

CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY CÓ HẸP MÔN VỊ BẰNG RỬA DẠ DÀY

Mai Văn Hạnh¹, Nguyễn Đại Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm bệnh nhân ung thư dạ dày và hiệu quả chăm sóc bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp môn vị bằng rửa dạ dày trước mổ.

Đối tượng: 100 bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị tại khoa ngoại Tam Hiệp từ 1/2012 đến 7/2012.

Kết quả: Nhóm tuổi hay gặp nhất 50-59 chiếm 33,0%, tỷ lệ nam/nữ: 1.7, tuổi trung bình $59,2 \pm 11,9$. Triệu chứng đau thượng vị hay gặp nhất 86,0%, gầy sút cân ($>10\text{kg}$) ở bệnh nhân hẹp môn vị cao hơn bệnh nhân không hẹp môn vị (22,5% so với 8,3%). Chỉ số BMI gầy ($\text{BMI} < 18,5$) ở bệnh nhân hẹp môn vị cao hơn (72,5% so với 38,3%). Ở bệnh nhân hẹp môn vị thời gian xuất hiện nôn đến khi vào viện ở nhóm 7-14 ngày chiếm cao nhất 50,0%. 100,0% bệnh nhân hẹp môn vị có đặt sonde DD, ở nhóm không hẹp môn vị 11,7%. Đa số bệnh nhân được đặt sonde DD và hồi sức trước mổ 3-5 ngày (45,0%), số lần rửa dạ dày trước mổ 2 lần (32,5%), 3 lần (45,0%). Tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả rửa dạ dày sạch trước mổ cao 67,5%.

Kết luận: Rửa dạ dày trước mổ bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp môn vị là phương pháp hiệu quả và quan trọng đối với phẫu thuật ung thư dạ dày.

Từ khóa: ung thư dạ dày, hẹp môn vị, rửa dạ dày.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR GASTRIC CANCER PATIENTS WITH PYLORIC STENOSIS BY NASOGASTRIC TUBE LAVAGE

Mai Van Hanh¹, Nguyen Dai Binh¹

Objective: Study some clinical features and effectiveness of preoperative nasogastric tube lavage in gastric cancer patients with pyloric stenosis.

Patients and method: A prospective study of 100 gastric cancer patients from 1/2012 to 7/2012 in Tam Hiep general surgery department, K hospital.

Results: Age from 50-59 was the highest (33.3%), male/female ratio:1.7, mean age 59.2 ± 11.9 . Epigastric pain sign was the most common 86.0%. In pyloric stenosis patients: weight loss ($>10\text{kg}$), underweight BMI (< 18.5) were higher than non-pyloric stenosis patients (22.5% versus 8.3% and 72.5% versus 38.3%). Time from 7 to 14 days (beginning appearance of vomiting sign to hospitalization) was the highest 50.0%. Nasogastric tube in pyloric stenosis patients was 100.0% and 11.7% in non-pyloric stenosis patients. Nasogastric tube and infusion from 3 to 5 days was the most common 45.0%, nasogastric tube lavage 2 times was 32.5%, 3 times was 45.0%. Clear gastric lavage was high with 67.5%.

Conclusion: Preoperative nasogastric tube lavage in pyloric stenosis gastric cancer patient is effective and important procedure for gastrectomy.

Key words: gastric cancer, pyloric stenosis, nasogastric tube lavage.

- Ngày nhận bài (received): 27/6/2013; Ngày phản biện (revised): 15/7/2013;

Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013

- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, TS Phùng Phương

- Người phản hồi (Corresponding author): Mai Văn Hạnh

- Email: maivanhanh79@gmail.com; DD: 0912274583

1. Bệnh viện K Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một loại thường gặp, đứng đầu các loại ung thư tiêu hóa. Triệu chứng ban đầu không rõ rệt, thường dễ lẫn với viêm dạ dày, loét hành tá tràng, rối loạn tiêu hóa. Bệnh có thể mắc ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng thường gặp ở độ tuổi 40 – 60, nam nhiều hơn nữ [4], [6].

Tại khoa ngoại Tam Hiệp bệnh viện K hàng năm có khoảng trên 100BN ung thư dạ dày được phẫu thuật. Chăm sóc điều dưỡng trước mổ ung thư dạ dày là khâu rất quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, chăm sóc sau mổ, đặc biệt là những bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp môn vị. Bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp môn vị thường có thiếu năng lượng trường diễn kèm theo có rối loạn nước, điện giải, vì vậy bệnh nhân cần được hồi sức truyền dịch, điện giải để nâng cao thể trạng cho bệnh nhân. Thực hành lâm sàng cho thấy còn tồn tại những trường hợp bệnh nhân chưa được chăm sóc trước mổ tốt dẫn tới ảnh hưởng tới cuộc mổ và không đảm bảo an toàn khi gây mê như trào ngược, đặc biệt là những trường hợp có hẹp môn vị mà không được chuẩn bị tốt sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến công việc săn sóc sau mổ cũng như trong cuộc mổ. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài “Chăm sóc trước mổ bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp môn vị bằng rửa dạ dày tại khoa ngoại Tam Hiệp bệnh viện K 2012”.

Mục tiêu: 1. Nhận xét một số đặc điểm bệnh lâm sàng nhân K dạ dày gây hẹp môn vị và không hẹp môn vị.

2. Đánh giá hiệu quả chăm sóc trước mổ ung thư dạ dày hẹp môn vị bằng rửa dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 100 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư dạ dày tại khoa ngoại Tam Hiệp năm 2012 chia làm 2 nhóm có hẹp môn vị và không hẹp môn vị.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân chấp nhận phẫu thuật
- Tuân thủ nguyên tắc chăm sóc về chuẩn bị PT ung thư dạ dày.
- Bệnh nhân được ghi chép hồ sơ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN mổ cấp cứu thủng dạ dày
- BN không tuân thủ đầy đủ quy trình chăm sóc về chuẩn bị PT UTDD.

- BN mổ cấp cứu chảy máu dạ dày

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang
PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

* Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, dựa vào hồ sơ bệnh án đánh giá bệnh nhân trước mổ khai thác các đặc điểm:

- Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, ợ hơi, gầy sút cân, nôn...)

- Đánh giá chỉ số BMI: Khi bệnh nhân nhập viện điều dưỡng viên thực hiện việc đo chiều cao cân nặng để đánh giá chỉ số BMI (chỉ số khối cơ thể).

Cách tính: chỉ số BMI được tính như sau

$$BMI = \frac{W}{(H)^2}$$

Trong đó: BMI : chỉ số khối của cơ thể

W : cân nặng của bệnh nhân (Kg)

H: chiều cao của bệnh nhân (m)

Phân loại BMI đối với người châu Á : có thể Theo phân loại của Hội Đái tháo đường Châu Á (2000) [14].

- Thể trạng chung của bệnh nhân: khi bệnh nhân vào viện đánh giá thể trạng chung của bệnh nhân. Chúng tôi áp dụng theo phân loại của ECGO/WHO phân ra từ PS0 (bình thường) đến PS5 (chết).

* Tiến hành rửa dạ dày cho bệnh nhân ung thư dạ dày hẹp môn vị trước mổ, bệnh nhân nhịn ăn và được hồi sức truyền dịch điện giải trước mổ.

- Rửa dạ dày trước mổ cho đến khi dịch dạ dày trong, có thể tiến hành nhiều lần (1,2,3,4...lần).

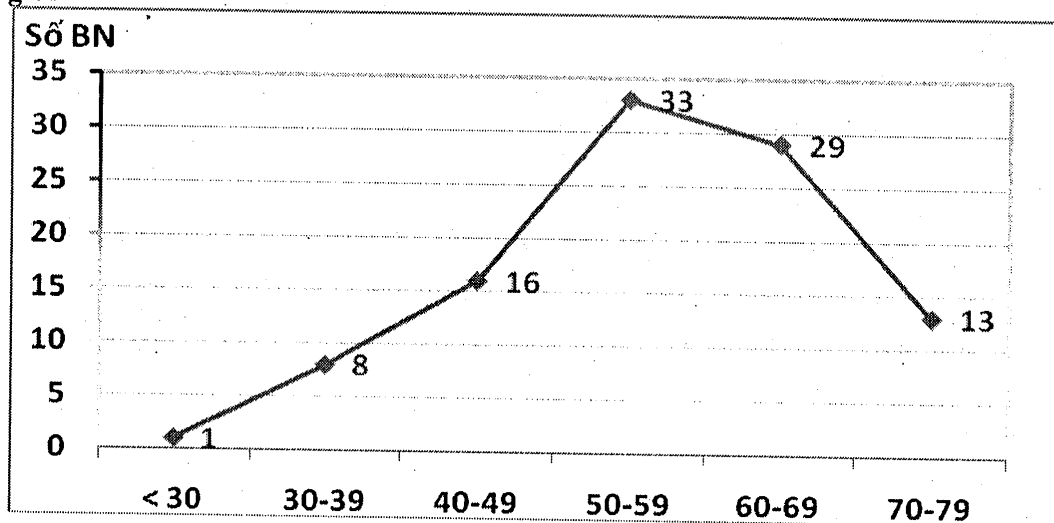
- Đánh giá hiệu quả rửa dạ dày: Điều dưỡng viên thực hiện rửa dạ dày trước mổ, để đánh giá hiệu quả rửa DD trong quá trình mổ khi dạ dày được cắt ra, đánh giá trong lòng dạ dày về các tiêu chuẩn: lòng dạ dày sạch, dạ dày còn dịch đục, dạ dày còn bã thức ăn.

* Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê đơn giản của SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN

* Tuổi, giới



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ phân bố tuổi

Về giới: nam 63,0%, nữ 37,0%. Tỷ lệ nam/nữ 1,7

Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 33,0%. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, nghiên cứu của Oh Jeong, Young-Kyu Park và cộng sự năm 2011 nghiên cứu

trên 14658 bệnh nhân từ 59 trung tâm ung thư khác nhau ở Hàn Quốc cho thấy nhóm tuổi 61-70 và nhóm tuổi 51-60 chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng là 30,9% và 25,7%, tuổi trung bình là $59,2 \pm 11,9$ năm, nam giới thường mắc bệnh ở độ tuổi cao hơn so với nữ giới (59,9 và 57,9 năm, $p < 0,001$) [11].

* Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Đau thượng vị	86	86,0%
Đầy bụng, khó tiêu	63	63,0%
Ợ hơi, ợ chua	54	54,0%
Chán ăn	42	42,0%
Sờ thấy u	8	8,0%

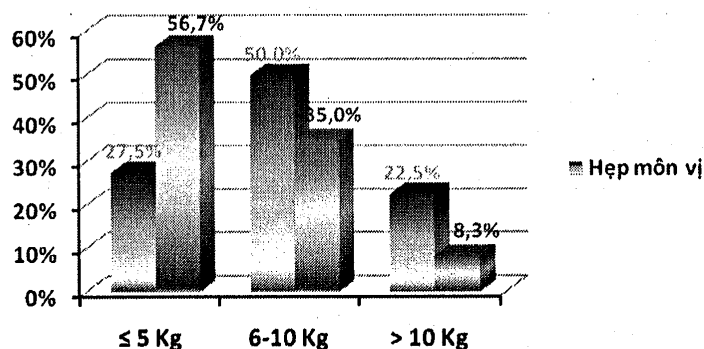
Các triệu chứng lâm sàng hay gặp đối với ung thư dạ dày khi bệnh nhân đến viện là đau thượng vị, đầy bụng, khó tiêu, ợ hơi, ợ chua, gầy sút cân, nôn, buồn nôn, khối u vùng thượng vị... Nghiên cứu cho thấy đau thượng vị là triệu chứng phổ biến nhất khiến bệnh nhân phải đến viện điều trị (86,0%), tiếp đến là triệu chứng đầy bụng, khó tiêu (63,0%), ợ hơi, ợ chua (54,0%), chán ăn (42,0%), triệu chứng sờ thấy u hiếm gặp. Nghiên cứu của Phạm Duy

Hiền và CS thì triệu chứng đau thượng vị chiếm 95,2%, đầy bụng khó tiêu chiếm 69,0%, ợ hơi, ợ chua chiếm 64,3%, chán ăn chiếm 47,6%, và triệu chứng u thượng vị cũng chiếm tỷ lệ thấp 9,5% [5]. Trong một nghiên cứu trên 329 bệnh nhân ung thư dạ dày trong đó 35 bệnh nhân ở giai đoạn sớm, còn lại 312 ở giai đoạn tiến triển thấy 99,7% đau thượng vị, 82,4% sút cân nhanh, 66,5% đầy bụng chậm tiêu, 26,8% nôn và buồn nôn [6].

*** Gây sút cân giữ nhóm hẹp môn vị và không hẹp môn vị**

Bảng 3.2. Gây sút cân của nhóm hẹp môn vị và không hẹp môn vị

Gây sút cân	Hẹp môn vị	Không hẹp môn vị
≤ 5 kg	11 (27,5%)	34 (56,7%)
6 – 10 kg	20 (50,0%)	21 (35,0%)
> 10kg	9 (22,5%)	5 (8,3%)
Tổng	40	60

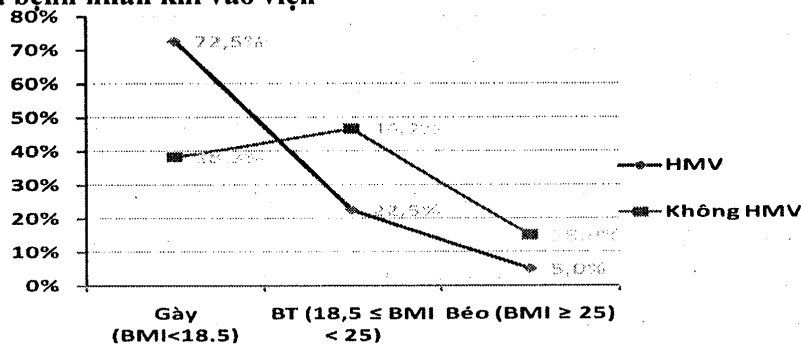


Biểu đồ 3.2. Sút cân của nhóm hẹp môn vị và không hẹp môn vị

Nhóm bệnh nhân hẹp môn vị có tỷ lệ bệnh nhân sút > 10kg cao hơn nhiều nhóm không hẹp môn vị (22,5% so với 8,3%), tỷ lệ sút cân ≤ 5kg ở nhóm bệnh nhân hẹp môn vị thấp hơn nhiều so với bệnh nhân không hẹp môn vị (27,5% so với 56,7%). Những khối u ở

vùng hang vị, tiền môn vị gây hẹp lỗ môn vị làm cho thức ăn vào trong dạ dày không xuống ruột được, làm cho bệnh nhân ăn vào không tiêu hóa được thức ăn. Điều này làm cho bệnh nhân hẹp môn vị gây sút cân rất nhanh hơn nhiều bệnh nhân không hẹp môn vị.

*** Chỉ số BMI của bệnh nhân khi vào viện**



Biểu đồ 3.3. Chỉ số BMI

Bệnh nhân có hẹp môn vị chỉ số BMI gầy (<18,5) chiếm tỷ lệ cao (72,5%) so với nhóm không hẹp môn vị (38,3%), ngược lại BMI bình thường (18,5 ≤ BMI < 25) và béo (>25) ở nhóm không hẹp môn vị cao hơn (46,7% và 15,0% so với 22,5% và 5,0%). Những bệnh nhân hẹp môn vị thường giảm cân rất nhanh do bệnh nhân ăn vào nhưng thức ăn không xuống được ruột để tiêu hóa và hấp thụ thức

ăn để nuôi cơ thể, bản thân khối u khi phát triển to cần nhu cầu dinh dưỡng cao, tế bào u lấy chất dinh dưỡng của cơ thể để nhân lên, dẫn đến quá trình dị hóa chiếm ưu thế so với quá trình đồng hóa. Nghiên cứu của Campillo B và cộng sự cho thấy ung thư cũng là yếu tố gây suy dinh dưỡng cao đặc biệt là các ung thư của đường tiêu hóa trên như ung thư thực quản, ung thư dạ dày [10].

*** Thể trạng chung của bệnh nhân khi vào viện**

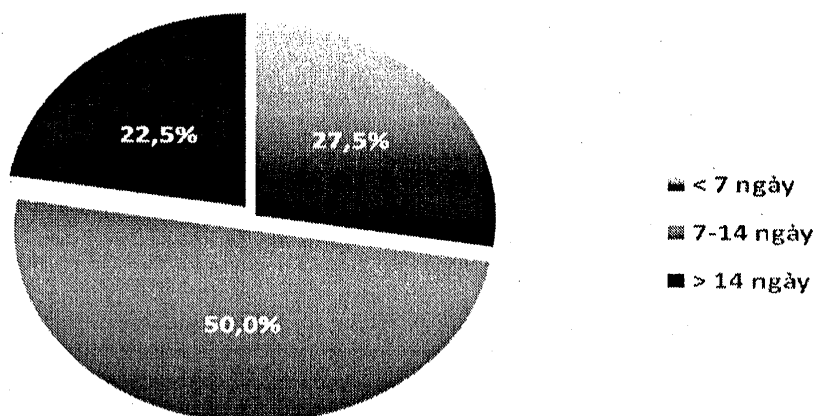
Bảng 3.3. Thể trạng bệnh nhân

Thể trạng BN	BN hẹp môn vị	BN không hẹp môn vị
Đi lại bình thường	22 (55,0%)	49 (81,7%)
Đi lại kém chậm chạp	14 (35,0%)	10 (16,6%)
Không đi lại được	4 (10,0%)	1 (1,7%)
Tổng	40 (100,0%)	60 (100,0%)

Nhóm bệnh nhân hẹp môn vị có tỷ lệ không đi lại được và đi chậm chạp cao hơn nhóm bệnh nhân không hẹp môn vị (35,0% và 10,0% so với 16,6% và 1,7%). Bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp môn vị thường thiếu năng lượng nặng trong một thời gian do không hấp thụ được thức ăn, cộng với khối u phát triển làm cho thể trạng bệnh

nhân suy giảm nhanh. Ở nhóm bệnh nhân không hẹp môn vị có một bệnh nhân không đi lại được là do bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa gây thiếu máu nặng. Hơn nữa bệnh nhân ung thư dạ dày lan rộng kèm theo viêm loét dạ dày làm giảm yếu tố nội (yếu tố giúp cho hấp thu vitamin B12 ở hồi tràng) [7].

*** Triệu chứng nôn của nhóm BN hẹp môn vị**



Biểu đồ 3.4. Triệu chứng nôn ở bệnh nhân hẹp môn vị

Hẹp môn vị là một hội chứng mà biểu hiện chung là tình trạng lưu thông thức ăn và dịch dạ dày xuống tá tràng gặp khó khăn [1]. Thời gian xuất hiện nôn đến khi vào viện phân ra < 7 ngày, 7- 14 ngày, >14 ngày tương ứng là 27,5%, 50,0%, 22,5%. Kết quả cho thấy vẫn còn tỷ lệ khá lớn bệnh nhân xuất hiện

triệu chứng nôn trong một thời gian khá dài mới đến nhập viện, điều này rất nguy hiểm vì hẹp môn vị để lâu nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến tình trạng rối loạn nước và điện giải, mất nhiều natri, kali và clo trong máu gây nên tăng dự trữ kiềm gọi là tình trạng nhiễm kiềm chuyển hóa [1], [2], [3].

3.2. Sản sóc điều dưỡng trước mổ UTDD có HMOV

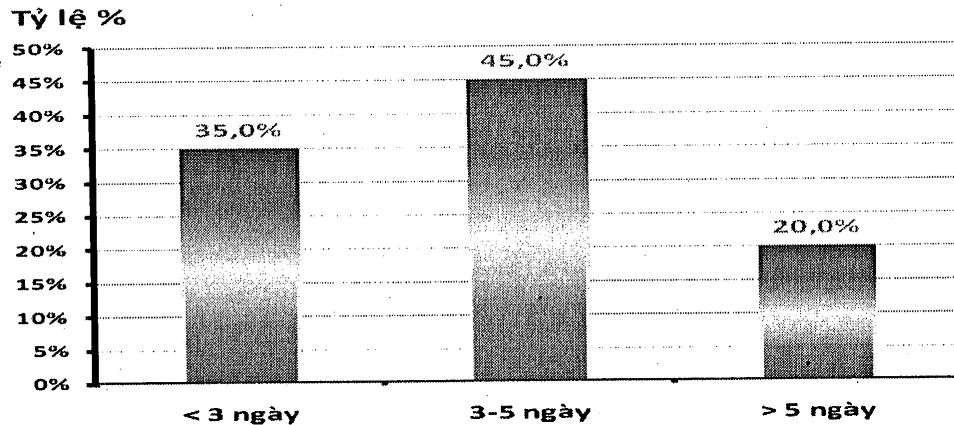
*** Đặt sonde dạ dày:**

Bảng 3.4. Đặt sonde dạ dày

Đặt sonde dạ dày	BN hẹp môn vị	BN không hẹp môn vị
Có đặt sonde DD	40 (100,0%)	7 (11,7%)
Không đặt sonde DD	0 (0,0%)	53 (88,3%)
Tổng	40 (100,0%)	60 (100,0%)

Trong hẹp môn vị đặt sonde dạ dày là một chỉ định tuyệt đối ở tất cả bệnh nhân, 100,0% được đặt sonde dạ dày sau khi vào viện, còn lại ở nhóm không có hẹp môn vị có 7 bệnh nhân (11,7%) được đặt sonde dạ dày, những trường hợp này là do bệnh nhân có xuất huyết tại khối u dạ dày, đặt sonde kết hợp với dùng thuốc cầm máu, thuốc giảm tiết... để điều trị cho bệnh nhân.

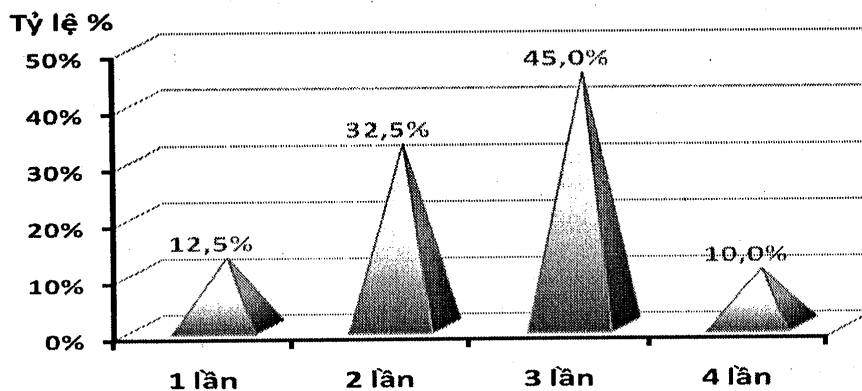
* Thời gian đặt sonde DD và hồi sức trước mổ của bệnh nhân HMV



Biểu đồ 3.5. Thời gian đặt sonde DD và hồi sức trước mổ BN HMV

Bệnh nhân được đặt sonde dạ dày và hồi sức truyền dịch trước mổ > 3-5 ngày (57,5%), 27,5% > 5 ngày và 15,0% ≤ 3 ngày. HMV do ung thư dạ dày là một cấp cứu có tri hoãn bệnh nhân cần phải hồi sức trước mổ để nâng cao thể trạng cho bệnh nhân. Nghiên cứu của Shelestiuk và cộng sự (1996) cho thấy những bệnh nhân có hẹp môn vị thường bị rối loạn chuyển hóa nước và điện giải, cần phải hồi sức truyền dịch với thời gian khoảng 5 ngày trước mổ thì chuyển hóa nước và điện giải mới trở về bình thường và lâm sàng hậu phẫu được cải thiện hơn [13].

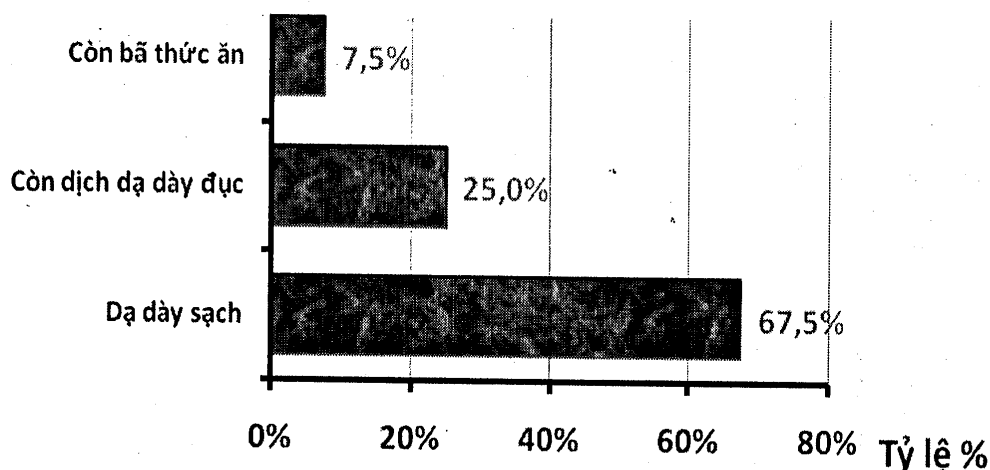
* Số lần rửa dạ dày trước mổ BN HMV



Biểu đồ 3.6. Rửa dạ dày bệnh nhân HMV

Bệnh nhân hẹp môn vị có động thức ăn lâu ngày bệnh nhân ăn vào không tiêu hóa được làm dạ dày căng ra, viêm phù nề. Khi bệnh nhân nhập viện, điều dưỡng viên tiến hành đặt sonde dạ dày và rửa dạ dày cho bệnh nhân nhằm mục đích làm sạch dạ dày để chuẩn bị cho phẫu thuật. Đa số bệnh nhân được rửa 2 lần (32,5%) hoặc 3 lần (45,0%), số bệnh nhân rửa 1 lần là 12,5%, chỉ có 10,0% bệnh nhân được rửa 4 lần. Những bệnh nhân được rửa dạ dày đến khi nước trong, nhưng sau đó sonde dạ dày tiếp tục ra dịch bẩn của thức ăn đọng cũ thì bệnh nhân tiếp tục được rửa dạ dày hôm sau. Thực tế có bệnh nhân phải rửa dạ dày 4 lần mới sạch được các chất trong lòng dạ dày.

3.3. Đánh giá hiệu quả rửa dạ dày BN HMV



Biểu đồ 3.7. Hiệu quả rửa dạ dày

Các bệnh nhân hẹp môn vị được rửa dạ dày, chúng tôi tiến hành ghi nhận hiệu quả khi mở dạ dày trong mổ. Tỷ lệ dạ dày được rửa sạch khá cao chiếm 67,5%, tỷ lệ còn dịch dạ dày đục chiếm 25,0%, chỉ có 7,5% (3 bệnh nhân) là còn bã thức ăn trong lòng dạ dày. Thực tế trong thực hành lâm sàng thấy có những trường hợp bệnh nhân đã được rửa dạ dày cẩn thận, dịch dạ dày trong nhưng khi mở dạ dày trong mổ vẫn còn thức ăn, là do có bệnh nhân hẹp môn vị thức ăn đọng lâu ngày, bệnh nhân ăn nhiều chất xơ to đọng lại trong dạ dày khi rửa không thể ra ngoài được qua ống sonde dạ dày.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân

- Tỷ lệ nam cao hơn nữ (nam/nữ 1.7). Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 33,0%
- Triệu chứng lâm sàng đa dạng, đau thượng vị chiếm cao nhất (86.0%).
- Bệnh nhân HMV gây sút cân (>10 kg và 6-10 kg)

cao hơn bệnh nhân không HMV (22,5% và 50,0% so với 8,3% và 35,0%).

- BMI gây ở BN HMV chiếm cao hơn BN không HMV (72,5% so với 38,3%).
- Tỷ lệ BN đi lại kém và không đi lại được ở BN HMV cao hơn BN không HMV (35,0% và 10,0% so với 16,6% và 1,7%).

4.2. Sản sóc điều dưỡng trước mổ bệnh nhân ung thư DD hẹp môn vị

- 50,0% BN có triệu chứng nôn trước vào viện 7-14 ngày, 27,5% BN < 7 ngày và 22,5% BN có triệu chứng nôn > 14 ngày.
- 100,0% BN HMV đặt sonde DD, chỉ 11,7% BN không HMV đặt sonde DD.
- Đa số BN HMV được đặt sonde DD trước mổ từ 3-5 ngày (57,5%)
- Đa số BN được rửa DD 2 lần hoặc 3 lần (32,5% và 45,0%).
- 67,5% BN đạt hiệu quả rửa DD sạch, 25,0% còn dịch đục và 7,5% còn bã thức ăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 14 tài liệu tham khảo, nếu có nhu cầu xin đọc giả liên hệ với tác giả