

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ TIÊU HÓA RA DA BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT ÁP LỰC ÂM CẢI BIÊN VỚI TÚI DÁN

Nguyễn Thị Tuoi¹, Lâm Việt Trung¹, Trần Vũ Đức¹, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc², Võ Thị Thủy¹,
Tư Minh Phước¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rò tiêu hoá ra da sau phẫu thuật bụng là một biến chứng phức tạp, tạo gánh nặng trong chăm sóc điều dưỡng, tâm lý bệnh nhân cũng như kết quả điều trị nói chung. Phương pháp hút áp lực âm đã được áp dụng điều trị các tổn thương rò dịch khó lành ở các chuyên khoa chỉnh hình, ngoại thần kinh. Tuy nhiên với rò tiêu hoá ra da thì phương pháp hút áp lực âm chưa được phổ biến. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá tính khả thi và hiệu quả của phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán trong điều trị rò tiêu hoá ra da.

Đối tượng - Phương pháp: Tiến cứu mô tả loạt ca. Các bệnh nhân rò tiêu hoá ra da được đưa vào nghiên cứu. Lỗ rò tiêu hoá được tiến hành cô lập và hút liên tục áp lực âm qua túi dán cải biên từ túi hậu môn nhân tạo. Chúng tôi đánh giá các cải thiện lâm sàng như tình trạng viêm da quanh lỗ rò, đau quanh lỗ rò, cung lượng rò, tỉ lệ hết rò tiêu hoá cũng như các mối liên quan của rò tiêu hoá với các yếu tố của bệnh nhân và bệnh lý.

Kết quả: Từ 10/ 2019 đến 04/2020 có 16 bệnh nhân rò tiêu hoá qua da thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh đã được đưa vào nghiên cứu. Trong đó 75% trường hợp rò tiêu hoá trên và 25% rò tiêu hoá dưới. Tỉ lệ hết rò ghi nhận là 50% sau thời gian điều trị trung bình 8,5 ngày. Tỉ lệ hết viêm da quanh lỗ rò đạt 87,5% (14/16 ca). Yếu tố ảnh hưởng đến thất bại điều trị là cung lượng rò cao >500ml. Chi phí chăm sóc vết thương rò tiêu hoá của phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán không cao hơn so với phương pháp thông thường, mặt khác mang lại tâm lý thoải mái cho người bệnh và giảm công sức chăm sóc của điều dưỡng.

Kết luận: Phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán điều trị rò tiêu hoá ra da là một phương pháp khả thi và hiệu quả, đồng thời giúp cho việc theo dõi dịch rò và đánh giá đáp ứng điều trị, tạo sự thoải mái và an toàn cho bệnh nhân, giảm áp lực chăm sóc cho điều dưỡng. Cần có thêm bệnh nhân nghiên cứu để đánh giá chính xác hơn hiệu quả của phương pháp điều trị này.

Từ khoá: rò tiêu hoá ra da, túi dán hậu môn nhân tạo, hút áp lực âm

ABSTRACT

RESULTS OF MODIFIED VACCUM-ASSISTED CLOSURE (VAC) WITH COLOSTOMY BAG IN TREATMENT OF ENTEROCUTANEOUS FISTULA

Nguyen Thi Tuoi, Lam Viet Trung, Tran Vu Duc, Nguyen Vo Vinh Loc, Vo Thi Thuy, Tu Minh Phuoc

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 40-48

Objectives: Enterocutaneous fistula after abdominal surgery is a complicated complication, creating a burden in nursing care, patient psychology as well as treatment outcomes in general. vacuum-assisted closure (vac) method has been applied to treat difficult-to-heal leaky lesions in orthopedic and neurosurgery specialties. however, with enterocutaneous fistula, the vac method has not been popularized. therefore, we carried out this study with the aim of evaluating the feasibility and effectiveness of the modified vac method with colostomy bags in the treatment of enterocutaneous fistula.

¹Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Chợ Rẫy
Tác giả liên lạc: TS. Lâm Việt Trung

²BMNgoại Tổng quát, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 0913753595 Email: drlamviettrung@yahoo.com

Methods: This is a prospective case series. patients with enterocutaneous fistulas were included in the study. enterocutaneous fistulas were isolated and applied continuous modified vac system with a colostomy bag. we assessed the clinical improvements such as skin inflammation, local pain, fistula volume, fistula healing rate as well as the relationship of fistula with patient's factors. and pathology.

Results: From october 2019 to april 2020, 16 patients with enterocutaneous fistula meeting the inclusion criteria were included in the study. in which 75% cases of upper gi fistula and 25% of lower gi fistula. the fistula healing rate was found to be 50% after an average of 8.5 days of treatment. the cure rate of skin inflammation around the fistula reached 87.5% (14/16 cases). the predisposing factor for treatment failure was high leak volume >500 ml. the cost of fistula care of the modified vac method with colostomy bag is not higher than that of the conventional method, on the other hand, it brings psychological comfort to the patient and reduces the nursing care effort.

Conclusion: Modified vac method with colostomy bag for enterocutaneous fistula treatment is a feasible and effective method, and at the same time helps to monitor the leakage fluid and assess the treatment response. it also it brings psychological comfort to the patient and reduces the nursing care effort. more patients should be in order to accurately evaluate the effectiveness of this method.

Key words: enterocutaneous fistula, colostomy bag, vacuum-assisted closure (VAC)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò tiêu hóa ra da là sự thông bất thường giữa lòng ống tiêu hóa và da, thường kèm theo nhiễm trùng, rối loạn nước điện giải và suy dinh dưỡng⁽¹⁾. Điều trị rò tiêu hóa ra da đòi hỏi phải có sự phối hợp tích cực và kiên nhẫn trong công tác chăm sóc, thăm khám điều trị và trấn an, sự hợp tác của bệnh nhân. Trong các trường hợp rò tiêu hóa ra da sau phẫu thuật bụng, việc chăm sóc dịch rò là rất khó, nhất là khi dịch rò chảy ra da gây viêm loét da, lây nhiễm vào vùng vết thương đang lành mô hạt sẽ làm chậm lành thương, gây tổn thương về tinh thần áp lực tâm lý cho người bệnh. Điều dưỡng mất nhiều công sức thời gian chăm sóc và kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị. Hiện tại tại khoa Ngoại tiêu hóa việc chăm sóc dịch rò ra da chỉ thay băng thông thường và hút dịch tại chỗ.

Phương pháp hút áp lực âm đã được áp dụng điều trị các tổn thương rò dịch khó lành ở các chuyên khoa chỉnh hình, ngoại thần kinh. Tuy nhiên với rò tiêu hoá ra da thì phương pháp hút áp lực âm chưa được phổ biến. Trên cơ sở nguyên tắc ngày chúng tôi thực hiện phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán trong điều trị rò tiêu hoá ra da tại khoa Ngoại tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy nhằm mục đích đánh giá

tính khả thi và hiệu quả của phương pháp điều trị này.

Các mục tiêu cụ thể bao gồm:

Xác định tỉ lệ và diện tích viêm loét da của bệnh nhân rò tiêu hóa trước và sau chăm sóc, xác định tỉ lệ lành và thời gian lành đường rò tiêu hóa và xác định chi phí chăm sóc trung bình của phương pháp này.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đưa vào nghiên cứu các bệnh nhân có rò tiêu hóa qua da sau phẫu thuật, được điều trị và chăm sóc tại khoa Ngoại Tiêu hóa bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân từ đủ 16 tuổi trở lên.

Có rò tiêu hóa ra da sau phẫu thuật bụng.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân rò không do nguyên nhân phẫu thuật, ví dụ như bệnh nhân có tiền căn cholecystitis xạ vùng bụng.

Có tắc ruột bên dưới chỗ rò tiêu hóa (xác định bằng tường trình phẫu thuật, lâm sàng và cận lâm sàng).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca.

Trang thiết bị

Máy hút áp lực âm.

Dây hút.

Miếng dán Duoderm® CGF™.

Túi hậu môn nhân tạo (Hình 1).



Hình 1: Túi hậu môn nhân tạo

Keo chống xì.

Bột hút ẩm (Hình 2).



Hình 2: Bột hút ẩm

Kỹ thuật thực hiện

Vết thương được rửa bằng nước muối sinh lý và lau khô. Đo và cắt miếng dán Duoderm CGF theo vùng da tổn thương quanh lỗ rò và

kích thước lỗ rò dự kiến hút. Đo và cắt túi hậu môn nhân tạo. Vùng da loét xung quanh vết thương được bôi bột hút ẩm để làm khô da. Dán miếng dán Duoderm CGF đã cắt sẵn theo kích thước phù hợp vào vùng da quanh lỗ rò. Dán túi hậu môn nhân tạo lên miếng dán Duoderm CGF để làm kín lỗ rò. Cắt một lỗ nhỏ trên phần túi của túi hậu môn nhân tạo để đưa ống hút vào, dán kín lại và không để hở. Nối ống hút vào máy hút với áp lực -50 mmHg đến -70 mmHg. Điều chỉnh áp lực hút sao cho lực hút không quá mạnh tránh gây tổn thương niêm mạc hay gây chảy máu khi hút. Duy trì hút liên tục để vết thương luôn khô sạch. Theo dõi người bệnh để điều chỉnh hệ thống hút áp lực âm cho phù hợp. Theo dõi và ghi nhận lượng dịch hút mỗi 24 giờ.

Qui trình thực hiện

Thực hiện đúng quy trình xác định người bệnh.

Trấn an tâm lý người bệnh.

Báo và giải thích việc sắp làm để người bệnh và thân nhân hợp tác.

Đo, cắt miếng dán và túi cho phù hợp với kích thước cần dán.

Vệ sinh thật sạch vùng da xung quanh lỗ rò và vết mổ bằng nước muối 0,9%.

Rắc bột hút ẩm lên vùng da bị tổn thương để làm khô da.

Thoa keo chống xì lên miếng đã cắt.

Dán miếng dán đã cắt vào vết thương để làm phần đế cần che chở da.

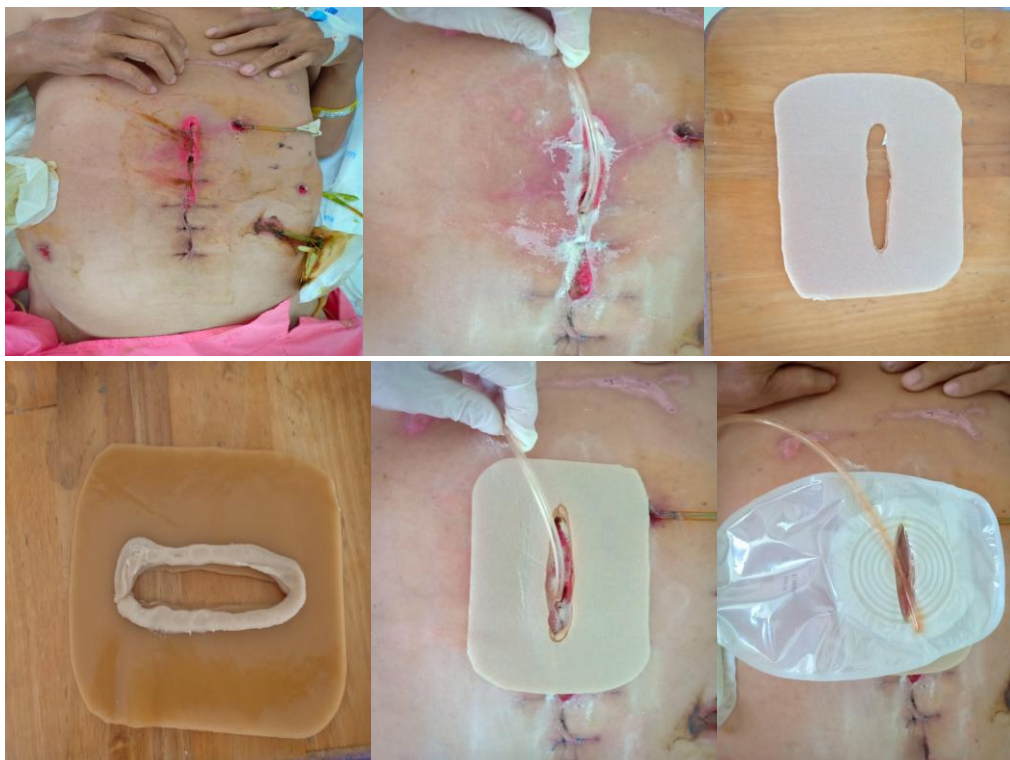
Dán túi hậu môn nhân tạo lên miếng dán để làm kín vùng rò tiêu hóa.

Đục thủng một lỗ trên túi Hậu môn nhân tạo, đưa ống hút vào và dán kín.

Bật máy hút liên tục với áp lực -50 mmHg đến -70 mmHg

Điều chỉnh tăng- giảm áp lực hút để không làm tổn thương niêm mạc gây chảy máu, gây đau, tràn dịch tiêu hóa ra...

Dặn dò người bệnh nếu thấy bất thường thì báo điều dưỡng chăm sóc.



Hình 3: Kỹ thuật thực hiện băng kín kết hợp hút áp lực âm cải biên

Xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập theo biểu mẫu. Nhập và xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS22.0 for Window. Chúng tôi chọn ngưỡng sai lầm $\alpha=0,05$ trong các trường hợp so sánh và ước lượng. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê. So sánh hai biến số định lượng, chúng tôi dùng phép kiểm t (phân phối chuẩn) hay Mann-Whitney (không phân phối chuẩn). Phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact test để so sánh hai nhóm biến số định danh.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Chợ Rẫy, số 992/CN-HĐĐĐ ký ngày 15/11/2019.

KẾT QUẢ

Từ 10/ 2019 đến 04/2020 có 16 bệnh nhân rò tiêu hóa qua da thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh đã được đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 12 nam và 04 nữ, tuổi trung bình $63,8 \pm 16,0$. Cao trung bình $159 \pm 6,5\text{cm}$ và nặng trung bình $50,5 \pm 12,9\text{ kg}$.

Có đến 43,7% bệnh nhân có suy dinh dưỡng

nặng với BMI $<18,5\text{ kg/m}^2$, 31,2% có chỉ số BMI bình thường và 25% có chỉ số BMI $>23\text{ kg/m}^2$ (Bảng 1). Hơn 50% số bệnh nhân có chỉ số đánh giá dinh dưỡng theo tổng thể chủ quan (SGA) là B và C (Bảng 1). Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh kèm theo chiếm 50% (Bảng 2).

Bảng 1: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo BMI và SGA

Phân loại	Số bệnh nhân (N=16)	Tỷ lệ (%)
Gầy (BMI $<18,5\text{ Kg/m}^2$)	7	43,75
Bình thường ($18,5\text{ Kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 23\text{ Kg/m}^2$)	5	31,25
Thừa cân, béo phì (BMI $\geq 23\text{ Kg/m}^2$)	4	25
SGA- A	7	43,75
SGA- B	6	37,5
SGA- C	3	18,75

Bảng 2: Tình trạng bệnh kèm theo của bệnh nhân

Bệnh kèm theo	Số bệnh nhân (N=16)	Tỷ lệ (%)
Không có bệnh kèm theo	8	50
Bệnh tim mạch	1	6,25
Bệnh thận	1	6,25
Đái tháo đường	1	6,25
Khác	3	18,75
≥ 2 bệnh	1	6,25

Về đặc điểm của rò tiêu hoá ra da

Rò tiêu hoá trên có 12 ca (75%) và rò tiêu hoá dưới có 4 ca (25%). Tất cả các bệnh nhân đều được ghi nhận có đau do rò tiêu hoá gây nên (VAS từ 5 – 9 điểm). Sau khi thực hiện phương pháp dán có sự giảm và hết đau, trừ người bệnh không hết rò vẫn còn 6 điểm.

Cung lượng rò: Cung lượng rò ngày đầu tiên có trung vị là 250 mL, thấp nhất là 20 mL và cao nhất là 2.300 mL, khoảng tứ phân vị là từ 112,5 mL đến 945 mL. Có 5 bệnh nhân có cung lượng rò vào ngày phát hiện là ≥ 500 mL, tất cả đều là rò từ đường tiêu hóa trên (thực quản, dạ dày, tá tràng, tụy). Bảng biểu diễn tỉ lệ cung lượng dịch rò và thời gian lành đường rò của 8 bệnh nhân hết rò như sau (Hình 4).

Chúng tôi ghi nhận tất cả các trường hợp rò tiêu hóa ra da đều bị viêm da trước điều trị. Sau khi thực hiện băng kín kết hợp hút áp lực âm cải biên, có 14 (87,5%) trường hợp không còn viêm da quanh lỗ rò. Việc sử dụng miếng dán Duoderm® CGF™ giúp cô lập vùng da quanh lỗ

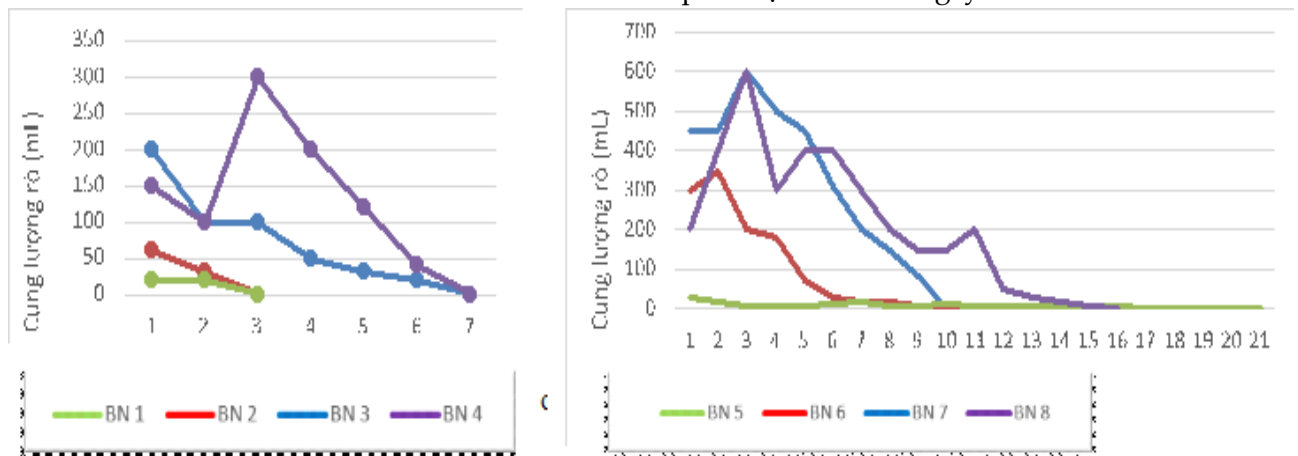
rò với dịch tiêu hóa tốt, qua đó ngăn ngừa hiện tượng viêm loét quanh lỗ rò.

Diện tích lỗ rò: Trong 16 bệnh nhân có 8 bệnh nhân hết rò và 8 bệnh nhân không hết rò. Diện tích lỗ rò nhỏ nhất 1,6 cm lớn nhất 7,8cm, trung bình $3,35 \pm 1,74$.

Diện tích da viêm: khoảng cách da viêm nhỏ nhất là 2,8 cm lớn nhất là 132,5 cm, trung bình $53,43 \pm 31,86$ cm.

Đánh giá thời gian hết rò sau điều trị

Trong 16 bệnh nhân rò tiêu hóa, có 8 bệnh nhân được ghi nhận điều trị hết rò bằng phương pháp băng kín kết hợp hút áp lực âm, chiếm tỉ lệ 50%. Cả 5 bệnh nhân có cung lượng rò ngày đầu tiên >500 mL đều diễn tiến không hết rò. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh nhóm bệnh nhân hết rò và không hết rò theo tuổi, BMI, cung lượng rò và chỉ số SGA theo phép kiểm Mann-Whitney và Fisher’s exact test. (Bảng 3). Trong 8 bệnh nhân hết rò, thời gian hết rò trung vị là 8,5 ngày (3 - 21 ngày), khoảng tứ phân vị là từ 4 - 15 ngày.



Hình 4: Tỉ lệ hết rò với các cung lượng rò khác nhau của từng người bệnh

Bảng 3: So sánh nhóm hết rò và không hết rò theo tuổi, BMI, cung lượng rò, SGA

		Nhóm hết rò (n=8)	Nhóm không hết rò (n=8)	p	Phép kiểm
Tuổi	Trung vị (tứ phân vị)	59,5 (52,5-69)	62 (53,25-83)	0,712	Mann-Whitney
BMI (Kg/m ²)	Trung vị (tứ phân vị)	20,65 (18,125-22,925)	18,45 (16,75-23,55)	0,462	Mann-Whitney
Cung lượng rò ngày phát hiện (mL)	Trung vị (tứ phân vị)	175 (37,5-275)	830 (187,5-1800)	0,027	Mann-Whitney
SGA A		5	2	0,429	Fisher's exact test
SGA B		2	4		
SGA C		1	2		

Biến chứng và tử vong: Có 3 bệnh nhân diễn tiến nặng suy đa cơ quan và tử vong, chiếm 18,75%. Trong 3 bệnh nhân này, có 2 bệnh nhân bị viêm phổi bệnh viện vì nằm lâu: 1 bệnh nhân nam, 62 tuổi, BMI 31,1 Kg/m², sau mổ khâu thủng dạ dày, phát hiện rò ngày thứ 7 sau mổ, nằm viện 3 tuần. Một bệnh nhân nam, 62 tuổi, BMI 19,5 Kg/m², rò tá tràng sau mổ sỏi mật, phát hiện rò ngày thứ 15 sau mổ, nằm viện 3 tuần. Một bệnh nhân nam, 83 tuổi, BMI 16,4 Kg/m², sau mổ khâu thủng dạ dày, bệnh nhân shock lúc nhập viện, phát hiện rò ngày thứ 3 sau mổ, bệnh nhân tiếp tục diễn tiến nặng và xin về vào ngày thứ 8 sau mổ.

Chúng tôi tính chi phí bình quân sử dụng miếng dán của một ca điều trị rò tiêu hóa ra da với thời gian điều trị trung vị là 8,5 ngày, thay miếng dán mỗi ngày: 267.000 × 8,5 = 2.269.500. (Bảng 4).

Bảng 4: Bảng chi phí mỗi lần thực hiện băng kín kết hợp hút áp lực âm cải biên

Liệt kê chi phí	Giá tiền (đồng)/1 lần thực hiện
Miếng dán Duoderm® CGF™	65.000
Ông hút đàm	6.000
Dây nối ống hút đàm	12.000
Keo chống xì	30.000

Liệt kê chi phí	Giá tiền (đồng)/1 lần thực hiện
Bột hút âm	10.000
Khẩu hao máy, bông băng và công thay băng	130.000
Túi hậu môn nhân tạo	41.000
Tổng cộng	267.000

Minh họa ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nữ N.T.H, 91 tuổi, vào viện với chẩn đoán viêm phúc mạc toàn thể do thủng ổ loét xơ chai hành tá tràng. Bệnh nhân được mổ cấp cứu khâu thủng hành tá tràng và mở hồng tràng nuôi ăn. Hậu phẫu ngày 5 bệnh nhân bắt đầu bị rò từ tá tràng ra ống dẫn lưu hạ sườn phải với cung lượng ngày đầu tiên phát hiện rò là 300 ml. Hai ngày sau, dịch rò ra vết mổ đường giữa với cung lượng rò trung bình từ 800-1200 ml/ngày. Viêm tấy da vết mổ đường giữa và hờ thành bụng. Bệnh nhân được hồi sức tích cực và lỗ rò tiêu hoá ra vết mổ và chân ống dẫn lưu được xử lý bằng phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán. Dịch rò tiêu hoá hút được được truyền hoàn hồi lại qua ống nuôi ăn hồng tràng. Sau 21 ngày điều trị, dịch rò giảm còn 50 ml/ngày, bệnh nhân hết viêm da, tình trạng nhiễm trùng giảm. Bệnh nhân được chuyển về bệnh viện địa phương để tiếp tục chăm sóc điều trị (Hình 5).



Hình 5: A, hình ảnh rò trước điều trị; B, C, lau sạch, dán miếng dán Duoderm® CGF™ và túi hậu môn nhân tạo để lắp ống hút; D, hình ảnh

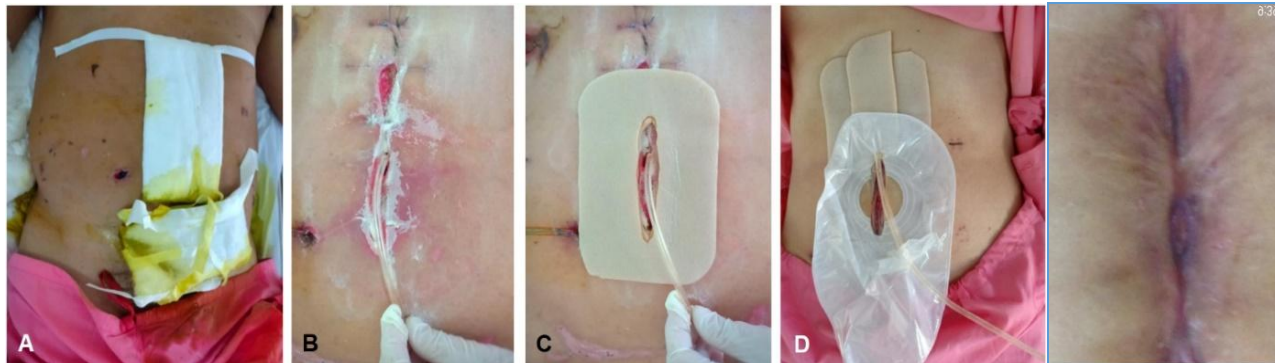
Minh họa ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nữ P.T.N, 71 tuổi, vào viện với chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng loét đại tràng sigma. Bệnh nhân được mổ cấp cứu

khâu lỗ thủng đại tràng và dẫn lưu ổ bụng. Hậu phẫu ngày 7, bệnh nhân bị rò dịch tiêu hoá qua vết mổ đường giữa kèm viêm da quanh lỗ rò. Cung lượng rò ngày đầu tiên

300ml. Bệnh nhân được hồi sức tích cực và lỗ rò tiêu hoá ra vết mổ được xử lý bằng phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán. Sau 12

ngày điều trị, vết mổ khô hết rò và bệnh nhân được xuất viện ổn định (Hình 6).



Hình 6: A: hình ảnh rò trước điều trị; B: lau sạch, rắc bột làm khô vết thương; C: dán miếng dán Duoderm® CGF™ và D: dán túi hậu môn nhân tạo và lắp ống hút; tiến hành hút và tình trạng vết thương sau 12 ngày.

BÀN LUẬN

Hậu quả của rò tiêu hoá ra da

Từ đầu thập niên 1980, chiến lược điều trị rò tiêu hóa bao gồm: nhịn ăn đường miệng, dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, chăm sóc vết thương tại chỗ và dùng các thuốc giảm tiết. Dù một số trường hợp rò tiêu hóa, đặc biệt là rò cung lượng thấp, có thể được điều trị thành công bằng các biện pháp nội khoa nêu trên, nhưng vẫn có nhiều trường hợp rò tiêu hóa kéo dài gây ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng sống của bệnh nhân, làm tăng chi phí điều trị thậm chí làm tăng tỉ lệ tử vong của bệnh nhân. Tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân rò tiêu hóa có thể lên đến 60%⁽²⁾ và khoảng 80% là do nhiễm trùng⁽²⁻⁵⁾. Những yếu tố tiên lượng điều trị rò tiêu hóa bằng phương pháp nội khoa thất bại gồm: rò cung lượng cao >500 mL/ngày, đường rò lộ niêm mạc, có khuyết thành bụng, rò ruột cao (dạ dày, tá tràng, ruột non), viêm loét da nặng, viêm nhiễm ở ruột và suy dinh dưỡng⁽⁶⁾.

Một trong những vấn đề chính trong điều trị rò tiêu hóa là dịch rò chảy ra da gây viêm loét da, lây nhiễm vào vùng vết thương đang lành mô hạt sẽ làm chậm lành thương, gây tổn thương về tinh thần áp lực tâm lý cho người bệnh. Điều dưỡng mất nhiều công sức thời gian chăm sóc và kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị.

Trước đây, ở những bệnh nhân rò tiêu hóa,

việc điều trị tại chỗ bao gồm thay băng vết thương bằng gạc vô trùng kèm hút dịch rò trực tiếp qua vết mổ. Phương pháp này có nhược điểm lớn là dịch rò vẫn chỉ được cô lập một phần, một phần dịch tiêu hóa vẫn chảy ra ngoài vết thương lan ra xung quanh. Điều này đặc biệt rõ ở những bệnh nhân rò phức tạp nhiều lỗ ra, rò cung lượng cao. Khi hút áp lực cao liên tục còn có thể gây chảy máu vết thương... Việc lây nhiễm dịch tiêu hóa ra xung quanh sẽ làm tăng tình trạng nhiễm trùng, chậm lành thương và tăng tỉ lệ tử vong.

Một số nghiên cứu về hút áp lực âm đối với rò tiêu hoá ra da

Theo y văn hiện nay, không có nhiều các nghiên cứu về hút áp lực âm điều trị rò tiêu hoá ra da và hầu hết các trường hợp công bố các ca lâm sàng⁽⁷⁻¹¹⁾. Các nghiên cứu hầu hết thực hiện ở người lớn, tuy nhiên cũng có thành công điều trị được báo cáo ở trẻ sơ sinh⁽⁷⁾.

Wainstein DE⁽⁸⁾ nghiên cứu hút áp lực âm với hệ thống máy hút SIVACO cho 91 bệnh nhân rò tiêu hoá ra da với cung lượng rò cao đã cho thấy tỉ lệ giảm dịch rò cao 97,8% và tỉ lệ lành lỗ rò khoảng 46,2%, tỉ lệ tử vong chung là 16,5%. Các kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán, tỉ lệ lành đường rò đạt 50% và tử vong

chung là 18,7%.

Meideros AC⁽¹¹⁾ qua nghiên cứu 74 trường hợp rò tiêu hoá ra da sử dụng ống thông Foley đặt vào đường rò và hút liên tục, cũng nhận xét thấy tỉ lệ lành đường rò thường thành công ở nhóm rò cung lượng trung bình và thấp (đạt 97%). Chi phí cho một ngày điều trị trung bình là khoảng 42 USD (khoảng 9,7 triệu đồng).

Tính khả thi của phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán

Phương pháp có thể được thực hiện dễ dàng tương tự như thay băng hàng ngày bởi một điều dưỡng khoa ngoại. Tuy nhiên, điều dưỡng cần được huấn luyện thêm về quy trình thay hệ thống băng kín, việc huấn luyện này thường chỉ cần không quá 1 buổi.

Các dụng cụ, thiết bị sử dụng trong phương pháp băng kín kết hợp hút áp lực âm cải biên như túi hậu môn nhân tạo, miếng dán Duoderm® CGF™, bột hút ẩm, keo chống xì, hệ thống hút... đều là những dụng cụ, thiết bị sẵn có trên thị trường với chi phí chấp nhận được.

Chi phí mỗi lần thực hiện băng kín kết hợp hút áp lực âm cải biên khoảng 267 000 đồng. Hệ thống sẽ được sử dụng trong 2 ngày đến 3 ngày.

Chi phí chăm sóc vết thương theo phương pháp truyền thống

Thay băng thông thường :130.000/ lần x 5 = 650.000 /ngày.

Chi phí trung bình : 650.000 x 8,5 = 5 525.000 đồng.

Ngoài ra Điều dưỡng còn tốn nhiều thời gian công sức chăm sóc, bệnh nhân gặp nhiều lo lắng ,khó chịu.

Những ưu điểm nổi bật của phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán

Phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán điều trị rò tiêu hoá ra da giúp giải quyết được nhiều nhược điểm của phương pháp chăm sóc vết thương kinh điển. Các dịch rò được cô lập vào túi dán hậu môn nhân tạo được đặt hút áp lực âm. Qua đó, vùng da quanh vết thương được băng kín và bảo vệ triệt để hơn bởi miếng

dán Duoderm® CGF™, tạo vùng vết thương sạch sẽ, dễ chăm sóc. Người bệnh cảm thấy thoải mái không ướt da liên tục, ngứa, viêm rát da, đau. Ngoài ra, phương pháp này còn tránh được việc hút trực tiếp lên vết mổ nhờ đó tránh được biến chứng chảy máu do tổn thương mô. Việc thay thế hệ thống mỗi 2 ngày đến 3 ngày giúp giảm công lao động của điều dưỡng. Chi phí nhìn chung giảm hơn đáng kể so với thay băng truyền thống.

Bảng 5: So sánh chi phí phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán so với phương pháp truyền thống

Chi phí	Phương pháp hút áp lực âm cải biên	phương pháp thay băng truyền thống
1 ngày	267 000 đồng/ 1 lần	130 000 đồng/ 1 lần X 5 / ngày = 650 000 đồng
Một ca điều trị rò tiêu hóa ra da với thời gian điều trị trung vị là 8,5 ngày	267.000 X 8,5 = 2.269.500	650.000 X 8.5 = 5 525.000 đồng

KẾT LUẬN

Phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán điều trị rò tiêu hoá ra da là một phương pháp khả thi và hiệu quả, đồng thời giúp cho việc theo dõi dịch rò và đánh giá đáp ứng điều trị, tạo sự thoải mái và an toàn cho bệnh nhân và giảm áp lực chăm sóc cho điều dưỡng. Cần có thêm bệnh nhân nghiên cứu để đánh giá chính xác hơn hiệu quả của phương pháp điều trị này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Schechter WP (2011). Management of enterocutaneous fistulas. *Surg Clin North Am*, 91(3):481-491.
- Campos AC, Andrade DF, Campos GM, Matias JE, Coelho JC (1999). A multivariate model to determine prognostic factors in gastrointestinal fistulas. *Journal of the American College of Surgeons*, 188(5):483-490.
- Altomare DF, Serio G, Pannarale OC, et al (1990). Prediction of mortality by logistic regression analysis in patients with postoperative enterocutaneous fistulae. *British Journal of Surgery*, 77(4):450-453.
- Draus JM, Jr., Huss SA, Harty NJ, Cheadle WG, Larson GM (2006). Enterocutaneous fistula: are treatments improving? *Surgery*, 140(4):570-576; discussion 576-578.
- Reber HA, Roberts C, Way LW, Dunphy JE (1978). Management of external gastrointestinal fistulas. *Annals of Surgery*, 188(4):460-467.
- Campos AC, Meguid MM, Coelho JC (1996). Factors influencing outcome in patients with gastrointestinal fistula. *Surgical Clinics of North America*, 76(5):1191-1198.

7. Paradiso FV, Nanni L, Merli L, et al (2016). Vacuum assisted closure for the treatment of complex wounds and enterocutaneous fistulas in full term and premature neonates: a case report. *Ital J Pediatr*, 42:2.
8. Wainstein DE, Fernandez E, Gonzalez D, Chara O, Berkowski D (2008). Treatment of high-output enterocutaneous fistulas with a vacuum-compaction device. A ten-year experience. *World J Surg*, 32(3):430-435.
9. Erdmann D, Wong MS, Lettieri SC, Levin LS, Gunn LA (2007). Use of the vacuum-assisted closure system in the treatment of enterocutaneous fistulas: a follow-up. *Plast Reconstr Surg*, 120(4):1092.
10. Woodfield JC, Parry BR, Bissett IP, McKee M (2006). Experience with the use of vacuum dressings in the management of acute enterocutaneous fistulas. *ANZ J Surg*, 76(12):1085-1087.
11. Medeiros AC, Aires-Neto T, Marchini JS, Brandao-Neto J, Valenca DM, Egito ES (2004). Treatment of postoperative enterocutaneous fistulas by high-pressure vacuum with a normal oral diet. *Dig Surg*, 21(5-6):401-405.

Ngày nhận bài báo:	08/12/2021
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	10/02/2022
Ngày bài báo được đăng:	15/03/2022
