**KỸ NĂNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẮC RUỘT**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

* Tắc ruột là hiện tượng các chất như hơi, nước, chất bã trong ống tiêu hóa bị cản trở, không lưu thông bình thường được.
* Tắc ruột là một hội chứng, không phải là bệnh, cần cấp cứu ngoại khoa. Không chẩn đoán và xử trí sớm, bệnh sẽ để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.
* Cần hồi sức tốt cho người bệnh chủ yếu bằng truyền dịch để khôi phục cân bằng nước, điện giải.
* Điều trị tắc ruột là giải quyết nguyên nhân gây tắc, tái lập lại sự lưu thông bình thường của ruột.
* Chăm sóc người bệnh sau mổ tắc ruột có ý nghĩa lớn đối với kết quả điều trị.

**2. NGUYÊN NHÂN**

* Tắc ruột được chia làm 2 loại tùy vào nguyên nhân, đó là tắc ruột cơ học và tắc ruột cơ năng.
* Tắc ruột cơ năng là do ruột không co bóp được gọi là liệt ruột như tổn thương thần kinh sau chấn thương tuỷ sống, liệt ruột sau mổ, phản ứng viêm như viêm phúc mạc, viêm tuỵ cấp, viêm ruột thừa cấp, rối loạn điện giải như giảm Kali, gãy xương sườn, gãy cột sống, nhồi máu ruột do thrombose ở ruột.
* Tắc ruột cơ học là do lòng ruột bị bít lại. Tắc ruột cơ học xuất hiện nhiều ở ruột non, thường là hồi tràng.
* Tắc ruột cơ năng thường được điều trị nội khoa, vì vậy trong bài này chỉ đề cập đến tắc ruột cơ học.

**3. NGUYÊN NHÂN TẮC RUỘT CƠ HỌC**

***3.1. Tắc ruột do bít***

Lòng ruột bị bít do vật lạ như búi giun đũa, búi chứa bã đồ ăn, sỏi mật.

Lòng ruột bị bít do thương tổn ở thành ruột như bẩm sinh teo ruột, lao ruột, viêm trong bệnh Crohn, sẹo xơ sau chấn thương, u ác tính hay lành tính, ung thư đại trực tràng, khối u trong lòng ruột.

Lòng ruột bị tắc do thừơng tổn thành ngoài như dính ruột, dây chằng chẹn quai ruột.

***3.2. Tắc ruột do thắt***

Do thoát vị nghẹt: thoát vị bẹn hường xảy ra ở nam giới, thoát vị đùi thường xảy ra ở nữ giới.

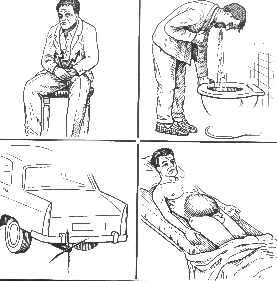
Do lồng ruột (bất thường về nhu động, đoạn ruột trên chui lồng vào đoạn ruột dưới hay ngược lại)

Do xoắn ruột: xoắn ruột non, xoắn manh tràng, xoắn đại tràng chậu hông.

**4. TRIỆU CHỨNG TẮC RUỘT CƠ HỌC**

***4.1. Triệu chứng cơ năng***

Có 3 triệu chứng cơ năng điển hình là đau bụng, nôn mửa, bí trung đại tiện.

* Đau bụng: đau bụng thành từng cơn, đau tăng dần, cơn đau mau dần, cơn đau thường xuất phát từ vị trí tắc.
* Nôn: tuỳ vị trí tắc, tắc càng cao nôn càng sớm, vị trí tắc càng thấp nôn càng muộn. Lúc đầu nôn ra thức ăn, nước, sau đó chỉ nôn nước, nếu người bệnh đến trễ chất nôn có thể ra phân. Ngay sau khi nôn người bệnh cảm giác thoải mái dễ chịu nhưng ngay sau cơn đau xuất hiện người bệnh lại nôn tiếp tục. tiện hay không.
* Bí trung đại tiện: là triệu chứng quan trọng nhất giúp chẩn đoán tắc ruột, nhưng ở trẻ nhỏ rất khó nhận biết trẻ có trung tiện hay không.
* Bí trung đại tiện thường xuyên khi tắc ruột hoàn toàn.
* Bí trung đại tiện thất thường trong trường hợp bán tắc ruột.

*Hình 1: triệu chứng của tắc ruột cơ học*

***4.2. Triệu chứng toàn thân***

* Nếu người bệnh đến sớm, toàn thân chưa ảnh hưởng gì nhiều.
* Nếu đến muộn, mất nước điện giải nhiều không được bồi phụ đủ có thể bị sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.
* Nếu bệnh nhân đến sớm nhưng đau bụng dữ dội kèm thao rối loạn tuần hoàn nghiêm trọng: mạch nhanh, huyết áp hạ, tinh thần hoảng hố, sốt cao (>38 độ) thường nghĩ đến tắc ruột do nghẹt ruột.

***4.3. Triệu chứng thực thể***

* Nhìn:
* Thấy bụng chướng, tuỳ vị trí tắc mà bụng chướng nhiều hay ít. Bụng chướng làm người bệnh khó thở.
* Thấy dấu hiệu rắn bò khi cơn đau xuất hiện, có hình quai ruột nổi.
* Sờ:
  + Có thể thấy nguyên nhân gây tắc như búi giun, khối lồng, khối u.
  + Có thể thấy phản ứng thành bụng trong trường hợp hoại tử ruột.
* Gõ: thường gõ vang vì ruột chướng hơi.
* Nghe: có tiếng óc ách trong lòng ruột.

***4.4. Triệu chứng cận lâm sàng***

* X quang: Chụp bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng thấy hình mức nước, hơi nước.
* Nếu tắc ở đại tràng thì mức nước mức hơi có chân hẹp, vòm cao.
* Nếu tắc ở tiểu tràng thì hình mức nước mức hơi có chân rộng, vòm thấp.
* Xét nghiệm máu:
* Urê máu: tăng
* Điện giải đồ: ion Na. Clo giảm
* Công thức máu: bạch cầu có thể tăng khi nhiễm khuẩn, hồng cầu tăng do cô đặc máu.

**5. HƯỚNG XỬ TRÍ**

Nguyên tắc là hồi sức trước mổ, điều chỉnh các rối loạn toàn thân, sau đó mới mổ để giải thoát sự tắc nghẽn và xử trí các thương tổn ruột nếu có.

***5.1. Điều trị nội khoa***

Khi đã có chẩn đoán tắc ruột cơ học là có chỉ định phẫu thuật, mổ càng sớm càng tránh được nhiều biến chứng nặng nề cho người bệnh. Với những người bệnh đến sớm, chưa có biến chứng cần điều trị nội khoa.

* Đặt sonde dạ dày, hút liên tục để dạ dày ruột non đỡ chướng, người bệnh dễ thở hơn, ruột được nuôi dưỡng tốt hơn. Từ đó tạo được sự dể dàng cho phẫu thuật và tránh dịch tiêu hóa tràn vào đường thở lúc gây mê.
* Bồi hoàn nước điện giải.
* Dùng kháng sinh đường ruột.
* Theo dõi mạch, huyết áp, nước tiểu 24 giờ.
* Theo dõi cơn đau và tình trạng bụng.
* Trong trường hợp tắc ruột do thắt phải chuẩn bị khẩn trương để phẫu thuật, đề phòng nghẹt ruột gây hoại tử.
* Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật cấp cứu.

***5.2. Điều trị ngoại khoa***

Mục đích là giải quyết nguyên nhân tắc ruột, lập lại lưu thông đường tiêu hóa.tùy theo từng nguyên nhân để có kỹ thuật đặc trưng riêng biệt.

* Không có hậu môn bẩm sinh: xẻ nắp lỗ hậu môn; làm hậu môn nhân tạo tạm thời.
* Lồng ruột cấp trẻ đang bú mẹ: tháo lồng bằng hơi; mổ tháo lồng bằng tay; cắt búi lồng.
* Thoát vị nghẹt: giải phóng tạng nghẹt, xử trí tạng nghẹt và phục hồi lại thành bụng, vòng đùi.
* Tắc ruột sau mổ: dính ruột: gỡ dính, cắt bỏ dây chằng, hay cắt đoạn ruột.
* Xoắn ruột: tháo xoắn, cắt bỏ quai ruột xoắn và khâu nối phục hồi lưu thông tiêu hóa.

**6. QUY TRÌNH CHĂM SÓC**

***6.1.* Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật**

***6.1.1. Nhận định tình trạng người bệnh***

* Toàn thân
* Tình trạng mất nước: quan sát xem có vẻ mặt hốc hác, mắt trũng, môi khô, da có giữ nếp nhăn không ? Xem mạch có nhanh, huyết áp có tụt không ?
* Tình trạng nhiễm trùng – nhiễm độc do viêm phúc mạc do hoại tử ruột:
* Tinh thần có tỉnh không? Da có xanh tái không? Vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn không?
* Mạch có nhanh và có sốt cao không?
* Người bệnh có đi tiểu được không? Số lượng bao nhiêu?
* Cơn đau: hỏi xem đau âm ỉ hay đau dữ dội? Đau từng cơn hay liên tục? Đau vị trí nào trên ổ bụng?
* Nôn: xem người bệnh nôn từ bao giờ? Nôn nhiều hay ít? Nôn có liên quan tới cơn đau không? Nôn ra thức ăn hay ra dịch mật? Dịch nôn ra có màu gì và có hôi không?
* Hỏi người bệnh xem có trung, đại tiện được không?
* Quan sát xem bụng có trướng không? Có dấu hiệu rắn bò, có hình quai ruột nổi không?

***6.1.2.Chẩn đoán điều dưỡng***

* Người bệnh mất nước do nôn nhiều.
* Người bệnh đau bụng dữ dội liên tục do nghẹt ruột.
* Người bệnh sốt cao do nhiễm trùng, do viêm phúc mạc.
* Lo lắng do thiếu hụt kiến thức liên quan đến phẫu thuật.

***6.1.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc***

Như chuẩn bị người bệnh trước mổ cấp cứu, ngoài ra còn làm những công việc sau:

* Đặt ống hút dịch dạ dày ngay và hút liên tục để chống trướng bụng.
* Truyền dịch tốt để bồi phụ nước điện giải chống mất nước.
* Đo áp lực tĩnh mạch trung ương (bình thường từ 8 – 12 cm nước).
* Theo dõi kỹ lượng nước xuất nhập. Đặt thông tiểu. Bình thường lượng nước

tiểu trong 1 giờ từ 50 – 60 ml.

* Làm vệ sinh sạch sẽ vùng da mổ.

***6.1.4. Lượng giá***

Người bệnh được gọi là chăm sóc tốt trước phẫu thuật tắc ruột khi:

* Người bệnh đỡ đau.
* Cân bằng nước và điện giải.
* Trung, đại tiện được.
* Các chăm sóc cơ bản được thực hiện đầy đủ.
* Người bệnh hiểu và giảm bớt các lo lắng liên quan đến phẫu thuật.

***6.2.* Chuẩn bị người bệnh sau phẫu thuật**

***6.2.1. Nhận định tình trạng người bệnh***

* Toàn trạng:
* Xem người bệnh đã tỉnh chưa?
* Xem có dấu hiệu mất nước không? Có dấu hiệu nhiễm trùng – nhiễm độc không?
* Dấu hiệu sinh tồn có ổn định hay bất thường gì không?
* Vết mổ: xem vết mổ có bị chảy máu, có bị nhiễm khuẩn không?
* Lưu thông tiêu hóa: xem đã trung tiện, đại tiện chưa?
* Quan sát xem bụng trướng hay xẹp?
* Sonde dẫn lưu: số lượng, tính chất dịch chảy ra.
* Nhận định về nước tiểu: số lượng, màu sắc.

***6.2.2.Chẩn đoán điều dưỡng***

* Giảm khối lượng tuần hoàn do chảy máu.
* Thiếu dinh dưỡng do kém hấp thu, chế độ ăn hạn chế.
* Nguy cơ nhiễm trùng do thể trạng già yếu.

***6.2.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc***

* Bảo đảm thông khí:
* Người bệnh còn mê: đặt đầu nghiêng về một bên để đề phòng bị nôn thì chất nôn không lọt vào đường hô hấp.
* Đặt ống Canun – Mayor để tránh tụt lưỡi.
* Hút đờm dãi để tránh tắc nghẽn đường thở (nếu có).
* Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn: trong giờ đầu theo dõi 15 phút/lần, giờ tiếp theo 30 phút/lần, sau đó thưa dần cho đến khi người bệnh tỉnh.
* Đặt ống hút dịch dạ dày
* Hút ngắt quãng để lấy bớt dịch ứ đọng, nhất là trong trường hợp khâu nối ruột cần phải làm bớt trướng bụng để bảo vệ miệng nối và làm cho miệng nối mau lành.
* Thường ống hút dạ dày để lưu cho đến khi người bệnh có trung tiện.
* Theo dõi xem bụng có đỡ trướng không? Ghi lại số lượng dịch dạ dày, giúp cho công tác hồi sức được tốt.
* Trong quá trình truyền dịch cần đảm bảo tốc độ truyền chính xác, nhất là người già yếu, người mắc bệnh tim mạch, bệnh hô hấp mạn tính, người điều dưỡng cần theo dõi kỹ, tránh truyền dịch quá nhanh.
* Thực hiện thuốc theo y lệnh.
* Cân bằng nước – điện giải: đề phòng chưa bồi phụ đủ nước, điện giải sau mổ, nhất là trong ngày đầu sau mổ. Chú ý theo dõi số lượng nước tiểu đề phòng thiếu nước, điện giải, đề phòng suy thận.
* Chăm sóc vết mổ:
* Thay băng vết mổ hằng ngày.
* Trong những ngày đầu cần theo dõi chảy máu vết mổ, từ ngày thứ ba trở đi cần theo dõi xem vét mổ có bị nhiễm trùng không.
* Cắt chỉ: vết mổ không nhiễm trùng thì cắt chỉ vào ngày thử bảy sau mổ, vết mổ nhiễm khuẩn thì cắt chỉ ngay để cho dịch, mủ thoát ra dể dàng.
* Chăm sóc ống dẫn lưu: đảm bảo nguyên tắc dẫn lưu vô khuẩn, tránh nhiễm trùng ngược dòng.
* Theo dõi dịch chảy qua ống dẫn lưu về số lượng , màu sắc, tính chất.
* Dẫn lưu thường được rút khi người bệnh có trung tiện.
* Chăm sóc ống thông niệu đạo – bàng quang: đảm bảo nguyên tắc vô trùng, người bệnh ổn định thì cần rút ống dẫn lưu sớm .
* Nếu có đặt ống dẫn lưu ruột hay có hậu môn nhân tạo thì phải chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng cách. Khuyên người bệnh nằm nghiêng về phía hậu môn nhân tạo để tránh phân tràn qua vết mổ.
* Chăm sóc vận động sau mổ:
* Khi người bệnh tỉnh, xoay trở lại trên giường, cho nằm tư thế fowler, vỗ lưng, khuyến khích ho, khạc, thở sâu ngừa biến chứng viêm phổi sau mổ.
* Ngày thứ hai cho ngồi dậy và tập đi lại.
* Dinh dưỡng: cung cấp năng lượng và bồi phụ nước điện giải sau mổ tắc ruột cơ học là vấn đề quan trọng vì người bệnh nhịn ăn uống trong những ngày trước mổ, cộng thêm nôn và hút dịch dạ dày sau mổ.
* Chưa có nhu động ruột thì nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
* Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng đến đặc. Tránh uống nước có ga, trái cây hay sữa sớm, vì dễ lên men gây trướng hơi trong ruột.

***6.2.4. Lượng giá***

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật tắc ruột được gọi là tốt khi:

* Dấu hiệu sống ổn định.
* Cân bằng dịch và điện giải.
* Dẫn lưu và vết thương ổn định.
* Trung, đại tiện và vận động sớm.
* Không xãy ra các biến chứng sau mổ.

***6.2.5. Giáo dục sức khỏe***

* Hướng dẫn người bệnh tập thở bụng.
* Tránh rối loạn tiêu hóa, tránh ăn nhiều chất xơ.
* Vận động, lao động nhẹ nhàng.
* Tập thể dục, xoa bụng hằng ngày.
* Nếu có hậu môn nhân tạo thì phải biết cách chăm sóc, tập đi cầu đúng giờ.
* Tắc ruột có thể bị lại, bệnh nhân cần đến viện sớm khi có dấu hiệu đau bụng, bí trung đại tiện.
* Tái khám đúng hẹn.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

***Phân biệt đúng, sai các câu sau đây:***

1. Tắc ruột cơ học tắc càng cao nôn càng muộn.
2. Trong bán tắc ruột luôn có bí trung đại tiện.
3. Tắc ruột cơ học bị mất nước điện giải do nôn nhiều.
4. Đặt Canun – Mayor sau mổ tắc ruột cơ học để tránh tụt lưỡi.
5. Sau mổ tắc ruột cơ học cần cho ngồi dậy ngay sau khi tỉnh.
6. Ống hút dịch dạ dày sau khi mổ tắc ruột cơ học thường để lưu cho đến khi có trung tiện trở lại.

***Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:***

1. Vấn đề cần nhận định đối với tắc ruột cơ học có mất nước:
2. Mắt có trũng, môi có khô không?
3. Lưỡi có bẩn không?
4. Da có xanh tím không?
5. Bụng có chướng không?
6. Nguyên nhân gây tắc ruột do bít là:
7. Xoắn ruột
8. Thoát vị nghẹt
9. Lồng ruột cấp
10. Khối u trong lồng ruột
11. Nguyên nhân gây tắc ruột do thắt là:
12. Do bã thức ăn
13. Do dính ruột
14. Do giun đũa
15. Do xoắn ruột
16. Tính chất đau bụng do tắc ruột cơ giới do bít:
17. Đau bụng dữ dội
18. Đau bụng âm ỉ
19. Đau bụng liên tục
20. Đau bụng cơn
21. Chăm sóc điều dưỡng trong tắc ruột cơ học trước mổ:
22. Cho uống nước đường
23. Hút dịch dạ dày
24. Thụt tháo phân
25. Cho vận động