau phẫu thuật tim chủ yếu xuất hiện trong 24–48 giờ đầu, với biểu hiện chủ yếu là thể tăng động và có thể gây nguy cơ mất an toàn đáng kể cho cả người bệnh và nhân viên y tế. Các hành vi tự rút thiết bị điều trị, kích động và tấn công nhân viên y tế là những biểu hiện cần được nhận diện sớm, có ý nghĩa quan trọng trong tổ chức theo dõi, phòng ngừa và xử trí an toàn tại đơn vị hồi sức.

Từ khóa: *Sảng sau phẫu thuật tim; CAM-ICU; an toàn người bệnh; an toàn nhân viên y tế.*

Đơn vị Hồi sức sau phẫu thuật, Bệnh viện Tim Hà Nội - Số 92 Trần Hưng Đạo, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội
**Tác giả liên hệ: Ngọ Văn Thanh*
Email: ngovanthanh@timhanoi.vn - Tel: 0979863883
Ngày nhận: *07/10/2026* ***Ngày sửa:****13/10/2026*
Ngày chấp nhận: *19/10/2026*
DOI: *10.47972/vjcts.vi.1939*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sảng hay loạn thần cấp sau phẫu thuật tim thường xuất hiện ở giai đoạn hồi sức, đặc trưng bởi sự khởi phát cấp tính và diễn biến dao động của rối loạn ý thức, nhận thức, sự chú ý và hành vi. Tình trạng viêm toàn thân, rối loạn huyết động, đau, thiếu ngủ, sử dụng thuốc an thần và các thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương cùng với tình trạng suy giảm chức năng cơ quan là những yếu tố có thể góp phần thúc đẩy tình trạng sảng sau phẫu thuật. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến diễn biến điều trị, mà còn đặt ra vấn đề nghiêm trọng về an toàn người bệnh và an toàn nhân viên y tế (NVYT). Người bệnh có thể xuất hiện kích động, bồn chồn, la hét, chống đối chăm sóc, tự ý rút ống nội khí quản, đường truyền hoặc các thiết bị hỗ trợ điều trị; đồng thời có thể cố gắng rời khỏi giường hoặc thực hiện các hành vi không phù hợp do mất khả năng nhận thức đầy đủ. Những biểu hiện này có thể dẫn đến tổn thương cơ thể, thất bại điều trị, mất đường thở, chảy máu hoặc gián đoạn các biện pháp hồi sức quan trọng. Đối với NVYT, đặc biệt là điều dưỡng trực tiếp chăm sóc, hành vi kích động hoặc chống đối của người bệnh có thể gây nguy cơ bị đánh, đấm, đá, cào, cắn hoặc các tổn thương khác trong quá trình tiếp cận và thực hiện chăm sóc.

Việc sử dụng các biện pháp kiểm soát hành vi, an thần hoặc cố định người bệnh không phù hợp cũng có thể làm gia tăng các biến chứng, kéo dài thời gian thở máy và thời gian điều trị hồi sức. Do đó, nhận diện sớm các đặc điểm lâm sàng liên quan đến hành vi nguy hiểm có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng chiến lược theo dõi, phòng ngừa và xử trí phù hợp. Việc xác định các biểu hiện lâm sàng nổi bật như mức độ kích động, thay đổi ý thức, rối loạn định hướng, hành vi chống đối, ảo giác, hoang tưởng hoặc xu hướng tự gây tổn thương có thể giúp NVYT nhận diện nhóm người bệnh nguy cơ cao và chủ động triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và các hành vi có nguy cơ gây tổn thương ở người bệnh sảng sau phẫu thuật tim" với mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng và các biểu hiện hành vi có nguy cơ gây nguy hiểm cho người bệnh và NVYT ở bệnh nhân sảng sau phẫu thuật tim.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh trưởng thành điều trị tại đơn vị Hồi sức được chẩn đoán sảng sau phẫu thuật tim trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được đưa vào nghiên cứu khi đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi ≥18 tuổi, được theo dõi và đánh giá lâm sàng đầy đủ trong thời gian nghiên cứu.

- Được phẫu thuật tim có hoặc không kèm phẫu thuật mạch máu lớn đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán theo CAM-ICU và điểm RASS > - 3.

- Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp:

- Có bệnh lý thần kinh nặng từ trước, hôn mê sâu hoặc giảm ý thức không thể đánh giá các thành phần của CAM-ICU kéo dài, tương ứng RASS -4 hoặc -5 tại thời điểm đánh giá.

- Thiếu các thông tin cần thiết hoặc không thể hoàn thành quá trình theo dõi theo thiết kế nghiên cứu.

2.2. Thiết kế và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu tại đơn vị Hồi sức sau phẫu thuật từ 1/6/2025 đến 31/12/2025. Người bệnh được đánh giá trạng thái ý thức và sảng bằng thang điểm RASS và CAM-ICU.

2.3. Công cụ và quy trình chẩn đoán

2.3.1. Lý do lựa chọn CAM-ICU

CAM-ICU là công cụ sàng lọc sảng, được thiết kế cho người bệnh hồi sức, không thể giao tiếp bằng lời nói hoặc đang được sử dụng thuốc an thần. Đây là đặc điểm đặc biệt phù hợp với người bệnh sau phẫu thuật tim mạch, trong đó tỷ lệ sử dụng thuốc an thần, thở máy và các thiết bị xâm lấn cao.

2.3.2. Quy trình đánh giá

Bước 1. Đánh giá mức độ an thần bằng RASS (trước khi thực hiện CAM-ICU): +3: kích động nhiều; +2: kích động nhẹ; +1: bồn chồn; 0: tỉnh, bình thường; -1 đến -3: giảm mức độ thức tỉnh nhưng có thể đánh thức; -4: an thần sâu, không đáp ứng khi gọi nhưng có đáp ứng với kích thích thể chất; -5: không đáp ứng. Người bệnh có RASS -4 hoặc -5 được đánh giá lại khi mức độ ý thức cho phép.

Bước 2. Đánh giá bốn đặc điểm của CAM-ICU

- Đặc điểm 1 – Khởi phát cấp tính, diễn biến dao động: thay đổi đột ngột về ý thức hoặc hành vi; lúc tỉnh táo, lúc lơ mơ; lúc hợp tác, lúc kích động hoặc không hợp tác; triệu chứng xuất hiện rồi giảm hoặc mất trong cùng một ngày.

- Đặc điểm 2 – Không chú ý: Kiểm tra khả năng nhận biết hoặc đáp ứng chính xác với chuỗi kích thích. Đối với người bệnh đặt nội khí quản hoặc không thể nói, có thể sử dụng đáp ứng bằng mắt, đầu hoặc tay thay cho câu trả lời bằng lời nói.

- Đặc điểm 3 – Suy giảm tổ chức tư duy: Khi có biểu hiện trả lời không phù hợp, không logic hoặc không thực hiện đúng các mệnh lệnh đơn giản theo quy trình CAM-ICU.

- Đặc điểm 4 – Thay đổi mức độ ý thức: Đánh giá dựa trên RASS.

Bước 3. Xác định sảng bằng CAM-ICU khi thỏa mãn: Đặc điểm 1 + Đặc điểm 2 + (Đặc điểm 3 hoặc Đặc điểm 4). Nếu chỉ riêng tình trạng kích động hoặc RASS dương tính không đủ để chẩn đoán sảng sau mổ.

Bước 4. Kiểm soát chất lượng đánh giá CAM-ICU để hạn chế sai số đánh giá, bác sĩ và điều dưỡng tham gia nghiên cứu được đào tạo thống nhất về RASS và CAM-ICU.

2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Định nghĩa "Hành vi nguy hiểm do sảng sau phẫu thuật" là tất cả các hành vi bất thường, mất kiểm soát sau mổ, gây tổn hại trực tiếp hoặc tiềm ẩn nguy cơ cao tổn hại đến thể chất, các thiết bị y tế hỗ trợ sự sống của chính bệnh nhân, hoặc gây tổn hại thể chất, tinh thần và cản trở công tác điều trị của NVYT.

Nhóm 1: Các chỉ số nguy hiểm cho bệnh nhân

- Tự tháo gỡ thiết bị y tế: Tự rút ống nội khí quản, rút catheter động mạch/tĩnh mạch trung tâm, rút ống dẫn lưu, rút xông dạ dày/xông tiểu khi chưa có y lệnh.

- Tổn thương cơ học: Tự ngã, cố ý trèo ra khỏi giường, tự đập đầu/tay chân vào thành giường.

- Biến chứng do kích động: Bứt rứt dữ dội làm toác vết mổ xương ức, chảy máu vết mổ, gãy/tuột dây cố định.

Nhóm 2: Các chỉ số nguy hiểm cho NVYT

- Tấn công thể chất: Đánh, đá, cào, cấu, cắn, nhổ nước bọt vào bác sĩ/đào tạo/điều dưỡng.

- Sử dụng vật nguy hiểm: Cầm nắm, ném hoặc dùng thiết bị y tế (bơm kim tiêm, kéo, khay inox, chai truyền) đe dọa/tấn công NVYT.

- Bạo lực lời nói nghiêm trọng: Chửi bới, lăng mạ, đe dọa tính mạng NVYT làm gián đoạn công tác cấp cứu/chăm sóc.

- Thời điểm khởi phát: Tính bằng số giờ từ khi bệnh nhân được tiếp nhận vào khoa.

- Thời gian kéo dài cơn sảng: bằng tổng số giờ bệnh nhân có biểu hiện sảng.

- Chỉ số can thiệp y tế bắt buộc: Số giờ phải cố định cơ học (buộc tay/chân vào giường), thuốc chống (Haloperidol, Olanzapine) hoặc an thần Propofol) cần sử dụng để cắt cơn.

2.5. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các thông tin cá nhân của người bệnh được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, chỉ số nhân trắc và tiền sử bệnh

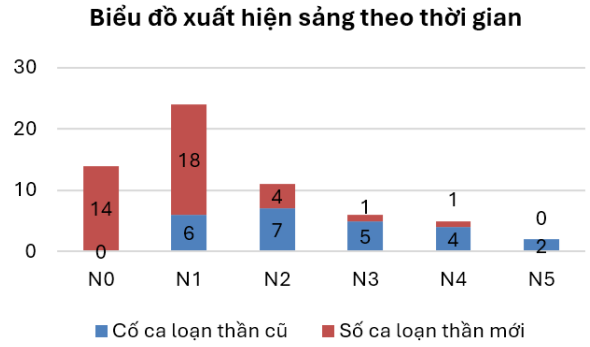
Đặc điểm	Số bệnh nhân nghiên cứu (n=38)	n	%
Giới tính	Nữ	28	73.7
	Nam	10	26.3
Tuổi (năm) mean ± SD; min - max		60,35 ± 10,84 (20-76)	
Chiều cao (cm) mean ± SD		156.76 ± 7.470	
Cân nặng (kg) mean ± SD		51.97 ± 8.722	
BMI		21.05 ± 2.760	
Tiền sử tâm thần, tổn thương thần kinh	Không	34	89.5
	Có	4	10.5
Tiền sử bệnh lý hô hấp	Không	36	94.7
	Có	2	5.3
Tăng huyết áp	Không	31	81.6
	Có	7	18.4
Bệnh lý mạch máu	Không	30	78.9
	Có	8	21.1
Bệnh van tim	Không	7	18.4
	Có	31	81.6
Bệnh mạch vành	Không	30	78.9
	Có	8	21.1
Đái tháo đường type II	Không	36	94.7
	Có	2	5.3
Bệnh lý tuyến giáp	Không	37	97.4
	Có	1	2.6
Tiền sử lạm dụng Rượu bia	Không	36	94.7
	Có	2	5.3
Tiền sử lạm dụng Thuốc lá – Thuốc lào	Không	37	97.4
	Có	1	2.6
TBMMN chu phẫu	không	31	81.6
	có	7	18.4

Nhận xét: Tuổi trung bình 60,35 ± 10,84 tuổi, dao động từ 20 đến 76 tuổi trong đó giới tính nữ, bệnh lý mạch máu, bệnh lý van tim có tỷ lệ sau mổ cao.

Bảng 2. Đặc điểm và xử lý sảng sau phẫu thuật, giai đoạn hồi sức

Đặc điểm	Số bệnh nhân nghiên cứu (n=38)	n	%
Thời điểm xuất hiện đầu tiên sau mổ (tính từ thời điểm tại hồi sức)	< 24 giờ	14	36.8
	24 – 48 giờ	18	47.4
	48 – 72 giờ	4	10.5
	72 – 96 giờ	1	2.6
	100 giờ	1	2.6
	Thời điểm xuất hiện (giờ): mean ± SD	25.47 ± 26.76	
Thời gian từ lúc xuất hiện đến khi kết thúc (ngày)	1 ngày	23	60.5
	2 ngày	10	26.3
	3 ngày	2	5.3
	4 ngày	1	2.6
	5 ngày	1	2.6
	6 ngày	1	2.6
Xử trí	An thần	22	57.89
	Haloperidol	35	92.1
	Thuốc chống loạn thần uống	13	34.21
	Kéo dài thời gian thở máy	14	36.84
	Cố định tại giường	36	94.73

Nhận xét: thời điểm xuất hiện sảng nhiều nhất N1 sau mổ chiếm 47.4%, kéo dài 1 ngày chiếm 60.5%, 2 ngày 26.3% đặc biệt có 1 trường hợp kéo dài 1 tuần. Có tới 14 trường hợp chiếm 36.84% phải thở máy thêm vì sảng.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sảng hay loạn thần cấp xuất hiện theo ngày

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện sảng trung bình là 25.47 ± 26.76 giờ, ngày N1 sau mổ tỷ lệ 63.2%, đến ngày thứ N5 không còn sảng mới xuất hiện.

Bảng 3. Các kiểu sảng sau phẫu thuật tim theo ngày

Đặc điểm	Ngày đánh giá					
	N0	N1	N2	N3	N4	N5
	14	24	11	6	5	2
tăng động	12	22	10	5	4	1
giảm động	2	2	1	1	1	1
hỗn hợp	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Sau mổ chủ yếu gặp sảng kiểu tăng động, rất ít sảng kiểu giảm động, không có sảng dạng hỗn hợp.

3.2. Một số yếu tố mất an toàn ở bệnh nhân sảng sau phẫu thuật tim

Bảng 4. Đặc điểm sảng có biểu hiện tự gây tổn thương

Đối tượng nghiên cứu (n=38)		n	%
Nhóm hành vi tự ý	Rút nội khí quản	2	5.3
	Rút đường truyền	8	21.1
	Rút dẫn lưu	2	5.3
	Rút ống thông dạ dày	5	13.2
	Rút ống thông tiểu	4	10.5

Đối tượng nghiên cứu (n=38)		n	%
Nhóm hành vi gây tổn hại	Ngã	1	2.6
	Đập đầu, tay chân	5	13.2
	Toác, chảy máu vết mổ	0	0
	Gãy thành giường, tuột dây cố định	2	5.3

Nhận xét: nhóm hành vi tự rút đường truyền có tỉ lệ 21.1%, rút ống thông dạ dày và đập tay chân chiếm 13.2%, gây gảy thành giường y tế chiếm 5.3%

Bảng 5. Đặc điểm hành vi sảng gây tổn thương NVYT, người chăm sóc

Đối tượng nghiên cứu (n=38)		n	%
Nhóm hành vi tấn công NVYT, người chăm sóc	Đánh, đá, đạp	6	15.8
	cào, cấu, cắn	10	26.3
	nhổ nước bọt	15	39.5
Bạo lực lời nói nghiêm trọng	Chửi, lăng mạ	22	57.9
	đe dọa NVYT	2	5.3

Nhận xét: nhóm hành vi tấn công nhân viên như la hét chửi mắng chiếm 57.9%, nhổ nước bọt 39.5%, đạp chân, vung tay chiếm 15.8%, cào cấu chiếm 26.3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 38 người bệnh có chẩn đoán sảng sau phẫu thuật tim được điều trị tại Đơn vị Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Tim Hà Nội. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60,35 ± 10,84 tuổi, dao động từ 20 đến 76 tuổi. Trong đó, nữ giới chiếm 73.7% gấp 3 lần nam giới với sự đa dạng bệnh nền kết hợp. Đây là những đặc điểm có ý nghĩa khi xem xét nguy cơ sảng, lý do người bệnh sau phẫu thuật tim thường đồng thời chịu tác động của tuổi, bệnh lý tim mạch, bệnh lý mạch máu, tổn thương thần kinh trước đó và nhiều yếu tố stress sinh lý trong quá trình hồi sức.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời điểm xuất hiện sảng trung bình là 25,47 ± 26,76 giờ sau khi người bệnh được tiếp nhận tại hồi sức. Trong 38 trường hợp, 36,8% xuất hiện ngay ngày N0 và 47,4% xuất hiện vào ngày N1; như vậy, phần lớn trường hợp xảy ra trong 48 giờ đầu sau khi vào hồi sức. Chỉ 10,5% xuất hiện vào N2 và tỷ lệ tiếp tục giảm rõ rệt ở các ngày sau. Đây cũng là giai đoạn người bệnh đồng thời chịu tác động của thuốc an thần, thở máy, đau, rối loạn giấc ngủ, thay đổi môi trường và những biến động về huyết động, chuyển hóa.

Về thời gian tồn tại, 60,5% trường hợp sảng kéo dài 1 ngày, 26,3% kéo dài 2 ngày; một số trường hợp kéo dài từ 3 đến 6 ngày và có một trường hợp kéo dài tới 1 tuần. Như vậy, phần lớn trường hợp sảng có diễn biến tương đối ngắn, tuy nhiên vẫn tồn tại nhóm người bệnh có tình trạng kéo dài cần theo dõi sát. Đặc biệt, có 14/38 trường hợp, tương đương 36,84%, phải thở máy thêm do tình trạng sảng. Đây là một kết quả đáng lưu ý về mặt lâm sàng bởi sảng không chỉ là rối loạn nhận thức hành vi đơn thuần mà còn có thể ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình cai máy và hồi phục sau phẫu thuật.

4.2. Một số yếu tố gây hại ở bệnh nhân sảng

Về kiểu sảng, nghiên cứu ghi nhận chủ yếu là sảng tăng động. Tại thời điểm N0 sau mổ có 12 trường hợp tăng động so với 2 trường hợp sảng giảm động; tại N1 tương ứng là 22 và 2 trường hợp. Các ngày tiếp theo vẫn duy trì xu hướng tương tự và không ghi nhận trường hợp sảng hỗn hợp. Như vậy, biểu hiện nổi bật trong nhóm nghiên cứu là thể kích động, tăng hoạt động và thay đổi hành vi. Điều này có ý nghĩa thực hành vì thể tăng động dễ

được phát hiện hơn nhưng đồng thời cũng có thể tạo ra nguy cơ tự rút các dụng cụ điều trị, ngã hoặc gây tổn thương cho NVYT.

Sảng sau phẫu thuật không chỉ ảnh hưởng đến quá trình hồi phục mà còn tạo ra nguy cơ mất an toàn. Người bệnh kích động có thể tự rút ống nội khí quản, catheter, đường truyền, dẫn lưu hoặc ống thông; có thể ngã hoặc tự gây tổn thương. Đồng thời, hành vi kích động, chống đối hoặc tấn công NVYT. Đây cũng chính là một trong những lý do nghiên cứu đặt vấn đề đảm bảo an toàn cho cả người bệnh và nhân viên chăm sóc ngay từ mục tiêu nghiên cứu. Trong nghiên cứu, haloperidol được sử dụng ở 92,1% trường hợp sảng, trong khi 57,89% được an thần và 34,21% sử dụng thuốc chống loạn thần đường uống. Việc sử dụng thuốc ở tỷ lệ cao phản ánh mức độ kích động và nguy cơ mất an toàn ở một bộ phận người bệnh. Tuy nhiên, trong chăm sóc sảng tại đơn vị hồi sức, thuốc chống loạn thần, kích động không nên thay thế việc tìm kiếm và điều chỉnh nguyên nhân thúc đẩy như thiếu oxy, nhiễm trùng, rối loạn điện giải, đau hoặc tác động của thuốc an thần. Đặc biệt ở người bệnh phẫu thuật tim, việc sử dụng haloperidol cần cân nhắc nguy cơ ảnh hưởng điện tim, nhất là khi người bệnh có các yếu tố nguy cơ kéo dài QT hoặc rối loạn điện giải. Vì vậy, việc lựa chọn thuốc, liều lượng và thời gian điều trị cần được cá thể hóa theo tình trạng lâm sàng và nguy cơ của từng người bệnh.

Tỷ lệ cố định tại giường cao trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho thấy nhu cầu kiểm soát hành vi kích động là rất lớn. Tuy nhiên, cố định cần được xem là biện pháp hạn chế cuối cùng, chỉ sử dụng khi có nguy cơ gây hại đáng kể và phải được theo dõi chặt chẽ. Song song với đó cần ưu tiên các biện pháp không dùng thuốc như giảm kích thích môi trường, duy trì chu kỳ ngày – đêm, kiểm soát đau, giao tiếp và định hướng cho người bệnh, hạn chế các thủ thuật không cần thiết, hỗ trợ vận động sớm và tạo điều kiện để người bệnh tiếp xúc phù hợp với người thân.

4.3. Biện pháp hạn chế nguy hại do sảng sau phẫu thuật

Từ kết quả nghiên cứu này chúng tôi xây dựng quy trình chăm sóc điều dưỡng áp dụng cho người bệnh sảng sau phẫu thuật với mục đích: Phát hiện sớm và theo dõi diễn biến sảng sau mổ, đảm bảo an toàn cho người bệnh nhằm giảm kích động, lo âu và hành vi gây nguy hiểm, bảo đảm đường thở, hô hấp, tuần hoàn và an toàn người bệnh. Phòng ngừa tự rút nội khí quản, đường truyền, dẫn lưu, dây tạo nhịp và các thiết bị điều trị. Giảm thời gian và mức độ sảng, thúc đẩy phục hồi chức năng. Đồng thời bảo đảm an toàn cho điều dưỡng, bác sĩ và người nhà. Hạn chế lạm dụng việc cố định người bệnh giảm vận động hoặc thuốc an thần/ thuốc chống loạn thần không cần thiết.

Các bước thực hiện chăm sóc điều dưỡng đối với bệnh nhân hồi sức sau mổ:

Bước 1. Nhận diện và đánh giá ban đầu bệnh nhân sảng sau mổ. Đánh giá ngay nguy cơ an toàn: Bệnh nhân có kích động không? Bệnh nhân có nguy cơ tự rút NKQ không? Bệnh nhân có nguy cơ rút catheter/dẫn lưu/dây tạo nhịp không? Bệnh nhân có nguy cơ ngã không? Bệnh nhân có hành vi đánh/đá/cắn/đập đầu không? Bệnh nhân có ảo giác/hoang tưởng gây hành vi nguy hiểm không? Và người bệnh có khả năng hợp tác không?

Bước 2. Tìm nguyên nhân có thể đảo ngược. Đánh giá có hệ thống về hô hấp (SpO_2, nhịp thở, kiểu thở, tình trạng NKQ/máy thở nếu đang thở máy); Tuần hoàn (HA, MAP, mạch, ECG, tưới máu ngoại vi và các dấu hiệu giảm cung lượng tim); Chuyển hóa (đường huyết, điện giải Na^+, K^+, Ca^{2+}, Mg^{2+}, tình trạng toan kiềm) và các nguyên nhân khác như sốt/nhiễm khuẩn, đau, bí tiểu, táo bón, mất nước/quá tải dịch, thiếu máu, cai rượu/

thuốc và thuốc mới sử dụng hoặc thay đổi liều. Bất kỳ thay đổi cấp tính nào cũng phải báo bác sĩ nếu chưa giải thích được.

Bước 3. Can thiệp không dùng thuốc. Mỗi lần tiếp xúc bệnh nhân, điều dưỡng cần đưa ra thông tin và các câu hỏi ngắn định hướng như: "Bác đang ở khoa Hồi sức. Bác vừa phẫu thuật. Tôi là điều dưỡng chăm sóc bác. Hiện tại bác đang an toàn." Sau đó gọi đúng tên người bệnh, nói câu ngắn, một người nói tại một thời điểm, không nói lớn hoặc tranh luận. Có thể sử dụng: đồng hồ, lịch, bảng tên, bảng thông tin người bệnh và đồ vật quen thuộc. Với ban đêm: Giảm ánh sáng, giảm tiếng ồn, hạn chế thủ thuật không cần thiết và gom các hoạt động chăm sóc khi có thể. Điều chỉnh thị giác và thính giác: Đeo kính của bệnh nhân, sử dụng máy trợ thính nếu có, không nói chuyện từ phía sau hoặc quá xa. Giảm đau đủ, phù hợp: Đánh giá đau định kỳ với bệnh nhân giao tiếp được đánh giá thang điểm đau. Với bệnh nhân không giao tiếp được, sử dụng công cụ đánh giá đau phù hợp trong hồi sức. Không nên mặc định mọi kích động đều do sảng; đau là nguyên nhân thường gặp có thể điều chỉnh được.

Bước 4. Chăm sóc theo tình trạng hô hấp.

- Với bệnh nhân đang thở máy ưu tiên số 1 là bảo vệ đường thở, kiểm tra vị trí và độ cố định NKQ, SpO_2, áp lực đường thở, đồng bộ máy thở, báo động máy thở, lượng và tính chất đờm và nguy cơ tự rút NKQ. Nếu bệnh nhân kích động và cố rút NKQ: Không được giữ bệnh nhân một mình, gọi hỗ trợ, một nhân viên phụ trách giao tiếp/trấn an, một nhân viên bảo vệ đường thở, nhân viên khác kiểm tra máy thở, đường truyền và các thiết bị.

Bảng 6. Đánh giá mức độ nguy hiểm ở bệnh nhân sảng

Cấp độ	Tên cấp độ	Điểm RASS	Tiêu chuẩn định lượng cụ thể
Cấp độ 0	Không nguy hiểm	từ -1 → +1.	Bệnh nhân hợp tác hoặc chỉ bồn chồn nhẹ, không có hành vi chống đối.
Cấp độ 1	Nguy hiểm nhẹ	= +2.	Chống đối (gạt tay, từ chối uống thuốc), chưa gây hại cho bản thân hay NVYT.
Cấp độ 2	Nguy hiểm trung bình	= +3.	Tự giật đứt dây truyền ngoại vi, cố trèo khỏi giường, chửi bới NVYT, cào cấu nhẹ.
Cấp độ 3	Nguy hiểm nghiêm trọng	= +4.	Tự rút ống nội khí quản/đường truyền trung tâm/dẫn lưu màng phổi, tấn công trực tiếp NVYT gây chấn thương, làm bung vết mổ.

Đánh giá thiếu oxy, đánh giá đau, kiểm tra mức an thần, kiểm tra máy thở và NKQ, tìm nguyên nhân mới xuất hiện. Tối ưu an thần: Mục tiêu là an thần nhẹ nhất có thể nhưng vẫn an toàn, không tự ý tăng thuốc an thần chỉ vì bệnh nhân kích động, phải xác định: "Kích động do sảng hay do đau, thiếu oxy, khó thở, bí tiểu, tụt huyết áp, máy thở không đồng bộ...?" Phối hợp đánh thức và cai máy: Nếu không có chống chỉ định: Giảm an thần → đánh giá tỉnh → đánh giá khả năng tự thở → rút NKQ khi đủ tiêu chuẩn.

- Với bệnh nhân không thở máy: Đánh giá nguy cơ suy hô hấp, đặc biệt chú ý bệnh nhân mới rút NKQ, đang HFNC/NIV. Theo dõi: nhịp thở, SpO_2, kiểu thở, mức độ tỉnh táo và khí máu khi có chỉ định. Nếu kích động đi kèm SpO_2 giảm, thở nhanh, co kéo, tím, giảm ý thức, xử trí như cấp cứu

hô hấp, không coi đơn thuần là sau mổ.

Bước 5. Xử trí bệnh nhân kích động có nguy cơ gây hại dựa trên các cấp độ (bảng 5):

- Cấp độ 0 – Hợp tác: Không gây nguy hiểm. Chăm sóc thông thường.

- Cấp độ 1 – Bồn chồn/kích động nhẹ nhưng chưa chống đối. Xử lý của điều dưỡng: Tiếp cận chậm, gọi tên bệnh nhân. Tìm nguyên nhân, loại bỏ các kích thích không cần thiết. Đánh giá lại sau can thiệp.

- Cấp độ 2 – Kích động có nguy cơ tự gây hại. Xử trí: Gọi hỗ trợ ngay, không để điều dưỡng đơn độc. Tránh vị trí có thể bị tấn công, thực hiện các chăm sóc đặc biệt: Giao tiếp, giảm kích độn, bảo vệ đường thở, bảo vệ đường truyền/dẫn lưu, theo dõi monitor và chuẩn bị thuốc theo y lệnh. Bác sĩ được báo để đánh giá nguyên nhân và chỉ định điều trị.

- Cấp độ 3 – Hành vi bạo lực/nguy hiểm cao. Nguyên tắc: Không tiếp cận một mình, báo động nội bộ theo quy định của khoa. Huy động đội hỗ trợ, đưa người không liên quan ra khỏi khu vực. Loại bỏ vật dụng có thể gây thương tích. Một người được phân công làm người chỉ huy, tiếp tục giao tiếp giảm kích động. Nếu cần hạn chế vận động, phải sử dụng biện pháp ít hạn chế nhất, trong thời gian ngắn nhất và có theo dõi liên tục, hạn chế vận động chỉ nên dùng khi các biện pháp khác thất bại và nguy cơ gây hại vẫn đáng kể; không được sử dụng hạn chế vận động để trừng phạt hoặc kiểm soát hành vi. Tuyệt đối tránh: Đè bệnh nhân nằm sấp, ép vào cổ, ép ngực/bụng, bịt miệng, mũi gây cản trở hô hấp. Nhiều người cùng ghì bệnh nhân không có người chỉ huy, đánh, quát mắng, đe dọa và khóa bệnh nhân một mình trong phòng. Các biện pháp hạn chế vận động phải bảo đảm không ảnh hưởng đường thở, hô hấp và tuần hoàn.

Bước 6. Sử dụng các biện pháp hạn chế vận động. Đây là biện pháp cuối cùng, không phải biện pháp điều trị . Chỉ cân nhắc khi bệnh nhân có nguy cơ tự gây thương tích, có nguy cơ rút thiết bị sống còn, có nguy cơ gây thương tích cho nhân viên/người khác và các biện pháp giảm kích động không hiệu quả hoặc không thể thực hiện. Trước khi sử dụng điều dưỡng phải: Báo bác sĩ, xác định nguy cơ, loại trừ nguyên nhân cấp cứu, chuẩn bị đủ nhân lực, giải thích cho bệnh nhân nếu có thể. Trong khi sử dụng phải theo dõi ý thức, mạch, HA, SpO_2, hô hấp, màu sắc/tuần hoàn chi, vị trí và tình trạng da, đau và mức độ kích động. Không được xem hạn chế vận động là lý do để giảm mức theo dõi. Hạn chế vận động được sử dụng phổ biến ở các đơn vị hồi sức nhưng có các vấn đề về an toàn và có thể làm tăng kích động; do đó cần thận trọng và đánh giá lại thường xuyên.

Bước 7. Chăm sóc người nhà, giải thích cho gia đình về tình trạng sảng sau phẫu thuật. Đây không nhất thiết phản ánh tính cách hay bệnh tâm thần trước đây.

Hướng dẫn người nhà: Nói chuyện nhẹ nhàng, gọi tên bệnh nhân, nhắc bệnh nhân đang ở bệnh viện, mang kính/máy trợ thính/đồ vật quen thuộc nếu phù hợp, hỗ trợ định hướng và báo điều dưỡng khi bệnh nhân thay đổi hành vi.

Khi bệnh nhân có nguy cơ bạo lực, điều dưỡng phải nói rõ: “Nếu bệnh nhân trở nên kích động, anh/chị không nên cố giữ bệnh nhân. Hãy lùi ra vị trí an toàn và gọi điều dưỡng. Điều này đặc biệt quan trọng vì người nhà thường không được đào tạo kỹ thuật khống chế an toàn.

Các bệnh nhân sảng sau phẫu thuật không đồng nghĩa với bệnh nhân tâm thần. Phải tìm các nguyên nhân cấp tính có thể đảo ngược như: giảm oxy, đau, tụt huyết áp, sốt/nhiễm khuẩn, hạ/tăng đường huyết, rối loạn điện giải, thiếu máu, bí tiểu,

táo bón, suy thận, thuốc, cai thuốc/an thần...

Bệnh nhân kích động cấp tính phải được coi là một tình trạng cấp cứu về an toàn:

- Không để một điều dưỡng tiếp cận một mình khi bệnh nhân đang có hành vi đánh, đấm, cắn, đá, giật tóc, bóp cổ hoặc cố tình rút các thiết bị quan trọng.

- Không tranh luận với bệnh nhân đang có biểu hiện sảng. Không cố chứng minh rằng bệnh nhân "đang tưởng tượng", "nói sai" hoặc "không có ai ở đó".

- Ưu tiên giảm kích thích và giảm căng thẳng trước khi hạn chế vận động hoặc dùng thuốc. Khi người bệnh sảng có nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc người khác, trước tiên sử dụng các kỹ thuật giao tiếp và giảm kích động bằng lời nói/không lời; biện pháp hạn chế chỉ được cân nhắc khi các biện pháp này không hiệu quả hoặc không phù hợp và nguy cơ gây hại vẫn cao.

5. KẾT LUẬN

Sảng xuất hiện tập trung chủ yếu trong 24–48 giờ đầu sau phẫu thuật tim, chủ yếu biểu hiện trạng thái kích động, có nguy cơ gây tổn hại chính bệnh nhân và người chăm sóc. Việc kiểm soát tình trạng này đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và NVYT tại đơn vị hồi sức sau phẫu thuật tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Petersson N.B., Hansen M.H., Hjelmborg J.V.B. và cộng sự. (2024). Incidence and assessment of delirium following open cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs, 23(8), 825–832.

2. Kim M.-S. và Kim S.-H. (2024). Risk factors for postoperative delirium in patients with cardiac surgery. Sci Prog, 107(3), 368504241266362.

3. Miranda F., Gonzalez F., Plana M.N. và cộng sự. (2023). Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. Cochrane Database Syst Rev, 2023(11).

4. Mossie A., Regasa T., Neme D. và cộng sự. (2022). Evidence-Based Guideline on Management of Postoperative Delirium in Older People for Low Resource Setting: Systematic Review Article. Int J Gen Med, 15, 4053–4065.

5. Jiang Y., Xie Y., Fang P. và cộng sự. (2024). Cognitive Training for Reduction of Delirium in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open, 7(4), e247361.

6. Shining Cai , Jingjing Li , Jian Gao, Wenyan Pan, Yuxia Zhang (2022). Prediction models for postoperative delirium after cardiac surgery: Systematic review and critical appraisal. Int J Nurs Stud ISSN 0020-7489 Vol 136 Page 104340, 136, 104340.

7. Mart M.F., Boehm L.M., Kiehl A.L. và cộng sự. (2024). Long-term outcomes after treatment of delirium during critical illness with antipsychotics (MIND-USA): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Respir Med, 12(8), 599–607.

8. Knowledge, attitude, and practice regarding postoperative delirium among cardiac surgery nurses: A cross-sectional multi-centre study - Zhou - 2023 - Journal of Clinical Nursing.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16751>, accessed: 5/4/2025.

9. Nguyen T.T., Ta D.D., Ho H.S. và cộng sự. (2023). Incidence and risk factors for delirium after open heart surgery with cardiopulmonary bypass. Anaesth Pain Intensive Care, 27(6), 639–645.