

Bs Nguyễn Thị Yến Linh -

Mặc dù việc phát hiện sự không đồng bộ về thời điểm giữa bệnh nhân và máy thở ở giai đoạn bắt đầu (triggering) và ngắt thúc (cycling-off) của chu kỳ hô hấp là khó khăn nếu không đo áp lực thở của người hoặc hoạt động điện của cơ hoành [1], nhưng việc quan sát kỹ các đường cong lưu lượng (flow) và áp lực đường thở (airway pressure) trên màn hình máy thở vẫn cho phép nhận diện lâm sàng các dạng không đồng bộ chính giữa bệnh nhân và máy thở, như như là hô hấp không hiệu quả (ineffective efforts) — dạng thông thường gặp nhất — và hiện tượng double-cycling [2].

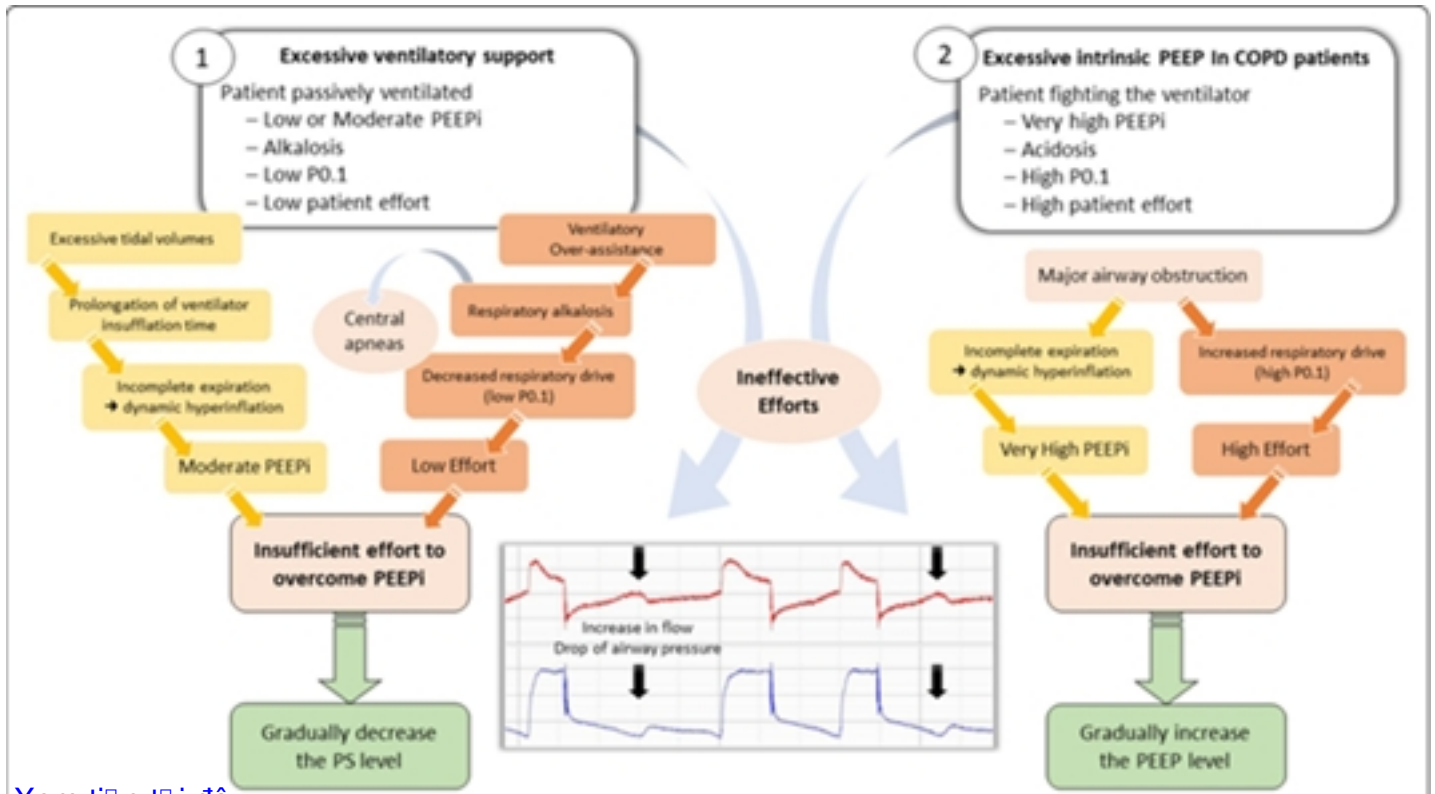
Nếu là hô hấp không hiệu quả (Ineffective efforts)

Động kích hoạt một chu kỳ thở do máy hô hấp trong pha thở ra, bệnh nhân trước tiên phải vượt qua áp lực đường cuống thì thở ra nội tại (intrinsic PEEP), sau đó là ngưỡng kích hoạt hít vào của máy thở. Nếu như là hít vào của bệnh nhân không đủ mạnh để vượt qua gánh nặng này, máy thở sẽ không nhận diện được, dẫn đến hiện tượng không kích hoạt được chu kỳ thở (ineffective triggering).

Hiện tượng này có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào và trong mọi chế độ thở máy, nhưng thường gặp hơn trong chế độ hỗ trợ áp lực (pressure-support ventilation – PSV) so với các chế độ khác [2, 3].

Khi như là không hiệu quả xảy ra thường xuyên, tức là khi chỉ số không đồng bộ (asynchrony index) vượt quá 10% (số số kích hoạt không đồng bộ / tổng số lần thở), tần số thở do máy ghi nhận sẽ giảm đáng kể, thấp hơn đáng kể so với tần số thở thực của bệnh nhân [4].

Trong đa số các nghiên cứu, bệnh nhân có như là không hiệu quả thường xuyên (chiếm khoảng 10–20%) có thời gian thở máy kéo dài hơn [5]. Mặc dù hiện tượng này có thể chủ yếu phản ánh mức độ tần số thông hô hấp nặng hơn, nhưng cũng có bằng chứng cho thấy nó có thể gây hại [2, 3, 5].



[Xem tiếp tại đây](#)