

ĐÁNH GIÁ QUY TRÌNH VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC ỐNG MỞ THÔNG DẠ DÀY TẠI KHOA NGOẠI TÂN TRIỀU-BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Phong Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá việc thực hiện quy trình chăm sóc BN mở thông dạ dày

Phương pháp: mô tả cắt ngang công tác chăm sóc ống mở thông qua 60 ca bệnh mở thông dạ dày. Tuổi trung bình là 57,8 tuổi, trong đó 100% là nam giới, chẩn đoán thường gặp là ung thư thực quản (chiếm 86,67%), sau đó là ung thư hạ họng thanh quản (chiếm 10%). Có 59 BN được thực hiện mở thông dạ dày theo phương pháp Witzel (chiếm 98,33%), 1 BN được mở thông theo phương pháp Fontan (chiếm 1,67%). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

Kết quả: 6,67% BN tăng cân sau phẫu thuật, 80% không thay đổi toàn trạng. Tỷ lệ rò dịch tiêu hoá ra chân sonde chiếm 5%; biến chứng tắc sonde chiếm 6,67%. Không có BN nào tuột sonde, viêm phúc mạc hay nhiễm trùng vết mổ. 99,2% số lần thực hiện quy trình chăm sóc của điều dưỡng viên ở mức “đạt” so với tiêu chí đề ra

Từ khóa: quy trình chăm sóc, mở thông dạ dày

ABSTRACT

EVALUATION OF PROCESSES AND GASTROSTOMY TUBE CARE OUTCOMES AT THE GENERAL DEPARTMENT OF SURGERY – TAN TRIEU K HOSPITAL

Nguyen Thi Phong Lan¹

Objective: Evaluation of the implementation of processes and gastrostomy tube care outcomes

Method: a cross-sectional study on 60 gastrostomies. Mean age was 57.8 years-old, of which 100% were men. The diagnosis as esophageal carcinoma is more frequent (86.67%), followed by the hypopharyngeal carcinoma (10%). There were 59 patients performed with Witzel technique (98.33 %), 1 patient was performed with Fontan technique (1.67%). Data was analysed by SPSS 16.0 software.

Results: 6.67% patients gained weight after surgery, 80 % are stable. The rate of leakage of gastric juice to the skin around gastrostomy sonde is 5%; blocked sonde 6.67%. None of these patients have slipped sonde, peritonitis and wound infection. 99.2 % of time through the care processes at a “satisfactory” compared with the set out criteria.

Key words: care processes, gastrostomy tube care outcomes

1. Khoa Ngoại Tân Triều- Bệnh viện K

- Ngày nhận bài (received): 10/8/2014; Ngày phản biện (revised): 15/8/2014;

- Ngày đăng bài (Accepted): 26/8/2014

- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, TS. Trần Thừa Nguyên

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thị Phong Lan

- Email: hienddt@yahoo.com

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở thông dạ dày được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1849 bởi phẫu thuật viên Sedillot (Pháp), tuy nhiên bệnh nhân (BN) đã tử vong sau đó do biến chứng viêm phúc mạc [2]. Năm 1876, Verneuil là phẫu thuật viên đầu tiên áp dụng thành công phương pháp mở thông dạ dày [2], [3]. Qua nhiều thập kỷ với nhiều cải tiến trong phương pháp mở thông dạ dày, đến nay mở thông dạ dày đã có những thay đổi đáng kể: mở thông dạ dày qua nội soi dạ dày, mở thông dạ dày qua chụp dạ dày cản quang, mở thông dạ dày qua nội soi ổ bụng. Tuy nhiên, tại Việt Nam nói chung và tại Bệnh viện K nói riêng, hiện nay vẫn áp dụng phương pháp mở thông dạ dày kiểu Witzel hoặc Fontan, vì đây vẫn được coi là phương pháp mở thông an toàn, hiệu quả, ít tổn kém [1], [2], [3]. Đường rạch mở thông dạ dày kiểu Witzel hoặc Fontan thường dài 5-6 cm, sonde mở thông thường là sonde Foley, Pegze, Malecot cỡ 18-20, do vậy đòi hỏi điều dưỡng viên phải có kiến thức đầy đủ trong việc thực hiện quy trình chăm sóc vết mổ, chăm sóc sonde mở thông và hướng dẫn BN và người nhà BN thao tác bơm thức ăn qua sonde vào dạ dày. Từ thực tiễn nói trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Đánh giá việc thực hiện quy trình chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày tại khoa Ngoại Tân Triều.*

2. *Nhận xét kết quả chăm sóc ống sonde mở thông dạ dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 60 BN được phẫu thuật mở thông dạ dày nuôi dưỡng tại khoa Ngoại Tân Triều- Bệnh viện K từ tháng 1/2013 đến tháng 10/2013

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.1. Các thông tin ghi nhận

- Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, chẩn đoán trước mổ, kỹ thuật mở thông (Witzel hoặc Fontan).

- Đánh giá việc thực hiện quy trình chăm sóc vết mổ và sonde mở thông theo các bước dưới đây:

Bước 1: Trong vòng 48h sau mổ:

+ Nối sonde mở thông với túi dẫn lưu (vẫn nuôi

dưỡng BN bằng truyền tĩnh mạch)

+ Chăm sóc vết mổ, chân sonde mở thông : thay băng, rửa vết mổ.

+ Đánh giá các biến chứng: chảy máu chân sonde mở thông, chảy máu vết mổ

Tiêu chí đánh giá “đạt” khi thực hiện:

- Nối đúng sonde mở thông với túi dẫn lưu, không bị tuột, băng dính cố định mỗi nối (nếu cần)

- Thay băng đảm bảo nguyên tắc vô trùng: sát khuẩn tay trước khi thay băng, đi găng vô khuẩn, dụng cụ thay băng đã được hấp sấy tiệt trùng, băng gạc sạch và bản để tách biệt, thao tác nhanh gọn, không dùng 1 bộ dụng cụ, 1 găng tay thay cho 2 hay nhiều BN.

- Ghi nhận đúng, đầy đủ các biến chứng nói trên để báo bác sĩ xử trí

Bước 2: Từ ngày thứ 3 trở đi:

+ Chăm sóc vết mổ và chân sonde mở thông: thực hiện như trong bước 1.

+ Thực hiện bơm thức ăn qua sonde dạ dày, kết hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

❖ Chuẩn bị bơm sonde dạ dày nuôi dưỡng qua các thao tác:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, chuẩn bị thức ăn theo chế độ ăn của BN

- Thông báo, giải thích BN, người nhà biết về thủ thuật sắp làm để họ an tâm và hợp tác.

- Điều dưỡng viên trang phục gọn gàng, sạch sẽ, đủ mũ, khẩu trang

- Chuẩn bị dụng cụ: 2 khay quả đậu vô khuẩn, bơm tiêm 50ml đầu to, thức ăn (sữa hoặc cháo loãng ở nhiệt độ 37°C), cốc nước sôi để nguội, tấm nilon 60x60cm, khăn mặt, kéo, băng dính, găng tay.

❖ Tiến hành:

- Đẩy xe đến giường BN.

- Kéo che bình phong.

- Để BN nằm đầu cao 30°, mặt quay về phía điều dưỡng. Choàng tấm nilon trước ngực BN, phủ khăn mặt bên ngoài.

- Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.

- Mở hộp dụng cụ vô khuẩn, đeo găng vô trùng.

- Tháo túi dẫn lưu khỏi ống mở thông, lắp bơm tiêm 50ml vào ống mở thông, hút thử xem có dịch dạ dày ra, gập ống lại.

Bệnh viện Trung ương Huế

○ Lấy 20-30 ml nước sôi để nguội vào bơm tiêm 50ml, bơm để tráng ống mở thông.

○ Bơm từ từ thức ăn đã chuẩn bị sẵn qua bơm 50ml vào ống mở thông, sau đó tráng ống bằng nước sôi để nguội. (Tổng lượng thức ăn mỗi lần khoảng 100-300 ml).

○ Rút bơm, nút kín đầu sonde mở thông. Cố định sonde mở thông bằng băng dính vào người BN.

○ Tháo bỏ tấm nilon và khăn mặt.

○ Đặt BN về tư thế trung gian.

○ Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ

+ Ghi nhận các trường hợp tắc sonde, tuột sonde, rò dịch tiêu hoá ra chân sonde, rò dịch tiêu hoá vào ổ bụng gây viêm phúc mạc, nhiễm trùng vết mổ.

Tiêu chí đánh giá “đạt” khi thực hiện:

• Thay băng đảm bảo nguyên tắc vô trùng: sát khuẩn tay trước khi thay băng, đi găng vô khuẩn, dụng cụ thay băng đã được hấp sấy tiệt trùng, băng gạc sạch và bản để tách biệt, thao tác nhanh gọn, không dùng 1 bộ dụng cụ, 1 găng tay thay cho 2 hay nhiều BN.

• Chuẩn bị bơm sonde dạ dày nuôi dưỡng:

✓ Kiểm tra HSBA, chuẩn bị thức ăn theo chế độ ăn của BN: 3 kiểm tra, 5 đổi chiều

✓ Thông báo, giải thích BN, người nhà biết về thủ thuật sắp làm: nhẹ nhàng để BN và người nhà tin tưởng, đồng ý hợp tác.

✓ Trang phục gọn, sạch, đủ mũ, khẩu trang.

✓ Bộ dụng cụ chuẩn bị đầy đủ.

✓ Đặt BN đúng tư thế.

✓ Sát khuẩn tay, đi găng đúng quy định.

✓ Tháo ống dẫn lưu, hút nhẹ sonde mở thông bằng bơm 50ml, gấp ống sonde mở thông.

✓ Bơm tráng sonde đúng cách.

✓ Bơm thức ăn từ từ, mỗi lần lấy đúng 50ml thức ăn vào bơm 50ml, bơm từ từ, vừa bơm vừa quan sát vẻ mặt của BN. Sau mỗi lần bơm, khi rút bơm, phải gấp ống sonde mở thông, tránh trào ngược trở lại.

✓ Tổng lượng bơm khoảng 100-300ml tùy từng BN.

✓ Sau bơm, nút đầu sonde mở thông, cố định sonde đúng.

✓ Tháo bỏ tấm nilon và khăn mặt.

✓ Đặt BN về tư thế trung gian.

✓ Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ. Nội dung ghi hồ sơ: ngày giờ cho ăn, loại thức ăn, số lượng, tình trạng BN trước, trong, sau ăn, tên người làm thủ thuật.

• Ghi nhận đúng, đủ các biến chứng để báo cáo bác sĩ xử trí:

✓ Tắc sonde: Bơm thức ăn không vào mà bị tắc lại, cảm giác chặt tay khi bơm, kể cả với nước sôi để nguội.

✓ Tuột sonde: sonde mở thông tuột khỏi vị trí mở thông.

✓ Rò dịch tiêu hoá ra chân sonde: chân sonde có dịch vàng hoặc bọt khí quanh lỗ mở thông, thấm gạc.

✓ Rò dịch tiêu hoá vào ổ bụng gây viêm phúc mạc: BN đau dữ dội vùng thượng vị hoặc hạ sườn trái (chỗ mở thông), bụng cứng như gỗ, vật vã, mạch nhanh, huyết áp tụt...

✓ Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ sưng nề, đỏ, đau, có chảy dịch hôi, đục hoặc màu socola, toàn trạng có thể sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

Bước 3: Hướng dẫn BN và người nhà chăm sóc sonde mở thông

+ Lặp lại quy trình trong bước 2 nhiều lần và yêu cầu người nhà BN thực hiện dưới sự quan sát của điều dưỡng viên.

Tiêu chí đánh giá “đạt” khi thực hiện:

• BN và người nhà hợp tác và thực hiện chính xác, đầy đủ các quy trình mà điều dưỡng viên hướng dẫn.

Bước 4: Khám lại sau 4- 6 tuần:

+ Thăm khám tình trạng BN, tình trạng vết mổ, tình trạng sonde mở thông (tắc, tuột sonde...)

+ Hỏi, kiểm tra cách cho ăn của người nhà BN, kiểm tra cân nặng của BN

2.2.2. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tuổi trung bình là 57,8 tuổi, thấp nhất là 42, cao nhất là 75 tuổi, trong đó 100% là nam giới.

- 52 BN chẩn đoán ung thư thực quản (86,67%),

Đánh giá quy trình chăm sóc và kết quả chăm sóc ống mở thông dạ dày ...

6 BN ung thư hạ họng thanh quản (10%), 1 BN ung thư tâm vị và 1 BN ung thư phổi chèn ép thực quản (đều chiếm 1,67%).

- 59 BN mở thông dạ dày theo phương pháp Witzel (98,33%) , 1 BN mở thông theo phương pháp Fontan (chiếm 1,67%).

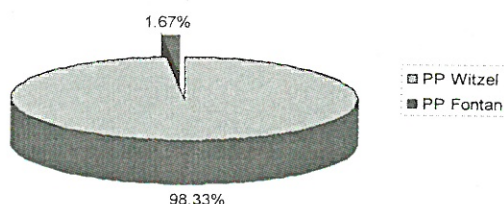
- 99,2% số lần thực hiện quy trình chăm sóc của điều dưỡng viên ở mức “đạt” so với tiêu chí đề ra. 0,8% thực hiện chưa đạt phải thực hiện lại.

- Tỷ lệ rò dịch tiêu hoá ra chân sonde chiếm 5%; tắc sonde 6,67%. Không có BN nào tuột sonde, viêm phúc mạc hay nhiễm trùng vết mổ.

- 6,67% BN tăng cân sau phẫu thuật, 80% không thay đổi toàn trạng

Bảng 1: Phân loại chẩn đoán

Chẩn đoán	n	%
Ung thư thực quản	52	86,67
Ung thư hạ họng	6	10
Ung thư tâm vị	1	1,67
Ung thư khác	1	1,67



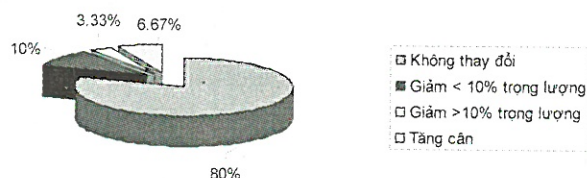
Biểu đồ 1: Phân loại PP phẫu thuật.

Bảng 2: Phân loại mức độ thực hiện quy trình

Mức độ thực hiện	Số lần	%
Đạt	357	99,2
Không đạt	3	0,8
Σ	360	100

Bảng 3: Tỷ lệ biến chứng phát hiện qua chăm sóc

Biến chứng	n	%
Rò dịch chân sonde	3	5
Tắc sonde	4	6,67
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Viêm phúc mạc	0	



Biểu đồ 2: Thay đổi cân nặng của BN sau mở thông 4-6 tuần

IV. BÀN LUẬN

Trong các BN có chỉ định mở thông dạ dày, nhóm BN ung thư thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất (86,67%). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Shukri và cộng sự trong nghiên cứu 342 trường hợp mở thông dạ dày [2]. Shukri cũng cho rằng phương pháp Witzel hoặc Fontan vẫn được cho là phương pháp đơn giản, an toàn, ít tốn kém [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều được mở thông dạ dày theo phương pháp Witzel (98,33%) và phương pháp Fontan (6,7%).

Quá trình đánh giá điều dưỡng viên thực hiện quy trình chăm sóc vết mổ, sonde mở thông và thực hiện bơm thức ăn qua sonde mở thông ghi nhận việc thực hiện quy trình chăm sóc, bơm thức ăn trung bình là 6 lần/BN, tương đương 360 lần đánh giá đối với 60 BN. Kết quả có 99,2% số lần điều dưỡng thực hiện quy trình ở mức “đạt”, tuy nhiên cũng ghi nhận 3 lần điều dưỡng viên được đánh giá chưa đạt (0,8%) đối với 3 trường hợp BN khác nhau và với 3 điều dưỡng khác nhau: 1 trường hợp quên gấp ống sonde mở thông xen kẽ 2 lần bơm thức ăn, 1 trường hợp không bơm nước sôi để nguội tráng sonde trước khi thực hiện bơm thức ăn, 1 trường hợp ghi thiếu nội dung trong ghi chép hồ sơ về lượng bơm trong lần thực hiện quy trình đó. Tất cả các trường hợp này đều đã được điều dưỡng trưởng nhắc nhở và yêu cầu thực hiện lại đúng với quy trình.

Tỷ lệ ghi nhận được biến chứng trong quá trình chăm sóc chỉ là 11,67%, tương đương với các nghiên cứu nước ngoài [2], [3], [4]. Không BN nào có chảy máu vết mổ, chảy máu chân sonde, tuột sonde, rò dịch tiêu hoá vào ổ bụng hay nhiễm trùng vết mổ. Tuy nhiên có 4 BN (6,67%) ghi nhận tắc sonde trong quá trình bơm thức ăn (1 BN trong quá trình theo dõi tại khoa, 3 BN tắc sonde trong thời gian tự chăm sóc tại nhà và tại khoa điều trị khác) do BN

Bệnh viện Trung ương Huế

ngày hôm trước có bơm thức ăn đặc vào sonde mở thông, sau đó không tráng ống sonde bằng nước nên đến hôm sau sonde bị tắc. Các BN này đã được bơm tráng, hút rửa nhiều lần với nước sôi để nguội và sau đó việc bơm thức ăn vẫn diễn ra đúng quy trình. Ngoài ra còn 3 BN (chiếm 5%) có rò dịch tiêu hóa ra chân sonde. Các BN này đều xuất hiện rò dịch tiêu hóa ra chân sonde sau khi đánh giá ở thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật, nguyên nhân do BN tự thay sonde kích cỡ to hơn so với sonde ban đầu (24Fr so với 20Fr), tăng tiết dịch dạ dày gây rò dịch dạ dày ra ngoài, gây viêm loét trợt da vùng chân sonde. Các trường hợp này đã được báo bác sĩ xử trí.

Ở thời điểm đánh giá sau ra viện 4-6 tuần, toàn trạng của 60 BN có sự thay đổi: có 80% BN không thay đổi trọng lượng, 10% giảm cân dưới 10% trọng lượng so với trước mổ, 6,67% BN tăng cân, và 3,33% BN giảm trên 10% trọng lượng, tương tự như nghiên cứu của Wu [3]. Sờ dĩ có 2 BN giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là những BN ung thư thực quản, được điều trị theo hướng chăm sóc giảm nhẹ tại địa phương, từ chối điều trị tại bệnh viện, không sử dụng đúng các dung dịch dinh dưỡng tiêu chuẩn nuôi dưỡng đường sonde dạ dày, bản thân người bệnh bi

quan về tình hình sức khỏe, không muốn tiếp tục hợp tác điều trị. 4 BN tăng cân đều là những BN có đáp ứng tốt với điều trị xạ trị, thậm chí còn có thể uống được nước, sữa qua đường miệng, BN có tinh thần tốt, tin tưởng vào các phương pháp điều trị hỗ trợ (xạ trị, hoá chất) như các báo cáo của các tác giả nước ngoài [4], [5], [6], [7].

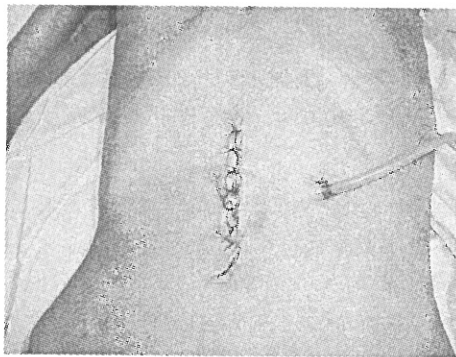
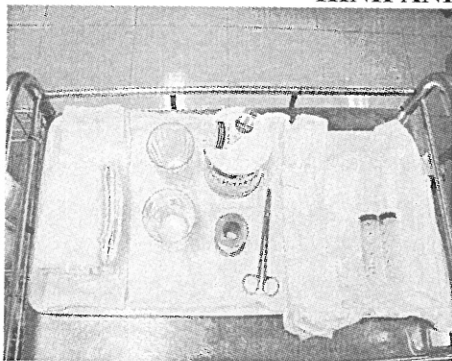
V. KẾT LUẬN

Qua 60 BN mở thông dạ dày nuôi dưỡng tại khoa ngoại Tân Triều – Bệnh viện K với 86,67% do K thực quản, 98,33% BN được mổ theo phương pháp Witzel, 1,67% BN theo phương pháp Fontan chúng tôi rút ra 2 kết luận như sau:

- Kết quả thực hiện quy trình chăm sóc vết mổ và sonde mở thông dạ dày, hướng dẫn bơm sonde mở thông nuôi dưỡng ở mức “đạt” chiếm 99,2%

- Đánh giá kết quả mở thông dạ dày sau 4-6 tuần: 6,67% BN tăng cân, 80% BN không giảm cân, 10% BN giảm cân < 10% trọng lượng, 3,33% BN giảm cân trên 10% trọng lượng cơ thể. Biến chứng của phẫu thuật mở thông dạ dày ghi nhận được qua quá trình chăm sóc chỉ chiếm tỷ lệ 11,67% (trong đó 6,6% BN tắc sonde, 5,07% rò dịch dạ dày qua chân sonde).

HÌNH ẢNH MINH HỌA



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2005), “Cho ăn bằng ống thông”, *Điều dưỡng cơ bản*, NXB Y học, tr. 414- 417
2. Shukuri et al (2007), “Gastrostomy: Past and Present”, *J Gastrointest Surg*, 13, pp. 269- 274.
3. Wu et al, (2001), “Short-term outcomes of BMI change after gastrostomy for oesophageal carcinoma”, *J Gastrointest Surg*, 14(2), pp. 289- 294
4. http://kidshealth.org/parent/system/surgery/g_tube.html
5. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002937.htm>.
6. http://wps.prenhall.com/wps/media/objects/737/755395/gastrostomy_or_jejunostomy.