

## CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT MILES VỚI TĂNG SINH MÔ ĐÓNG KÍN TỨC THÌ VÀ DẪN LƯU ÁP LỰC ÂM

Nguyễn Thị Phương Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Mai Chi<sup>1</sup>,  
Phạm Huy Triều<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Minh Trí<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá hiệu quả và ích lợi trong việc chăm sóc bệnh nhân được phẫu thuật Miles trong ung thư trực tràng với tăng sinh mô được đóng kín tức thì và dẫn lưu áp lực âm (drain-hémovac) tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM.

**Bệnh nhân và phương pháp:** Hồi cứu, mô tả loạt ca 30 trường hợp ung thư trực tràng điều trị bằng phẫu thuật Miles, đóng kín tầng sinh môn tức thì và dẫn lưu áp lực âm (drain-hémovac) được chăm sóc tại Khoa Ngoại ngực, bụng, Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM từ 01/2022 đến 12/2022.

**Kết quả:** Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 6,13 ngày, thời gian rút ống dẫn lưu 6 – 26 ngày và cắt chỉ vùng tầng sinh môn dao động từ 17 – 19 ngày sau mổ, trong đó lượng dịch dẫn lưu qua ống trung bình trong khoảng 73,08ml ở ngày hậu phẫu thứ nhất và giảm dần còn khoảng 34,21ml ở ngày hậu phẫu thứ 6. Việc chăm sóc tại chỗ vết mổ tầng sinh môn nhanh,

nhẹ nhàng, ít đau đớn, ít tổn gòn gạc so với chăm sóc vết thương hở như trước đây tiến tới sự hài lòng của bệnh nhân, vết mổ mau lành kín. Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu là 0%.

**Kết luận:** Chăm sóc bệnh nhân được phẫu thuật Miles trong ung thư trực tràng với tăng sinh mô được đóng kín tức thì và dẫn lưu áp lực âm (drain-hémovac) tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM có hiệu quả và ích lợi trong việc chăm sóc tại chỗ: vết mổ lành tốt và không bị bung sau khi cắt chỉ tầng sinh môn.

**Từ khóa:** Chăm sóc, phẫu thuật Miles, ung thư trực tràng.

### SUMMARY

#### CARE OF PATIENTS AFTER MILES PROCEDURE WITH PRIMARY PERINEAL CLOSURE AND NEGATIVE PRESSURE DRAINAGE

Care of patients after miles procedure with primary perineal closure and negative pressure drainage

**Purpose:** Evaluating the effectiveness and benefit in care of patients after Miles procedure with primary perineal closure and negative pressure drainage (drain-hémovac) at Ho Chi Minh City Oncology Hospital.

**Patients and methods:** Observational study, descriptive 30 cases of rectal cancer patients treated with Miles procedure with primary perineal closure and negative pressure drainage (drain-hémovac). Patients were selected from those who received surgery at the Thoracic and

<sup>1</sup>Điều dưỡng Khoa Ngoại ngực, bụng - Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM

<sup>2</sup>Kỹ thuật viên Khoa Ngoại ngực, bụng - Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM

<sup>3</sup>Bác sĩ Khoa Ngoại ngực, bụng - Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Triều

Email: phamhuytrieu7@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/9/2022

Ngày phản biện: 30/9/2022

Ngày chấp nhận đăng: 25/10/2022

Abdominal Surgery Department, HCMC Oncology Hospital between January 2022 and December 2022.

**Results:** 30 patients were eligible for this study. The average length of hospital stay was 6.13 days, the time of drain removal varied from 6 to 26 days and perineal suture removal ranging from 17 to 19 days after surgery. The average amount of fluid through drainage tube was 73.08ml on the 1st postoperative day and gradually decreased to about 34.21ml on the 6th postoperative day. The perineal incision site care is fast, gentle, less painful, and requires less gauze compared to traditional care. The faster wound healing also improved patients satisfaction. There was no reported case of infection complication.

**Conclusion:** Caring for patients undergoing Miles surgery for rectal cancer with immediate closure of the perineum and negative pressure drainage (drain-hémovac) at the HCM City Oncology Hospital is effective and beneficial. The wound healing rate is improved and the wound is stable after suture removal.

**Keywords:** Abdominoperineal resection, rectal cancer, postoperative care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan năm 2018, ung thư đại - trực tràng là ung thư thường gặp hàng thứ năm tại Việt Nam với 14,733 ca mới[2]. Theo kết quả ghi nhận ung thư quần thể tại TPHCM năm 2014, ung thư đại - trực tràng là ung thư thường gặp đứng hàng thứ hai (tính chung cả hai giới) với xuất độ chuẩn theo tuổi là 21,3/100.000 dân; chỉ sau ung thư phổi[3].

Phẫu thuật, cho đến nay, vẫn là vũ khí duy nhất có khả năng điều trị khỏi ung thư đại - trực tràng[6], các phương pháp điều trị khác chỉ có giá trị hỗ trợ.

Trước năm 1990, Fry[1] đã nhận định: Từ rất lâu phẫu thuật cắt cụt trực tràng qua đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) đã được coi là phương pháp điều trị quy ước dành cho ung thư trực tràng. Tuy nhiên trong chăm sóc sau phẫu thuật này bệnh nhân được can thiệp rút gạc tầng sinh môn, can thiệp này gây cho bệnh nhân cảm giác đau đớn, khó chịu và nguy cơ chảy máu sau rút gạc. Bên cạnh đó bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo, một điều phiền toái mà một số bệnh nhân không dễ dàng chấp nhận. Gần đây với những hiểu biết rõ hơn về sinh học của ung thư trực tràng, việc phát hiện và chẩn đoán bệnh ở những giai đoạn sớm hơn, sự tiến bộ của các dụng cụ phẫu thuật (các stapler) và các vũ khí điều trị khác (xạ, hóa...)[4,5,7] mà tỉ lệ các trường hợp ung thư trực tràng được điều trị bảo tồn hậu môn ngày một nhiều hơn. Tuy nhiên phẫu thuật Miles vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị các ung thư trực tràng thấp do không thể bảo tồn cơ thắt và việc chăm sóc tại chỗ tầng sinh môn vẫn là gánh nặng trong chăm sóc tại chỗ cho người điều dưỡng.

Trước đây tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM, các trường hợp bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật Miles đặt gạc vào hốc trống tầng sinh môn 7 – 9 (gạc nhỏ), sau đó rút gạc tầng sinh môn trong 1 – 2 ngày đầu sau mổ và chăm sóc tầng sinh môn để hở mỗi ngày được xem là thường quy. Hiện nay tại Khoa Ngoại ngực, bụng, Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM, chúng tôi áp dụng phương pháp dẫn lưu áp lực âm với tầng sinh môn đóng kín tức thì trên bệnh nhân phẫu thuật Miles và thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và ích lợi trong việc chăm sóc tại chỗ bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật dẫn lưu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật Miles với tầng sinh môn được đóng kín tức thì và có dẫn lưu áp lực âm (drain-hémovac) chăm sóc tại Khoa Ngoại ngực, bụng; Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022, với 30 trường hợp được đánh giá và ghi nhận.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Hồi cứu, mô tả loạt ca.

+ Ghi nhận các biến số sau vào phiếu thu thập số liệu:

Thông tin chung (tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, tiền sử bệnh, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh...).

+ Số liệu được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 for Windows.

+ Bàn luận

### 2.3. Chăm sóc bệnh nhân

+ Thống kê thời gian chăm sóc:

	<b>Cắt chỉ bụng</b>	<b>Cắt chỉ tầng sinh môn</b>	<b>Rút ống dẫn lưu</b>
Thời gian trung bình sau phẫu thuật	7 - 10 ngày	17 - 19 ngày	6 - 26 ngày

Bệnh nhân được theo dõi chăm sóc trong thời gian hậu phẫu tại khoa.

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:

Bệnh nhân được theo dõi: Mạch, huyết áp, nhiệt độ và nhịp thở, kiếu thở 2 lần/ngày hoặc tùy theo tình trạng của bệnh nhân và chỉ định của Bác sĩ.

+ Tâm lý bệnh nhân:

Bệnh nhân được dặn dò chu đáo sau khi được chuyển từ phòng hồi tỉnh về khoa. Kế hoạch chăm sóc: chăm sóc vết mổ, thuốc được thực hiện, chế độ ăn uống.

Tư vấn sâu về cách chăm sóc hậu môn nhân tạo và thích nghi với hậu môn nhân tạo. Động viên, ổn định tâm lý bệnh nhân vượt qua cơn đau trong những ngày đầu sau mổ.

+ Chăm sóc vết mổ bụng, tầng sinh môn và ống dẫn lưu (drain- hémovac):

Theo dõi chảy máu hay tụ dịch vết mổ, tình trạng nhiễm trùng vết mổ. Thời gian theo dõi đặc biệt trong vòng 24 giờ đến 48 giờ sau phẫu thuật, sau đó là theo dõi lượng

dịch ra mỗi 24 giờ. Kiểm tra hệ thống dẫn lưu để đảm bảo bình luôn trong tình trạng có áp lực hút âm, bởi vì tác dụng hút sẽ không còn nếu hệ thống bị hở, bình đầy dịch. Theo dõi số lượng, màu sắc và tính chất của dịch dẫn lưu.

+ Chăm sóc hậu môn nhân tạo:

Sau phẫu thuật bệnh nhân được mở hậu môn nhân tạo vĩnh viễn, vì vậy điều dưỡng cần hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo trong thời gian hậu phẫu và sau khi xuất viện về nhà.

Theo dõi tình trạng hoạt động của hậu môn nhân tạo (xi hơi, ra phân...) và vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo có viêm tấy hay loét loét hay không để kịp thời báo bác sĩ có hướng xử lý phù hợp.

+ Dinh dưỡng:

Nhu cầu dinh dưỡng cần phải đủ để hỗ trợ cho sự lành vết thương và đáp ứng miễn dịch. Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá

đinh dưỡng trước mổ để có thể can thiệp dinh dưỡng trước mổ nếu bệnh nhân có suy dinh dưỡng hoặc can thiệp dinh dưỡng trong thời gian hậu phẫu.

+ Phục hồi chức năng:

Tập vật lý trị liệu hô hấp và vận động sớm sau mổ: khạc đàm nhớt và thở sâu giúp quá trình trao đổi khí ở phổi tốt làm cho bệnh nhân không còn cảm giác vướng đàm và ho, nhịp thở cũng trở về bình thường. Điều này

giúp hồi phục tốt nhất có thể được và rút ngắn thời gian điều trị.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 30 bệnh nhân thỏa điều kiện được đưa vào nghiên cứu. Tuổi của các bệnh nhân trong nghiên cứu dao động từ 40 - 79 tuổi, tuổi trung vị là 59 tuổi. Các đặc điểm về giới, thể trạng, điều trị trước mổ cũng như kích thước bướu được thể hiện trong Bảng 1.

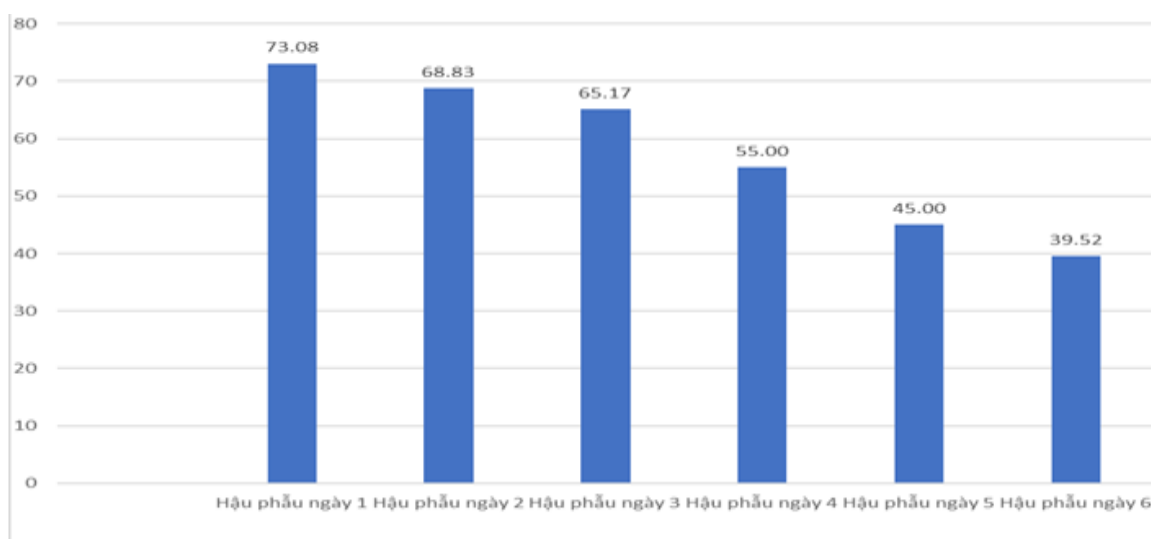
**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm bệnh nhân		n (%)
Giới tính	Nam	19 (63,3)
	Nữ	11 (36,7)
BMI	Dưới 18,5	1 (3,3)
	Từ 18,5 – 22,9	20 (66,67)
	Trên 23	9 (30)
Điều trị trước mổ	Hóa xạ trước mổ	27 (90)
	HMNT trước mổ	8 (26,7)
Kích thước bướu	< 5cm	22 (73,3)
	>= 5	8 (26,7)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 6 – 10 ngày trung bình 6,13 ngày. Hầu hết các trường hợp bệnh nhân khi xuất viện đều được lưu lại ống dẫn lưu và chỉ khâu vùng tầng sinh môn. Thời gian rút ống dẫn lưu 6 – 26 ngày và cắt chỉ vùng tầng sinh môn 17 – 19 ngày (Thời gian nằm viện dao động 6 – 10 ngày, trung bình 6,13 ngày. Thời gian cắt chỉ tầng sinh môn 17 – 19 ngày và rút ống dẫn lưu 6 – 26 ngày được thực hiện khi bệnh nhân đã ngoại trú và quay lại tái khám, không còn nằm viện nội trú nên dài hơn thời gian nằm viện trung bình). Việc cắt chỉ và rút ống dẫn lưu được thực hiện tại Khoa Ngoại

ngực, bụng và có sự đánh giá lại của bác sĩ điều trị trước khi quyết định rút ống dẫn lưu. Lượng dịch dẫn lưu qua ống trung bình trong khoảng 73,08ml ở ngày hậu phẫu thứ nhất và giảm dần còn khoảng 34,21ml ở ngày hậu phẫu thứ 6 (biểu đồ 1). Có 3 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật bao gồm 2 trường hợp bệnh nhân liệt ruột cơ năng sau mổ được điều trị nội khoa và 1 trường hợp tắc ruột do dính phải phẫu thuật lại. Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu là 0%.

Việc chăm sóc vết thương tầng sinh môn được thực hiện nhanh chóng, nhẹ nhàng, ít gây đau, ít tổn gòn gạc so với chăm sóc vết thương hở trước đây.



**Biểu đồ 1. Lượng dịch trung bình qua ống dẫn lưu**

#### IV. BÀN LUẬN

Trước đây tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM, các trường hợp bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật Miles thì việc chăm sóc và rút gạc tầng sinh môn được xem là thường quy. Tuy nhiên, việc rút gạc tầng sinh môn thường gây đau đớn cho người bệnh và kéo dài thời gian lành vết thương cũng như thời gian nằm viện của bệnh nhân. Chăm sóc cũng cực hơn như: Chăm sóc vết thương hở mỗi ngày, tưới rửa Bétadine vào hốc trống và phải sử dụng nhiều gòn gạc để lau rửa hốc trống tầng sinh môn nên sẽ mất nhiều thời gian và có khi gây chảy máu phải can thiệp ngoại khoa (khâu cầm máu) do gạc dính vào xung quanh khi kéo gạc ra gây sưng mô.

Lợi ích trong chăm sóc: nhanh, nhẹ nhàng, ít đau đớn, ít tổn gòn gạc. Lợi ích trong điều trị: với việc dẫn lưu áp lực âm liên tục, kháng sinh phòng ngừa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật, thay băng mỗi ngày và đặc

biệt là cắt chỉ muộn tầng sinh môn. Tất cả không ghi nhận ca nào có tình trạng tụ dịch, nhiễm trùng, các vết thương được lành tốt, không bung sau cắt chỉ muộn. Lợi ích tâm lý bệnh nhân: bệnh nhân hài lòng vì thay băng không đau đớn, phục hồi nhanh, tầng sinh môn khô sạch, không thấm ướt suốt ngày như phương pháp chăm sóc để hở tầng sinh môn. Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân đều được lưu lại ống dẫn lưu khi xuất viện và được hướng dẫn cách chăm sóc cũng như theo dõi hoạt động của ống dẫn lưu. Tất cả bệnh nhân sau khi được hướng dẫn đều tuân thủ đúng và có thể tự chăm sóc vết thương cũng như ống dẫn lưu cho đến ngày tái khám và rút ống dẫn lưu. Như vậy cho thấy, việc đóng kín tầng sinh môn tức thì và dẫn lưu áp lực âm là dễ thực hiện và mang lại hiệu quả trong chăm sóc bệnh nhân ung thư trực tràng sau phẫu thuật Miles.

## V. KẾT LUẬN

Chăm sóc bệnh nhân được phẫu thuật Miles trong ung thư trực tràng với tầng sinh môn được đóng kín tức thì và dẫn lưu áp lực âm (drain-hémovac) tại bệnh viện Ung Bướu TP. HCM có hiệu quả và ích lợi hơn so với phương pháp rút gạc tầng sinh môn và chăm sóc vết thương hở như trước đây.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fry R.D., Fleshman F.W., Kodner L.J.** (1990). "Sphincter-saving procedures for rectal cancer". In: Schwartz S.I., Ellis H. Maingot's Abdominal Operations, 9th edition. Appleton & Lange: 1119-1130.
2. **Globocan** 2018. (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>).
3. **Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Bùi Đức Tùng và cs** (2016). "Kết quả ghi nhận ung thư quần thể thành phố Hồ Chí Minh năm 2014". Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 3, tr.13- 21.
4. **Nguyễn Bá Trung** (2005). "Ung thư trực tràng: chẩn đoán và điều trị". Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Luận án Bác sĩ Chuyên khoa cấp II.
5. **Phạm Hùng Cường, Vương Nhất Phương** (1999). "Điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại Trung tâm Ung Bướu TPHCM". Y học TPHCM, 3(4), tr.216-225.
6. **Tabbarah H.J.** (1995). "Gastrointestinal tract cancers". In: Casciato D.A., Lowitz B.B. Manual of Clinical Oncology, 3rd edition. Little, Brown and Company: 152-164.
7. **Vương Nhất Phương và cs** (2017). "Kết quả bước đầu hóa-xạ tiền phẫu kết hợp phẫu thuật trong điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II-III". Tạp chí Y học Việt Nam.
8. **Phan Việt Anh** (2020). "Phẫu thuật nội soi điều trị Ung thư trực tràng" Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành ung thư. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.