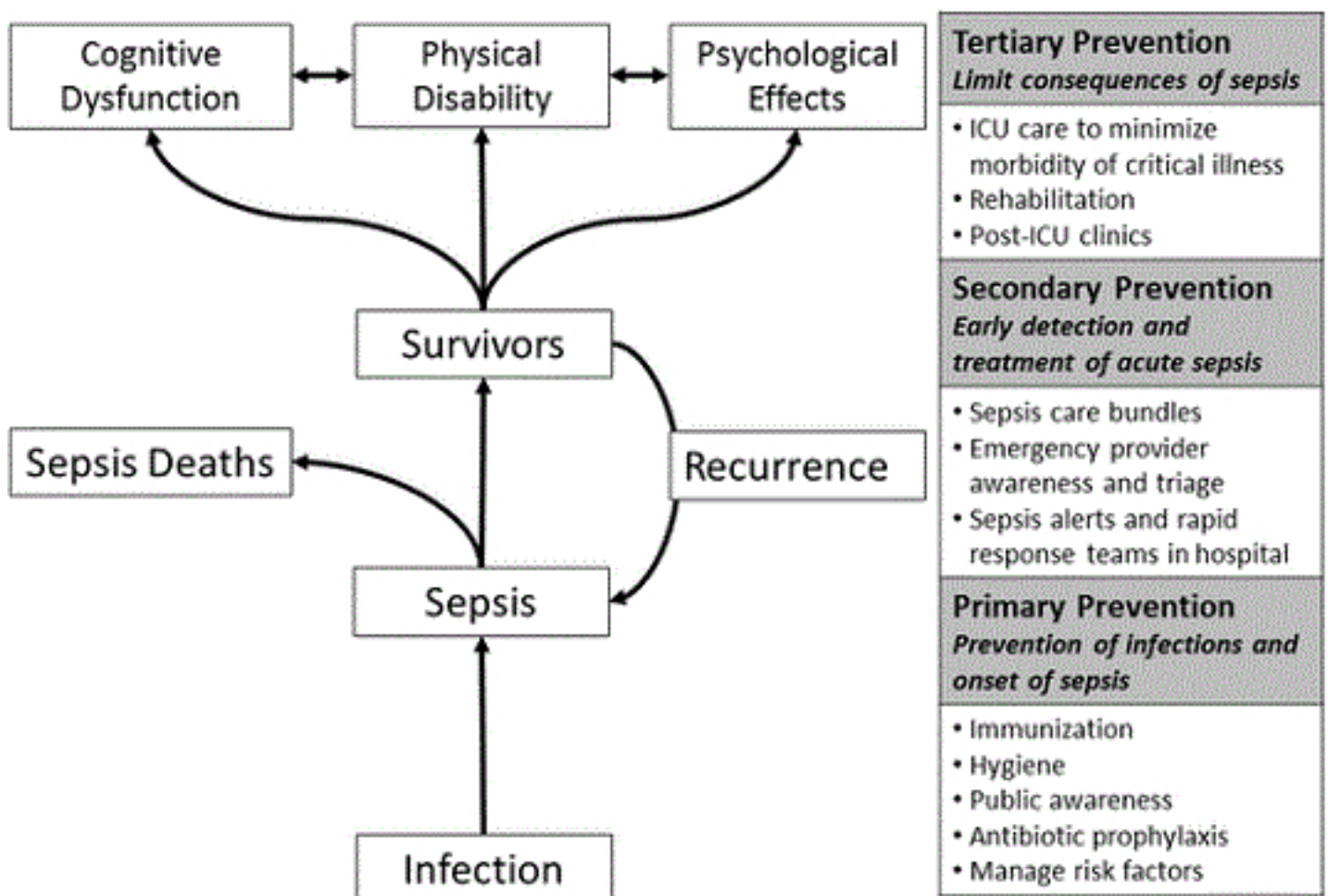


Bs Lê Văn Tuấn - Khoa ICU

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 về 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 những máu công tim và đột quỵ. Trong khi những bệnh lý 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 xem chi tiết, hãy nhấp vào ảnh.

Theo hình này, chúng ta có thể khái niệm hóa nhiệm vụ phòng ngừa bằng cách sắp xếp 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 tật hoặc tình trạng bệnh tật (tức là khi phát triển bệnh hoặc chấn thương). Phòng ngừa thứ cấp đề cập đến việc phát hiện sớm và điều trị bệnh tật. Phòng ngừa chuyên sâu đề cập đến điều trị bệnh tật và sau bệnh tật để giảm thiểu hậu quả lâu dài của bệnh tật. Trong khi chúng ta biết nhiều về phòng ngừa thứ cấp, công việc vẫn còn thiếu hụt trong các lĩnh vực phòng ngừa sơ cấp và phòng ngừa chuyên sâu.

Liên quan đến việc ngăn ngừa bệnh tật sơ cấp, trong khi bệnh tật có thể xảy ra trong lĩnh vực y tế công cộng, việc ngăn ngừa bệnh tật đã là nguyên tắc hàng đầu trong hơn 100 năm qua. Ngày nay, các hệ thống tiếp cận ngăn ngừa bệnh tật thông qua vô số chiến lược áp dụng cho các khu vực khác nhau, không ngừng phát triển. Chúng bao gồm các chiến lược xin trên toàn quốc và quốc gia; chính sách toàn bộ nhân viên và thị trường lao động; chăm sóc da, kiểm soát vắcxin, vệ sinh tay, và kiểm soát chất lượng; thực hành giám sát và kiểm soát chất lượng trên phòng khám; các phòng khám chuyên khoa có nguy cơ cao như nhồi máu cơ tim, nhân đôi tử cung và phòng ngừa cá nhân trong sản xuất nông nghiệp; và phòng ngừa bệnh tật. 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 bệnh tật cao, tiếp xúc với các 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, như nghiên cứu Lý do sức khỏe khác biệt về địa lý và chủng tộc trong nhóm dân cư đã cung cấp những tiến bộ lớn cho công nghệ quản lý và phòng ngừa bệnh tật [3],

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 bệnh tật các chiến lược phòng ngừa sơ cấp và thứ cấp trong tương lai.

Khái niệm phòng ngừa thứ cấp bệnh tật có nền tảng quen thuộc hiện có trong các

sáng kiến lâm sàng nhằm mục đích phát hiện và điều trị sớm. Thông tin này nhằm mục đích tìm và đưa ra quyết định, 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 môn để 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 để điều trị sớm bởi các nhà cung cấp dịch vụ y tế khẩn cấp và các nhóm phản ứng nhanh. Theo hướng này, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh đã khuyến khích người dân 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 hiện tại để cải thiện các dịch vụ y tế và kết nối tiếp trung vào bệnh nhân nghiên cứu với 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 hiện hành về phòng ngừa chuyên sâu vẫn là phải biết đến và chăm sóc quan trọng nhất là thông khí phổi, thúc đẩy tuần hoàn và vận động sớm, dinh dưỡng sớm, giảm các biến chứng 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 cấp độ điều trị tiếp theo 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 với 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, phản ứng của vật chủ và các rào cản chức năng nội tại. Điều này tạo ra những thách thức mang tính khái niệm và thực tiễn trong việc nhóm các tiêu chí lâm sàng 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>