

REHABILITATION CARE OF PATIENTS AFTER LOBBYUTOMY SURGERY FOR CANCER TREATMENT ACCORDING TO THE ALDRETER SCALE

Pham Quoc Dat¹, Phi Thi Nguyet^{1*}, Bui Thi Thu Thuong¹, Nguyen Van Nga²

¹Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Hang Bong Ward, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam

²Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Phuong Dinh Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/04/2025

Revised: 28/04/2025; Accepted: 09/05/2025

ABSTRACT

Objective: Describe the characteristics of recovery of patients undergoing laparoscopic lobectomy at K hospital according to the Aldrete scale.

Subjects and method: Prospective study of 152 patients after laparoscopic lobectomy at Tan Trieu K Hospital.

Results: Perception was the earliest scoring criterion, Aldrete score ≥ 9 was mainly less than 3 hours (71.7%). He pain care work of nurses was 93.5% effective.

Conclusions: According to the Aldrete scale, perception is the criterion with the earliest time to achieve, the majority to achieve Aldrete score ≥ 9 mainly under 3 hours (71.7%).

Keyword: Recovery monitoring, Aldrete score.

*Corresponding author

Email: nguyet1308@gmail.com Phone: (+84) 349586870 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2387>

CHĂM SÓC HỒI TỈNH NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THUY PHỔI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THEO THANG ĐIỂM ALDRETER

Phạm Quốc Đạt¹, Phí Thị Nguyệt^{1*}, Bùi Thị Thu Thương¹, Nguyễn Văn Ngà²

¹Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Hàng Bông, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Phương Đình, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/04/2025; Ngày duyệt đăng: 09/05/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hồi tỉnh người bệnh phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi tại Bệnh viện K theo thang điểm Aldreter.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 152 người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi tại Bệnh viện K Tân Triều.

Kết quả: Tri giác là tiêu chí đạt điểm sớm nhất, Thời gian điểm Aldrete ≥ 9 chủ yếu dưới 3 giờ (71,7%), chăm sóc đau được thực hiện tốt đạt 93,5%.

Kết luận: Theo thang điểm Aldreter tri giác là tiêu chí có thời gian đạt sớm nhất, đa số để đạt điểm Aldrete ≥ 9 chủ yếu dưới 3 giờ (71,7%).

Từ khóa: Theo dõi hồi tỉnh, điểm Aldrete.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nên tử vong do các loại ung thư trên toàn cầu, trong những năm gần đây chỉ định phẫu thuật trong điều trị ung thư phổi ngày càng phổ biến. Chăm sóc người bệnh giai đoạn hồi tỉnh tốt vừa giúp người bệnh hạn chế các biến chứng nặng của phẫu thuật vừa giúp người bệnh bình phục và có chất lượng cuộc sống tốt hơn góp phần vào thành công của ca phẫu thuật.

Thang điểm Aldreter là một thang điểm hữu ích dễ sử dụng trên lâm sàng giúp bác sĩ và điều dưỡng theo dõi đánh giá hồi tỉnh người bệnh. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm hồi tỉnh người bệnh phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi tại Bệnh viện K theo thang điểm Aldreter.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 152 người bệnh phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị ung thư tại Bệnh viện K năm 2023. Loại trừ các trường hợp mổ cấp cứu, tai biến sau PT, người bệnh quay lại khoa điều trị trong thời gian NC, người bệnh ung thư di căn phổi.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện 152 người bệnh.

2.4. Công cụ và thu thập thông tin

Theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn thu thập từ hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi kết hợp quan sát, phỏng vấn người bệnh.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm nhân trắc học, phân độ ASA, thang điểm Aldreter, điểm đau VAS.

2.6. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

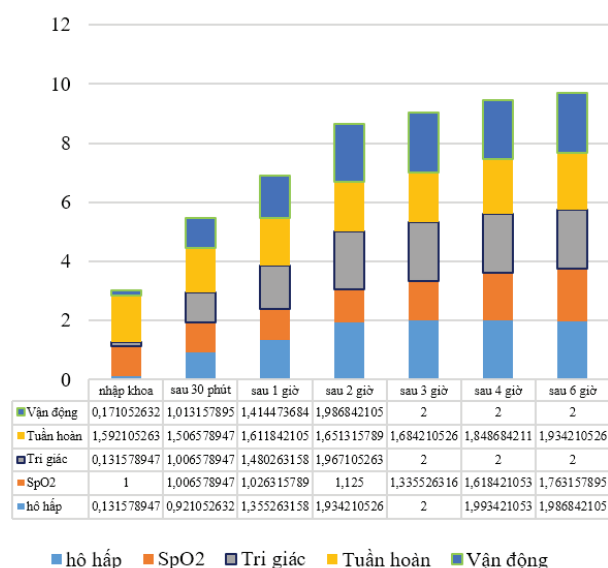
3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 152 người bệnh. Tuổi trung bình: $60,6 \pm 8,6$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1,2/1. Phân độ ASA: độ 2 chiếm 63,8%, độ 3 chiếm 9,2%.

3.2. Tổng hợp chăm sóc hồi tỉnh theo các tiêu chí của thang điểm Aldreter

*Tác giả liên hệ

Email: nguyet1308@gmail.com Điện thoại: (+84) 349586870 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2387>



Biểu đồ 1. Theo dõi hồi tỉnh bằng thang điểm Aldrete

Nhận xét: Điểm các tiêu chí tăng dần theo thời gian

3.3. Đánh giá thời gian hồi tỉnh theo thang điểm Aldrete

Bảng 1. Thời gian đạt điểm Aldrete ≥ 9 (n = 152)

	Nam		Nữ		Chung
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Từ 3 giờ trở xuống	54	65,1	55	79,7	109 (71,7%)
Trên 3 giờ	29	34,9	14	20,3	43 (28,3%)
Trung bình $167 \pm 85,7$ phút					

Nhận xét: Thời gian đạt điểm Aldrete ≥ 9 dưới 3 giờ chiếm tỷ lệ cao.

3.4. Theo dõi, chăm sóc đau giai đoạn hồi tỉnh của điều dưỡng

Bảng 2. Công tác chăm sóc đau của điều dưỡng

Chăm sóc đau	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3
Điểm đau ≥ 4	92	38
Xử trí không dùng thuốc	3 (3,2%)	10 (26,3%)
Can thiệp khẩn trương	86 (93,6%)	22 (61,1%)
Can thiệp chưa khẩn trương	3 (3,2%)	6 (12,6%)

Nhận xét: Điểm đau ≥ 4 chủ yếu ở giai đoạn 2 (92 người bệnh).

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình $179 \pm 25,8$ phút. So với Phạm Hữu Lư (2022) thời gian phẫu thuật trung bình là $150 \pm 22,58$ phút [1] thì chênh lệch không nhiều.

Đặc điểm hồi tỉnh:

- Theo dõi hồi tỉnh bằng thang điểm Aldrete: Thang điểm Aldrete là thang điểm đơn giản dễ sử dụng với cả điều dưỡng và bác sĩ. Nó cũng được chứng minh cải thiện sự an toàn và chất lượng chăm sóc người bệnh [3]. Năm tiêu chí để đánh giá trong thang điểm Aldrete là hô hấp, SpO₂, tri giác, tuần hoàn và vận động.

* Theo dõi, chăm sóc hô hấp

Trong 3 mức độ đánh giá hô hấp của thang điểm Aldrete 100% người bệnh khi từ phòng mổ ra chưa thể có khả năng ho khạc hay tự thở. Đa phần người bệnh (86,8%) đều còn mê và việc thông khí phụ thuộc hoàn toàn vào máy thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng thời gian người bệnh phụ thuộc hoàn toàn vào máy thở không dài, sau 30 phút thì tất cả các trường hợp nghiên cứu đều thoát mê và bắt đầu có nhịp thở trở lại. Tuy khoảng thời gian mê này ngắn nhưng lại vô cùng quan trọng bởi trong giai đoạn này hô hấp của người bệnh chủ yếu phụ thuộc hoàn toàn vào máy do đó người điều dưỡng cần đặc biệt chú trọng, nhất là theo dõi hoạt động của máy thở, đảm bảo đường thở người bệnh được thông thoáng bằng cách hút các chất tiết, đờm dãi cũng như dây thở không bị gập tắc.

Sau khi rút nội khí quản thì cơn đau cũng ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng hô hấp. Để đối phó với cơn đau sau phẫu thuật người bệnh có xu hướng thay đổi kiểu hô hấp dẫn đến giảm độ sâu hít vào và tổn thương chức năng hô hấp. Kiểm soát đau tốt sẽ góp phần quản lý đường thở tốt. Ngoài việc kiểm soát đau thì vai trò hướng dẫn tập thở sâu cho người bệnh cũng đóng vai trò rất quan trọng. Người điều dưỡng cần ổn định tâm lý cho người bệnh, để người bệnh tránh hoang sợ, lo lắng, đồng thời hướng dẫn để người bệnh có thể thở sâu đúng cách cũng như ho khạc đờm có hiệu quả, có như vậy tình trạng hô hấp của người bệnh mới được kiểm soát, việc rút nội khí quản mới thành công, tránh tình trạng đặt lại nội khí quản, giảm các biến chứng hô hấp cho người bệnh. Giai đoạn từ sau khi rút nội khí quản tới khoảng 4h sau mổ chính là giai đoạn quan trọng quyết định việc rút nội khí quản có thành công không và cũng là giai đoạn dự phòng các biến chứng hô hấp cho người bệnh. Hiện tại khoa Hồi sức tích cực đang triển khai việc chăm sóc hô hấp sớm cho người bệnh, ngay từ khi tiếp nhận người bệnh được nằm đầu cao nếu không có chống chỉ định. Trong suốt quá trình thở máy đường thở luôn được đảm bảo thông thoáng. Khi rút nội khí quản người bệnh ở tư thế Fowler, hoặc nằm đầu cao, sau rút nội khí quản cho người bệnh thở oxy gọng kính hỗ trợ, vỗ rung và khí dung khi người bệnh khó ho khạc đờm. Rút nội khí quản sớm cũng là một trong các phương pháp dự phòng viêm phổi chúng tôi áp dụng.

Ngoài rút ngắn thời gian điều trị, giảm tỷ lệ viêm phổi và các biến chứng do thở máy kéo dài rút nội khí quản sớm cũng góp phần giảm chi phí điều trị [4], [5]. Hiện phương pháp này đang mang lại hiệu quả tích cực trong lâm sàng khi tỷ lệ người bệnh phải đặt lại nội khí quản cũng như quay lại phòng hồi sức vì viêm phổi giảm bớt so với trước đây.

* Theo dõi SpO₂

Cùng với các thông số dấu hiệu sinh tồn khác chỉ số SpO₂ được theo dõi ngay khi người bệnh nhập khoa Hồi sức tích cực và liên tục tới khi người bệnh được chuyển về khoa. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào SpO₂ dưới 90% dù đang cung cấp oxy. Độ bão hòa oxy máu của người bệnh cải thiện dần từ việc 100% người bệnh cần hỗ trợ oxy để đạt SpO₂ trên 90% khi nhập khoa tới khi sau 6 giờ thì chỉ còn 23,7%, tỷ lệ này thay đổi rõ rệt nhất vào giờ thứ 4 giảm từ 66,4% vào giờ thứ 3 sang còn 38,2% vào giờ thứ 4

* Theo dõi tri giác

Khi nhập khoa đa phần người bệnh vẫn đang trong trạng thái mê 86,8%, một số ít lơ mơ 13,2%. Tuy nhiên tri giác người bệnh hồi phục khá nhanh khi sau 30 phút chỉ còn 5,3% người bệnh còn mê và 5,9% đã khôi phục hoàn toàn tri giác. Sau 1 giờ không còn người bệnh nào ở trạng thái mê, và gần 50% người bệnh tỉnh táo hoàn toàn. Tri giác là một trong những đánh giá quan trọng nhất trong quá trình hồi phục của người bệnh, một số trường hợp sau gây mê có thể xảy ra tình trạng chậm phục hồi ý thức tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào. Việc khôi phục ý thức sau gây mê không chỉ có ý nghĩa đánh giá về tri giác mà nó còn cho thấy tình trạng người bệnh đang chuyển sang giai đoạn hồi tỉnh khác, cần những chăm sóc khác từ người điều dưỡng. Theo dõi tri giác trong quá trình hồi tỉnh rất quan trọng nó đòi hỏi cả kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm xử lý tình huống một cách nhạy bén của người điều dưỡng ngay khi nhận thấy các dấu hiệu đầu tiên để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

* Theo dõi tuần hoàn

Tuần hoàn là một trong các yếu tố có sự biến động mất ổn định nhất trong 5 yếu tố đánh giá của thang điểm Aldrete. Người bệnh có thể nhập khoa với tình trạng huyết động vô cùng ổn định nhưng ngay sau đó có thể tụt huyết áp hay tăng huyết áp bất cứ khoảng thời gian nào. Đa phần huyết động rối loạn trong giai đoạn người bệnh bắt đầu thoát mê tập thở (8,6% người bệnh có HA +/- 50 mmHg so với giá trị trước PT, 32,2% người bệnh HA +/- 20 - 50 mmHg so với giá trị trước PT) và ít biến động hơn vào khoảng thời gian sau đó (85,5% - 95,4% người bệnh HA +/- 20 mmHg so với giá trị trước PT trong giai đoạn 4 - 6 giờ). Quản lý huyết áp là nền tảng của quản lý huyết động ở người bệnh được điều trị tại PACU sau phẫu thuật. Kiểm soát huyết áp sau phẫu thuật là một thách thức vì sự thay đổi huyết áp sau phẫu thuật có thể rất nghiêm trọng và có nhiều nguyên nhân.

* Theo dõi vận động

Đa phần người bệnh nhập khoa chưa có khả năng hoạt động bất kì chi nào (83,6%), tuy nhiên cùng với việc thoát mê nhanh thì việc khôi phục lại khả năng vận động của người bệnh cũng khá nhanh. Sau 30 phút gần 95% người bệnh đã có thể cử động ít nhất 2 chi, sau 2 giờ thì gần như toàn bộ người bệnh đã có thể vận động cả 2 tay 2 chân (98,7%). Không có trường hợp nào người bệnh bị liệt hay không cử động được chân sau gây mê. Hồi phục thần kinh cơ tương đương với hồi phục lại khả năng bảo vệ đường hô hấp của người bệnh nhằm tránh các trường hợp hít sặc có thể xảy ra gây viêm phổi thậm chí suy hô hấp và có thể tử vong. Đã có những báo cáo về việc tái giãn cơ sau phẫu thuật cũng như tác dụng phụ ức chế cơ hô hấp của thuốc giảm đau tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào. Để có được kết quả này một phần chính nhờ sự theo dõi chặt chẽ của điều dưỡng trong công tác quản lý người bệnh sau phẫu thuật.

* Thời gian đạt điểm hồi tỉnh Aldrete ≥ 9

Thời gian người bệnh đạt điểm Aldrete ≥ 9 trung bình là $167 \pm 85,7$ phút (tức khoảng 2 giờ rưỡi), kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Vũ Thị Tuyết tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi năm 2023 (2,5 giờ) [2]. Để đảm bảo an toàn cho người bệnh trong giai đoạn hồi tỉnh ngoài việc đánh giá theo điểm Aldrete thì người điều dưỡng cũng cần đánh giá thêm cả các tiêu chí khác như đau, chảy máu, nôn buồn nôn...

- Chăm sóc đau sau phẫu thuật: Đau là 2 trong số những phản ứng khó chịu nhất sau phẫu thuật, đau có thể kéo dài đến 2 tháng và có thể trở thành mãn tính ở 30% người bệnh phẫu thuật ngực [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ điểm đau từ 4 trở lên giảm dần theo các giai đoạn giai đoạn 2 (ngay sau rút NKQ) là 60,5% (92 trường hợp), sau đó còn 25% giai đoạn 3. Các trường hợp đau đa số được xử trí kịp thời các xử trí phải dùng thuốc giảm dần theo các giai đoạn.

5. KẾT LUẬN

Theo dõi hồi tỉnh theo thang điểm Aldrete: Thời gian người bệnh hồi tỉnh theo 5 tiêu chí điểm Aldrete trung bình $167 \pm 85,7$ phút. Tri giác là tiêu chí có thời gian hồi phục ngắn nhất trong khi hô hấp là tiêu chí có thời gian hồi phục chậm nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Hữu Lư, Nguyễn Mạnh Hiệp (2022), “Cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ”, Tạp chí Y học Việt Nam số 2 tập 513 tháng 4/2022 tr 291-294.
- [2] Vũ Thị Tuyết và cộng sự (2023), “Đánh giá hiệu quả sử dụng thang điểm Aldrete để theo dõi người bệnh tại phòng hồi tỉnh tại Bệnh viện Đa

- khoa khu vực Củ Chi”, Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(1).
- [3] Ding D, Ishag S (2023), “Aldrete Scoring System. [Updated 2023 Jul 8]”, In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594237/>
- [4] Myra F Ellis et al (2021), “Reducing Intubation Time in Adult Cardiothoracic Surgery Patients with a Fast-track Extubation Protocol”, Crit Care Nurse, 2021Jun 1;41(3):14-24. doi: 10.4037/ccn2021189
- [5] Vinay Badhwa et al (2014), “Extubating in the operating room after adult cardiac surgery safely improves outcomes and lowers costs”, The Journal of thoracic and cardiovascular surgery 2014 Dec;148(6):3101-9.e1 PMID: 25173117 DOI: 10.1016/j.jtcvs.2014.07.037
- [6] Wang L, Yang M, Meng W (2023), “Prevalence and Characteristics of Persistent Post-operative Pain After Thoracic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis”, Anesth Analg. 2023 Jul 1;137(1):48-57. doi: 10.1213/ANE.0000000000006452. Epub 2023 Jun 16. PMID: 37326863

