

children with atopic dermatitis: 1-year prospective cohort study. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV. Feb 2020; 34(2):325-332. doi:10.1111/jdv.15939.

8. **Hanifin JM RG.** Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol (Suppl). 1980;92:44-47.
9. **Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index.** Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis.

Dermatology (Basel, Switzerland). 1993;186(1): 23-31. doi:10.1159/000247298.

10. **Krejci-Manwaring J, McCarty MA, Camacho F, et al.** Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: implications for effective clinical use of topical agents. Journal of the American Academy of Dermatology. May 2006;54(5 Suppl):S235-6. doi:10.1016/j.jaad.2005.10.060.

## ĐÁNH GIÁ CHẾ ĐỘ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN CÓ CHỈ ĐỊNH CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ THÁNG 1/2023 ĐẾN THÁNG 5/2023

Lâm Văn Minh<sup>1</sup>, Thạch Kim Long<sup>1</sup>,  
Ngô Trọng Tâm<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Ung thư thanh quản là loại ung thư phổ biến thứ hai của ung thư vùng đầu cổ. Người bệnh ung thư thanh quản thường đến khám ở giai đoạn muộn và phải thực hiện cắt thanh quản toàn phần kèm nạo vét hạch cổ để đảm bảo lấy sạch bệnh tích và hạch cổ liên quan. Sau mổ cắt thanh quản toàn phần, người bệnh gần như mất chức năng phát âm, thở không theo đường sinh lý tự nhiên, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nhằm góp phần thành công của phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh tích, mà còn giúp người bệnh giảm thiểu biến chứng sau mổ, tái hoà nhập cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống, người bệnh hậu phẫu cắt thanh quản toàn phần cần có chế độ chăm sóc, theo dõi chặt chẽ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, các biến chứng sau mổ và chế độ chăm sóc người bệnh ung thư thanh quản có chỉ định cắt thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 20 trường hợp ung thư thanh quản có chỉ định cắt thanh quản toàn phần tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình dao động từ 53 - 74, tuổi hay thường gặp là 59 - 69 (55%). Hầu hết các trường hợp xuất hiện ở nam giới (95%). Đa số các trường hợp người bệnh đều hút thuốc lá 11 (55%), chỉ số gói/năm trung bình 26,7±10,3; vừa hút thuốc lá vừa uống rượu 9 (45%), 5 trường hợp có bệnh nội khoa kèm theo. 55% người bệnh đến khám muộn khi triệu chứng xuất hiện kéo dài trên 3-6 tháng. Thời gian xuất viện trung bình là 14,2±3,0 ngày. Sớm nhất là 9 ngày, trễ nhất là 25

ngày. Trong nghiên cứu biến chứng sau mổ thường gặp là rò thực quản 3 trường hợp (15%), tiếp đến là chảy máu hố mổ, và hẹp lỗ mở khí quản, viêm phổi (5%). Thời gian ăn bằng miệng trung bình là 9,2 ± 3,1 ngày. Sớm nhất là 4 ngày và trễ nhất là 16 ngày. Xét một cách tổng thể về trọng lượng người bệnh so với chiều cao có 14/20 người bệnh (70%) bị suy dinh dưỡng theo BMI (khi < 18,5kg/m<sup>2</sup>). Phần lớn người bệnh được chúng tôi bắt đầu cho ăn qua ống thông mũi dạ dày sớm 18 trường hợp (90%), có 2 người bệnh được nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày (10%). Trong 20 trường hợp có 4 trường hợp sụt cân, 3 trường hợp có cân nặng không thay đổi và 13 trường hợp tăng cân so với lúc nhập viện. **Kết luận:** Từ kết quả thu thập được của nghiên cứu, tôi đưa ra những chế độ chăm sóc và theo dõi cụ thể trên từng trường hợp. Để hạn chế viêm phổi chúng tôi đã thực hiện: cho người bệnh vận động sớm, hỗ trợ vật lý trị liệu mỗi ngày, dùng gạc tắm nước muối sinh lý để che lỗ mở khí quản vĩnh viễn, dùng thuốc đúng theo y lệnh. Để làm giảm nguy cơ chảy máu chúng tôi thực hiện: theo dõi chặt chẽ sinh hiệu, theo dõi ống dẫn lưu, số lượng màu sắc và tính chất dịch dẫn lưu, có thể băng lại chặt hơn để cầm máu, làm thông dẫn lưu nếu còn chảy máu phải báo với bác sĩ. Biến chứng rò thực quản cổ: thực hiện kháng sinh liều cao theo chỉ định, hướng dẫn bệnh nhân hạn chế nuốt nước bọt, dinh dưỡng sớm sau mổ, phát hiện và báo phẫu thuật viên can thiệp sớm. Để hạn chế nhiễm trùng vết da cổ chúng tôi thực hiện: Dùng kháng sinh đầy đủ, thích hợp, thay băng đúng quy cách, đảm bảo vô trùng, không băng ép quá chặt, chế độ dinh dưỡng đầy đủ theo phác đồ dinh dưỡng trước và sau mổ. Nuôi dưỡng bệnh nhân sau mổ: dinh dưỡng qua ống thông mũi dạ dày, đánh giá tổng trạng, BMI trước và sau mổ, được theo dõi thường xuyên. Trong một số trường hợp đặc biệt chúng tôi có thể nhờ chuyên gia dinh dưỡng của bệnh viện hỗ trợ. Rút ống sonde dạ dày: đánh giá và theo dõi trước khi rút, nuốt không đau, không sặc, không rò.

**Từ khóa:** Ung thư thanh quản, Cắt thanh quản toàn phần, Chăm sóc hậu phẫu.

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn

<sup>3</sup>Trường Đại học Công nghệ Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Minh

Email: vanminh89sky@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

**SUMMARY****EVALUATION OF TRACHEAL CANCER PATIENT CARE REGIMEN WITH TOTAL TRACHEAL RESECTION INDICATION AT CHO RAY HOSPITAL FROM JANUARY 2023 TO MAY 2023**

**Background:** Laryngeal cancer is the second most common type of head and neck cancer. Patients with laryngeal cancer often come to the clinic at a late stage and must perform a total laryngectomy with cervical lymphadenectomy to ensure clean lesions and associated cervical lymph nodes. After total laryngectomy, the patient almost lost the function of speech and breathing, be greatly affected the quality of life. To ensure the success of total laryngectomy not only resolves the lesions, but also helps patients minimize postoperative complications, reintegrate into society and improve quality of life. Therefore, patients after total laryngectomy need to have a regimen of care and close monitoring. **Objectives:** Describe clinical characteristics, postoperative complications and care regimens for patients with laryngeal cancer who are indicated for total laryngectomy. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study of 20 cases of laryngeal cancer with indications for total laryngectomy at the Department of Otolaryngology, Cho Ray Hospital. **Results:** The average of age is from 53 to 74, the common age is 59 - 69 (55%). Most cases occur in men (95%). Most of the cases using cigarette 11 (55%), the average package index per year is  $26.7 \pm 10.3$  while smoking and drinking alcohol 9 (45%), 5 cases have other medical diseases. 55% of patients come to the clinic late when symptoms appear for more than 3-6 months. The average of hospital discharge time was  $14.2 \pm 3.0$  days, the earliest is 9 days, the latest is 25 days. In this study, the most common postoperative complications were esophageal fistula in 3 cases (15%), followed by bleeding from the incision, tracheostomy stenosis, and pneumonia (5%). The average of oral feeding time was  $9.2 \pm 3.1$  days, the earliest is 4 days and the latest is 16 days. Considering the overall weight compared to the height of the patient, 14/20 patients (70%) were malnourished according to BMI (when  $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ ). Most of the patients are early started feeding through the nasogastric tube is 18 cases (90%), 2 patients is fed through the late nasogastric tube (10%). In 20 cases, there are 4 cases of weight loss, 3 cases of unchanged weight and 13 cases of weight gain compared to the time of admission. **Conclusion:** Esophageal cancer, Total laryngectomy, Postoperative care.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư thanh quản là loại ung thư phổ biến thứ hai của ung thư vùng đầu cổ. Ung thư thanh quản có chỉ định cắt thanh quản toàn phần là ung thư giai đoạn muộn và tiên lượng nặng [1]. Hiệu quả của điều trị ung thư thanh quản phụ thuộc vào nhiều yếu tố nhưng cũng theo một phức đồ chung gồm 3 giai đoạn: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị. Trong đó phẫu thuật là lựa chọn đầu

tiên, song song đó việc chăm sóc người bệnh sau khi cắt toàn bộ thanh quản là một vấn đề quan trọng đặt ra cho điều dưỡng và bác sĩ phẫu thuật viên [2]. Sau mổ cắt thanh quản toàn phần, người bệnh gần như mất chức năng phát âm, thở không theo đường sinh lý tự nhiên, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, qua theo dõi và chăm sóc người bệnh sau khi cắt toàn bộ thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy đây là một phẫu thuật liên quan đến nhiều chuyên khoa và cần có chế độ chăm sóc, theo dõi chặt chẽ có sự phối hợp chăm sóc tốt về các chuyên khoa như Tai Mũi Họng, Ung bướu, Dinh dưỡng [1]. Nhằm góp phần thành công của phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh tích, mà còn giúp người bệnh giảm thiểu biến chứng sau mổ, tái hoà nhập cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống, người bệnh hậu phẫu cắt thanh quản toàn phần cần, sau phẫu thuật cắt toàn bộ thanh quản có cần quan tâm và đánh giá một số vấn đề trong công tác chăm sóc của điều dưỡng như: chăm sóc người bệnh sau khi mổ, tắc nghẽn đường hô hấp, cải thiện tình trạng dinh dưỡng người bệnh, chống nhiễm trùng sau khi mổ, giảm nguy cơ biến chứng và tăng khả năng hồi phục sau mổ...[2].

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư thanh quản có chỉ định phẫu thuật

**Tiêu chí loại trừ đối tượng nghiên cứu**

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích.

**2.3. Cỡ mẫu:** 20 đối tượng thỏa tiêu chí chọn và tiêu chí loại trừ.

**2.4. Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/2023 – tháng 05/2023

**2.5. Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy

**2.6. Công cụ nghiên cứu:** Nghiên cứu từ hồ sơ và trực tiếp chăm sóc bệnh nhân

**2.7. Phân tích và xử lý số liệu:** Dữ liệu làm sạch trước khi xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0

**2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:** Hội đồng đạo đức Bệnh viện Chợ Rẫy thông qua. Tất cả thông tin đối tượng đã khảo sát được bảo mật hoàn toàn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm thông tin đối tượng**

**ngiên cứu.** Qua nghiên cứu hồ sơ và trực tiếp tham gia chăm sóc người bệnh cắt toàn bộ thanh quản chúng tôi thu được kết quả sau:

**Bảng 1: Tuổi và giới**

Tuổi	Bệnh nhân (n=20)	Tỉ lệ %
50 → 59	05	25%
59→ 69	11	55%
≥ 70	4	20%
Giới	Bệnh nhân (n=20)	Tỉ lệ %
Nam	19	95%
Nữ	1	5%

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình dao động từ 53 - 74, tuổi hay gặp 59 - 69 là 11 (55%). Hầu hết các trường hợp xuất hiện ở nam giới (95%)

**Bảng 2: Thói quen**

Yếu tố	Tần số (n=20)	Tỉ lệ %
Hút thuốc lá (gói/năm)	11 26,7±10,3 [7,5-50]	55%
Hút thuốc lá - uống rượu	9	45%
Bệnh kèm theo		
Tim mạch	2	10%
Đái tháo đường	2	10%
Bệnh phổi	1	5%

**Nhận xét:** đa số các trường hợp bệnh đều hút thuốc lá 11 (55 %), chỉ số gói/năm trung bình 26,7±10,3 vừa hút thuốc lá vừa uống rượu 9 (45%) 5 trường hợp có bệnh nội khoa kèm theo.

**Bảng 3: Thời gian phát hiện bệnh đến khi vào viện**

Thời gian	Tần số (n=20)	Tỉ lệ %
≤ 3 tháng	6	30%
> 3 - 6 tháng	11	55%
> 6 tháng	3	15%

**Nhận xét:** 55% người bệnh đến khám muộn khi triệu chứng xuất hiện kéo dài trên 3-6 tháng.

**Bảng 4: Thời gian nằm viện**

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian xuất viện sau mổ	14,2	3,0	9	25

**Nhận xét:** Thời gian xuất viện trung bình là 14,2±3,0 ngày. Sớm nhất là 9 ngày, trễ nhất là 25 ngày.

**Bảng 5: Biến chứng sau mổ**

Biến chứng sau mổ	Tần số (n=20)	Tỉ lệ %
Chảy máu hố mổ	1	5%
Hẹp lỗ mở khí quản	1	5%
Rò thực quản	3	15%
Viêm phổi	1	5%
<b>Tổng</b>	<b>6</b>	<b>30%</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu biến chứng sau mổ thường gặp là rò thực quản 3 trường hợp

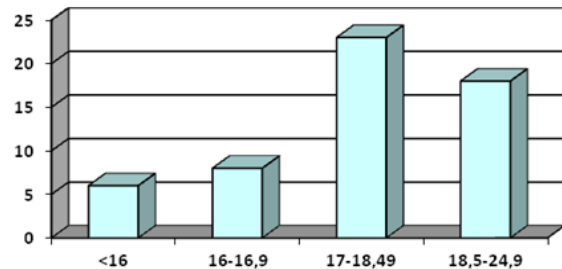
(15%), kể đến là chảy máu hố mổ, và hẹp hố mở khí quản, viêm phổi (5%).

**Bảng 6: Thời gian bắt đầu ăn bằng miệng**

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian ngày	9,2	3,1	4	16

**Nhận xét:** Thời gian ăn bằng miệng trung bình là 9,2 ± 3,1 ngày. Sớm nhất là 4 ngày và trễ nhất là 16 ngày.

Đánh giá dinh dưỡng người bệnh trước mổ theo BMI (Body Mass Index-chỉ số khối cơ thể).



**Biểu đồ 1: Đánh giá dinh dưỡng theo BMI**

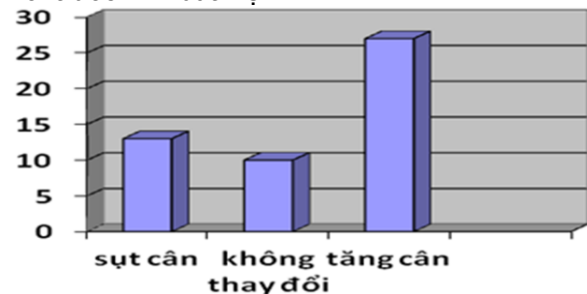
Xét một cách tổng thể về trọng lượng người bệnh so với chiều cao có 14/20 người bệnh (70%) bị suy dinh dưỡng theo BMI (khi < 18,5kg/m<sup>2</sup>).

**Bảng 8: Thời điểm bắt đầu dinh dưỡng qua ống thông mũi dạ dày sau mổ.**

Thời gian bắt đầu nuôi ăn	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
≤ 48 giờ	18	90%
> 48 giờ	2	10%
<b>Tổng</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh được chúng tôi bắt đầu cho ăn qua ống thông mũi dạ dày sớm 18 trường hợp (90%), có 2 người bệnh được nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày (10%).

Các mức thay đổi cân nặng lúc nhập viện so với trước khi xuất viện.



**Biểu đồ 2: Thay đổi cân nặng lúc nhập viện**

**Nhận xét:** Trong 20 trường hợp có 4 trường hợp sụt cân, 3 trường hợp có cân nặng không thay đổi và 13 trường hợp tăng cân so với lúc nhập viện.

**Bảng 9: Số kg cân nặng giảm sau mổ**

	Trung bình + ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Hiệu cân nặng lúc nhập viện so với trước xuất viện (kg)	1,47 ± 0,46	2,0	1,0

#### IV. BÀN LUẬN

**Tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 63 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 53 tuổi, lớn nhất là 74 tuổi. Độ tuổi thường gặp từ 50 tuổi đến 59 tuổi chiếm 55%. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết người bệnh đều lớn tuổi.

**Giới:** Theo giới tính, ung thư thanh quản thay đổi theo từng quốc gia và vùng lãnh thổ [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là nam giới chiếm 95%.

**Yếu tố nguy cơ:** Thuốc lá được xem là chất gây ung thư nhưng vai trò của rượu là không thể xem nhẹ. Rượu làm thúc đẩy vai trò sinh ung thư của thuốc lá. Một số tác giả cho rằng đây là tác động gộp của rượu và thuốc lá làm tăng tỉ lệ ung thư thanh quản [1]. Vừa uống rượu vừa hút thuốc lá sẽ làm tăng tỉ lệ mắc bệnh gấp 10-20 lần so với những người không hút thuốc, không uống rượu [1]. Đa số các trường hợp người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều hút thuốc lá (55%), chỉ số gói/năm trung bình 26,7+10,3. Vừa hút thuốc lá vừa uống rượu chiếm tỉ lệ cao 45%. Có bệnh kèm theo chiếm 55%.

**Biến chứng sau mổ:** Biến chứng thường gặp nhất là rò thực quản 3 trường hợp (15%), chảy máu vết mổ vùng cổ 1 trường hợp (5%), viêm phổi 1 trường hợp (5%), một trường hợp hẹp lỗ mở khí quản. Các biến chứng được phát hiện sớm và báo phẫu thuật viên giải quyết sớm các biến chứng và cuối cùng là đến vai trò tích cực của dinh dưỡng và vận động sớm sau mổ. Những biến chứng sau mổ được xử trí như sau:

**Biến chứng rò thực quản cổ: ba trường hợp rò.** Bệnh hậu phẫu ngày thứ 4 vạt da trước cổ nề đỏ, ấn đau, sốt. Ngày thứ 6 rò dịch vàng ra vùng cổ. Chúng tôi thực hiện kháng sinh liều cao theo chỉ định, hướng dẫn bệnh nhân hạn chế nuốt nước bọt, dinh dưỡng sớm sau mổ, lưu sonde dạ dày 3 tuần phát hiện và báo phẫu thuật viên can thiệp sớm. Rò trước cổ lành sau 3 tuần.

Như vậy để hạn chế biến chứng này cần chuẩn bị tỉ mỉ từ khâu dinh dưỡng trước mổ mà đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng suy kiệt ăn uống kém hay không ăn uống được, sau mổ cần bổ sung đầy đủ dinh dưỡng theo phác đồ dinh dưỡng [3], thực hiện kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng, theo dõi và chăm sóc tốt hệ thống dẫn lưu.

Do cắt bỏ 1 khối u nên hố mổ bị trống, máu và dịch sẽ ứ đọng lại nên cần phải được dẫn lưu ra ngoài để cho các mô dễ dính lại với nhau giúp vết mổ mau lành, tránh nhiễm trùng hố mổ và tránh rò thực quản – hạ họng.

- Có 2 cách dẫn lưu: Dẫn lưu kín vào chai với áp lực âm hoặc dẫn lưu khí vào ống tiem 50 ml với áp lực âm.

- Dẫn lưu thường được rút sau 3 ngày, tuy nhiên có thể rút sau 4-5 ngày do dịch dẫn lưu còn ra nhiều. Khi rút ống dẫn lưu phải hút sạch dịch còn đọng lại trong ống, kẹp chặt ống trước khi rút để tránh khí và dịch tràn ngược vào hố mổ

**Biến chứng viêm phổi:** Viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất do cuộc mổ kéo dài, do người bệnh có viêm nhiễm vùng họng thanh quản trước đó [2]. Để hạn chế viêm phổi chúng tôi đã thực hiện:

- Cho người bệnh vận động sớm, ngay từ ngày thứ 2 cho người bệnh ngồi thả 2 chân xuống giường đu đưa, nâng tay, tự làm các công việc cá nhân có thể được. Từ ngày thứ 3 người bệnh phải tự ngồi dậy và tập đi lại xung quanh buồng bệnh 4-5 lần/ngày.

- Hỗ trợ vật lý trị liệu mỗi ngày như hít thở, vận động thụ động sớm sau mổ, phát hiện sớm các dấu hiệu sốt, ho đàm...

- Dùng gạc tẩm nước muối sinh lý để che lỗ mở khí quản vĩnh viễn để đảm bảo không khí ẩm vào phổi.

- Dùng thuốc đúng theo y lệnh nhất là kháng sinh đúng và đủ.

**Chảy máu sau mổ:** Có một trường hợp chảy máu sau mổ 8h. Dẫn lưu ra khoảng 70ml, người bệnh than mệt, khó thở, thở khô khè, môi tím, ói ra máu đỏ tươi khoảng 200ml, mạch 140 lần/phút, huyết áp 90/60mmHg, không sốt. Báo bác sĩ mổ cầm máu kịp thời.

**Để làm giảm nguy cơ chảy máu chúng tôi thực hiện:**

- Theo dõi chặt chẽ sinh hiệu những giờ đầu sau mổ nhất là mạch và huyết áp.

- Theo dõi ống dẫn lưu, số lượng màu sắc và tính chất dịch dẫn lưu để phát hiện sớm biến chứng chảy máu.

- Chảy máu vài giờ sau mổ thường do cầm máu chưa kỹ, do người bệnh ho hay gắng sức hoặc băng vết thương không chặt.

- Điều dưỡng phải theo dõi, nhận xét, có thể băng lại chặt hơn để cầm máu, làm thông dẫn lưu nếu còn chảy máu phải báo với bác sĩ.

**Hẹp lỗ mở khí quản:** Chúng tôi ghi nhận 5% hẹp lỗ mở khí quản, những bệnh nhân sau mổ có triệu chứng: vạt da cổ sưng nề đỏ, thở

nghe tiếng khò khè. Hẹp lỗ mở khí quản thường gặp ở những bệnh nhân có cổ ngắn lớp mỡ dưới da dày, có tình trạng viêm xung quanh lỗ mở khí quản hoặc băng ép chặt gây thiếu máu nuôi vạt da vùng cổ gây phù nề.

#### **Để hạn chế hẹp lỗ mở khí quản chúng tôi thực hiện:**

- Duy trì canula cố định lỗ mở khí quản đến khi lỗ mở khí quản được định hình.

- Dùng kháng sinh, kháng viêm đầy đủ, thích hợp theo y lệnh.

- Thay băng đúng quy cách, đảm bảo vô trùng, không băng ép quá chặt.

- Chế độ dinh dưỡng đầy đủ theo phác đồ dinh dưỡng trước và sau mổ [4].

Thay đổi cân nặng lúc nhập viện so với xuất viện: Trong 20 trường hợp có 4 trường hợp sụt cân, 3 trường hợp có cân nặng không thay đổi và 13 trường hợp tăng cân so với lúc nhập viện. Các trường hợp này được chúng tôi ghi nhận nguyên nhân như sau:

- Có 2 người bệnh nuôi ăn muộn > 48h do biến chứng sau mổ.

- có 2 người bệnh kém dung nạp dinh dưỡng qua ống thông mũi dạ dày (buồn nôn, chướng bụng, tiêu chảy).

Bằng việc nhỏ giọt chậm sữa sau mổ giúp giảm nguy cơ chướng bụng vì lúc này dạ dày không còn chức năng chứa đựng lượng lớn thức ăn. Mặt khác giúp khởi động lại sớm đường tiêu hóa [4].

**Nuôi dưỡng bệnh nhân sau mổ.** Ung thư thanh quản là một bệnh làm hạn chế khả năng ăn uống của người bệnh do nuốt vướng, nuốt đau và nuốt khó ở giai đoạn hậu phẫu cắt toàn bộ thanh quản, do đó dinh dưỡng qua ống thông mũi dạ dày rất quan trọng trong việc điều trị [4]: Người bệnh sẽ được đánh giá tổng trạng, BMI trước và sau mổ, được theo dõi thường xuyên.

#### **Ngày đầu sau mổ:**

- Dinh dưỡng qua ống thông sớm, phối hợp với dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch được xem như phương pháp dinh dưỡng tối ưu [5].

- Peptamen 50ml x 4 lần /ngày qua túi nuôi ăn nhỏ giọt 15 – 20 giọt/phút.

- Người bệnh được nuôi dưỡng bằng dịch truyền gồm: chất đạm, điện giải, muối, đường, chất béo sao cho đủ khoảng 2000ml- 3000ml trong 24 giờ (2000 Calo).

#### **Ngày thứ 2- 3:**

- Người bệnh được nuôi ăn bằng dịch truyền 2000ml-3000ml.

- Peptamen 100ml x 5 lần /ngày qua túi nuôi ăn nhỏ giọt 15 – 20 giọt / phút.

#### **Ngày thứ 4 và những ngày kế tiếp:**

- Nutricappepide 500ml/túi/ngày nhỏ giọt 25 giọt/phút qua sonde dạ dày.

- Peptamen 150ml qua túi nuôi ăn nhỏ giọt 25 giọt/phút.

- Số lượng nuôi ăn qua ống sonde dạ dày tăng dần.

- Số lượng dịch truyền giảm dần. Chế độ dinh dưỡng rất quan trọng, góp phần quyết định sự thành công trong phẫu thuật [4]. Vì thế trong một số trường hợp đặc biệt chúng tôi cố thể nhờ chuyên gia dinh dưỡng của bệnh viện hỗ trợ.

**Rút ống sonde dạ dày:** Đánh dấu 1 chuyển biến quan trọng trong giai đoạn phục hồi. Điều dưỡng chăm sóc người bệnh phải đánh giá và theo dõi trước khi rút. Phải đảm bảo người bệnh nuốt không đau, không sặc, không rò [1].

Ngày đầu tiên rút ống sonde dạ dày, điều dưỡng phải hướng dẫn cho người bệnh ăn thức ăn đặc, sệt như chuối để không bị sặc, dần dần ăn uống bình thường.

Thời gian rút ống sonde dạ dày thường là ngày thứ 10 sau mổ. Một ít trường hợp có thể lưu ống sonde dạ dày từ 2 đến 3 tuần mới rút (trường hợp có rò khí thực quản).

Thời gian nằm viện: Thời gian xuất viện trung bình là  $14,2 \pm 3,0$  ngày. Sớm nhất là 8 ngày, trễ nhất là 23 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp xuất viện trễ từ ngày 14 đến ngày 20 vì các nguyên nhân như viêm phổi, nhiễm trùng vạt dạ cổ, chảy dịch vàng vết mổ.

Như vậy, phẫu thuật cắt toàn bộ thanh quản và tái tạo bằng ống dạ dày mặc dù là một phẫu thuật lớn, phức tạp và liên quan đến nhiều chuyên khoa nhưng sau mổ thời gian nằm viện cũng chỉ bằng một phẫu thuật thông thường.

#### **V. KẾT LUẬN**

- Bệnh thường gặp ở người bệnh lớn tuổi, có độ tuổi trung bình  $60,3 \pm 9,0$ .

- Tần suất nam nhiều hơn nữ, chiếm tỉ lệ 95%.

- 45% người bệnh vừa hút thuốc vừa uống rượu cho thấy: thuốc lá được xem là chất gây ung thư nhưng vai trò của rượu là không thể xem nhẹ.

- Đa số các trường hợp người bệnh đến khám ở giai đoạn muộn: thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện trên 3 tháng (70%).

- Thời gian xuất viện trung bình là  $14,2 \pm 3$  ngày.

- Biến chứng rò thực quản thường gặp nhất 3 trường hợp (15%).

- Một trường hợp chảy máu sau mổ 8h.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật: có 13 trường hợp tăng cân so với lúc nhập

viện.

Chăm sóc người bệnh ung thư thanh quản không kém phần quan trọng so với điều trị.

Giải thích phương pháp điều trị, theo dõi phát hiện sớm các biến chứng giúp người bệnh giảm đau và lo lắng trong giai đoạn hậu phẫu.

Chăm sóc và theo dõi đúng cách, đúng kỹ thuật của điều dưỡng góp phần mang lại kết quả tốt đẹp cho người bệnh, giúp người bệnh hồi phục tốt, giảm biến chứng, giảm được chi phí điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện của người bệnh. Góp phần giúp người bệnh trở về với cuộc sống đời thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Anh Bích, Trần Minh Trường, Lâm Việt Trung** (2016), "ứng dụng kỹ thuật cắt toàn bộ hạ họng - thanh quản - thực quản và tái tạo thực quản bằng ống dạ dày trong điều trị ung thư hạ họng - thanh quản" Y học Việt Nam, tập 452, số 2, tr. 135- 141
2. **Trần Minh Trường** (2009), chăm sóc bệnh nhân sau mổ cắt thanh quản toàn phần do ung thư. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 13, số 1
3. **Dechaphunkul t., et al.** (2003). "Malnutrition assessment in patients with cancers of the head and neck: a call to action anh consensus", Crit Rev oncol Hematol, 88(2), pp. 459-476
4. **Lưu Ngân Tâm** (2010), "Đáp ứng chuyển hóa đối với tình trạng đói đơn thuần và bệnh lý", tạp chí y học TP.HCM, 14 (2), tr.18-22
5. **Nguyễn Xuân Cẩm Huyền** (2011), "tiêu hóa ở miệng và thực quản", Sinh lý học y khoa, Nhà xuất bản y học, 06, tr.296-301

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM DO VI MẤT ĐOẠN AZF

Đỗ Diệu Linh<sup>1</sup>, Lê Thị Diệu Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Nhất<sup>2</sup>, Trịnh Thế Sơn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các bất thường nhiễm sắc thể đồ trên nhóm bệnh nhân vô sinh nam có vi mất đoạn AZF. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y và Bệnh viện nam học và hiếm muộn Hà Nội trên 153 nam giới thiếu tinh nặng, vô tinh có vi mất đoạn AZF; thu thập thông tin đặc điểm lâm sàng và bộ nhiễm sắc thể. **Kết quả:** 35 bệnh nhân mang các bất thường trên nhiễm sắc thể đồ kèm theo vi mất đoạn AZF được phát hiện, chiếm 22,87%; các bất thường nằm trên cả nhiễm sắc thể thường và nhiễm sắc thể giới tính. Đặc biệt, các hội chứng hiếm gặp được phát hiện như Klinefelter (47,XXY) và De la Chapelle (nam giới 46,XX) với lần lượt là 5 và 2 bệnh nhân, đây là các bất thường nặng với biểu hiện vô tinh gặp ở cả 7 bệnh nhân. **Kết luận:** bất thường nhiễm sắc thể đồ hay gặp ở nhóm nam giới vô sinh có vi mất đoạn AZF. **Từ khóa:** vi mất đoạn AZF, nhiễm sắc thể đồ, Klinefelter, De la Chapelle.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE ABNORMAL KARYOTYPE CHARACTERISTICS IN MALE INFERTILITY DUE TO AZF MICRODELETIONS

**Objectives:** This study aimed to evaluation of

the abnormal karyotype characteristics in male infertility due to AZF microdeletions. **Materials and method:** a retrospective descriptive study at the Military Institute of Clinical Embryology and Histology and the Andrology and Fertility Hospital of Hanoi on 153 men with severe oligospermia and azoospermia caused by AZF microdeletions, collecting clinical manifestations and karyotype results. **Results:** 35 patients with abnormalities in the karyotype were detected in one having AZF microdeletions, accounting for 22.87%; Abnormalities are located on both autosomal and sex chromosomes. In particular, rare syndromes were discovered, such as Klinefelter (47,XXY) and De la Chapelle (men 46,XX) with 5 and 2 patients, respectively; these are severe abnormalities with manifestations of azoospermia encountered in all 7 patients. **Conclusion:** Chromosomal abnormalities are common in infertile men affected by AZF microdeletions. **Keywords:** AZF microdeletions, karyotype, Klinefelter, De la Chapelle.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng thất bại thụ thai của một cặp đôi sau ít nhất một năm giao hợp thường xuyên không sử dụng biện pháp tránh thai, tình trạng vô sinh ảnh hưởng tới hạnh phúc gia đình cũng như an sinh xã hội. Trong đó một nửa nguyên nhân vô sinh đến từ yếu tố nam giới, báo cáo cho thấy 90% vô sinh nam có biểu hiện bất thường số lượng tinh trùng, bao gồm tình trạng thiếu tinh (oligozoospermia) và vô tinh (azoospermia) [1], [2]. Ngoài những nguyên nhân gây vô sinh nam đã biết từ lâu như giãn tinh mạch tinh, quai bị, ... thì vai trò của nhóm

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Diệu Linh

Email: linhdipp0501@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024