

AN THẦN GIẢM NHẸ TRONG CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI BỆNH NHÂN UNG THƯ: BÁO CÁO MỘT CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Thị Phi Yến^{1*}, Bùi Phạm Thái Hoà²

TÓM TẮT

An thần giảm nhẹ là một phương pháp được sử dụng trong chăm sóc cuối đời nhằm giảm thiểu khổ sở cho người bệnh do các triệu chứng bệnh tật gây ra. Báo cáo này trình bày một trường hợp bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn cuối với đau dai dẳng, sáng và kích động. Sau khi thảo luận với gia đình và có được sự đồng thuận của các thành viên trong gia đình, nhóm chăm sóc giảm nhẹ chỉ định an thần mức độ nhẹ bằng Midazolam truyền tĩnh mạch liên tục với liều được điều chỉnh dần theo đáp ứng lâm sàng. Việc kiểm soát triệu chứng hiệu quả đạt được mà vẫn duy trì được mức độ tỉnh táo ban ngày cho bệnh nhân. Trường hợp này minh họa quy trình chỉ định, theo dõi và điều chỉnh thuốc trong an thần giảm nhẹ, đồng thời làm rõ các cân nhắc lâm sàng và đạo đức đi kèm. Báo cáo cũng nhấn mạnh vai trò của hướng dẫn thực hành quốc tế trong tối ưu hóa chăm sóc cuối đời cho bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến triển.

Từ khóa: An thần giảm nhẹ; chăm sóc cuối đời; ung thư giai đoạn cuối.

PALLIATIVE SEDATION IN END-OF-LIFE CARE FOR A PATIENT WITH ADVANCED STAGE CANCER: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Palliative sedation is a method used in end-of-life care to alleviate suffering caused by refractory symptoms. This report presents a case of a patient with advanced-stage lung cancer who experienced persistent pain, delirium, and agitation unresponsive to standard treatments. After discussions with the family and the palliative care team, the patient was initiated on light sedation using continuous intravenous midazolam, with the dose gradually adjusted based on clinical response. Effective symptom control was achieved while maintaining the patient's daytime alertness. This case illustrates the process of indication, monitoring, and medication adjustment in palliative sedation, while also clarifying

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vimmec Times city

²Trường Đại học VinUni

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phi Yến

Email: ylhn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 08/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

the associated clinical and ethical considerations. The report also emphasizes the role of international clinical practice guidelines in optimizing end-of-life care for patients with advanced cancer.

Keywords: Palliative sedation; end-of-life care; advanced-stage cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù được sử dụng rộng rãi trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ, thuật ngữ “chăm sóc cuối đời” hiện vẫn chưa có một định nghĩa thống nhất. Theo Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội Ung thư châu Âu (ESMO), giai đoạn chăm sóc cuối đời bắt đầu khi bệnh nhân mắc bệnh tiến triển bước vào thời kỳ suy kiệt thể chất nhanh chóng. Đây thường là những tuần hoặc tháng cuối đời, khi cái chết được xem là hệ quả tất yếu của quá trình bệnh lý. An thần giảm nhẹ là lựa chọn điều trị sau cùng trong chăm sóc cuối đời, dành cho những trường hợp bệnh nhân vẫn còn đau đớn hoặc khổ sở dù đã được điều trị bằng các phương pháp kiểm soát triệu chứng tiêu chuẩn nhưng không hiệu quả. Phương pháp này được cân nhắc khi mọi nỗ lực giảm nhẹ triệu chứng đều thất bại [1].

Tỷ lệ sử dụng thuốc an thần giảm nhẹ trong chăm sóc cuối đời có sự khác biệt tùy theo nghiên cứu và tình trạng bệnh nhân, nhưng thường dao động trong khoảng từ 20÷50% ở các bệnh nhân cuối đời. Một số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ này có thể cao hơn ở những bệnh nhân có các triệu chứng khó chịu và không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác.

Trong bài báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân ung thư được chỉ định an thần giảm nhẹ trong giai đoạn chăm sóc cuối đời, qua đó thảo luận những chỉ định, quy trình, cũng như những cân nhắc đạo đức và lâm sàng xoay quanh quyết định này.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 59 tuổi nhập viện vì mệt nhiều, ăn uống kém. Ba năm trước, bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi giai đoạn IV (di căn màng phổi, não, gan và xương). Giải phẫu bệnh ung thư biểu mô kém biệt hóa, đột biến EGFR, PD-L1 dương

tính 40%, ALK âm tính. Ban đầu, bệnh nhân được điều trị Osimertinib. Tuy nhiên, bệnh tiến triển dần, bên cạnh Osimertinib, bệnh nhân được điều trị phác đồ Pemetrexed + Carboplatin, sau đó chuyển phác đồ Ramucimab + Docetaxel, cuối cùng chuyển phác đồ Gemcitabine. Cách vào viện 2 tháng, bệnh nhân yếu nửa người phải do tổn thương não tiến triển, đã được xạ trị toàn não, tuy nhiên triệu chứng yếu nửa người không thay đổi và có các cơn co giật tay phải, toàn trạng yếu dần. Đợt này bệnh nhân vào viện chăm sóc cuối đời.

Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng mệt nhiều, ăn kém, ngủ kém, đau đầu, đau cổ vai gáy bên trái, VAS 4-5 điểm, nuốt khó, thỉnh thoảng co giật tay phải, tỉnh táo, thể trạng gầy, BMI 17,73 kg/m², ECOG 3, dấu hiệu sinh tồn ổn định, da niêm mạc nhợt, yếu nửa người phải sức cơ 1/5. Bệnh nhân được điều trị giảm phù não với Dexamethasone, hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch, dự phòng động kinh, dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu, dự phòng loét tì đè, dự phòng loét dạ dày, quản lý rối loạn giấc ngủ và kiểm soát đau. Ban đầu, bệnh nhân được kiểm soát đau với Paracetamol 500 mg mỗi 6 giờ phối hợp với Morphine 2 mg mỗi 4 giờ khi đau VAS $\geq$ 4/10 điểm. Tình trạng mất ngủ được điều trị với Zopiclone 7,5 mg vào buổi tối. Tuy nhiên, tình trạng đau đáp ứng kém, bệnh nhân có nhiều cơn sáng, lo âu, hoảng hốt, kích động và kêu cứu. Sau khi giải thích vào thảo luận với gia đình bệnh nhân, cũng như thống nhất trong nhóm chăm sóc giảm nhẹ, Morphine ngắt quãng được chuyển sang truyền tĩnh mạch liên tục với phương pháp giảm đau tự kiểm soát (duy trì 0,6 mg/giờ, bolus 1,2 mg khi đau VAS $\geq$ 4/10 điểm, lockout 2 giờ, giới hạn 6 mg/4 giờ), Midazolam liều thấp đã được bổ sung thêm (duy trì 0,45 mg/giờ, bolus 0,6 mg khi kích thích nhiều, lockout 1 giờ, giới hạn 4,2 mg/4 giờ), Paracetamol được

giảm liều 500 mg mỗi 4 giờ. Trong 24 giờ đầu tiên, bệnh nhân được sử dụng 20 mg Morphine và 12 mg Midazolam. Tình trạng đau và kích động của bệnh nhân được kiểm soát với liều Morphine và Midazolam truyền tĩnh mạch liên tục tăng dần, đạt liều ổn định sau 2 tuần với Morphine khoảng 40 mg/24 giờ (duy trì 1,2 mg/giờ, bolus 2 mg khi đau VAS $\geq 4/10$ điểm, lockout 2 giờ, giới hạn 11,2 mg/4 giờ) và Midazolam khoảng 35 mg/24 giờ (duy trì 0,9 mg/giờ và giới hạn 7,2 mg/4 giờ từ 6 giờ đến 20 giờ, duy trì 1,5mg/giờ và giới hạn 9,6 mg/4 giờ từ 20 giờ đến 6 giờ sáng hôm sau, bolus 1,2 mg khi kích thích nhiều, lockout 1 giờ). Bệnh nhân ban ngày mở mắt tự nhiên, gọi hỏi có thể trả lời chậm, đêm ngủ được, thỉnh thoảng còn kêu rên nhưng không còn những cơn kích động, sáng, các điều trị hỗ trợ phù hợp khác tiếp tục được duy trì.

3. BÀN LUẬN

3.1. Chỉ định an thần giảm nhẹ

An thần giảm nhẹ thường được sử dụng để kiểm soát các triệu chứng như sáng không đáp ứng điều trị, khó thở kéo dài, đau dai dẳng và căng thẳng tâm lý nghiêm trọng. Trong những tình huống khẩn cấp như xuất huyết lớn, co giật hoặc tắc nghẽn đường thở, việc an thần nhanh có thể cần thiết để làm giảm sự khổ sở cho bệnh nhân. Triệu chứng được coi là kháng trị khi các phương pháp điều trị hiện có không giúp cải thiện triệu chứng một cách hiệu quả, không đạt hiệu quả trong thời gian hợp lý, hoặc gây ra tác dụng phụ hay độc tính vượt quá khả năng chịu đựng của người bệnh. Việc chỉ định an thần giảm nhẹ nên được đưa ra sau khi được đánh giá từ nhóm chăm sóc giảm nhẹ. Quyết định sử dụng an thần giảm nhẹ cần được thảo luận kỹ lưỡng với bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp nếu bệnh nhân mất năng lực hành vi. Quá trình thảo luận cần đề cập rõ các lựa chọn thay thế, mục đích và cách tiến hành an thần giảm nhẹ, cũng như tiên lượng bệnh nhân trong thời gian sắp tới [1].

3.2. Vấn đề đạo đức

An thần nhằm giảm nhẹ các triệu chứng kháng trị ở bệnh nhân hấp hối, khi được thực hiện ở mức độ phù hợp, là một can thiệp hợp đạo đức trong chăm sóc cuối đời. Khác với an tử hay tự tử có trợ giúp, phương pháp này không nhằm mục đích gây tử vong mà hướng đến việc xoa dịu đau khổ không kiểm soát được. Cách tiếp cận này phù hợp với nguyên tắc đạo đức của hệ quả kép [2]. An thần giảm nhẹ không làm rút ngắn thời gian sống của bệnh nhân [1].

Tuy nhiên, trong giai đoạn cuối đời, bệnh nhân cần sự tỉnh táo để giao tiếp, để lại di nguyện, tha thứ và được tha thứ, thể hiện tình cảm và nói lời tạm biệt với những người thân yêu [3]. Đôi khi, bệnh nhân cần an thần sâu đến mức mất ý thức mới có thể kiểm soát được triệu chứng [3], vì vậy bệnh nhân và người thân cần được hiểu rõ về quyết định an thần giảm nhẹ.

3.4. Quy trình dùng thuốc an thần giảm nhẹ

Thuốc dùng trong an thần giảm nhẹ lý tưởng nên có tác dụng nhanh, thời gian tác dụng ngắn, dễ điều chỉnh liều, hiệu quả trong việc gây an thần và ít tác dụng phụ. Các thuốc thường dùng gồm opioid, benzodiazepine, barbiturat, thuốc chống loạn thần và các thuốc gây mê toàn thân khác (propofol hoặc ketamine)[4]. Tuy nhiên, trong “Khung hướng dẫn đã được chỉnh sửa của Hiệp hội Chăm sóc giảm nhẹ châu Âu (EAPC) về an thần giảm nhẹ: Một nghiên cứu Delphi quốc tế” phát hành năm 2004, opioid và haloperidol không được khuyến cáo trong an thần giảm nhẹ [3]. Đường dùng ưu tiên là truyền tĩnh mạch hoặc dưới da liên tục hoặc ngắt quãng; nên tránh tiêm bắp vì gây đau. Các đường dùng khác như qua da, trực tràng hoặc ống tiêu hóa thường không phù hợp do tác dụng chậm và khó kiểm soát liều [4]. Trong quá trình an thần giảm nhẹ, các thuốc kiểm soát triệu chứng khác (ví dụ thuốc giảm đau opioid) vẫn thường được tiếp tục, đặc biệt trong trường hợp các thuốc này đã và đang có hiệu quả cho bệnh nhân [1].

Theo EAPC, trừ các trường hợp khẩn cấp trong giai đoạn cuối đời, bệnh nhân bước đầu nên được an thần ở mức độ nhẹ. Nếu bệnh nhân không đáp ứng với an thần mức độ nhẹ, an thần mức độ sâu hơn nên được xem xét. Ngoài ra, bác sĩ có thể cân nhắc an thần sâu từ ban đầu trong các tình huống khẩn cấp, vì an thần mức độ nhẹ không thể đạt hiệu quả trong thời gian phù hợp. EAPC khuyến cáo Midazolam là thuốc đầu tay trong an thần giảm nhẹ vì tính dễ kiểm soát, ngoài ra Lorazepam là lựa chọn đầu tay thay thế. Nếu các thuốc đầu tay không đạt hiệu quả mong muốn, Levomepromazine hoặc Chlorpromazine có thể được phối hợp thêm ở bước hai, Propofol có thể được dùng ở bước ba nhưng cần được kê đơn bởi bác sĩ gây mê hoặc bác sĩ có kinh nghiệm trong việc sử dụng [3]. Bệnh nhân này của chúng tôi đã được an thần mức độ nhẹ với Midazolam.

EAPC khuyến cáo đối với an thần mức độ nhẹ ở bước một với Midazolam, liều bolus là 2,5 mg tiêm dưới da hoặc 1,25 mg tiêm tĩnh mạch, liều duy trì là 1 mg/giờ (tiêm dưới da hoặc tiêm tĩnh mạch) sau đó điều chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân. Khi bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như: tuổi trên 60, cân nặng dưới 60 kg, suy giảm nghiêm trọng chức năng gan hoặc thận, nồng độ albumin trong máu rất thấp và/hoặc đang sử dụng thuốc có khả năng làm tăng hiệu lực của thuốc an thần, thì liều khởi đầu nên được giảm xuống một nửa [3]. Bệnh nhân của chúng tôi có thể trạng gầy, albumin máu thấp và đang duy trì Morphine, vì vậy chúng tôi đã dùng liều bolus và liều duy trì khởi đầu thấp hơn tiêu chuẩn, sau đó điều chỉnh dần. Theo EAPC, nếu liều Midazolam hơn 10mg/giờ, bác sĩ nên cân nhắc đổi thuốc hoặc phối hợp thêm thuốc khác [3]. Bệnh nhân của chúng tôi đạt được hiệu quả kiểm soát triệu chứng với liều Midazolam khoảng 35 mg/24 giờ vì vậy không cần đến các bước an thần sâu hơn.

4. KẾT LUẬN

An thần giảm nhẹ là một can thiệp hợp lý và nhân đạo trong chăm sóc cuối đời, đặc biệt đối

với những bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến triển có triệu chứng kháng trị, gây khổ sở nghiêm trọng dù đã điều trị tối ưu. Trường hợp lâm sàng của chúng tôi minh họa cho việc áp dụng an thần mức độ nhẹ bằng Midazolam có kiểm soát, giúp bệnh nhân đạt được sự thoải mái trong những ngày cuối đời mà vẫn duy trì được mức độ tỉnh táo chấp nhận được vào ban ngày. Quyết định chỉ định an thần cần được đưa ra cân trọng, sau khi cân nhắc kỹ lưỡng về các yếu tố lâm sàng, đạo đức, mong muốn của bệnh nhân và người thân, cũng như tham khảo ý kiến từ nhóm chăm sóc giảm nhẹ. Việc tuân thủ khuyến cáo quốc tế và cá thể hóa điều trị giúp đảm bảo hiệu quả kiểm soát triệu chứng mà vẫn giữ được phẩm giá cho người bệnh trong giai đoạn sau cuối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. GB Crawford, T Dzierzanowski, K Haus-
er, et al. (2021), Care of the adult cancer
patient at the end of life: ESMO Clinical
Practice Guidelines, ESMO open, volume
6, issue 4, page 100225.
- [2]. Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn chăm sóc giảm
nhẹ và chăm sóc cuối đời.
- [3]. SM Surges, H Brunsch, B Jaspers, et al.
(2024), Revised European Association
for Palliative Care (EAPC) recommended
framework on palliative sedation: An inter-
national Delphi study, Palliative medicine,
volume 38, issue 2, pages 213-228.
- [4]. NI Cherny, MT Fallon, S Kaasa, et al.
(2021), Oxford Textbook of Palliative Med-
icine, 6th edition, Oxford University Press,
England, pages 1180-1188