

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

ĐÁNH GIÁ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI BẰNG VỖ RUNG VÀ TẬP THỞ SAU PHẪU THUẬT CẮT THÙY PHỔI TRONG UNG THƯ PHẾ QUẢN

Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Phan Lê Thăng¹, Nguyễn Khắc Kiểm¹

TÓM TẮT

Sau phẫu thuật cắt một thùy phổi diện tích trao đổi oxy bị giảm đi đột ngột, kèm theo sự tắc nghẽn đường thở do phù nề làm tăng tiết dịch, nhiều khi dẫn tới suy hô hấp làm ảnh hưởng khả năng phục hồi, cũng như thời gian sống thêm của bệnh nhân, việc đánh giá khả năng phục hồi sau phẫu thuật bằng nghiệm pháp vỗ rung và tập thở, đo chức năng hô hấp sau mổ là vô cùng quan trọng và cần thiết, để theo dõi sát có kế hoạch tiên lượng bệnh và dự phòng những nguy cơ tai biến có thể xảy ra.

Mục tiêu: Đánh giá phục hồi chức năng thông khí phổi bằng vỗ rung và tập thở sau phẫu thuật cắt thùy phổi trong ung thư phế quản nguyên phát tại bệnh viện K

Phương pháp: Từ tháng 2 đến tháng 6/2012 nhóm nghiên cứu đã tiến hành chăm sóc vỗ rung và hướng dẫn tập thở cho 105 BN sau mổ cắt thùy phổi trong ung thư phế quản nguyên phát (UTPQNP) tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực (PTLN), Bệnh viện K tại các thời điểm 5 ngày, 10 ngày, 1 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả: Sau khi bệnh nhân vỗ rung và tập thở thì FVC, FEV1 tăng lên rõ rệt sau thời điểm 5 ngày, 10 ngày và 1 tháng sau phẫu thuật.

FVC sau mổ cắt thùy phổi 5 ngày giảm 46,6%; 10 ngày giảm 36,6%; sau 1 tháng giảm 34,3% so với trước mổ.

FEV1 sau mổ 5 ngày giảm 36,2%; 10 ngày giảm 34,3%; sau 1 tháng giảm 32,3% so với trước mổ.

Liệu pháp tập thở, vỗ rung có ý nghĩa quan trọng trong quá trình phục hồi của người bệnh, giảm biến chứng viêm dính phổi, giảm thời gian nằm viện.

Từ khóa: vỗ rung, tập thở, cắt thùy phổi.

ABSTRACT

EVALUATING THE ABILITY TO RECOVER AFTER SURGICAL REMOVAL OF A LUNG LOBE WITH CLAPPING VIBRATION AND BREATHING EXERCISES ON LUNG CANCER

Nguyen Thi Thanh Mai¹, Phan Le Thang¹, Nguyen Khac Kiem¹

After surgical removal of a lung lobe area of exchange of oxygen is reduced dramatically, together

1. Bệnh viện K Hà Nội

- Ngày nhận bài (received): 20/6/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;

Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013

- Người phản biện: TS. Phạm Nguyên Tường; TS. Nguyễn Đình Tùng

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thị Thanh Mai

- Email: maintvk@gmail.com; ĐT: 0982927375

with airway obstruction due to edema increased discharge, sometimes leading to respiratory failure affect the resilience, as well as survival time of patients, evaluating the ability to recover after surgery with legal experience clapping vibration and breathing exercises, measuring respiratory function after surgery is very important and necessary to monitor plan prognosis and prevention of the risk of complications can occur.

Objectives: *evaluating the ability to recover after surgical removal of a lung lobe with clapping vibration and breathing exercises on lung cancer in Hospital K*

Methods: *From February to June / 2012 the team has carried out into the jungle and care instructions for breathing 105 postoperative patients cut lung lobes in lung cancer in the Thoracic Surgery department, Hospital K at the time of 5 days, 10 days, 1 month after surgery.*

Results: *After the patient into the jungle and breathing exercises, FVC, FEV1 increased significantly after 5 days, 10 days and 1 month after surgery.*

Postoperative FVC lung lobe cut 5 days down 46.6%; 10 days decreased by 36.6%; after one month decreased 34.3% compared with before surgery.

Postoperative FEV1 5 days down 36.2%; 10 days decreased by 34.3%; after one month decreased 32.3% compared with before surgery.

Breathing therapy, flapping vibration is important in the recovery process of the patient, reduce lung inflammation stick complications, decreased length of hospital stay.

Key words: *clapping vibration, breathing exercises, surgical removal of a lung lobe.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phế quản nguyên phát là một bệnh thường gặp đứng đầu trong các ung thư ở nam giới và đứng thứ ba ở nữ giới, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư ở người lớn.

Cho đến nay phẫu thuật vẫn là phương pháp cơ bản được lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư phế quản nguyên phát ở giai đoạn sớm. Các phẫu thuật thường được thực hiện như cắt thùy phổi hoặc cắt toàn bộ một lá phổi kèm theo nạo vét hạch vùng đều là những phẫu thuật phức tạp, nặng nề, nhiều nguy cơ cao, làm chậm quá trình phục hồi của bệnh nhân, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao từ 2,1 đến 6%.

Đây là loại phẫu thuật liên quan trực tiếp đến hai chức năng sống quan trọng là hô hấp và tuần hoàn, vì thế việc thăm dò chức năng hô hấp trước và sau mổ có vai trò rất quan trọng, để đánh giá khả năng cắt bỏ thùy phổi cũng như khả năng phục hồi của các thùy phổi còn lại đảm bảo dung tích thở, cung cấp ô xy cho cơ thể.

Sau phẫu thuật cắt một thùy phổi diện tích trao đổi ô xy bị giảm đi đột ngột, kèm theo sự tắc nghẽn đường thở do phù nề làm tăng tiết dịch, nhiều khi dẫn tới suy hô hấp làm ảnh hưởng khả năng phục

hồi, cũng như thời gian sống thêm của bệnh nhân, việc đánh giá khả năng phục hồi sau phẫu thuật bằng nghiệm pháp vỗ rung và tập thở, đo chức năng hô hấp sau mổ là vô cùng quan trọng và cần thiết, để theo dõi sát có kế hoạch tiên lượng bệnh và dự phòng những nguy cơ tai biến có thể xảy ra.

Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu:

Đánh giá phục hồi chức năng thông khí phổi bằng vỗ rung và tập thở sau phẫu thuật cắt thùy phổi trong ung thư phế quản nguyên phát tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm tất cả những bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thùy phổi tại khoa phẫu thuật lồng ngực từ tháng 02/2012 đến tháng 06/2012 (bao gồm 105 bệnh nhân).

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân sau mổ cắt thùy phổi có chẩn đoán giải phẫu bệnh là UTPQNP.

- Có đầy đủ các xét nghiệm đo chức năng hô hấp trước và sau phẫu thuật tại 3 thời điểm: 5 ngày; 10

Đánh giá phục hồi chức năng thông khí phổi bằng vỗ rung và tập thở ...

ngày và 1 tháng.

- Hồ sơ ghi chép đầy đủ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tự đối chứng

2.2.2. Các bước tiến hành

* Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật

- Chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cơ bản đánh giá bilan cho một cuộc phẫu thuật.

- Đo chức năng hô hấp trước phẫu thuật 5 ngày.

* Chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật

- Cho bệnh nhân ngồi dậy vận động sớm 24h sau mổ, vận động nhẹ nhàng tại giường, trở mình, xoa bóp.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu, ho khạc đờm, chất dịch xuất tiết và các chất bẩn ứ đọng

ra khỏi cơ thể.

- Làm ẩm niêm mạc hô hấp và làm mềm các chất dịch ứ đọng: (dùng máy khí dung bằng các thuốc chống viêm hoặc nước muối sinh lý 0,9% đồng thời nhắc người bệnh uống thêm nhiều nước).

- Ho hữu hiệu: là kỹ thuật đầu tiên người bệnh phải làm, điều dưỡng cần hướng dẫn tỉ mỉ nếu không thì hiệu quả rất thấp. Đầu tiên người bệnh phải hít vào thật sâu để có áp lực kéo đẩy các chất dịch ứ đọng trong các tiểu phế quản. Sau đó, bằng động tác ho khạc sâu, kéo dài đẩy các chất dịch đã bong tổng ra ngoài.

- Cách vỗ rung và tập thở: bệnh nhân được vỗ rung và tập thở 3 lần/ngày, mỗi lần 15-30 phút trong thời gian từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 10 sau mổ. Tư thế bệnh nhân có thể nằm hoặc ngồi tùy thuộc tình trạng hiện tại, nhưng ngồi là tư thế hay được sử dụng và hiệu quả nhất.



Hình 1. Vỗ rung

- Vỗ: Điều dưỡng đứng bên cạnh người bệnh, dùng hai tay khum chụm lại vỗ mạnh vào vùng lưng và hai bên sườn bệnh nhân (tùy mức độ và thể trạng của người bệnh để tác động lực thích hợp) lòng bàn tay tạo lên một đệm không khí giữa tay và thành ngực, khi vỗ, tay phải thật mềm mại, nhẹ nhàng tạo một lực cơ học vừa phải để làm bong đờm dịch và các chất ứ đọng. Sau một đợt vỗ hướng dẫn người bệnh ho hữu hiệu để tổng đẩy các chất bẩn bong ra ngoài.

- Rung: kỹ thuật rung làm sau vỗ hoặc xen kẽ chỉ

làm vào thời kỳ người bệnh thở ra. Hai tay DD đặt chồng lên nhau trên thành ngực tương ứng với tổn thương ở phổi, cẳng tay và khuỷu tay của DD luôn thẳng. Hướng dẫn người bệnh hít vào một hơi và khi người bệnh thở ra thì ấn đẩy, rung vào thành ngực tạo rung cơ học ấn đẩy đờm dịch vừa được bong di chuyển về phía phế quản lớn từ đó ho hữu hiệu sẽ đẩy đờm ra ngoài.

- Tập thở hoành (còn gọi thở bụng): hướng dẫn bệnh nhân hít sâu vào từ từ bằng mũi, bụng phình ra, tiếp đến giữ hơi trong 5 giây, bụng phình và

cứng, sau đó là thở ra qua miệng, bụng thót lại dần theo nhịp thở ra, thở ra tối đa nhằm tống hết lượng khí cặn trong phổi. Tập thở sâu, tăng dần mỗi ngày và không quá sức. Thở hoành giúp bệnh nhân tăng cường tống thải đờm dịch, dẫn lưu hiệu quả, tăng thông khí, tăng trao đổi ôxy, giúp bệnh nhân đỡ khó thở và nhanh phục hồi hơn. Tập thở hoành cần được duy trì lâu dài sau đó và ngay cả khi bệnh nhân đã ra viện, là biện pháp ngăn ngừa viêm nhiễm, chống

dính hiệu quả sau này.

- Giáo dục sức khỏe: người bệnh sau khi ra viện được hướng dẫn cặn kẽ những kiến thức về sức khỏe, tư vấn về dinh dưỡng, hướng dẫn cách sử dụng thuốc, xông họng, ho khạc đờm, tập thở.

2.2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được mã hóa phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 15.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
20-29	0	0	2	10,0	2	1,9
30-39	2	2,3	1	5,0	3	2,9
40-49	17	20,0	4	20,0	21	20,0
50-59	40	47,1	8	40,0	48	45,7
60-69	23	27,1	5	25,0	28	26,6
>70	3	3,5	0	0	3	2,9
Tổng số	85	100	20	100	105	100

- Trong nghiên cứu, nhóm tuổi hay gặp từ 50-69 chiếm 72,3% ít gặp ở lứa tuổi trẻ <30.
- Tuổi cao nhất là 73 thấp nhất là 27, tuổi trung bình 58,6
- Tỷ lệ Nam gấp 4 lần Nữ.

Bảng 2: Sự thay đổi chức năng thông khí trước mổ và sau mổ 05 ngày

CN thông khí	Thời gian	Trước mổ		Sau mổ 5 ngày		Δ%	p
		TB	Độ lệch	TB	Độ lệch		
FVC(lit)		2,65	0,63	1,42	0,29	-46,42	<0,05
FVC %		92,5	14,9	57,3	12,9	-38,05	<0,05
FEV1(lit)		2,19	0,58	1,20	0,37	-45,21	<0,05
FEV1 %		94,2	17,4	60,1	14,2	-36,20	<0,05

- Chức năng thông khí phổi (FVC và FEV1) sau mổ cắt thùy phổi 5 ngày giảm rõ rệt so với trước mổ do bệnh nhân còn đau, thở hạn chế và mất thể tích thở.

- Dung tích sống thở mạnh(FVC),(FVC%) trước

mổ và sau mổ 5 ngày khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$).

- Sự thay đổi thể tích thở ra tối đa giây đầu tiên (FEV1), (FEV1%) trước mổ và sau mổ 05 khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$).

Bảng 3: Sự thay đổi chức năng thông khí trước mổ và sau mổ 10 ngày

Thời gian CN thông khí	Trước mổ		Sau mổ 10 ngày		$\Delta\%$	p
	TB	Độ lệch	TB	Độ lệch		
FVC(lit)	2,65	0,63	1,68	0,43	-36,60	<0,05
FVC %	92,5	14,9	60,7	13,5	-34,38	<0,05
FEV1(lit)	2,19	0,58	1,35	0,42	-38,36	<0,05
FEV1 %	94,2	17,4	62,4	14,7	-33,76	<0,05

- Sau 10 ngày chức năng thông khí tăng lên rõ rệt do người bệnh được tác động vỗ rung và tập thở hiệu quả.

- Dung tích sống thở mạnh (FVC), (FVC%) trước mổ và sau mổ 10 ngày khác biệt có ý nghĩa

thống kê.

- Sự thay đổi thể tích thở ra tối đa giây đầu tiên (FEV1), (FEV1%) trước mổ và sau mổ 10 ngày khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Sự thay đổi chức năng thông khí trước mổ và sau mổ 1 tháng

Thời gian CN thông khí	Trước mổ		Sau mổ 1 tháng		$\Delta\%$	p
	TB	Độ lệch	TB	Độ lệch		
FVC(lit)	2,65	0,63	1,74	0,46	-34,30	<0,05
FVC %	92,5	14,9	61,1	13,9	-33,95	<0,05
FEV1(lit)	2,19	0,58	1,48	0,45	-32,42	<0,05
FEV1 %	94,2	17,4	63,7	15,9	-32,38	<0,05

- Chức năng thông khí phổi trước mổ TB là 2,65 lít, sau 1 tháng được hồi phục rõ rệt đạt TB là 1,74 lít.

- FEV1 cũng vậy, trước mổ TB 2,19L và sau mổ 1 tháng là 1,48 lít

đờm rãi nên thể tích thở mạnh FVC giảm 46,4%.

Tương tự FEV1 trước mổ trung bình là 2,19 lít sau mổ 5 ngày là 1,20 lít giảm 45,2%.

4.3. Sự thay đổi chức năng thông khí sau 10 ngày

Dung tích sống thở mạnh (FVC) trước mổ trung bình là 2,65 lít, sau mổ 10 ngày FVC đạt 1,68 lít giảm 36,6%.

Thể tích thở ra tối đa giây đầu tiên (FEV1) trước mổ trung bình là 2,19 lít, sau mổ 10 ngày FEV1 đạt 1,35 lít giảm 38,3%.

4.4. Sự thay đổi chức năng thông khí sau 1 tháng

FVC trung bình trước mổ là 2,65 lít, sau mổ 1 tháng là 1,85 lít giảm 34,3%.

So với các nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thế Trí (2008) cho kết quả trung bình là 35,3% [4], Công Thị Kim Khánh (1995) giảm là 37,6% thì kết quả của chúng tôi cao hơn điều này chứng tỏ rằng có sự tác động vỗ rung và tập thở hữu hiệu đã góp phần làm thay đổi đáng kể về sự phục

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố người bệnh theo tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 105 bệnh nhân thì tuổi thấp nhất là 27, cao nhất là 73, trung bình là 58,6.

Nam gấp 4 lần nữ

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong nước [3], [4] điều này chứng tỏ rằng đặc điểm mắc ung thư phế quản giữa các nhóm bệnh nhân ở các vùng miền là như nhau.

4.2. Sự thay đổi chức năng thông khí sau 5 ngày

Trong bảng 2 thể hiện FVC trước mổ trung bình là 2,65 lít, sau mổ 5 ngày bệnh nhân có sự phục hồi đã thở được mạnh tuy nhiên do còn đau, tăng tiết

hồi chức năng thông khí của người bệnh.

FEV1 trung bình trước mổ là 2,19 lít, sau 1 tháng là 1,48 lít giảm 32,4%.

Như vậy sự tác động của các liệu pháp làm tăng chức năng thông khí so với các tác giả trung bình giảm 34,3% [3]. Vì vậy, vỗ rung và tập thở có vai trò rất lớn trong phục hồi chức năng thông khí sau phẫu thuật cắt thùy phổi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 105 bệnh nhân cắt thùy phổi được vỗ rung và tập thở theo dõi sau mổ cho kết quả:

Dung tích sống thở mạnh (FVC) : sau mổ cắt thùy phổi tại thời điểm 5 ngày giảm 46,4%; 10 ngày đã tăng lên rõ rệt chỉ giảm 36,6%; sau 1 tháng giảm 34,3% so với trước mổ.

Thể tích thở tối đa trong giây đầu tiên (FEV1): sau mổ cắt thùy phổi 5 ngày giảm 36,2%, 10 ngày giảm 34,3%; sau 1 tháng giảm 32,3%

Sau khi tập thở và vỗ rung thì FVC, FEV1 tăng lên rõ rệt sau thời điểm 1 tháng.

Liệu pháp tập thở, vỗ rung có ý nghĩa quan trọng trong quá trình phục hồi của người bệnh, giảm biến chứng viêm dính phổi, giảm thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (1998), "Tình hình ung thư ở Việt Nam", *Hội nghị ung thư Việt Pháp* – Bộ Y tế - Bệnh viện K.
2. Đỗ Ngọc Đức (1996), "Chức năng hô hấp trong phẫu thuật phổi", *Hội nghị khoa học về lao và bệnh phổi*, tháng 9-1969.
3. Công Thị Kim Khánh (1995), *Thăm dò chức năng hô hấp, tưới máu hệ mao mạch phổi trong phẫu thuật phổi ở bệnh nhân áp xe phổi và giãn phế quản*, Luận án PTS khoa học, ĐHY Hà Nội.
4. Nguyễn Thế Trí (2008), *Nghiên cứu vai trò của ghi hình tưới máu phổi phối hợp với đo thông khí ngoài trong tiên lượng chức năng hô hấp sau mổ cắt bỏ một phần phổi*, Luận án Tiến sỹ Y học, ĐHY Hà Nội.