

tượng gây ra bạo lực là bệnh nhân là chủ yếu 72,1%; người nhà người bệnh chiếm tỷ lệ cao 62,6%; đồng nghiệp 14,3%. Nguyên nhân chính gây lên bạo lực gồm: Do người bệnh đợi chờ lâu 85,6%, Tăng stress ở người bệnh/người nhà người bệnh 84,4%; Lạm dụng rượu, ma túy ở nnb và người nhà người bệnh 74,1%. Hậu quả tâm lý ở điều dưỡng viên phổ biến gồm: Stress 85,7%, tức giận 83,7%, thất vọng 79,6%, mất sự tự trọng 74,2%, sợ hãi 72,1%. Hậu quả thể chất có ở 34,7% điều dưỡng viên, phải nghỉ làm chiếm 2,0%. Cần có chế tài hành vi gây rối, hành hung nhân viên y tế. Nâng cao nhận thức cộng đồng trong việc phòng ngừa bạo lực nơi làm việc cho điều dưỡng viên tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **US Department of Justice.** Workplace violence: issuse in reponse. Federal Bureau of Investigation; 2013.
2. **Nancy A Perrin, Helen Moss.** Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. BMC Public Health. 15(1):11.
3. **Dương Tân Quân.** Thực trạng bạo lực bệnh viện với điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Bà Rịa năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2019;29(8):71.
4. **Đỗ Mạnh Hùng, Đào Ngọc Phúc, Phạm Thu Hiền.** Mô tả một số nguyên nhân, hậu quả bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do khách hàng gây ra tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2017. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018;2(6):201-7.
5. **Sisawo EJ, Ouédraogo SYA, Huang S-L.** Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. BMC Health Services Research [Internet]. 2017 Apr 28 [cited 2021 Aug 29];17(1):311. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2258-4>
6. **Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N.** Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. Occup Med (Lond). 2016 Oct;66(7):580-3.
7. **Basfr W, Hamdan A, Al-Habib S.** Workplace Violence Against Nurses in Psychiatric Hospital Settings: Perspectives from Saudi Arabia. Sultan Qaboos Univ Med J. 2019 Feb;19(1):e19-25.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ MỘT TRƯỜNG HỢP RÒ DƯỠNG CHẤP SAU PHẪU THUẬT U NANG VÙNG CỔ TRÁI

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Một bệnh nhân với khối u vùng cổ trái lớn nhập viện 15/11/ 2017. Sau phẫu thuật cắt bỏ u, có hiện tượng rò dưỡng chấp xảy ra. Số lượng dưỡng chấp lên đến 1000ml/ ngày. Việc phát hiện sớm và phải can thiệp phẫu thuật sớm thắt lại ống ngực cho kết quả tốt. Đây là trường hợp hiếm gặp. Qua trường hợp này, nhằm đề cập đến lâm sàng, phát hiện rò dưỡng chấp trong quá trình phẫu thuật và các phương pháp điều trị nhằm giúp các nhà lâm sàng có hướng xử trí khi gặp.

Từ khóa: rò dưỡng chấp, ống ngực.

SUMMARY

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF A CHYLOUS FISTULA AFTER LEFT NECK MASS SURGERY

The patient man has a left neck mass and come to hospital on November, 15th, 2017. After removing total mass of left neck, he had chyloous fistula. The volume of chile secreted about 1000ml/ days. He had diagnosed a serious chyloous leakage after neck

surgery. This case is rarely happen in medical practice. We indentified a chyloous fistula early and to cure to prevent serious complication. After operating to suture thoracic duct fistula, he was stable health. This case shows clinical symptoms and diagnosis a chyloous fistula to help physican can indentify same case in the future.

Keywords: chyloous fistula, thoracic duct fistula.

I. GIỚI THIỆU

Rò dưỡng chấp thì rất dễ nhận ra nhưng là biến chứng hiếm gặp trong phẫu thuật đầu cổ, chiếm khoảng 1 – 2,5% trong phẫu thuật nạo vét hạch cổ [1],[2]. Điều trị rò dưỡng chấp khó khăn và kéo dài, thậm chí có thể đe dọa tính mạng. Giải phẫu của ống ngực thay đổi và đặc điểm dễ rách do đó dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật. Từ đó gây mất lượng lớn protein và dịch giàu chất điện giải có thể gây ra xáo trộn chuyển hóa và gây khó khăn trong quá trình lành thương tại chỗ và toàn thân.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp xử trí thành công một trường hợp rò dưỡng chấp sau phẫu thuật nang vùng cổ trái nhằm mục đích để các Bác sĩ chuyên khoa nhận biết và định hướng chẩn đoán và xử trí trong quá trình thực hành lâm sàng.

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2021

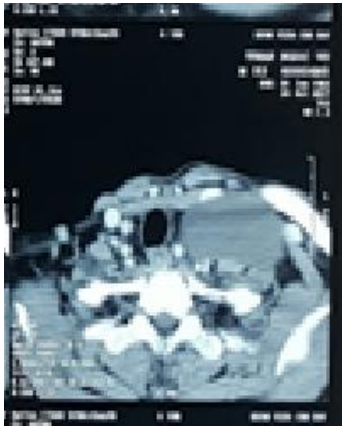
Ngày duyệt bài: 23.8.2021

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 52 tuổi, vào viện vì khối sưng vùng cổ + thượng đòn trái. Với bệnh sử: khoảng 3 tháng trước, bệnh nhân phát hiện có 1 khối u nhỏ ở vùng cổ trái U không đau, không nóng, không đỏ, không sốt. Bệnh nhân đi khám tại bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán Đa nhân 2

thùy tuyến giáp và được chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, sau phẫu thuật u không giảm mà ngày càng to dần → Nhập viện BV Chợ Rẫy 15/11/ 2017.

Lâm sàng: Khối u ở vùng cổ trái, tròn, căng, không đỏ, không đau, di động dưới da. Chẩn đoán xác định là u nang cổ trái.



Hình 1: CT khối u nang # kt 4cm x 4,5cm, giới hạn rõ ở vùng hõm ức – thượng đòn trái, ép bó mạch cảnh

Hình 2: dưỡng chấp thoát ra dẫn lưu

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, gây mê toàn thân. Bóc tách cơ ức đòn chũm ra ngoài, cắt cơ vai móng bên trái, vén bó mạch cảnh vào trong. U to bám vào nền cổ đi xuống đến mặt sau xương đòn trái, bóc tách lấy u, thấy dính vào vùng bạch mạch phía sau, cột vùng dính vào nền cổ. Cầm máu, đặt ống dẫn lưu áp lực âm. Hậu phẫu ngày 1, tình trạng vết mổ khô, dẫn lưu ra dịch màu hồng nhạt khoảng 100ml. Đến hậu phẫu ngày thứ 2 cổ hơi sưng nề, vết mổ khô nhưng dẫn lưu ra dịch màu trắng đục khoảng 750ml/ ngày. Và hậu phẫu ngày thứ 3 cổ sưng nhiều hơn, vết mổ khô, dẫn lưu ra dịch màu trắng đục khoảng 1000ml nhiều hơn các ngày trước (hình 2), tăng nhiều sau khi ăn. Được chẩn đoán xác định là rò dưỡng chấp sau phẫu thuật nang cổ trái.

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật thám sát lại vết mổ. Rạch da theo đường mổ cũ, mở rộng xuống hõm ức. Thấy hố mổ cũ chứa đầy dịch trắng đục nghi dịch bạch huyết, hút sạch. Thấy vùng ống ngực T vùng nền cổ đã cột còn thấm dịch trắng đục, mỡ trắng bờ chảy lan tỏa từ mạng bạch huyết xung quanh cạnh vùng thực quản. Tiến hành khâu cột vùng ống ngực T bằng chỉ Prolene 4.0. Nhét hố mổ bằng Surgicel lưới và keo sinh học. Đặt dẫn lưu 2 ống. Cầm máu kỹ, khâu da 2 lớp, băng ép. Sau phẫu thuật lại, tình trạng bệnh nhân ổn sau 1 tuần và được xuất viện.

III. BÀN LUẬN

3.1. Chẩn đoán: Thường các tổn thương ống ngực bị che khuất hoặc khó nhận ra trong lúc phẫu thuật. Khi xảy ra tổn thương ống ngực và có thể không rõ ràng cho đến vài ngày sau phẫu thuật. Giải phẫu ống ngực có thể thay đổi vì khối u làm thay đổi vị trí trí giải phẫu bình thường. Vì vậy cần thận trọng trong phẫu thuật thì rất cần thiết. Nếu nạo vét hạch cổ trước đó khó khăn hoặc rò dưỡng chấp được xác định trong quá trình phẫu thuật thì việc thắt ống ngực sẽ thành công và kiểm soát tốt hơn.

Về lâm sàng rò dưỡng chấp sau phẫu thuật biểu hiện không rõ ràng. Vết thương sau mổ thường sưng lên không rõ nguyên nhân. Bên cạnh đó, tăng dịch dẫn lưu hoặc dịch dẫn lưu tăng đột ngột sau khi ăn [1]. Xuất hiện dịch trắng đục, sệt và váng mỡ trong dẫn lưu thì nghi ngờ cao là dưỡng chấp.

Cận lâm sàng: thường xét nghiệm dưỡng chấp có sự xuất hiện triglyceride và tỷ lệ triglyceride tăng. Nồng độ triglyceride trong dịch dẫn lưu > 100 mg/dl hoặc tỷ lệ triglyceride cao hơn trong huyết thanh thì giúp chẩn đoán dịch đó là do rò dưỡng chấp [7].

3.2. Điều trị: Theo y văn có 2 loại rò dưỡng chấp, rò nhiều cao và rò ít. Rò nhiều là khi dưỡng chấp > 500 ml/ ngày đến 1000 ml. ngày [1],[4],[5]. Hầu hết các tác giả đều đồng thuận

rò dưỡng chấp nhiều thì thất bại với điều trị bảo tồn [5]. Rò ít thì ít gặp và có thể điều trị bảo tồn. Khi xác định rò dưỡng chấp, điều trị bảo tồn nên thực hiện ngay với nghỉ ngơi tại giường và bắt đầu nuôi ăn qua sond dạ dày với chế độ ăn ít triglyceride [3]. Cần theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, cân bằng dịch, xét nghiệm điện giải và chức năng gan.

Điều trị bảo tồn rò dưỡng chấp. Nghỉ ngơi tại chỗ thì quan trọng, vì khi hoạt động nhiều sẽ làm tăng bài tiết dưỡng chấp. Và dẫn lưu được đặt tại nền của vết mổ trong cuộc phẫu thuật cho phép theo dõi rò dưỡng chấp và cũng theo dõi dẫn lưu dịch dẫn lưu. Băng ép tại chỗ không khuyến nghị vì không hiệu quả mà có thể gây cản trở máu nuôi đến vật da [2],[3].

Cần xác định lượng dịch xuất nhập hàng ngày, cùng với điện giải. Và xét nghiệm chức năng gan bao gồm albumin và chức năng thận nhằm giúp hướng dẫn bổ sung chế độ ăn và điều trị cho bệnh nhân [5]. Chế độ ăn cho bệnh nhân rò dưỡng chấp rất quan trọng. Lượng dịch và điện giải mất phải được thay thế, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phải được duy trì. Có thể duy trì chế độ ăn kiên để cố gắng giảm tạo ra dưỡng chấp. Hầu hết các tác giả khuyến nghị một chế độ ăn cơ bản ít triglyceride cho bệnh nhân rò dưỡng chấp. Chế độ ăn ít triglyceride được hấp thu trực tiếp vào hệ tuần hoàn tĩnh mạch mà không vào hệ thống bạch huyết, sẽ giảm bài tiết dưỡng chấp. Do đó, một số tác giả đã báo cáo chế độ dinh dưỡng ít triglyceride đơn thuần có thể hiệu quả ngưng rò dưỡng chấp trong những trường hợp rò dưỡng chấp lượng nhẹ - trung bình [3].

Khi chế độ dinh dưỡng không hiệu quả, thì có thể nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch [2]. Nuôi dưỡng tĩnh mạch bằng cách bế gẫy các chuỗi acid béo ở ruột non, và phân phối phospholipid trực tiếp vào tĩnh mạch trung tâm, giảm đáng kể lượng tạo ra dưỡng chấp. Tuy nhiên, đặt tĩnh mạch trung tâm có tỷ lệ biến chứng cao có thể thủng động mạch, tụ máu, thủng phổi và nhiễm trùng máu. Đặt tĩnh mạch trung tâm, gia tăng nhiễm trùng catheter và xáo trộn chuyển hóa bao gồm tăng đường huyết và mất cân bằng điện giải [10].

Ngoài ra còn có thuốc ức chế tạo ra dưỡng chấp. Somatostatin và các octreotide tổng hợp tác động lên hoạt động bài tiết của dạ dày, tuyến tụy và ruột, và cũng giảm tiết dưỡng chấp [6]. Những thuốc hiệu quả với rò dưỡng chấp mức độ trung bình - nhẹ, thời gian sử dụng khoảng 2 tuần [1].

Điều trị bằng phẫu thuật: Điều trị can

thIỆP phẫu thuật rò dưỡng chấp có thể chia thành 2 nhóm: nhóm tại chỗ để xác định vị trí rò dưỡng chấp hoặc nhóm phẫu thuật tìm đầu xa thân của dòng dưỡng chấp trong ống ngực.

Nhóm can thiệp tại chỗ là mở lại vết thương và xác định vị trí chảy dưỡng chấp. Chú ý vị trí này thường bị viêm bởi dưỡng chấp và có thể ẩn phía bên dưới là các cấu trúc mạch máu và thần kinh quan trọng [2],[3] vì vậy, khi mở lại vết thương cũng dễ bị tổn thương các cấu trúc này. Để xác định được vị trí rò, một số tác giả đề nghị ăn chế độ mỡ trước phẫu thuật [8]. Nếu rò nhỏ và vị trí rò tốt, thám sát có thể được hiện bằng gây tê tại chỗ [1]. Phẫu thuật lại bao gồm thắt, khâu vị trí rò nhìn thấy với chỉ không tan hoặc clip phẫu thuật [2],[3]. Trong trường hợp rò trong báo cáo chúng tôi, khi mở ra mô viêm xung quanh vết thương, lấy sạch mô viêm cần thận, thì dịch trong xuất tiết vùng ống ngực bị tổn thương và lan tỏa. Chúng tôi đã thắt nhiều vị trí và kiểm tra kỹ vùng vết thương, mũi thắt khâu hình chữ X bằng chỉ không tan, đặt surgical và dán bằng keo sinh học. Đã mang lại kết quả tốt. Bên cạnh đó, một số tác giả khuyến cáo dùng vật tại chỗ: vật cơ ngực lớn hoặc đầu ức của cơ ức đòn chũm lấp vào che phủ. Và làm dính lại bằng chất keo sinh học. Phủ lên phẫu trường Vicryl mesh [4],[9]. Một số tác giả khác cũng đề nghị trong trường hợp xác định rò dưỡng chấp trong lúc phẫu thuật thì sau đó nên khâu vết với chỉ không tan đặt surgercel và dán keo sinh học tương tự các khuyến cáo [1],[3], sau đó đặt dẫn lưu để theo dõi. Băng ép không khuyến cáo đặc biệt có vật vi phẫu do làm thiếu máu nuôi cho vật [3].

Phẫu thuật đầu xa: phẫu thuật lại tìm vị trí rò có thể khó khăn trong một số trường hợp do cấu trúc giải phẫu thay đổi, nguy cơ tổn thương các cấu trúc quan trọng và có thể thất bại khi can thiệp rò dưỡng chấp lượng nhiều hoặc những trường hợp khó. Stuart đã tổng kết vào đầu những năm 1900 thắt ống ngực ở bệnh nhân sắp tử vong [9]. Nhiều kỹ thuật đã được phát triển từ đó để ngăn rò dưỡng chấp trong ống ngực ở đầu xa như tạo ra ống thông xuyên qua bụng của ống ngực, thắt ống ngực qua nội soi ngực... Nếu dẫn lưu dưỡng chấp quá 1000 ml/ ngày không đáp ứng với điều trị bảo tồn, nên sắp xếp phẫu thuật thắt ống ngực qua nội soi ngực.

IV. KẾT LUẬN

Rò dưỡng chấp sau phẫu thuật cùng cố thì hiếm nhưng có khả năng gây biến chứng trầm trọng. Việc xác định sớm rò dưỡng chấp sau

phẫu thuật rất quan trọng và xác định rò rỉ dưỡng chấp lượng nhiều hay ít, giúp phẫu thuật viên có hướng giải quyết sớm. Rò rỉ dưỡng chấp sau phẫu thuật có thể điều trị bảo tồn. Khi điều trị bảo tồn thất bại có thể can thiệp ngoại khoa thắt ống ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Crumley R. L., Smith J. D. (1976)**, Postoperative chylous fistula prevention and management. *Laryngoscope*, 86 (6), 804-13.
2. **de Gier H. H., Balm A. J., Bruning P. F., Gregor R. T., Hilgers F. J. (1996)**, Systematic approach to the treatment of chylous leakage after neck dissection. *Head Neck*, 18 (4), 347-51.
3. **Lucente F. E., Diktaban T., Lawson W., Biller H. F. (1981)**, Chyle fistula management. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 89 (4), 575-8.
4. **Muthusami John C., Raj John P., Gladwin D., Gaikwad Pranay, Sylvester Shalom (2005)**, Persistent chyle leak following radical neck dissection: a solution that can be the solution. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 87 (5), 379-379.
5. **Nussenbaum B., Liu J. H., Sinard R. J. (2000)**, Systematic management of chyle fistula: the Southwestern experience and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 122 (1), 31-8.
6. **Rimensberger P. C., Müller-Schenker B., Kalangos A., Beghetti M. (1998)**, Treatment of a persistent postoperative chylothorax with somatostatin. *Ann Thorac Surg*, 66 (1), 253-4.
7. **Rodgers G. K., Johnson J. T., Petruzzelli G. J., Warty V. S., Wagner R. L. (1992)**, Lipid and volume analysis of neck drainage in patients undergoing neck dissection. *Am J Otolaryngol*, 13 (5), 306-9.
8. **Spiro J. D., Spiro R. H., Strong E. W. (1990)**, The management of chyle fistula. *Laryngoscope*, 100 (7), 771-4.
9. **Stuart W. J. (1907)**, Operative Injuries of the Thoracic Duct in the Neck. *Edinburgh Medical Journal*, 22 (4), 301-317.
10. **Knochel James P. (1985)**, Complications of total parenteral nutrition. *Kidney International*, 27 (3), 489-496.

BƯỚC ĐẦU MÔ TẢ NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ KHÁNG VI RÚT SARS-COV-2 SAU TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19

Nguyễn Thanh Hồi^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu đã tiến hành quan sát nồng độ kháng thể kháng vi rút SARS - CoV - 2 trên 80 đối tượng, bao gồm 9 đối tượng chưa tiêm vắc xin, 20 đối tượng đã được tiêm 1 mũi và 51 đối tượng tiêm 2 mũi với hai mục tiêu 1) Mô tả đặc điểm đối tượng sử dụng xét nghiệm định lượng kháng thể sau khi tiêm vắc xin phòng ngừa Covid-19 2) Mô tả kết quả xét nghiệm định lượng nồng độ kháng thể kháng vi rút SARS - CoV - 2 sau khi tiêm vắc xin phòng ngừa Covid-19. **Kết luận:** Các tác dụng không mong muốn phổ biến được ghi nhận sau khi tiêm vắc xin 1 mũi và mũi 2 là sốt, ớn lạnh, đau đầu, đau mỏi người và đau sưng tại vị trí tiêm. Tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn ở cả 2 nhóm là tương đương. Kết quả định lượng kháng thể kháng vi rút SARS - CoV - 2 của mẫu nghiên cứu cho thấy 100% các nhóm đã tiêm vắc xin đều có đáp ứng miễn dịch với SARS - CoV - 2 ngay từ mũi 1 và cao hơn so với nhóm chưa tiêm ít nhất 12 lần (nhóm tiêm 1 mũi) cho đến 71 lần (nhóm sau tiêm 2 mũi 2 tuần). Tiêm đủ 2 mũi vắc xin giúp cơ thể của các đối tượng nghiên cứu đạt được nồng độ kháng thể cao hơn rõ rệt so với khi tiêm 1 mũi. Nồng độ kháng

thể kháng vi rút SARS-Covid-2 vào tuần thứ 3 sau tiêm mũi 2 thấp hơn so với nhóm sau tiêm mũi 2 2 tuần. Từ kết quả phân tích trên, chúng ta thấy rằng tiêm vắc xin phòng Covid-19 giúp sản sinh kháng thể chống lại vi rút SARS-CoV-2. Tuy nhiên, lượng kháng thể này khác nhau giữa các đối tượng và thay đổi theo thời gian sau khi tiêm phòng.

Từ khóa: Kháng thể kháng SARS - CoV - 2, vắc xin Covid-19

SUMMARY

INITIAL DESCRIPTION OF ANTIBODY LEVELS AGAINST SARS - COV - 2 VIRUS AFTER VACCINATION AGAINST COVID-19

The study observed the concentration of antibodies against SARS - CoV - 2 virus on 80 subjects, including 9 subjects who had not been vaccinated, 20 subjects received 1 dose of vaccine and 51 subjects received 2 doses with two objectives 1) Characterization of subjects using quantitative antibody testing after vaccination against Covid-19 2) Description of test results to quantify antibody levels against SARS - CoV - 2 after being vaccinated against Covid-19. **Conclusion:** Common adverse effects reported after vaccination with 1 dose and 2 doses were fever, chills, headache, body aches and pain and swelling at the injection site. The percentage of subjects with pain and swelling at the injection site accounted for the highest rate in both groups, this rate accounted for 60% in the group after 1st injection and 74,5% in the group after 2nd dose of vaccin. We recorded the rate of occurrence of human fatigue

¹Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hồi

Email: hoinguyenthanhbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2021

Ngày duyệt bài: 23.8.2021