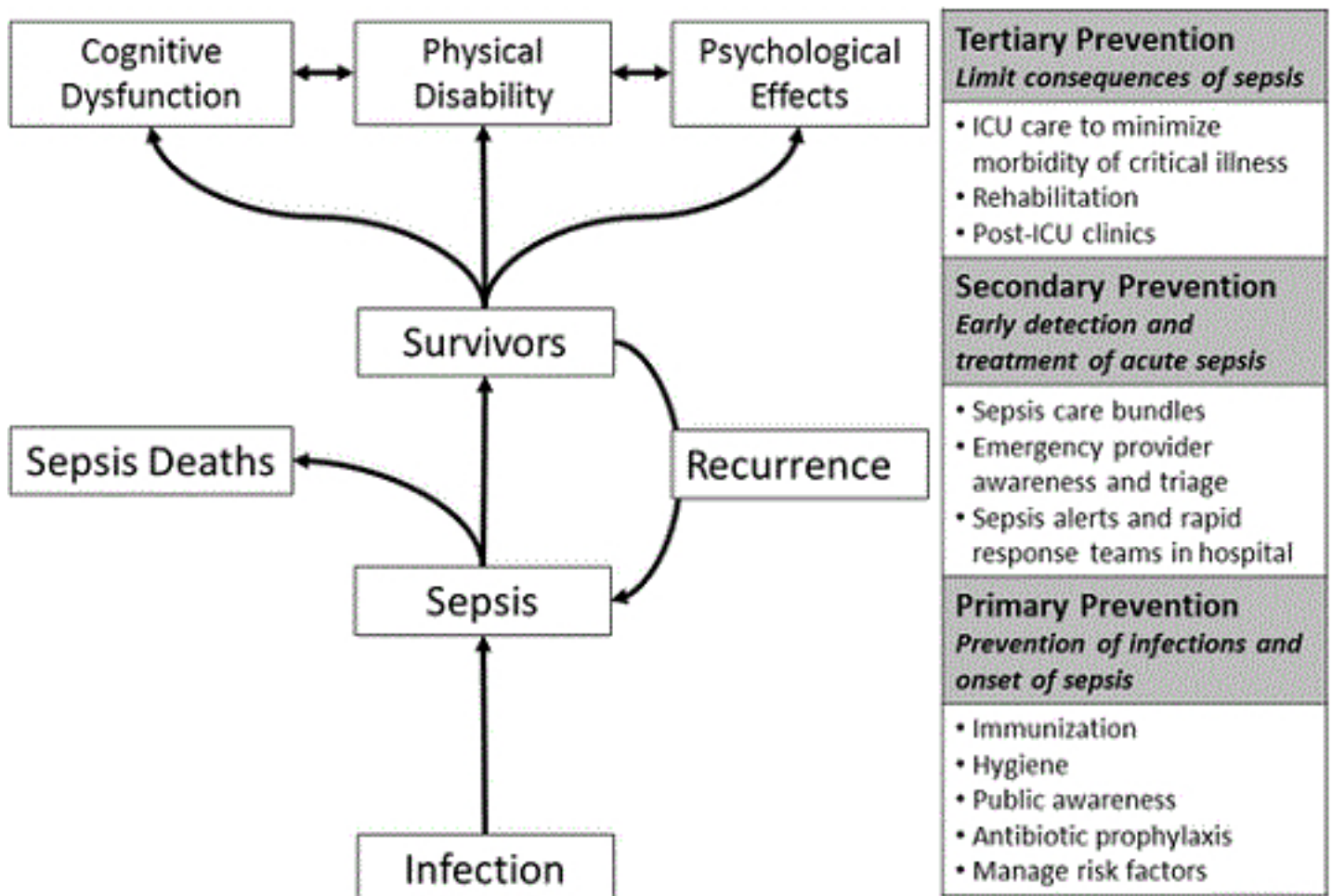


Bs Lê Văn Tuấn - Khoa ICU

Năm 2017, Hội Y tế Thế giới và Tổ chức Y tế Thế giới (WHA/WHO) đã thông qua một nghị quyết ưu tiên giảm gánh nặng toàn cầu với nhiễm trùng huyết [1]. Trong khi các sáng kiến lâm sàng và khoa học ngày nay chủ yếu tập trung vào việc chăm sóc cấp tính nhiễm trùng huyết, giới pháp của WHA/WHO đưa ra một mô hình tiếp cận phân chính - rằng nhiễm trùng huyết là một vấn đề sức khỏe công đồng đòi hỏi các giới pháp dựa trên dân số và dựa trên hệ thống. Sự thay đổi này vậy đã xảy ra trước đó với nhiễm máu cổ tim và đột quỵ. Trong khi bệnh bại liệt này đã từng được xem là tình trạng cấp tính, không thể phòng được, hôm nay việc phòng ngừa chúng thông qua việc điều trị các bệnh lý nền mãn tính được xem là một trong những thành tựu sức khỏe công đồng tuyệt vời của thế kỷ hai mươi i [

2

]. Với nhiễm trùng huyết theo cách tiếp cận tiếp, câu hỏi quen thuộc - những quan trọng – đã phát sinh. Chúng ta có thể giảm bớt gánh nặng cho xã hội? Những can thiệp có hệ thống nào hiệu quả nhất tiếp cận góc độ dân số? Và, cuối cùng, chúng ta có thể ngăn ngừa nhiễm trùng huyết?



Hình 1: Chiến lược phòng ngừa dựa theo chuỗi nhiệm vụ của các sĩ y. Để nới lỏng chăm sóc để bệnh ICU

Theo hướng này, chúng ta có thể khái niệm hóa nhiệm vụ phòng ngừa bằng cách sử dụng mô hình phòng bệnh sơ cấp, thứ cấp và chuyên sâu quen thuộc (Hình 1). Trong bối cảnh này, phòng ngừa sơ cấp đề cập đến công tác phòng ngừa bệnh nhiễm trùng hoặc tình trạng nhiễm trùng huyết (tức là khi phát triển bệnh liên quan đến đặc tính mô). Phòng ngừa thứ cấp đề cập đến việc phát hiện sớm và điều trị nhiễm trùng huyết. Phòng ngừa chuyên sâu đề cập đến điều trị bệnh viện và sau bệnh viện để giảm thiểu hậu quả lâu dài của nhiễm trùng huyết. Trong khi chúng ta biết nhiều về phòng ngừa thứ cấp, công việc vẫn đang chờ đợi thực hiện trong các lĩnh vực phòng ngừa sơ cấp và phòng ngừa chuyên sâu.

Liên quan đến việc ngăn ngừa nhiễm trùng huyết sơ cấp, trong khi nhiễm trùng huyết có thể xảy ra trong lĩnh vực y tế công cộng, việc ngăn ngừa nhiễm trùng đã là nguyên tắc hàng đầu trong hơn 100 năm qua. Ngày nay, các hệ thống tiếp tục ngăn ngừa nhiễm trùng huyết thông qua vô số chiến lược áp dụng cho các khách bệnh khác nhau, không ngừng phát triển. Chúng bao gồm các chiến lược xin trên toàn quốc và quốc gia; chính sách toàn bệnh viện và thiết bị bệnh viện xâm lấn, chăm sóc da, kiểm soát vô trùng, vệ sinh tay, và kiểm soát; thực hành giám sát và kiểm soát dựa trên phòng khám; các phòng khám chuyên khoa có nguy cơ cao như nhồi máu bệnh nhân điều trị bệnh xơ nang; và phòng ngừa nhiễm trùng cá nhân trong số những người bệnh nhân thông qua việc sử dụng. Những chiến lược này đã vô cùng thành công trong việc giảm thiểu, và thậm chí loại bỏ, một số gánh nặng của các bệnh truyền nhiễm [2].

Một lĩnh vực thứ hai về phòng ngừa sơ cấp bao gồm xác định các điểm tiếp xúc của các cá nhân có nguy cơ nhiễm trùng cao, tiếp tục theo dõi cách nghiên cứu Framingham cung cấp sự hiểu biết về các yếu tố nguy cơ cho bệnh tim mạch. Làm việc sớm với đối tượng y tế hành chính và các nghiên cứu thu thập dữ liệu để, như nghiên cứu Lý do sức khỏe khác biệt về địa lý và chủng tộc trong nhóm đối tượng đã cung cấp những tiến bộ lớn cho khoa học truyền nhiễm về nhiễm trùng huyết [3],

[4](#)

[5](#)

]. Những công việc lúc này và trong tương lai sẽ rất quan trọng để giúp xác định các yếu tố nguy cơ có thể sửa đổi và các nhóm rủi ro trong đó nhóm đến các chiến lược phòng ngừa sơ cấp và thứ cấp trong tương lai.

Khái niệm phòng ngừa thứ cấp nhiễm trùng huyết có nền tảng quen thuộc hiện có trong các

sáng kiến lâm sàng nhằm nhận diện và điều trị sớm. Thông tin này giúp ích cho việc tìm kiếm và điều trị, nhiễm trùng huyết có “giải vàng” trong đó việc điều trị bằng kháng sinh hiệu quả hơn nhiều trong việc giảm tử vong [6, 7]. Ngày nay, trung tâm là việc thúc đẩy việc hiểu rõ các quy trình dựa trên bằng chứng để giảm tử vong do nhiễm trùng nhiễm độc ban hành bởi Surviving Sepsis Campaign hoặc Trung tâm Medicare và Medicaid [

8

9

10

]. Các chiến lược trong thông tin lại bao gồm các biện pháp tiếp cận chuyên biệt chăm sóc nhiễm trùng sớm hơn, với các chiến lược nâng cao nhận thức công khai nêu bật nhận biết sớm, phân tích cuộc gọi từ các hộ gia đình điều trị sớm bởi các nhà cung cấp dịch vụ y tế khẩn cấp và các nhóm phòng ngừa nhanh. Theo hướng này, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh đã khởi xướng chiến lược Get Ahead of Sepsis để nâng cao nhận thức cộng đồng về việc sớm phát hiện và điều trị nhiễm trùng huyết [

11

12

].

Phòng ngừa chuyên sâu để tiếp cận các biện pháp để hạn chế tác động sau này của nhiễm trùng huyết, tối ưu hóa diễn tiến sức khỏe sau nhiễm trùng. Diễn tiến này bao gồm tái phát nhiễm trùng huyết, tử vong lâu dài và bệnh suốt lâu dài trên các lĩnh vực chức năng tâm lý, nhận thức và thể chất [13, 14]. Trong khi hoàn thành các tranh luận về phòng ngừa và gánh nặng xã hội của nhiễm trùng huyết, lĩnh vực hợp tác sau nhiễm trùng vẫn còn trong giai đoạn sớm. Có nhu cầu hiểu rõ hơn về các dịch vụ y tế và kết quả tiếp cận trung vào bệnh nhân nghiên cứu và các chiến lược để giảm tử vong và bệnh suốt lâu dài trong nhiễm trùng huyết. Cho đến khi có thêm bằng chứng, các chiến lược hành động phòng ngừa chuyên sâu vẫn là phần bổ sung để chăm sóc quản lý tổng thể cao: thông khí phổi và phổi, thúc đẩy dinh dưỡng và điều trị sớm, dinh dưỡng sớm, giảm các biện pháp liên quan đến thời gian, chăm sóc da và phục hồi chức năng sớm. Các hướng tiếp cận lại bao gồm kiểm tra các biện pháp can thiệp trong việc chăm sóc sau bệnh viện của bệnh nhân nhiễm trùng huyết song song, xảy ra trong môi trường khác nhau. Chúng bao gồm chăm sóc cấp tính dài hạn, phục hồi chức năng ngắn hạn và các cơ sở điều trị dài hạn tại nhà bệnh nhân cũng có thể bao gồm các phòng khám theo dõi chăm sóc cấp tính.

Trong khi lợi ích sức khỏe cộng đồng tuy nhiên vẫn là kết quả của việc đưa nhiễm trùng huyết vào các ưu tiên y tế toàn cầu và kiểm soát nhiễm trùng, điều quan trọng là phải tiếp tục thách thức để thay đổi mô hình này. Đầu tiên, nhiễm trùng huyết không phải là một thực thể bệnh độc lập xác định rõ ràng mà là một hệ thống lâm sàng không được hiểu do vô số các tác nhân gây bệnh, phòng ngừa và các rào cản và các rào cản chức năng tiếp nhận. Điều này tạo ra những thách thức mang tính khái niệm và thực tiễn trong việc nhận diện các chiến lược y tế

công cộng. Nhiễm trùng huyết rất khó chẩn đoán, khó theo dõi hơn và các chi phí điều trị công nghệ nhất đả khi mức độ không đáp ứng. Những thách thức này là phần tiếp trong các thí nghiệm nghèo tài nguyên, nơi gánh nặng bệnh nhiễm trùng huyết là không rõ nhưng chắc chắn là lớn. Thách thức thứ hai mà sẽ thay đổi mô hình này đổi mới là việc áp dụng rộng rãi điều trị kháng sinh sớm, có kinh nghiệm có thể có những hạn chế phần đối các nguyên nhân mới trong khi kiểm soát nhiễm trùng. Cuối cùng, chúng bao gồm việc sử dụng kháng sinh không thích hợp dẫn đến suy giảm nguồn lực và hơn nữa, tăng đáng kể tính tốn kém và tiếp tục xu hướng kháng kháng sinh.

Sở phần tiếp của nhiễm trùng huyết ngăn chặn bất kỳ chính sách y tế công cộng nào phù hợp với môi trường. Nhu cầu và chi phí điều trị lĩnh vực cao sẽ khác nhau giữa các quốc gia và hệ thống chăm sóc sức khỏe và sẽ phụ thuộc vào tác nhân gây bệnh tại chỗ, yếu tố nguy cơ chủ yếu, chi phí điều trị đã có sẵn và nguồn lực. Chúng tôi nghĩ rằng những vấn đề này chính xác là lý do tại sao các nhiễm trùng huyết thuộc về một chính sách y tế công cộng toàn cầu toàn diện. Một chương trình y tế công cộng kết hợp các thành phần phòng ngừa, ngăn chặn, phát hiện sớm, và các chính sách điều trị và cân bằng trong bối cảnh tác động sau này về sức khỏe công đồng là một trong những biện pháp có thể để giảm bớt những bất công hiện tại và cuối cùng là phòng ngừa nhiễm trùng huyết.

Tài liệu tham khảo

1. Global Sepsis Alliance. WHA Adopts Resolution on Sepsis. <https://www.global-sepsis-alliance.org/news/2017/5/26/wha-adopts-resolution-on-sepsis>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Ten Great Public Health Achievements—United States, 2001–2010. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm>
3. Wang HE, Donnelly JP, Griffin R, Levitan EB, Shapiro NI, Howard G, Safford MM. Derivation of novel risk prediction scores for community-acquired sepsis and severe sepsis. *Crit Care Med*. 2016;44:1285–94.
4. Kempker JA, Magee MJ, Cegielski JP, Martin GS. Associations between vitamin D level and hospitalizations with and without an infection in a national cohort of medicare beneficiaries. *Am J Epidemiol*. 2016;183:920–9.
5. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Engl J Med*. 2003;348:1546–54.
6. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, Suppes R, Feinstein D, Zanotti S, Taiberg L, Gurka D, Kumar A, Cheang M. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit*

Care Med. 2006;34:1589–96.

7. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, Lemeshow S, Osborn T, Terry KM, Levy MM. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. N Engl J Med. 2017;376:2235–44.

8. Centers for Medicare and Medicaid Services, The Joint Commission. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 5.0b. <http://qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier4&cid=1228774725171>

9. Miller RR 3rd, Dong L, Nelson NC, Brown SM, Kuttler KG, Probst DR, Allen TL, Clemmer TP, Intermountain Healthcare Intensive Medicine Clinical Program. Multicenter implementation of a severe sepsis and septic shock treatment bundle. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188:77–82.

10. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, Schorr C, Artigas A, Ramsay G, Beale R, Parker MM, Gerlach H, Reinhart K, Silva E, Harvey M, Regan S, Angus DC. The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Intensive Care Med. 2010;36:222–31.

11. Centers for Disease Control and Prevention. CDC urges early recognition, prompt treatment of sepsis. <https://www.cdc.gov/media/releases/2017/p0831-sepsis-recognition-treatment.html>

12. Centers for Disease Control and Prevention. Get Ahead of Sepsis. <https://www.cdc.gov/sepsis/get-ahead-of-sepsis/index.html>

13. Prescott HC, Angus DC. Enhancing recovery from sepsis: a review. JAMA. 2018;319:62–75. [View Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)

14. Wang HE, Moore JX, Donnelly JP, Levitan EB, Safford MM. Risk of acute coronary heart disease after sepsis hospitalization in the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke cohort. Clin Infect Dis. 2017;65:29–36.

Nguồn: Dữ liệu từ <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-018-2048-3>