

KẾT QUẢ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP KHÔNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Ngô Vi Hải¹, Lê Hải Sơn¹, Nguyễn Văn Xuân Hà¹,
Bùi Ngọc Huệ¹, Trần Đức Tuấn¹, Ngô Thị Bích Thanh¹,
Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Phạm Ngọc Sơn¹,
Nguyễn Việt Thanh¹, Đặng Trung Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu 396 bệnh nhân được phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng từ 01/2022 – 06/2023 tại khoa Ngoại lồng ngực – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Có 396 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng, trong đó 339 nữ và 52 nam, tỷ lệ nữ/nam là 6,6/1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $44,7 \pm 14,3$. Bệnh lý ung thư tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao nhất 82,3%. Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp ± vét hạch cổ trung tâm là cao nhất (43,9%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $87,3 \pm 19,4$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình là $2,3 \pm 1,7$ ngày. Có 11 bệnh nhân chuyển kháng sinh điều trị sau phẫu thuật. Vết mổ liền kỳ đầu bình thường là 92,9%. Có 2 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ phải điều trị kháng sinh (0,51%). **Kết luận:** Phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng có kết quả tốt trong việc ngăn ngừa nhiễm trùng vết mổ, giúp giảm chi phí và giảm tỷ lệ kháng kháng sinh trong bệnh viện.

Từ khóa: Phẫu thuật tuyến giáp, kháng sinh dự phòng, nhiễm khuẩn vết mổ.

SUMMARY

RESULTS OF INFECTION CONTROL IN THYROID SURGERY WITHOUT USE OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIC AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of incision infection control in thyroid surgery without prophylactic antibiotics at 108 Central Military Hospital. **Subjects and methods:** A prospective study on 396 patients underwent thyroid surgery without prophylactic antibiotics from January 2022 to June 2023 at Department of Thoracic Surgery – 108 Military Central Hospital. **Results:** There were 396 thyroid operations without prophylactic antibiotics, of which 344 female and 52 male, the female/male ratio was 6.6/1. The mean age was 44.7 ± 14.3 . Thyroid

cancer accounts for the highest rate of 82.3%. The rate of total thyroidectomy ± central cervical lymph node dissection is the highest (43.9%). The mean surgical time was 87.3 ± 19.4 minutes, the mean postoperative time was 2.3 ± 1.7 days. There were 11 patients transitioned to antibiotic treatment after surgery. The normal healing incision rate was 92.9%. There were 2 patients with surgical site infections that required antibiotic treatment (0.51%). **Conclusion:** Thyroid surgery without prophylactic antibiotics has good results in preventing surgical site infections, reducing costs and reducing the rate of antibiotic resistance in hospitals.

Keywords: Thyroidectomy, Antibiotic prophylaxis, Surgical site infections.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tuyến giáp là một phẫu thuật tương đối phổ biến, được xếp vào phẫu thuật sạch và nguy cơ nhiễm khuẩn thấp. Mặc dù phẫu thuật được thực hiện với đường mổ nhỏ và thời gian phẫu thuật ngắn, hầu hết các bệnh viện ở Việt Nam vẫn đang sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc kháng sinh điều trị để ngăn ngừa nhiễm trùng vết mổ. Tuy nhiên, việc sử dụng kháng sinh không cần thiết có thể dẫn đến một số tác dụng phụ nghiêm trọng hoặc tiềm ẩn sự phát triển của vi khuẩn đa kháng. Đồng thời, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy không cần thiết sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ để ngăn ngừa nhiễm khuẩn vết mổ [1], [2]. Polistena (2022) nghiên cứu tổng hợp trên 8710 bệnh nhân, thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ không khác nhau giữa nhóm có và không dùng kháng sinh dự phòng (0,6% ở nhóm dùng kháng sinh dự phòng và 2,4% ở nhóm không dùng) [3].

Từ tháng 01/2022, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chúng tôi áp dụng quy trình phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng và bước đầu mang lại hiệu quả tốt. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Trung Dũng

Email: bstrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật tuyến giáp do các bệnh lý khác nhau không sử dụng kháng sinh dự phòng từ 01/2022 – 06/2023 tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân tuổi từ 16 – 80 được phẫu thuật tuyến giáp do các bệnh lý khác nhau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Tuổi bệnh nhân < 16 hoặc > 80.
- + Bệnh nhân có nhiễm khuẩn hoặc đang được sử dụng kháng sinh.
- + Bệnh nhân có BMI > 25 hoặc đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, corticoid.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu mô tả.

- **Quy trình phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh dự phòng tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108:**

+ Chuẩn bị mổ: tắm, gội tối hôm trước và sáng hôm mổ bằng xà phòng chuyên dụng, thay quần áo mới. Bệnh nhân được đưa vào phòng mổ theo quy tắc đi một chiều. Nhiệt độ trong phòng được đặt từ 19 – 21 độ và ở chế độ phẫu thuật cấp gió tươi áp lực dương. Phòng mổ được vệ sinh đúng quy trình trước, trong và sau mỗi ca mổ. Dụng cụ phẫu thuật, vật tư tiêu hao được kiểm tra đã đảm bảo được tiệt khuẩn trước khi dùng tại khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn của bệnh viện.

+ Sau khi gây mê và đặt tư thế phẫu thuật, dùng dung dịch xà phòng Lifo-Scrud 4,0% chlorhexidine digluconate dùng đánh rửa vết mổ, lau khô. Sát trùng vết mổ từ cằm tới trước ngực bằng dung dịch Povidone iodine 7,5%. Đường rạch da dài 5 – 10cm vùng cổ trước. Lật vạt da lên trên và xuống dưới đường rạch cho đủ rộng, tách cơ trước giáp. Bộc lộ tuyến giáp, khống chế mạch máu tuyến giáp bằng dao Harmonic, dao Ligasure hoặc dao lưỡng cực. Tách tuyến cận giáp, tách thần kinh quặt ngược. Cắt 1 thùy tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp có hoặc không có vết hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên theo chỉ định bệnh lý. Đặt dẫn lưu (có thể không đặt trong trường hợp phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc phẫu thuật vét hạch trường mổ nhỏ), khâu phục hồi cơ trước giáp. Đóng vết mổ bằng chỉ tiêu vicryl 4.0 và 6.0.

+ Sau mổ bệnh nhân được đưa về khoa phòng chăm sóc, thay băng vết mổ hàng ngày,

đánh giá tình trạng vết mổ. Rút dẫn lưu sau 24 - 36 giờ và xuất viện. Khi có nghi ngờ nhiễm khuẩn vết mổ hoặc toàn thân, xem xét dùng kháng sinh điều trị. Bệnh nhân sau đó được theo dõi vết mổ đánh giá trong thời gian 7, 14 và 30 ngày sau phẫu thuật.

- **Các chỉ tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm tuổi, giới, BMI, bệnh tuyến giáp, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, đặc điểm chăm sóc sau mổ, biến chứng và tỷ lệ chuyển kháng sinh điều trị.

+ Đánh giá tình trạng vết mổ theo tiêu chuẩn của Southhamptons [4]:

- Độ 0: Vết mổ liền kỳ đầu bình thường.
- Độ 1: Vết mổ liền kỳ đầu nhưng có bầm tím hoặc đỏ da.
- Độ 2: Đỏ da có kèm theo những biểu hiện của viêm.
- Độ 3: Vết mổ có dịch tiết màu vàng hoặc hồng nhạt
- Độ 4: Có mủ tại vết mổ.
- Độ 5: Nhiễm khuẩn sâu hoặc tụ máu lớn.

- **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 396 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp không dùng kháng sinh dự phòng trước mổ trong thời gian nghiên cứu. Trong đó là 52 nam và là 344 nữ, tỷ lệ nữ/nam là 6,6/1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $44,7 \pm 14,3$, trong đó đa số bệnh nhân ≤ 65 tuổi (87,6%). BMI trung bình là 21,2 kg/m².

Bảng 1. Bệnh lý tuyến giáp

Bệnh lý tuyến giáp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bướu giáp hỗn hợp	31	7,8
Basedow giai đoạn bình giáp	17	0,4
Ung thư tuyến giáp	326	82,3
Ung thư tuyến giáp + viêm tuyến giáp	22	5,5
Tổng	396	100

Nhận xét: Bệnh lý ung thư tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao nhất 82,3%. Basedow giai đoạn bình giáp có tỷ lệ thấp nhất (5,5%).

Bảng 2. Phân loại phẫu thuật

Phân loại phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt 1 thùy tuyến giáp	56	14,1
Cắt toàn bộ tuyến giáp ± vét hạch cổ trung tâm	174	43,9
Cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ 1 bên	97	24,4

Cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch cổ trung tâm + vết hạch cổ 2 bên	34	8,6
Vết hạch ung thư tuyến giáp tái phát	35	8,8
Tổng	396	100

Nhận xét: Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp ± vết hạch cổ trung tâm là cao nhất (43,9%). Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch cổ trung tâm + vết hạch cổ 2 bên ít nhất (8,6%).

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật, ngày hậu phẫu và lượng dịch dẫn lưu

Thời gian phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 90 phút	244	61,6
90 – 150 phút	143	36,1
> 150 phút	23	2,3
Thời gian phẫu thuật (phút)	87,3 ± 19,4	
Thời gian hậu phẫu (ngày)	2,3 ± 1,7	
Lượng dịch dẫn lưu (ml)	65,7 ± 23,9	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật đa số < 90 phút chiếm 61,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 87,3 ± 19,4 phút.

Bảng 4. Tỷ lệ chuyển kháng sinh điều trị

Thời gian phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu vết mổ	3	27,2
Rò đường chấp	4	36,4
Dịch dẫn lưu nhiều	2	18,2
Có biểu hiện nhiễm khuẩn	2	18,2
Tổng	11	100

Nhận xét: Chúng tôi có 11 bệnh nhân chuyển kháng sinh điều trị sau phẫu thuật (2,8%). Chỉ có 2 bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn vết mổ cần chuyển kháng sinh điều trị.

Bảng 5. Đặc điểm vết mổ theo phân loại Southhamton

Kết quả vết mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	368	92,9
Độ 1	16	
Độ 2	7	
Độ 3	3	
Độ 4	1	
Độ 5	1	
Tổng	396	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có vết mổ liền kỳ đầu bình thường (92,9%). Có 2 bệnh nhân có vết mổ nhiễm khuẩn độ 4 và 5.

IV. BÀN LUẬN

Đối với phẫu thuật tuyến giáp, kháng sinh dự phòng chủ yếu nhằm tiêu diệt hoặc ức chế vi khuẩn từ không khí, môi trường hoặc người bệnh và bảo vệ người bệnh khỏi nhiễm trùng vết mổ.

Tuy nhiên, việc sử dụng quá nhiều kháng sinh để phòng ngừa nhiễm trùng không chỉ ảnh hưởng tới kinh tế mà còn tiềm ẩn nguy cơ phát triển của vi khuẩn đa kháng. Điều này cuối cùng sẽ dẫn đến giảm hiệu quả của các loại thuốc kháng sinh thông dụng trên thị trường. Dựa trên thực tiễn hiện tại, hầu hết các Bệnh viện ở Việt Nam đang sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tuyến giáp. Vẫn còn nhiều nhà lâm sàng còn nguy ngại về nguy cơ nhiễm khuẩn của bệnh nhân, sử dụng kháng sinh cho giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật cho đến khi rút dẫn lưu hoặc cắt chỉ. Bên cạnh đó, thậm chí còn sử dụng kết hợp các nhóm kháng sinh để nhằm mục đích này. Trong các nghiên cứu của Rosato (2004) và Avenia (2009) tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở phẫu thuật tuyến giáp dao động từ 0,3% – 0,6% [5], [6]. Vì vậy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với quy trình không sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tuyến giáp nhằm giảm được những nguy cơ này.

Về các yếu tố nhiễm khuẩn liên quan đến bệnh nhân, độ tuổi ngày càng tăng dự đoán nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ở độ tuổi ≤ 65 chiếm (87,6%). Trong nghiên cứu của Qin (2014) nhóm tuổi 20 – 60 cũng chiếm đa số 91,7% (945/1030) [7]. Nhóm bệnh nhân có độ tuổi này, có thể được coi là có mức độ thấp nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy vậy, chúng tôi vẫn có nhóm bệnh nhân cao tuổi, tuân theo quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn vẫn không cần sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.

Một số bệnh nhân của chúng tôi mắc bệnh tiểu đường và tăng huyết áp, được coi là yếu tố nguy cơ cao. Tuy nhiên, đường huyết và huyết áp được kiểm soát chặt chẽ về điều kiện bình thường trong thời gian phẫu thuật. Vì vậy, không ai trong số những bệnh nhân này có nhiễm khuẩn vết mổ. Yếu tố tiếp theo chúng tôi cần nhắc khi lựa chọn bệnh nhân là BMI, với những bệnh nhân béo hơn, chúng tôi thường lựa chọn sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ.

Bệnh lý được phẫu thuật trong nghiên cứu này chủ yếu là ung thư tuyến giáp bao gồm cả những bệnh nhân vết hạch ung thư tuyến giáp tái phát (87,9%) (Bảng 1). Tuy nhiên, Lu (2014) nghiên cứu trên 1166 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp, bệnh lý của tác giả chủ yếu là lành tính [8]. Điều này cho thấy với những phẫu thuật ung thư, đòi hỏi phải vét hạch thậm chí vét hạch rộng cũng có thể áp dụng quy trình không dùng kháng sinh dự phòng đối với nhóm bệnh nhân này. Với những phẫu thuật lớn, thời gian phẫu

thuật như phẫu thuật có vết hạch cổ rộng, xâm lấn hai bên kéo dài hơn 3 – 4 giờ, chúng tôi thường chỉ định dùng kháng sinh dự phòng trong trường hợp này. Tuy vậy, trong nghiên cứu chúng tôi vẫn có 8,6% ung thư tuyến giáp được cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch cổ trung tâm + vết hạch cổ hai bên không sử dụng kháng sinh dự phòng (Bảng 2).

Hơn nữa, yếu tố quan trọng trong quản lý nhiễm khuẩn vết mổ là thiết lập hệ thống dẫn lưu đầy đủ, mặc dù việc dẫn lưu vẫn còn gây tranh cãi trong phẫu thuật tuyến giáp. Với những tổn thương có thời gian phẫu thuật ngắn, trường mổ không quá rộng rãi chúng tôi thường không đặt dẫn lưu, với những tổn thương có vết hạch rộng chúng tôi đặt dẫn lưu và thường rút sau thời gian 24 – 36 giờ. Lượng dịch dẫn lưu trung bình là $65,7 \pm 23,9$ (Bảng 3). Samraj (2007) báo cáo về một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trong đó 337 bệnh nhân được dẫn lưu được so sánh với 350 bệnh nhân không dẫn lưu sau phẫu thuật cắt tuyến giáp, thống kê phân tích không chứng minh được rằng bệnh nhân có dẫn lưu có biểu hiện tỷ lệ nhiễm trùng đáng kể ở vết mổ ($p = 0,41$) [9]. Bên cạnh đó, chảy máu vết mổ có thể được phát hiện qua ống dẫn lưu. Trong loạt của chúng tôi, 3 bệnh nhân đã được chẩn đoán kịp thời chảy máu sau phẫu thuật qua dẫn lưu, tất cả đều được xử lý thành công và cần chuyển kháng sinh điều trị. Cuối cùng, vết mổ đóng ban đầu được bảo vệ bằng băng vô trùng và thay băng hàng ngày để 24 – 48 giờ sau phẫu thuật.

Tuy vậy, trong nghiên cứu của Lee (2017) khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới nhiễm khuẩn vết mổ, tác giả không thấy sự liên quan giữa các yếu tố trên với nhiễm khuẩn vết mổ ở hai nhóm có và không sử dụng kháng sinh dự phòng [10].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân (2,8%) cần phải chuyển kháng sinh điều trị do chảy máu vết mổ, rò rỉ dịch chấp hoặc vết mổ nhiễm khuẩn (Bảng 4). Đa số bệnh nhân có liên vết mổ kỳ đầu bình thường (92,9%), có 2 bệnh nhân có nhiễm khuẩn vết mổ độ 4 và độ 5 được điều trị kháng sinh và ổn định sau đó (Bảng 5). Trong nghiên cứu của Qin trên 1030 bệnh nhân, chỉ một bệnh nhân nữ, 60 tuổi, nhiễm khuẩn vết mổ tại 5 ngày sau phẫu thuật. Vi khuẩn cấy được ở dịch vết mổ là *Staphylococcus Aurelemidis*. Vết mổ được làm sạch, tiêm tĩnh mạch ceftriaxone natri 2g/ngày trong 5 ngày. Vết mổ lành lại và bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường vào ngày thứ 14 sau phẫu thuật [7].

Không sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật được xem là một tiến bộ trong y học. Tuy nhiên, cũng đòi hỏi việc triển khai đồng bộ các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn chặt chẽ. Việc hạn chế sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật mang lại nhiều lợi ích thiết thực như giảm gánh nặng cho nhân viên y tế, tiết kiệm chi phí điều trị, rút ngắn thời gian điều trị, hạn chế tai biến và biến chứng khi sử dụng kháng sinh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tuyến giáp không dùng kháng sinh dự phòng có hiệu quả tốt trong kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ. Phẫu thuật với tỷ lệ vết mổ liền kỳ đầu bình thường với tỷ lệ cao (92,9%), với tỷ lệ chuyển kháng sinh điều trị thấp (2,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rao, V. V., D'Souza, C. (2022). Is Prophylactic Antibiotic Therapy Needed in Thyroidectomy?. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India, 74 (Suppl 3). 5769–5772.
2. Fachinetti, A., Chiappa, C., Arlanti, V., et al (2017). Antibiotic prophylaxis in thyroid surgery. Gland surgery, 6(5). 525–529.
3. Polistena, A., Prete, F. P., Avenia, S., et al (2022). Effect of Antibiotic Prophylaxis on Surgical Site Infection in Thyroid and Parathyroid Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Antibiotics (Basel, Switzerland), 11(3). 290.
4. Bailev IS, Karran SE, Tovn K, et al (1992). Community surveillance of complications after hernia surgery. BMJ. 1992;304(6825):469–471.
5. Rosato, L., Avenia, N., Bernante, P., et al (2004). Complications of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14,934 patients operated on in Italy over 5 years. World journal of surgery, 28(3). 271–276.
6. Avenia, N., Sanquinetti, A., Cirocchi, R., et al (2009). Antibiotic prophylaxis in thyroid surgery: a preliminary multicentric Italian experience. Annals of surgical innovation and research, 3. 10.
7. Qin, O., Li, H., Wang, L. B., et al (2014). Thyroid surgery without antibiotic prophylaxis: experiences with 1,030 patients from a teaching hospital in China. World journal of surgery, 38(4), 878–881.
8. Lu, O., Xie, S. O., Chen, S. Y., et al (2014). Experience of 1166 thyroidectomy without use of prophylactic antibiotic. BioMed research international, 2014. 758432.
9. Samraj, K., Gurusamy, K. S. (2007). Wound drains following thyroid surgery. The Cochrane database of systematic reviews, 2007(4), CD006099.
10. Lee KB, Kim SY, Kim SM, et al (2017). Perioperative Antibiotic Prophylaxis May Not Be Required Routinely in Thyroid Surgery. J Endocr Surg. 2017 Dec;17(4):160-167.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT THANH NÂNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Sáng¹, Đinh Hồng Kỳ¹, Thiều Tăng Thắng¹,
Trần Hùng¹, Nguyễn Thị Xuyên¹, Nghiêm Đình Văn¹,
Tô Mạnh Tuấn¹, Nguyễn Minh Khôi¹

TÓM TẮT

Trong phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, đau sau phẫu thuật làm giảm khả năng vận động của bệnh nhân, ảnh hưởng xấu đến chức năng hô hấp, tăng tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật và dẫn tới hội chứng đau mạn tính sau mổ. Giảm đau ngoài màng cứng đoạn ngực được coi là tiêu chuẩn vàng đối với điều trị đau sau phẫu thuật lồng ngực. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau ngoài màng cứng cho người bệnh sau phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực với thuốc tê Bupivacain 0,125% phối hợp thuốc giảm đau Fentanyl 2 mcg/ml truyền 4 - 6ml/giờ. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiền cứu, thực hiện từ tháng 6/2023 đến tháng 12/2023 trên 112 người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp giảm đau qua catheter ngoài màng cứng trong phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực cho hiệu quả giảm đau tốt cả khi nghỉ ngơi và vận động của người bệnh, ít tác dụng phụ. Ngày thứ nhất sau phẫu thuật, chỉ có 9,83% người bệnh có điểm VAS 3 - 4 và cần dùng thêm thuốc giảm đau. Trên 90% người bệnh có điểm VAS 0 - 2 cả khi nghỉ và khi vận động trong 3 ngày sau mổ. Tỷ lệ người bệnh không đau, đau nhẹ VAS 0 - 2 khi vận động từ 72,32 % ngày thứ nhất tăng lên 91,96% tại ngày thứ hai sau phẫu thuật. Về tác dụng không mong muốn: nôn (1,80%), buồn nôn (9,82%) ở ngày đầu sau phẫu thuật; tê bì chân tay (2,70%), ngứa (1,80%) với tỷ lệ rất thấp. Kết quả hài lòng của người bệnh ở mức cao (86,60%), mức rất hài lòng đạt kết quả rất cao 36,60%. Kết luận: Mức độ hài lòng của người bệnh với hiệu quả giảm đau ngoài màng cứng cho người bệnh phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực đạt tỷ lệ cao, tác dụng không mong muốn tỷ lệ thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực, giảm đau ngoài màng cứng, phẫu thuật lồng ngực, tác dụng không mong muốn, hài lòng

SUMMARY

NURSING PAIN MANAGEMENT FOLLOWING ENDOSCOPIC NUSS PROCEDURE FOR PECTUS EXCAVATUM AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

In patients underwent endoscopic Nuss procedure for pectus excavatum, at Vietnam National Children's

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sáng

Email: sangnv@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

Hospital, postoperative pain reduces the patient's mobility, adversely affects lung function, increases the rate of postoperative complications, and may lead to chronic post-surgical pain syndrome. Thoracic epidural analgesia is often considered the gold standard for post-thoracic surgery pain treatment. We conducted a study to evaluate the effectiveness of thoracic epidural analgesia in patients after endoscopic Nuss procedure for pectus excavatum with 0.125% Bupivacaine combined with 2 mcg/ml Fentanyl at an infusion rate of 4 - 6ml/hour. Method: Prospective descriptive study of 112 patients from June 2023 to December 2023. The results showed that thoracic epidural analgesia via an epidural catheter in endoscopic Nuss procedure provided effective pain relief both at rest and during movement, with minimum side effects. On the first postoperative day, only 9.83% of patients had a VAS score of 3 - 4 and required additional pain medication. Over 90% of patients had a VAS score of 0 - 2 both at rest and during movement in the first three days after surgery. The percentage of patients with no or mild pain (VAS 0 - 2) during movement increased from 72.32% on the first day to 91.96% on the second day after surgery. The incidence of adverse effects was low, with vomiting (1.80%), nausea (9.82%) on the first post operative day; limb numbness (2.70%), itching (1.80%) at very low rates. 86.60% patients were satisfied with the pain management, while 36.60% were extremely satisfied. Conclusion: The satisfaction level of patients with the effectiveness of thoracic epidural analgesia in endoscopic Nuss procedure was high, with a low rate of adverse effects.

Keywords: Endoscopic Nuss procedure for pectus excavatum, thoracic epidural analgesia, thoracic surgery, adverse effects, satisfaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lõm xương ức hay lõm ngực (Pectus excavatum) là tình trạng biến dạng thành ngực trước do lõm phần thân và mũi ức đồng thời với biến dạng cong của các sụn sườn tương ứng, tỷ lệ mắc trong phần lớn các báo cáo khoảng 1/1000 trẻ, chiếm 80% các dị tật thành ngực, trong đó nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ 4:1 [1][2]. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được ứng dụng để điều trị lõm ngực. Từ năm 1949, phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực (phẫu thuật NUSS) được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị bệnh [1]. Phẫu thuật NUSS là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, thể hiện tính ưu việt qua nâng cao chức năng cũng như thẩm mỹ của người bệnh. Tại bệnh viện Nhi trung Ương, phẫu thuật