

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUY TRÌNH CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG THEO CHƯƠNG TRÌNH DO UNG THƯ KHÔNG CHUẨN BỊ RUỘT CƠ HỌC

Phạm Anh Vũ¹, Nguyễn Thị Thanh Ly¹, Phan Thị Kim Xuân¹,
Lê Hữu Hoàng Liên¹, Trần Thị Thùy Vân¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.63.4

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng và đánh giá kết quả bước đầu quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật nội soi cắt đại - trực tràng không chuẩn bị ruột cơ học tại khoa Ngoại tổng hợp - TTĐTTYC & QT Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng và phương pháp: 41 bệnh nhân ung thư đại-trực tràng được phẫu thuật nội soi theo chương trình từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2020 không chuẩn bị ruột cơ học. Quan sát thực hiện quy trình chuẩn bị trước mổ và đánh giá sớm kết quả như tỷ lệ biến chứng xì miệng nói, nhiễm trùng vết mổ và abscess trong ổ bụng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi đến 30 ngày sau mổ.

Kết quả: 100% bệnh nhân tuân thủ theo quy trình chuẩn bị bệnh mổ được xây dựng, biến chứng xì dò miệng nói 0%; nhiễm trùng vết mổ 14,6%; tụ dịch abscess trong ổ bụng 2,4%; tắc ruột sớm sau mổ 0% bệnh nhân, không có bệnh nhân tử vong.

Kết luận: Chuẩn bị bệnh mổ theo quy trình không chuẩn bị ruột cơ học giảm tải công việc cho điều dưỡng tạo tinh thần tốt cho bệnh nhân trước cuộc mổ và không làm tăng biến chứng sau mổ đối với bệnh cắt đại trực tràng theo chương trình.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, cắt đại trực tràng, chuẩn bị đại tràng, xì miệng nói.

ABSTRACT

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF NON - MECHANICAL BOWEL PREPARATION FOR PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC ELECTIVE COLORECTAL SURGERY FOR CANCER

Phạm Anh Vũ¹, Nguyễn Thị Thanh Ly¹, Phan Thị Kim Xuân¹,
Le Huu Hoang Lien¹, Tran Thi Thuy Van¹

Purpose: This study aims to build and assess the result of the implementation in process of non-Mechanical Bowel Preparation (MBP) for patients undergoing laparoscopic elective colorectal surgery for cancer at General Surgery Department in International Medical Centre of Hue Centre Hospital.

1. Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 10/5/2020; Ngày phản biện (Revised): 30/5/2020;

- Ngày đăng bài (Accepted): 01/7/2020

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

- Email: thanhlynguyen12990@gmail.com; SĐT: 0915411117

Bệnh viện Trung ương Huế

Methods: 41 colorectal cancer patients underwent laparoscopic elective surgery from 01/2019 to 03/2020. To observe the performance of preoperative preparation process for patients undergoing elective surgery and assess the effective of treatment, the complication rate such as anastomotic leak, wound infection and intra-abdominal abscess. Patients were followed up for 30 days after operation.

Results: 100% patients complied process, the complication rate of anastomotic leak 0%; wound infection occupied 14,6% including 6 patients; intra-abdominal abscess occupied 2,4% including 1 patient; early postoperative adhesive small bowel obstruction 0%.

Conclusion: Non - Mechanical Bowel Preparation (MBP) reduces amount of work for nurses, creates a good spirit for patient before operation and doesn't increase the complication rate.

Keywords: Colorectal cancer, colectomy, mechanical bowel preparation, anastomotic leak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vai trò của chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật cắt đại trực tràng: Phẫu thuật nói chung là một phương pháp điều trị có gây sang chấn và ảnh hưởng nhất định tới cơ thể người bệnh. Để người bệnh có thể trải qua được cuộc phẫu thuật cần có công tác chuẩn bị chu đáo về tinh thần và thể chất cho họ. Chúng ta cần phải thấy rõ việc chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật cắt đại tràng là công việc rất quan trọng, góp phần vào thành công của cuộc mổ. Bất kỳ một cuộc phẫu thuật cắt đại trực tràng nào dù là phẫu thuật theo lịch phiên hay phẫu thuật cấp cứu cũng đều cần có sự chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật. Nếu chúng ta bỏ qua các bước chuẩn bị trước phẫu thuật dù là nhỏ nhất thì cũng ảnh hưởng đến kết quả của cuộc phẫu thuật, mà người gánh chịu đầu tiên là người bệnh, thân nhân người bệnh và sau đó là chính nhân viên y tế chúng ta. Công tác chuẩn bị phải được thực hiện một cách nghiêm túc, cẩn trọng, chu đáo và theo một quy trình nhất định để tránh sai sót. Công tác chuẩn bị người bệnh phải thực hiện xuyên suốt từ khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật đến khi họ được phẫu thuật. Từng cơ sở y tế có thể thực hiện quy trình chuẩn bị người bệnh theo những cách khác nhau, nhưng dù ở cơ sở nào đi chăng nữa cũng cần phải ý thức được rằng, việc chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật ảnh hưởng rất lớn đến sự thành bại của ca phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm 41 bệnh nhân được chẩn đoán là ung

thư đại - trực tràng và được phẫu thuật nội soi cắt đại - trực tràng tại Khoa Ngoại - TTĐTTYC&QT Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2019 đến 03/2020.

Quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng do ung thư không chuẩn bị ruột cơ học tại khoa Ngoại - TTĐTTYC & QT:

+ Chuẩn bị phần hành chính

- Bác sĩ tư vấn kỹ phương pháp mổ, tình trạng hiện tại và sau mổ của bệnh nhân, bác sĩ ký và giải thích vào tờ tư vấn phẫu thuật, người nhà ký một bên.

- Cho người nhà viết giấy cam kết đồng ý phẫu thuật.

- Điều dưỡng hoàn thành hồ sơ bổ sung đầy đủ phần ghi chép hành chính, kiểm tra đầy đủ kết quả các xét nghiệm tiền phẫu theo y lệnh, báo cáo kịp thời nếu có bất thường.

- Điều dưỡng cùng Bác sĩ tư vấn và giải thích quy trình chuẩn bị cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật như sau:

+ Chuẩn bị bệnh nhân

- Đưa người bệnh về phòng hướng dẫn người bệnh:

➤ Tẩy trang và chùi sạch sơn móng tay, móng chân trước khi phẫu thuật.

➤ Chải và cột gọn tóc.

➤ Tháo kính áp tròng nếu có.

➤ Tháo răng giả tháo lắp nếu có.

➤ Tháo tất cả đồ trang sức, bao gồm các loại khuyên đeo trên người.

➤ Mặc quần áo giày dép do bệnh viện cung cấp.

➤ Giữ gìn vệ sinh cơ thể giúp giảm thiểu nguy

Đánh giá hiệu quả quy trình chuẩn bị người bệnh...

ơ nhiễm trùng sau mổ. Điều dưỡng sẽ hướng dẫn và yêu cầu người bệnh tắm trước khi phẫu thuật, hỗ trợ cùng người nhà đối với các bệnh nhân không tự thực hiện được.

- Đánh dấu vị trí phẫu thuật, sát khuẩn bằng dung dịch sát khuẩn.

- Đeo vòng tay nhận dạng người bệnh.

- Theo dõi các chỉ số dấu hiệu sinh tồn.

+ Chuẩn bị ruột

- Bệnh nhân có thể nhập viện và phẫu thuật trong ngày.

- Bệnh nhân nhịn ăn uống 6h trước phẫu thuật.

- Trước phẫu thuật 6h-12h bệnh nhân có thể uống sữa hoặc ăn cháo lỏng, 1-2 ngày trước phẫu thuật có thể ăn uống bình thường.

- Bơm thụt tháo dung dịch Fleet enema 133ml x 1 type vào hậu môn, hướng dẫn bệnh nhân nhịn đi cầu cho đến khi không nhịn được nữa mới đi.

- Đối với bệnh nhân tắc ruột nhịn ăn uống hoàn toàn truyền dịch để nuôi dưỡng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

(N = 41, N là số bệnh nhân, Tỷ lệ %)

Theo bảng 1 ta thấy, nhóm lớn tuổi thường mắc bệnh này và chiếm 87,8% vậy nên việc xây dựng một quy trình chuẩn bị tránh làm mất sức cho người bệnh là cần thiết, nhóm yếu tố nam nữ chưa có ý nghĩa trong thống kê

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân được nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
<50	5	12,2
>50	36	87,8
Giới tính		
Nam	25	61
Nữ	16	39

Tất cả các trường hợp nghiên cứu đều là phẫu thuật nội soi: theo bảng 2 thì bệnh nhân được phẫu thuật đại trực tràng nhiều nhất với 36,6%, tiếp theo là trực tràng với 31,7%. Tất cả các trường hợp đều thực hiện cùng 1 quy trình.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật nội soi	n	%
Cắt manh tràng đoạn đầu đại tràng	1	2,4
Cắt đại tràng phải	5	12,3
Cắt đại tràng ngang	1	2,4
Cắt đại tràng trái	2	4,7
Cắt đại tràng chậu hông	4	9,9
Cắt đại trực tràng	15	36,6
Cắt trực tràng	13	31,7

Thời gian vận động trung bình sau mổ: 24,5 giờ

Bảng 3: Tỷ lệ các loại biến chứng, không biến chứng và mổ lại

Biến chứng xảy ra	n	%
Xi miệng nổi	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	6	14,6
Tụ dịch ổ bụng gây abscess	1	2,4
Tắc ruột sớm	0	0
Không biến chứng	34	83
Mổ lại	1	2,4

Thời gian trung tiện trung bình sau mổ: 49,7 giờ

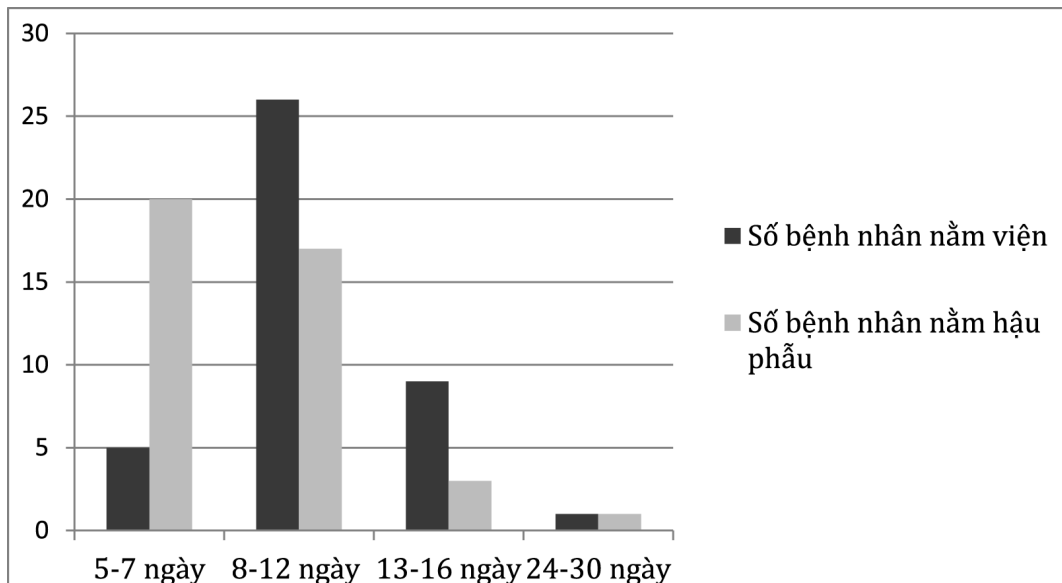
Các biến chứng mà chúng ta lo sợ nhất dường như không xảy ra, cụ thể chỉ có 1 trường hợp tụ dịch gây abscess ổ bụng buộc phải mổ lại chiếm 2,4%, tuy nhiên nhiễm trùng vết mổ vẫn xảy ra chiếm 14,6% với 6/41 trường hợp.

Bảng 4: Số ngày nằm viện và hậu phẫu

	n	%
Tổng số ngày nằm viện		
5 - 7	5	12,2
8 - 12	26	63,5
13 - 16	9	21,9
30	1	2,4
Tổng số ngày hậu phẫu		
5 - 7	20	48,8
8 - 12	17	41,5
13 - 16	3	7,3
24	1	2,4

Theo bảng 4 ta thấy, 1 bệnh nhân có số ngày nằm viện lên đến 30 là bệnh nhân có biến chứng abscess được nêu ở trên chiếm 2,4%; trung bình từ 13-16 ngày chiếm 21,9% và các bệnh nhiễm trùng vết mổ sẽ rơi vào khung ngày này; trung bình 8 - 12 ngày chiếm 63,5%; và cuối cùng ngày nằm viện từ 5 - 7 có 5 bệnh nhân chiếm 12,2%

Bệnh viện Trung ương Huế



Biểu đồ 1: Số ngày nằm viện và hậu phẫu

Biểu đồ cho thấy đa số bệnh nhân nằm viện từ 8-12 ngày

IV. BÀN LUẬN

So sánh sự cải tiến trong phương pháp trước đây và bây giờ:

Phương pháp truyền thống	Phương pháp hiện tại
<p>- Bệnh nhân nhập viện trước mổ 3-5 ngày, ăn chế độ lỏng và nuôi dưỡng tĩnh mạch 1-2 ngày trước mổ, sử dụng thuốc nhuận tràng 2 ngày trước mổ và thực tháo đại tràng trước ngày phẫu thuật:</p> <p>+ Nếu khối u đã gây hẹp lòng ruột nhiều gây tắc ruột, bán tắc ruột (ống nội soi không qua được) thì thực tháo 2 lần/ngày (sáng và tối) trong 3 ngày trước mổ và sáng sớm ngày mổ. Trường hợp này bệnh nhân hoàn toàn và truyền dịch để nuôi dưỡng.</p> <p>+ Nếu khối u chưa gây hẹp đáng kể lòng ruột (ống nội soi qua được) thì cho uống hoặc là Fortrans 2 gói, mỗi gói pha 1 lít nước; hoặc là 90ml (2 hộp) phosphosoda (Fleet) kèm khoảng 2 lít nước vào đêm trước mổ (12-16 giờ trước mổ). Sau khi uống, dặn bệnh nhân đi cầu cho đến khi hết còn cảm giác mắc đi cầu.</p> <p>→ Có thể gây ra tình trạng mất nước và rối loạn điện giải đặc biệt là người già [1] nghiêm trọng hơn có thể thủng ruột, gây mệt mỏi và mất sức cho người bệnh.</p>	<p>- Bệnh nhân có thể nhập viện và phẫu thuật trong ngày.</p> <p>- Bệnh nhân nhịn ăn uống 6h trước phẫu thuật.</p> <p>- Trước phẫu thuật 6h-12h bệnh nhân có thể uống sữa hoặc ăn cháo lỏng, 1-2 ngày trước phẫu thuật có thể ăn uống bình thường.</p> <p>- Làm sạch ruột bằng cách bơm thực tháo dung dịch Fleet enema vào hậu môn, hướng dẫn bệnh nhân nhịn đi cầu cho đến khi không nhịn được nữa mới đi.</p> <p>- Đối với bệnh nhân tắc ruột nhịn ăn uống hoàn toàn truyền dịch để nuôi dưỡng.</p> <p>→ Không có các biểu hiện rối loạn hay thủng ruột, bệnh nhân có tinh thần thoải mái và không bị mất sức nhiều, bảo đảm sức khỏe tốt cho cuộc mổ.</p>

Chuẩn bị trước mổ là một khâu cực kỳ quan trọng. Đây là thời điểm mà bệnh nhân có thể được chuẩn bị tốt về thể chất và tinh thần cho một cuộc phẫu thuật, nhằm tối ưu hóa các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân, giúp bệnh nhân thoải mái và hài lòng, tạo tâm lý ổn định cho bệnh nhân trước ca mổ. Trong thời gian này, bất cứ yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến nguy cơ gây mê hoặc phẫu thuật có thể được xác định nhằm giảm thiểu sự chậm trễ phẫu thuật, ngăn ngừa các biến chứng và tử vong, đặc biệt là các phẫu thuật về đường tiêu hóa. Vì vậy đòi hỏi phải có sự chuẩn bị kỹ lưỡng và đầy đủ từ các bộ phận liên quan.

Chuẩn bị ruột cơ học trước phẫu thuật (MBP Mechanical Bowel Preparation) trong lịch sử được coi là thủ tục tiêu chuẩn trên cơ sở niềm tin rằng nó làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng và khử trùng anastomotic bằng cách giảm tải phân và vi khuẩn. Nhưng theo các nghiên cứu cho thấy, quan niệm này thường chỉ dựa trên kinh nghiệm không có nhiều bằng chứng thuyết phục.[2,3,4,5,6,7,8]

Với giai đoạn chuẩn bị ruột đơn giản hơn của quy trình tại khoa Ngoại tổng hợp – TTĐTTYC&QT đã giúp cho điều dưỡng giảm bớt các công việc không cần thiết, tập trung vào chuẩn bị đầy đủ tinh thần và thể lực nhằm giúp người bệnh có tâm lý thoải mái và sẵn sàng cho cuộc phẫu thuật theo dự kiến, mặt khác theo kết quả nghiên cứu cho thấy việc này không gây ra các biến chứng tiêu cực và có dấu hiệu khả quan tương đương hoặc hơn so với việc có chuẩn bị ruột.

Các báo cáo hiện tại cho thấy phẫu thuật đại trực tràng chiếm 25% trong tất cả các biến chứng phẫu thuật và thời gian nằm viện trung bình từ 8 đến 12 ngày để phẫu thuật cắt đại tràng tự chọn tiêu chuẩn, vậy theo kết quả nghiên cứu tại khoa Ngoại thì thời gian nằm viện trung bình đã có dấu hiệu giảm xuống trong khoảng 5 - 7 ngày là một dấu hiệu đáng mừng và tỷ lệ biến chứng hầu như ít xảy ra.

Để cải thiện tình trạng biến chứng và thời gian điều trị thì Kehlet và các đồng nghiệp đã đưa ra một khái niệm về tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS) hoặc theo dõi nhanh chóng, với mục tiêu sử dụng bằng chứng hiện tại và các liệu pháp đa phương thức để giảm phẫu thuật căng thẳng, tăng cường phục hồi sau phẫu thuật và giảm thời gian nằm viện.[9]

Các yếu tố trong khái niệm này là các can thiệp chăm sóc phẫu thuật tập trung vào gây mê, giảm đau, giảm căng thẳng phẫu thuật (cả phản ứng chuyển hóa nội tiết và viêm), điều trị theo mục tiêu, ngăn ngừa buồn nôn (trở lại chức năng ruột), dự phòng huyết khối, kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, dinh dưỡng và vận động sớm. Đã có nhiều nghiên cứu về chương trình ERAS và bệnh nhân trong các nghiên cứu này có sự quay trở lại nhanh hơn của chức năng ruột, thời gian nằm viện ngắn hơn và giảm tỷ lệ biến chứng.[10,11,12,13,14]

Quy trình được giới thiệu trên đây tại khoa Ngoại - TTĐTTYC&QT đang hướng đến chương trình ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) mà hiện nay nhiều bệnh viện trên thế giới đang áp dụng, tại Việt Nam đã áp dụng thành công ở một số bệnh viện lớn như Chợ Rẫy, Vinmex,... không những trong quy trình phẫu thuật đại trực tràng mà tiến đến là phẫu thuật dạ dày, cắt gan hay thậm chí là các phẫu thuật sản khoa. Mục tiêu của ERAS là đem lại chăm sóc toàn diện bệnh nhân trong giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật nhằm giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng điều trị và giảm chi phí; giảm tỉ lệ biến chứng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng tại khoa Ngoại cho thấy sự rút gọn cần thiết trong quy trình cũ, giúp giảm tải công việc cho điều dưỡng tạo tinh thần tốt cho bệnh nhân trước cuộc mổ mà không làm tăng biến chứng xì dò miệng nối và nhiễm khuẩn vùng mổ sau mổ đối với bệnh cắt đại trực tràng theo chương trình.

VI. KIẾN NGHỊ

- Cần có nhiều nghiên cứu và đánh giá hơn nữa để chuẩn hóa quy trình và thực hiện phổ biến trong bệnh viện.

- Nghiên cứu và xem xét việc thực hiện chương trình ERAS tại khoa và nhân rộng chương trình.

- Điều dưỡng học tập và nghiên cứu tài liệu khoa học để nâng cao chuyên môn trong chăm sóc người bệnh, nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc rút ngắn thời gian nằm viện, giúp bệnh nhân nhanh chóng hòa nhập lại với cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holte K., Nielsen K.G., Madsen J.L. và cộng sự. (2004). Physiologic effects of bowel preparation. *Dis Colon Rectum*, 47(8), 1397 - 1402.
2. Contant CME, Hop WCJ, van't Sant HP, et al (2007). "Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a multicentre randomized trial". *Lancet*; 370: 2112 - 2117.
3. Eskicioglu C, Forbes SS, Fenech DS, et al (2010). "Preoperative bowel preparation for patients undergoing elective colorectal surgery: a clinical practice guideline endorsed by the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons. *Can J Surg*; 53: 385-395.
4. Gravante G, Caruso R, Andreani SM, et al (2008). "Mechanical bowel preparation for colorectal surgery: a meta-analysis on abdominal and systemic complications on almost 5,000 patients". *Int J Colorectal Dis*; 23: 1145-1150.
5. Contant CM, Hop WC, van't Sant HP, Oostvogel HJ, Smeets HJ, Stassen LP, Neijenhuis PA, Idenburg FJ, Dijkhuis CM, Heres P, van Tets WF, Gerritsen JJ, Weidema WF. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2007;370:2112 - 7.
6. Kết quả của cắt đại tràng chương trình có so với không chuẩn bị đại tràng trước mổ- Nguyễn Văn Hải, Võ Thị Mỹ Ngọc, Lâm Thành Quốc - Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh – 2013 - Tập 17 - Số 6.
7. Søreide E. và Ljungqvist O. (2006). Modern preoperative fasting guidelines: a summary of the present recommendations and remaining questions. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 20(3), 483 - 491.
8. Bretagnol F., Panis Y., Rullier E. và cộng sự. (2010). Rectal cancer surgery with or without bowel preparation: The French GRECCAR III multicenter single-blinded randomized trial. *Ann Surg*, 252(5), 863 - 868.
9. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 2008; 248 (2): 189 - 198.
10. Công Quyết Thắng (2017). Báo cáo "ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật và vai trò của người làm Gây mê Hồi sức" Hội nghị Gây mê toàn quốc năm 2017.
11. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH, et al; Laparoscopy and/or Fast Track Multimodal Management Versus Standard Care (LAFA) Study Group; Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Group. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg* 2006; 93 (7): 800 - 809.
12. Walter CJ, Collin J, Dumville JC, Drew PJ, Monson JR. Enhanced recovery in colorectal resections: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis* 2009;11(4): 344 - 353.
13. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJ. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (2): CD007635.
14. Lv L, Shao YF, Zhou YB. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing colorectal surgery: an update of meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27 (12): 1549 - 1554