

quan tâm có 49,6% điều dưỡng trả lời chính xác, ngắn gọn, phần tóm tắt các nội dung tư vấn còn chi tiết, chưa đi vào các điểm mấu chốt (10,9% thực hiện tốt), việc đưa ra các ví dụ minh họa giúp NB dễ dàng liên hệ tới các trường hợp thực tế còn ít (6,7% điều dưỡng thực hiện tốt).

Tư vấn GDSK là một hình thức truyền thông trực tiếp có rất nhiều ưu điểm, tập trung ngay vào những vấn đề NB cần đồng thời NB có thể chia sẻ những điều họ còn lo lắng, băn khoăn. Tuy nhiên để buổi TV GDSK thực sự hiệu quả, các điều dưỡng cần thành thạo các kỹ năng đặt câu hỏi để nắm bắt thông tin nhanh, cặn kẽ đồng thời phải có đủ kiến thức về nhiều chủ đề bệnh tật khác nhau để có thể tư vấn. Để NB nắm bắt được nhiều nội dung tư vấn cần chia làm nhiều thời điểm tư vấn, mỗi lần tư vấn chỉ tập trung vào 1 chủ đề riêng. Khi mỗi điều dưỡng làm tốt công tác chăm sóc và nhất là làm tốt hoạt động TV GDSK sẽ góp phần nâng cao chất lượng bệnh viện. Bệnh viện càng được người bệnh tin tưởng, năng lực và vị thế của người điều dưỡng ngày càng được khẳng định, mang lại sức khỏe tốt hơn cho người bệnh cũng như cộng đồng

Chúng tôi cũng chưa tìm thấy về mối liên quan giữa kiến thức/ kỹ năng TV GDSK của điều dưỡng với các đặc điểm nhân khẩu học như với tuổi, giới, thâm niên công tác và trình độ chuyên môn, ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Điều dưỡng đã có kiến thức tốt về các bước tư vấn GDSK tuy nhiên thực hiện kỹ năng tư vấn

GDSK chỉ đạt ở mức độ trung bình kém. Điều dưỡng đã thực hiện tốt kỹ năng lắng nghe (80,7%), chào hỏi làm quen (76,5%), cảm ơn (64,7%). Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức/ kỹ năng TV GDSK của điều dưỡng với các đặc điểm nhân khẩu học ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mansoureh A Farahani, et al.**, 2013, Factors influencing the patient education: A qualitative research. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 18(2): p. 133.
2. **Đàm Khai Hoàn**, 2007, Giáo dục và nâng cao sức khỏe. Nhà xuất bản Y học.
3. **Nguyễn Văn Hiến**, 2007, Giáo dục và nâng cao sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Châu Thị Hoa và Nguyễn Thị Diệu Trang**, 2010, Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh ung thư hạ họng - thanh quản tại trung tâm ung bướu bệnh viện Trung ương Huế (từ 1/1/2009 - 30/6/2010), Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng: Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, Hà Nội. p. 183-191.
5. **Bùi Thị Bích Nga**, 2011, Thực trạng công tác chăm sóc của Điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền TW, năm 2011, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
6. **Bộ Y tế**, 2006, Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
7. **Nguyễn Phương Thảo**, 2017, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng, bệnh viện E năm 2016-2017, Trường Đại học Y tế Công cộng
8. **Trần Thị Hằng Nga và cộng sự**, 2018, Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị và một số yếu tố liên quan: Tạp chí khoa học Điều dưỡng. p. 28-34.

BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP RÒ DƯỠNG CHẤP SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP SỬ DỤNG DAO LIGASURE

Trần Hữu Hiệu¹, Hoàng Thanh Quang¹, Nguyễn Công Hoàng²,
Lê Thị Hương Lan¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Rò dưỡng chấp là một biến chứng ít gặp trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp đặc biệt phẫu thuật ung thư tuyến giáp có nạo vét hạch cổ. Tỷ lệ rò dưỡng

chấp ở những bệnh nhân được vét hạch cổ nói chung là 1-2,5% theo nghiên cứu của Polistena [1]. Kiến thức và xử trí còn hạn chế. Để bàn luận thêm về triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán, xử trí của biến chứng này, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp lâm sàng rò dưỡng chấp sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ 2 bên được ghi nhận tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đã được chẩn đoán và xử trí thành công.

Từ khóa: Rò dưỡng chấp, ung thư tuyến giáp, nạo vét hạch cổ.

SUMMARY

REPORT 1 CASE OF CHYLOUS FISTULA

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Hiệu

Email: tranhuuhieu1207@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

AFTER OPERATING OF THYROID CANCER USING LIGASURE

Chylous fistula is an uncommon complication of thyroid cancer. The rate of chylous fistula in patients with cervical lymphadenectomy is generally 1-2.5% according to Polisen's study [1]. Knowledge and handling are limited. To discuss the clinical symptoms, suspicions, and management of these complications, we would like to report a case recorded at the Thai Nguyen National Hospital after total thyroidectomy and bilateral cervical lymphadenectomy with chylous fistula that successfully managed.

Keywords: Chylous fistula, thyroid cancer, bilateral cervical lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 1% trong tổng số các loại ung thư [2]. Theo Hiệp hội tuyến giáp Mỹ, tỷ lệ mới mắc ung thư tuyến giáp tăng nhanh hơn bất kỳ loại ung thư nào, chủ yếu là ung thư tế bào biểu mô tuyến giáp thể nhú [3]. Rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực là một tai biến không phổ biến nhưng nghiêm trọng của phẫu thuật đầu cổ nói chung và trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp nói riêng. Biến chứng xảy ra ở 2-8% trường hợp nạo vét hạch cổ [4], [5]. Rò dưỡng chấp dẫn đến chậm lành vết thương, mất nước, suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải và ức chế miễn dịch. Chính vì vậy, việc phát hiện sớm và xử trí thích hợp là vô cùng quan trọng.

Trong báo cáo này chúng tôi xin trình bày một trường hợp lâm sàng ung thư tuyến giáp được phẫu thuật cắt tuyến giáp, nạo vét hạch cổ sử dụng dao Ligasure có biến chứng rò dưỡng chấp đã được chẩn đoán kịp thời và xử trí thành công.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Hoàng Thị H, nữ, 66 tuổi, địa chỉ: Tràng Xá, Võ Nhai, Thái Nguyên. Bệnh nhân đi khám với lý do: Khối u vùng cổ. Bệnh nhân được làm xét nghiệm cận lâm sàng: Siêu âm (U thùy trái tuyến giáp Tirads V)... Chọc hút kim nhỏ tuyến giáp: Carcinoma tuyến giáp thể nhú (Nhóm VI Bethesda).

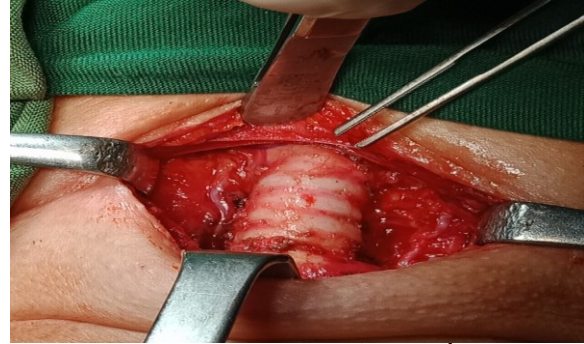
Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là ung thư tuyến giáp cT3NxM0.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch nhóm VI hai bên và nhóm III, IV bên trái có sử dụng dao Ligasure. Sinh thiết tức thì trong phẫu thuật Carcinoma tuyến giáp thể nhú.

Giải phẫu bệnh sau mổ: Carcinoma tuyến giáp thể nhú; 4/7 hạch nhóm VI di căn; 8/16 hạch di căn nhóm III, IV bên trái.

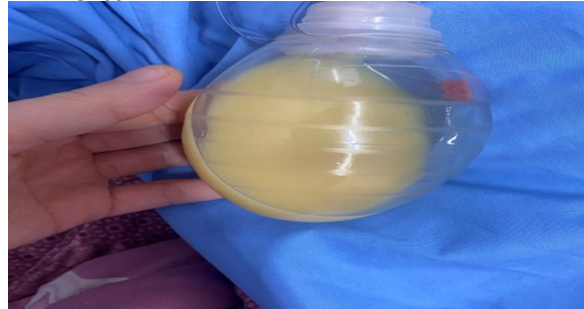
Sau phẫu thuật ngày thứ nhất ghi nhận dẫn lưu 200ml màu trắng sữa hồng. Được chẩn

đoán: Rò dưỡng chấp sau mổ cắt tuyến giáp toàn bộ + nạo vét hạch.



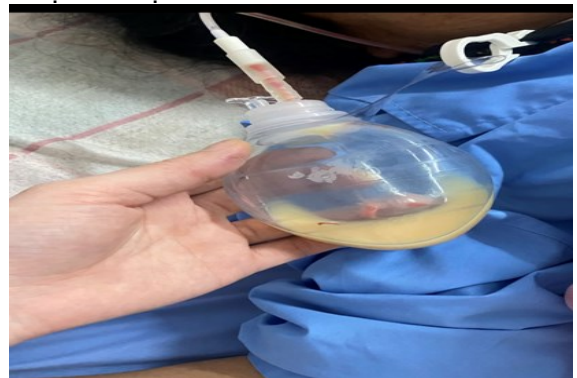
Hình 1: Hình ảnh hốc mổ sau cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ 2 bên

Bệnh nhân được chỉ định: Băng ép vết mổ, nhịn ăn, nuôi ăn đường tĩnh mạch, dẫn lưu áp lực âm. Thuốc sau mổ: kháng viêm, kháng sinh với liều: Cefoxitin 2g x 2 Lọ (Tiêm tĩnh mạch 2 lần/ ngày).



Hình 2: Dịch dưỡng chấp ngày thứ 2 sau mổ

Ngày thứ 2 dịch dẫn lưu khoảng 150ml dịch màu trắng sữa, tiếp tục điều trị theo phác đồ. Ngày thứ 3 dịch dẫn lưu 100ml. Ngày thứ 4 dịch dẫn lưu còn 50 ml. Ngày thứ 5 dịch dẫn lưu còn khoảng 25ml, chỉ định: ăn cơm, hạn chế mỡ, protein, để dẫn lưu áp lực dương. Đến ngày thứ 6 dịch còn khoảng 15ml. Chỉ định rút dẫn lưu theo dõi sau mổ ổn định. Ngày thứ 8 bệnh nhân ổn định ra viện.



Hình 3: Dịch dưỡng chấp ngày thứ 6 sau mổ

III. BÀN LUẬN

Thời gian phát hiện. Rò dưỡng chấp sau mổ là tình trạng rò dưỡng chấp xảy ra khi quá trình mổ đã kết thúc, biến chứng thường xảy ra sau khi bệnh nhân bắt đầu ăn lại bằng đường miệng. Nghiên cứu của Dhiwakar phát hiện tất cả các trường hợp trước ngày hậu phẫu thứ 3 [4]. Ca bệnh của chúng tôi phát hiện rò dưỡng chấp ngày thứ 2 sau mổ có sự khác biệt với các nghiên cứu khác, nguyên nhân có thể do bệnh nhân ăn sớm ngay sau mổ.

Màu sắc dịch. Dịch dưỡng chấp điển hình là dịch có màu trắng đục như sữa. Nghiên cứu tổng quan của E.E. McGrath về tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi cho thấy dấu hiệu dịch đục như sữa chỉ xuất hiện ở 1/3 số trường hợp, được tác giả xếp vào nhóm tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi thực sự (chylothorax), còn lại có thể màu sắc chỉ là huyết thanh đục, màu vàng, xanh lá cây, hay màu máu được xếp vào nhóm giả tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi (Pseudochylothorax) [6].

Thể tích dịch. Với đa số tác giả, dịch dẫn lưu trên 500ml/ 24h được coi là nhiều, dưới 500ml/ 24h được coi là ít. Số lượng dịch trong nghiên cứu của Roh và cộng sự được ghi nhận là 152 đến 1.720 ml mỗi 24 giờ (trung bình \pm SD: 516 \pm 538 ml) [7]. Ca bệnh của chúng tôi thấy được số lượng dịch rò rất ít khoảng 200ml ngày thứ 2, đây có lẽ do trong quá trình vét hạch có sử dụng dao Ligasure cũng có tác dụng giảm tổn thương ống ngực.

Vị trí rò. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo rằng hầu hết rò dưỡng chấp phát sinh ở bên trái, gây ra bởi tổn thương ống ngực, trong khi rò bên phải là một sự kiện rất hiếm. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy rò dưỡng chấp bên phải không hề hiếm. Roger L. Crumley và Erisen ghi nhận 3/12 trường hợp (25%) và 2/6 trường hợp (33%) rò bên phải [4]. Thậm chí Roh còn ghi nhận 5/8 (62,5%) trường hợp rò bên phải [7]. Ca bệnh của chúng tôi vị trí rò cũng xuất phát từ vùng cổ trái phù hợp với các nghiên cứu.

Xử trí và phòng ngừa. Ca bệnh của chúng tôi lượng dịch rò ít dưới 500 ml/24h cần xử lý: Giải thích, ổn định tâm lý cho người bệnh, nhịn ăn hoàn toàn đường miệng, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, băng ép nhẹ vị trí ghi rò đặc biệt vùng cổ trái, kháng sinh, kháng viêm. Sau 7

ngày bệnh nhân hết rò, ổn định.

Để tránh biến chứng này trong quá trình phẫu thuật cần kiểm tra cẩn thận phần cổ dưới sau khi vét hạch cổ đặc biệt là bên trái, nếu phát hiện có tổn thương cần thắt ống ngực bằng chỉ 3.0 hoặc 4.0 không tiêu và hạn chế dùng các dụng cụ phẫu thuật có thể làm nặng thêm tổn thương này [7].

IV. KẾT LUẬN

Rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực là một tai biến không phổ biến nhưng nghiêm trọng của phẫu thuật đầu cổ. Rò dưỡng chấp dẫn đến chậm lành vết thương, mất nước, suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải và ức chế miễn dịch, chính vì thế, việc chẩn đoán, phát hiện sớm và xử trí thích hợp là vô cùng quan trọng. Đặc biệt với sự hỗ trợ của dao hàn mạch Ligasure cũng làm cho biến chứng rò dưỡng chấp ít hơn. Tạo tâm lý tốt cho người bệnh cũng như đạt kết quả điều trị tốt trong điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Polistena A, Vannucci J, Monacelli M.** (2016), Thoracic duct lesions in thyroid surgery: An update on diagnosis, treatment and prevention based on a cohort study, *Int J Surg*, 28 (1), pp. 33-37.
2. **Hoàng Kim Ước** (2007), "Ung thư tuyến giáp", *Bệnh học tuyến giáp*, Nhà xuất bản Y học, tr. 252-269.
3. **Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C.** (2015), American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*, Vol 26(1), pp. 1-133.
4. **Dhiwakar M., Nambi G.I., Ramanikanth T.V.** (2014), Drain removal and aspiration to treat low output chylous fistula, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, Vol 271(3), pp561-565.
5. **Crumley R.L., Smith J.D.** (2006), Postoperative chylous fistula prevention and management, *The Laryngoscope*, Vol 86(6), pp. 804-813.
6. **Mc Grath E.E., Blades Z., Anderson P.B.** (2010), Chylothorax: Aetiology, diagnosis and therapeutic options, *Respiratory Medicine*, Vol 104(1), pp.1-8.
7. **Roh J.L., Kim D.H., Park C.I.** (2018), Prospective Identification of Chyle Leakage in Patients Undergoing Lateral Neck Dissection for Metastatic Thyroid Cancer, *Ann Surgery Oncology*, Vol 15(2), pp.424- 429.