**BÀI 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦNG DẠ DÀY CẤP**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

* Thủng dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa. Bệnh cần được chẩn đoán sớm, mổ kịp thời.
* Nếu bệnh được chẩn đoán sớm, mổ kịp thời tiên lượng tốt. Nếu để muộn, tình trạng viêm phúc mạc nặng thì tiên lượng xấu.
* Về giới: nam gặp nhiều hơn nữ.

**2. NGUYÊN NHÂN**

* Thủng do loét dạ dày - tá tràng mạn tính.
* Thủng do ung thư dạ dày.
* Thủng do loét miệng nối.

**3. TRIỆU CHỨNG**
**3.1. Triệu chứng cơ năng**

* Đau bụng:
* Người bệnh đau bụng đột ngột, đau dữ dội, đau như dao đâm vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức. Người bệnh phải nằm gập người lại hoặc nằm phủ phục, không nằm thẳng duỗi chân ra được.
* Đau liên tục không ngớt.
* Đau lan lên vai, ngực, xuyên ra sau lưng và đau lan ra khắp ổ bụng.
* Nôn hoặc buồn nôn: rất ít khi thủng dạ dày - tá tràng có nôn. Tuy nhiên một số vừa thủng, vừa chảy máu, người bệnh nôn ra máu thì đây là trường hợp nặng.
* Bí trung tiện: do thủng dẫn đến viêm phúc mạc gây liệt ruột.

**3.2. Triệu chứng thực thể**

* Co cứng thành bụng.
* Nhìn bụng không di động theo nhịp thở, hai cơ thẳng to nổi rõ.
* Nắn bụng căng cứng như gỗ nếu người bệnh đến sớm. Nếu đến muộn bụng nắn mềm hơn.
* Cảm ứng phúc mạc: ấn vào chỗ nào trên thành bụng trước người bệnh cũng kêu đau.
* Gõ bụng vang, vùng đục trước gan mất, gõ đục vùng thấp.
* Thăm trực tràng túi cùng Douglas phồng và đau.

**3.3. Triệu chứng toàn thân**

* Ngay sau khi thủng, thường có biểu hiện sốc: mặt xanh tái vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, chân tay lạnh. Những biểu hiện này thoáng qua, người bệnh hồi phục dần.
* Nếu đến muộn: có tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc.

**3.4. Cận lâm sàng**

* X quang: Chụp phim thẳng ở tư thế đứng thấy có hình liềm hơi dưới cơ hoành hai bên. Hình ảnh này chỉ có ở 80% trường hợp thủng dạ dày - tá tràng.
* Xét nghiệm máu:
* Urê máu tăng.
* Điện giải đồ: ion Na, Clo giảm.
* Công thức máu: bạch cầu có thể tăng khi nhiễm khuẩn do viêm phúc mạc.

**4.DIỄN BIẾN
4.1. Viêm phúc mạc toàn thể**

* Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm thì sau 12 - 24 giờ sẽ tiến triển thành viêm phúc mạc toàn thể.
* Nếu để muộn hơn nữa, người bệnh lâm vào tình trạng trụy mạch, nước tiểu ít, có khi vô niệu. Người bệnh chết trong tình trạng trụy tim mạch do sốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

**4.2. Viêm phúc mạc khu trú**

 Viêm phúc mạc khu trú hiếm gặp hơn, thường gặp ở những người bệnh đến viện vào ngày thứ 4, thứ 5, sau một cơn đau dữ dội và đột ngột các triệu chứng giảm dần. Người bệnh ngủ được, bớt sốt, trung tiện được. Bụng mềm hơn nhưng vẫn còn đau và có phản ứng dưới bờ sườn, hai hố chậu. Lưỡi bẩn, mất ngủ, mạch nhanh 110 – 120 lần/ phút, sốt cao, mặt hốc hác.
**4.3. Ổ áp xe**
 Ổ áp xe thường hình thành 1 hay 2 tuần sau khi thủng nhưng cũng có khi sớm hơn. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe khu trú xung quanh dạ dày, hố chậu hay tiểu khung, nhưng thường gặp hơn cả là áp xe dưới cơ hoành.
**5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ**

* Trước mổ: phải hồi sức tích cực bằng truyền dịch, nếu đã chẩn đoán chắc chắn là thủng dạ dày - tá tràng cho thuốc giảm đau, hút dạ dày liên tục.
* Chú ý:
* Nhịn ăn, nhịn uống.
* Không thụt tháo phân.
* Sau khi hồi sức, hoàn thành thủ tục thì mổ cấp cứu.
* Phẫu thuật:
* Khâu lỗ thủng đơn thuần: đa phần được xử trí theo phương pháp này.
* Cắt đoạn dạ dày: áp dụng trong trường hợp đến sớm, thể trạng khoẻ mạnh, thủng xa bữa ăn, ổ bụng sạch, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức tốt.
* Khâu lỗ thủng và cắt dây X.
* Thủ thuật Newman: áp dụng cho những trường hợp lỗ thủng to, xơ chai không khâu được.

**6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC
6.1. Nhận định tình trạng người bệnh
*6.1.1. Nhận định trước mổ***

* Toàn thân:
* Xem có sốc hay không? Hội chứng này hay gặp ở những giờ đầu sau thủng do đau gây nên.
* Xem có hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc không? Cần quan sát xem vẻ mặt có hốc hác không? môi có khô, lưỡi có bẩn không? Số lượng nước tiểu nhiều hay ít, nước tiểu có màu vàng không? Hội chứng này gặp ở thủng dạ dày đến muộn do viêm phúc mạc gây nên.
* Nhận định về dấu hiệu sinh tồn: xem mạch có nhanh nhỏ, huyết áp có tụt, có nhịp thở nhanh nông hay không? có sốt không?
* Tại chỗ:
* Nhận định cơn đau : Hỏi người bệnh xem bắt đầu đau từ bao giờ? vị trí đau? đau dữ dội hay đau âm ỉ? đau liên tục hay đau thành cơn? đau có lan đi đâu không?. Người điều dưỡng phải ghi vào hồ sơ để giúp bác sĩ theo dõi diễn biến của bệnh.
* Nhận định nôn: xem có nôn hay không? nếu có nôn thì nôn nhiều hay ít, nôn ra chất nôn gì?
* Có bí trung đại tiện không?

***6.1.2. Nhận định sau mổ***

* Nếu trước mổ có nhiễm trùng – nhiễm độc thì sau mổ có còn không?
* Người bệnh tỉnh hay chưa tỉnh?
* Có đau vết mổ không? vết mổ có bị chảy máu, có bị nhiểm khuẩn không?
* Nhận định tình trạng ổ bụng: xem bụng có trướng không?
* Cần xem ống dẫn lưu phúc mạc, ống dẫn lưu dạ dày có hoạt động tốt không? nhận định về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu?
* Nhận định lưu thông tiêu hoá: xem người bệnh trung tiện, đại tiện được chưa?
* Về dinh dưỡng: cần xem người bệnh đã ăn uống được gì?
* Nhận định về tư tưởng của người bệnh, hoàn cảnh kinh tế gia đình, những bệnh mạn tính?

**6.2. Chẩn đoán điều dưỡng**

* Người bệnh sốc do đau.
* Đau bụng dữ dội vùng thượng vị do tiến triển của bệnh.
* Nhiễm trùng – nhiễm độc do viêm phúc mạc, do người bệnh đến muộn.
* Người bệnh chướng bụng do chưa có nhu động ruột.
* Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ do viêm phúc mạc.
* Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do người bệnh ăn uống kém.
* Người bệnh lo lắng do thiếu kiến thức về bệnh.

**6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc**
***6.3.1. Trước mổ*** Thủng dạ dày - tá tràng phải được điều trị bằng phẫu thuật cấp cứu. Thường thời gian chuẩn bị mổ rất ngắn, vì vậy người điều dưỡng cần khẩn trương chuẩn bị người bệnh như chuẩn bị trước mổ cấp cứu, ngoài ra còn phải thực hiện một số công việc sau:

* Đặt ống hút dịch dạ dày và hút hết dịch trong dạ dày, để làm hạn chế dịch dạ dày qua lỗ thủng vào trong ổ bụng và chống trướng bụng giúp cho người bệnh dễ thở.
* Không được tiêm các thuốc giảm đau trong thời gian theo dõi để chẩn đoán.
* Truyền dịch và tiêm thuốc theo y lệnh.
* Dùng kháng sinh trước mổ theo y lệnh.
* Đặt ống thông tiểu để kiểm soát tình trạng nước xuất nhập nếu người bệnh trong tình trạng sốc.

***![[IMG]]()6.3.2. Sau mổ***

* Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn:
* Nếu có khó thở, nhịp thở tăng, điều dưỡng phải kiểm tra đường hô hấp xem có cản trở nào không và cho thở oxy.
* Nếu mạch nhanh dần, huyết áp giảm dần phải báo ngay với thầy thuốc (đề phòng sốc do mất máu).
* Ống hút dịch dạ dày:phải theo dõi thường xuyên tránh tắc nghẽn, cần cho hút ngắt quãng. Không được rút sớm ống hút dạ dày, chỉ rút khi có nhu động ruột.
* Theo dõi tình trạng ổ bụng:

Nếu ngày thứ 4 - 5 sau mổ mà bụng trướng, kèm theo có đau khắp bụng, bí trung đại tiện, toàn thân có nhiễm trùng thì cần báo ngay với thầy thuốc (thường do viêm phúc mạc thứ phát do bục nơi khâu lỗ thủng).

* Chăm sóc ống dẫn lưu:
* Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
* Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
* Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
* Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra dịch với số lượng ít dần và không hôi.
* Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với thầy thuốc.
* Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
* Ống dẫn lưu thường được rút khi người bệnh có trung tiện.
* Chăm sóc ống thông niệu đạo – bàng quang:sau mổ, ống dẫn lưu niệu đạo - bàng quang cần được rút sớm để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
* Chăm sóc vết mổ:
* Đảm bảo thay băng vô khuẩn.
* Bình thường cắt chỉ vào ngày thứ 7.
Đối với người già, suy dinh dưỡng, thành bụng yếu thì cắt chỉ muộn hơn (ngày thứ 10).
* Dinh dưỡng:
* Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
* Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho bệnh nhân uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.
* Trường hợp người bệnh cắt đoạn dạ dày:
* Điều dưỡng cần theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, vì người bệnh chịu một phẫu thuật lớn trong điều kiện mổ cấp cứu, thời gian chuẩn bị ngắn vì vậy dễ có tai biến xảy ra.
* Theo dõi sát ống hút dịch dạ dày: nếu thấy có máu tươi cần báo ngay với thầy thuốc.
* Khi người bệnh được ăn uống: những ngày đầu cần ăn thức ăn loãng, dễ tiêu, ăn làm nhiều bữa trong ngày (6 - 8 bữa). Sau đó theo thời gian cho ăn giảm dần số bữa, tăng dần về số lượng trong một bữa để tránh hội chứng dạ dày bé.
* Theo dõi các biến chứng
* Sốc: thường do giảm khối lượng tuần hoàn, do đau.
* Nôn: thường xảy ra trong những giờ đầu. Cần cho nằm đầu nghiêng về một bên để chất nôn không lọt vào đường hô hấp.
* Chảy máu nơi khâu lỗ thủng hoặc miệng nối: thường người bệnh nôn ra máu tươi.
* Biến chứng phổi: nhất là ở người bệnh già yếu.
* Nhiễm trùng vết mổ.

***6.3.3. Giáo dục sức khoẻ*** Hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn, uống khi xuất viện.

* Ăn lỏng dễ tiêu, giàu dinh dưỡng. Giai đoạn đầu ăn nhiều bữa trong ngày nhất là trường hợp cắt đoạn dạ dày (6 đến 8 bữa), mỗi bữa ăn với số lượng ít. Sau đó giảm dần số bữa và tăng số lượng mỗi bữa.
* Hạn chế ăn, uống các chất kích thích (rượu, chè, cà phê, ớt, nước có ga...).
* Khi xuất hiện các dấu hiệu bất thường (đau bụng dữ dội, nôn, nôn ra máu) cần đến bệnh viện ngay.

**6.4. Lượng giá**
 Việc chăm sóc được coi là có kết quả khi:

* Người bệnh được hồi sức tốt trước mổ.
* Chuẩn bị tốt người bệnh trước mổ.
* Người bệnh được chăm sóc tốt sau mổ.
* Sau mổ không có biến chứng xảy ra.