

Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt khối tá tụy

Evaluation of patient care results after pancreaticoduodenectomy

Vũ Bá Quỳnh, Lê Cẩm Linh, Phùng Kim Yến,
Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Thị Vân Anh,
Nguyễn Thị Thanh Hương, Dương Thị Duyên

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt khối tá tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu các bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy, tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện TWQĐ 108, từ tháng 12/2018 đến tháng 7/2019. Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất. **Kết quả:** Tổng số 32 bệnh nhân, trên 60 tuổi chiếm 62,5%. Tỷ lệ nam là 56,2%. Chỉ số BMI giảm 2,38kg/m² sau phẫu thuật. 7,7% bệnh nhân cảm thấy đau sau phẫu thuật 24 giờ theo thang điểm đau Wong-Baker. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 25%. Ngày thứ 3 đã có trên 65% bệnh nhân được ăn cháo, ngày thứ 5 có 96,9% ăn cháo và cơm. 100% bệnh nhân có thể đi lại quanh phòng và ngoài hành lang. 78,1% tâm lý bệnh nhân an tâm điều trị. Rò tụy là biến chứng phổ biến nhất, chiếm 34,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 30 ngày. **Kết luận:** Kết quả cho thấy: Loại tốt, khá, trung bình và xấu lần lượt là 25%, 53,1%, 15,6% và 6,2%. Chăm sóc bệnh nhân sau cắt khối tá tụy rất quan trọng góp phần ngăn ngừa các biến chứng sau mổ, giúp cho bệnh nhân mau hồi phục.

Từ khóa: Điều dưỡng, phẫu thuật cắt khối tá tụy.

Summary

Objective: To assess the patient care results after pancreaticoduodenectomy. **Subject and method:** A cross-sectional study on all patients treated with pancreaticoduodenectomy at the Hepato Biliary and Pancreatic Surgery Department of 108 Military Central Hospital, from December 2018 to July 2019. Data were collected using a unified case report form. **Result:** A total of 32 patients, over 60 years old accounted for 62.5% and 56.2% were male in 32 patients treated. The BMI decreased by 2.38kg/m² after surgery. The nurses applied multiple methods for pain relief. Only 7.7% of patients reported pain after 24 hours. The incision infection rate accounted for 25%. On the third day, over 65% of patients ate the porridge; on the fifth day, there were 96.9% of patients eating porridge and rice. Patients walked around the room and in the corridor of the hospital on the third day. Assured treatment results was 78.1% of patients. The most common complication was pancreatic fistula, occurs in 34.4% of patients. The mean hospital stay was 30 days. 100% recovered and discharged. **Conclusion:** The results showed that: good, fair, average and bad are 25%, 53.1%, 15.6% and 6.2%, respectively. Care of patients after pancreatectomy is very important, contributing to the prevention of complications after surgery, helping patients recover quickly.

Keywords: Nursing, pancreaticoduodenectomy.

Ngày nhận bài: 19/8/2020, ngày chấp nhận đăng: 07/10/2020

Người phản hồi: Vũ Bá Quỳnh, Email: vubaquynh2015@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Phẫu thuật cắt khối tá tụy khó và phức tạp, thường có nhiều tai biến, biến chứng [6], [8]. Ngoài hoàn thiện kỹ thuật cắt khối tá tụy thì việc chăm sóc, theo dõi bệnh nhân sau mổ của điều dưỡng rất quan trọng góp phần giảm tỷ lệ biến chứng và thành công của phẫu thuật. Trước đây, sau phẫu thuật cắt khối tá tụy thường cho người bệnh ăn khi đã trung tiện, tập vận động sớm ít được chú trọng nên quá trình hồi phục chậm. Hiện nay, quy trình chăm sóc sau mổ cắt khối tá tụy: Cho bệnh nhân vận động và ăn sớm, giảm đau tốt, kết hợp động viên tâm lý, nhờ đó góp phần hạn chế các biến chứng giúp người bệnh hồi phục nhanh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt khối tá tụy.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 32 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện TWQĐ 108, từ tháng 12/2018 đến tháng 7/2019.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Các chỉ số nghiên cứu được thu thập theo một mẫu phiếu thu thập thông tin thống nhất bao gồm:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, BMI, triệu chứng.

Thời gian mổ, lượng máu mất.

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật: Nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ; tình trạng đau, dựa vào thang điểm đau theo vẽ mặt của Wong-Baker (Wong-Baker faces rating scale - FRS).



Hình 1. Thang điểm đau theo vẽ mặt của Wong-Baker

Nuôi dưỡng đường tiêu hóa, vận động, tâm lý.

Biến chứng. Thời gian nằm viện: Tính từ thời điểm bệnh nhân mổ đến khi bệnh nhân ra viện.

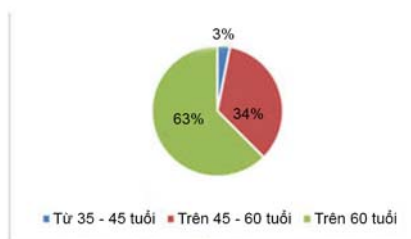
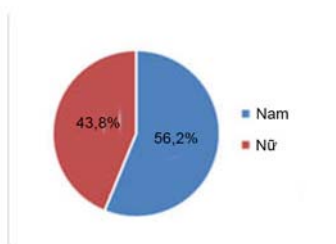
Kết quả chung theo phân độ của Claven-Dindo: Loại tốt: Sau phẫu thuật không bị biến chứng, người bệnh ra viện sau 7 đến 14 ngày; loại khá: Sau phẫu thuật bị biến chứng, nhưng tự khỏi, hoặc điều trị nội khoa mà không cần các can thiệp thủ thuật; loại trung bình: Sau phẫu thuật gặp một hoặc nhiều biến chứng cần phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật lại

để điều trị; loại xấu: Sau phẫu thuật gặp một hoặc nhiều biến chứng mà cần phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật lại để điều trị từ lần thứ 2 trở đi hoặc sau can thiệp bệnh nhân cần phải điều trị tại phòng hồi sức tích cực.

3. Kết quả

Từ tháng 12/2018 đến tháng 7/2019, có 32 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy, tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện TWQĐ 108.

3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Có 32 bệnh nhân trong nghiên cứu, phần lớn trên 60 tuổi (chiếm 63,5%), trong đó nam giới chiếm 56,2%.

Bảng 1. Đặc điểm BMI trước và sau mổ

Số người bệnh (n = 32)	Trước mổ (kg/m ²)	Sau mổ
Trung bình	21,27	18,89
Cao nhất	26,5	23,73
Thấp nhất	18,2	13,59
Độ lệch chuẩn	2,22	2,49

BMI trung bình trước phẫu thuật là 21,27kg/m² nằm trong giới hạn bình thường, cao nhất là 26,5kg/m², được đánh giá béo phì. Trung bình sau phẫu thuật giảm 2,38kg/m² so với trước phẫu thuật.

3.2. Triệu chứng

Bảng 2. Triệu chứng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %
Đau bụng	5	15,6
Ăn kém	22	68,8
sút cân	21	65,6
Nôn	4	12,5
Sốt	9	28,1

Triệu chứng thường gặp nhất là ăn kém (68,8%), tiếp theo là sút cân (65,6%).

3.3. Trong mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình là 297,58 phút (ngắn nhất: 180 phút và dài nhất: 540 phút); lượng máu mất trong mổ trung bình là 126,517ml.

3.4. Sau mổ

Bảng 3. Nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ

Nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ		Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %
Nhịp tim	Bình thường	28	87,5
	Loạn nhịp	4	12,5
Huyết áp	Bình thường	25	78,13
	Cao	7	21,87
Nhiệt độ	36,5 - 37 độ C	30	93,75
	Trên 37 độ C	2	6,25

Loạn nhịp tim: 12,6%, huyết áp cao: 21,67% và sốt: 6,45% bệnh nhân.

Bảng 4. Mức độ đau

Mức độ đau	Trước 24 giờ		Từ 24 - 48 giờ		Sau 48 giờ	
	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %
Ít	0	0	1	33,3	2	66,7
Vừa	0	0	8	46,7	8	53,3
Nhiều	1	7,7	4	30,8	7	53,8

Trong 24 giờ sau phẫu thuật, có 7,7% người bệnh đau nhiều. Từ 24 giờ trở đi, mức độ đau của người bệnh tăng dần là 30,8 từ 24 - 48 giờ và sau 48 giờ là 53,8%.

Bảng 5. Nuôi dưỡng đường tiêu hóa

Nuôi dưỡng	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6
Số người bệnh được cho ăn	4	21	29	31	32
Tỉ lệ %	12,5	65,6	90,6	96,8	100

12,5% bệnh nhân được ăn uống sau mổ ngày 2, tỷ lệ cho nuôi dưỡng đường tiêu hóa tăng dần theo thời gian sau mổ.

Bảng 6. Vận động

	Tại chỗ		Ngoài hành lang	
	Số lượng (n = 32)	Tỷ lệ % (n = 32)	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngày 1	32	100	0	0
Ngày 2	32	100	0	0
Ngày 3	18	56,25	14	43,75
Ngày 4	10	31,25	22	68,75
Ngày 5	6	18,75	26	81,25
Ngày 6	1	3,13	31	96,88
Ngày 7	0	0	32	100

Theo khảo sát, ngày thứ 3 người bệnh đi lại trong phòng (56,25%), ngày 4 đi lại ngoài hành lang (68,75%).

Bảng 7. Tâm lý

Tâm lý	Số lượng (n = 32)	Tỷ lệ %
Lo lắng		
Đau	31	96,9
Biến chứng	32	100
Chi phí điều trị	18	56,2
Lành bệnh	29	90,6
Chăm sóc	6	18,8
Khác	4	12,4
Yên tâm, tin tưởng	25	78,1

100% người bệnh lo lắng về biến chứng của cuộc mổ.

Bảng 8. Thời gian rút dẫn lưu

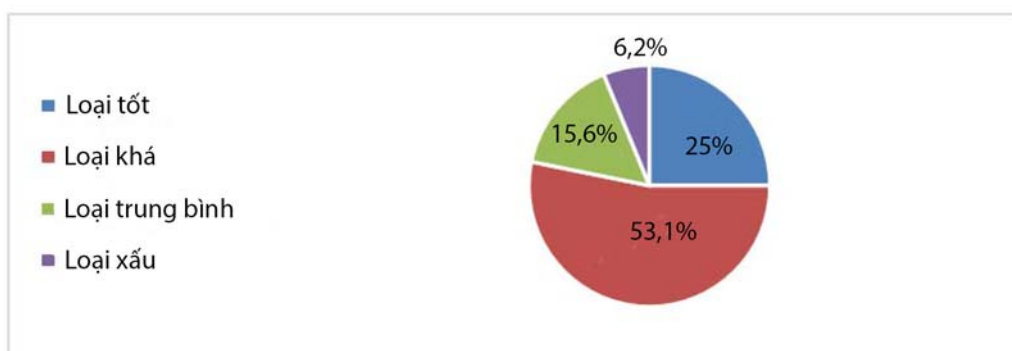
	Sớm nhất	Lâu nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Dưới gan	7	20	10,48	3,758
Cạnh miệng nối	10	53	20,37	11,015
Dịch vị	1	6	2,50	1,253
Nước tiểu	1	6	2,86	1,156

Dây dịch vị và dẫn lưu nước tiểu được rút sớm nhất.

Bảng 9. Biến chứng

Biến chứng	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %
Chảy máu vết mổ	3	9,4
Rò tụy	11	34,4
Chậm lưu thông dạ dày	2	6,25
Chảy máu trong ổ bụng	2	6,25
Rò tiêu hóa	5	15,63
Viêm phổi	3	9,4
Có ít nhất 1 biến chứng	19	59,4

Sau phẫu thuật người bệnh gặp ít nhất 1 biến chứng chiếm 59,4%. Rò tụy là biến chứng gặp nhiều nhất: 34,4%. Kết quả của nghiên cứu cho thấy không có bệnh nhân nào tử vong. Thời gian nằm viện trung bình $30 \pm 11,7$ ngày (15 - 68 ngày).

**Biểu đồ 2. Kết quả chung**

Kết quả chung thấy: Tốt, khá, trung bình và xấu lần lượt là 25%, 53,1%, 15,6% và 6,2%.

4. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm đa số tương tự số liệu theo thống kê của Hồ Văn Linh, thấy tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân cắt khối tá tụy điều trị u bóng Vater là: $56,1 \pm 14$ năm [3].

Bảng 1 cho thấy BMI trung bình trước phẫu thuật là $21,27\text{kg/m}^2$ nằm trong giới hạn bình thường, cao nhất là $26,5\text{kg/m}^2$, được đánh giá béo phì. Trung bình sau phẫu thuật giảm $2,38\text{kg/m}^2$ so với trước phẫu thuật.

Bảng 2 cho thấy: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân qua nghiên cứu thấy ăn kém (68,8%), tiếp theo là sút cân (65,6%). Thống kê của Nguyễn Tấn Cường, các triệu chứng lâm sàng

thường gặp nhất: Vàng da, chán ăn và đau bụng lần lượt là 83,5%, 82,5% và 78,6% [4]. Sút cân và chán ăn dẫn đến bệnh nhân thường thể trạng yếu, tăng nguy cơ các biến chứng sau mổ cắt khối tá tụy.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 297,58 phút (ngắn nhất: 180 phút và dài nhất: 540 phút). Nghiên cứu của Hồ Văn Linh (2016), thời gian phẫu thuật là $280,8 \pm 28,89$ phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 126,517ml.

Theo dõi nhịp tim, nhiệt độ, huyết áp sau mổ cắt khối tá tụy rất quan trọng, đặc biệt 24 giờ đầu sau mổ, giúp cho việc phát hiện các biến chứng sớm. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Loạn nhịp tim: 12,6%, tăng huyết áp: 21,67% và sốt: 6,45% bệnh nhân (Bảng 3). Các bệnh nhân đã được cho thuốc và xử trí kịp thời.

Trong 24 giờ sau phẫu thuật, có 7,7% người bệnh đau nhiều. Từ 24 giờ trở đi, mức độ đau của

người bệnh tăng dần là 30,8 từ 24 - 48 giờ và sau 48 giờ là 53,8% (Bảng 4). Ngay sau mổ, bệnh nhân còn tác dụng của các thuốc giảm đau tại phòng mổ, ảnh hưởng những thuốc này mất dần, nên bệnh nhân đau tăng lên theo thời gian. Giảm đau sau mổ cắt khối tá tụy phải rất được quan tâm, giúp cho bệnh nhân vận động sớm, cải thiện chức năng hô hấp...

Bảng 5 cho thấy: 12,5% bệnh nhân được ăn uống sau mổ ngày 2, tỷ lệ cho nuôi dưỡng đường tiêu hóa tăng dần theo thời gian sau mổ. Một số nghiên cứu cho thấy nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau mổ có hiệu quả tốt, đặc biệt đối với các phẫu thuật trong ổ bụng. Richter và cộng sự nghiên cứu so sánh hai nhóm bệnh nhân nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm với nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch sau mổ cắt gan. Các tác giả nhận thấy biến chứng sau mổ giảm một cách có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa [10]. Trong một nghiên cứu tương tự tại Việt Nam, Chu Thị Tuyết (2015), thống kê 124 bệnh nhân chia làm 2 nhóm cho thấy nhóm nuôi ăn đường tiêu hóa sớm các chỉ số như: Thời gian trung tiện sớm hơn, tỷ lệ biến chứng và số ngày nằm viện giảm một cách có ý nghĩa so với nhóm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch [1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Ngày thứ 3 người bệnh đi lại trong phòng (56,25%), ngày 4 đi lại ngoài hành lang (68,75%). Vận động sớm sau mổ cắt khối tá tụy giúp bệnh nhân hồi phục chức năng đường tiêu hóa sớm, để phòng các biến chứng: Viêm phổi, viêm đường tiết niệu,

Bảng 7 cho thấy: 100% người bệnh lo lắng về biến chứng của cuộc mổ. Tâm lý bệnh nhân lo lắng về biến chứng sau mổ, đau khi mổ, bệnh lành tính hay không? Sau mổ diễn biến và chất lượng cuộc sống như thế nào? Chi phí điều trị.... Vì vậy, trong quá trình điều trị, chăm sóc tâm lý: Bệnh nhân và thân nhân luôn được quan tâm và đặt lên hàng đầu. Mỗi bệnh nhân được đưa ra kế hoạch và phương pháp chăm sóc khác nhau, hàng ngày chúng tôi giải thích về bệnh, diễn biến, các tình huống xảy ra trước trong và sau phẫu thuật để người bệnh hiểu phối hợp công tác điều trị.

Theo dõi và chăm sóc dẫn lưu sau mổ cắt khối tá tụy rất quan trọng, điều dưỡng phải quan sát số

lượng, màu sắc dịch qua các dẫn lưu, thay băng chân các dẫn lưu, báo cáo bác sĩ điều trị những bất thường cũng như tình trạng hàng ngày của các dẫn lưu. Dây dịch vị và dẫn lưu nước tiểu thường được rút sớm nhất, dẫn lưu cạnh miệng nối rút muộn nhất (Bảng 8).

Những năm gần đây, nhờ những tiến bộ của trang thiết bị y tế, kinh nghiệm và trình độ phẫu thuật viên, sự phát triển mạnh mẽ của gây mê hồi sức, theo dõi bệnh nhân, phẫu thuật cắt khối tá tụy ngày càng được hoàn thiện, nhờ đó đã giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong. Tuy nhiên đây là phẫu thuật lớn, phức tạp nên biến chứng chung sau phẫu thuật cắt khối tá tụy vẫn gặp khoảng 25% đến 50% [7], [8], [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sau phẫu thuật người bệnh gặp ít nhất 1 biến chứng chiếm 59,4%. Rò tụy là biến chứng gặp nhiều nhất: 34,4%. Rò tụy được chẩn đoán dựa vào lâm sàng (sau mổ ngày 5, bệnh nhân đau bụng, sốt cao, bí trung đại tiện), dịch dẫn lưu cạnh miệng nối không giảm hoặc tăng so với ngày đầu sau mổ (100ml/24 giờ), màu nâu, Xét nghiệm dịch dẫn lưu cạnh miệng nối thấy nồng độ amylase tăng cao từ 3 lần trở lên so với amylase máu. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính thấy dịch giữa các quai ruột,

Khi phát hiện người bệnh rò tụy cần báo cáo ngay bác sĩ để khám và điều trị kịp thời, các trường hợp điều trị bảo tồn phải hết sức chú ý chế độ nuôi dưỡng và chăm sóc vết mổ cũng như các dẫn lưu [9]. Một số trường hợp phải mổ lại vì điều trị bảo tồn thất bại.

Thời gian nằm viện của bệnh nhân cắt khối tá tụy khá dài, trung bình $30 \pm 11,7$ ngày (15 - 68 ngày), tương tự kết quả nghiên cứu của Hồ Văn Linh (2016), thấy thời gian nằm viện trung bình là $30,9 \pm 10,7$ ngày [3]. Điều này chứng tỏ phẫu thuật cắt khối tá tụy khó khăn và chi phí tốn kém, cần thận trọng trong lên kế hoạch chăm sóc người bệnh.

Nghiên cứu cho thấy: Kết quả chung: Loại tốt, khá, trung bình và xấu lần lượt là 25%, 53,1%, 15,6% và 6,2% (Biểu đồ 2). Thống kê của Hồ Văn Linh cho thấy kết quả chung sau cắt khối tá tụy thấy: Loại khá và tốt chiếm 43 (97,7%) và trung bình 2,3% [3];

thống kê của Phạm Thế Anh: Có 73,3% bệnh nhân có kết quả tốt; 26,7% kết quả khá [5]. Sự khác nhau về kết quả cắt khối tá tụy giữa các nghiên cứu có thể do lựa chọn bệnh nhân, kỹ thuật mổ và điều kiện của các cơ sở điều trị khác nhau.

5. Kết luận

Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt khối tá tụy thấy: Loại tốt, khá, trung bình và xấu lần lượt là 25%, 53,1%, 15,6% và 6,2%. Chăm sóc bệnh nhân sau cắt khối tá tụy rất quan trọng góp phần ngăn ngừa các biến chứng sau mổ, giúp cho bệnh nhân nhanh hồi phục.

Tài liệu tham khảo

1. Chu Thị Tuyết (2015) *Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa mở có chuẩn bị tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2013*. Luận án tiến sĩ Y học, tr. 1-121.
2. Nguyễn Minh Hiền () *Tổng quan chẩn đoán và điều trị đau*. Truy cập ngày 20/4/2018 tại trang web <http://hoithankinhhocvietnam.com.vn/tong-quan-chan-doan-va-dieu-tri-dau/>
3. Hồ Văn Linh (2016) *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy - tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater*. Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y dược Huế.
4. Nguyễn Tấn Cường, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải và cộng sự (2004) *Ung thư nhú Vater: Kết quả điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 8(3), tr. 125-133.
5. Phạm Thế Anh (2013) *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa tụy dạ dày trong cắt khối tá tràng đầu tụy*. Luận án Tiến sĩ Y học. Học Viện Quân y.
6. Triệu Triều Dương, Hồ Văn Linh, Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn, Lê Văn Thành (2015) *Kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy trong điều trị các tổn thương đầu tụy, tá tràng tại Bệnh viện TWQĐ 108*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 10, tr. 176-180.
7. Christopher LW (2012) *Cancers of the periampullary region and the pancreas, Twelfth Edition, ed, Maingot's abdominal operations*. The McGraw-Hill Companies.
8. Fang WL, Shyr YM, Su CH et al (2007) *Comparison between pancreaticojejunostomy and pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy*. J Formos Med Assoc 106(9): 717-727.
9. Hiromichi Kawaida, Hiroshi Kono (2019) *Surgical techniques and postoperative management to prevent postoperative pancreatic fistula after pancreatic surgery*. World J Gastroenterol 25(28): 3722-3737.
10. Ashok Thorat and Wei - Chen Lee (2013) *Critical care issues after major hepatic surgery*. INTECH.