

- Chlorhexidine Gluconate, Poisoning and Toxicology Handbook, 4th edition, 183-184
2. **Trung tâm Dược điển – Dược thư Việt Nam (2018).** Dược thư quốc gia Việt Nam, lần xuất bản thứ 2, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 1166
  3. **Kuyyakanond T, Quesnel LB (1992).** The mechanism of action of chlorhexidine, FEMS Microbiol Lett, 100(1-3):211-5
  4. **Wade, Ryckie G, Burr, Nicholas E et al (2020).** The Comparative Efficacy of Chlorhexidine Gluconate and Povidone-iodine Antiseptics for the Prevention of Infection in Clean Surgery: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Annals of Surgery.
  5. **Rahimi S, Lazarou G(2010).** Late – onset allergic reaction to povidone iodine resulting in vulvar edema and urinary retention. Obstet Gynecol, 116(2): 56204
  6. **Luật Việt Nam.** Tiêu chuẩn TCVN 5816:2009 Sản phẩm vệ sinh răng nha khoa.
  7. **Phương pháp quang phổ nguyên tử phát xạ và hấp thụ** - Dược Điển Việt Nam

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT PHẦN SAU DÂY THANH BẰNG LASER CO<sub>2</sub> TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH HAI BÊN TƯ THỂ KHÉP SAU PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP

Phạm Thị Hiền<sup>1</sup>, Phạm Tuấn Cảnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Tấn Quang<sup>2</sup>,  
Hoàng Thị Hòa Bình<sup>2</sup>, Hoàng Vũ Giang<sup>2</sup>.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser CO<sub>2</sub> trong điều trị liệt dây thanh hai bên tư thể khép sau phẫu thuật tuyến giáp. **Đối tượng:** 32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định liệt dây thanh 2 bên tư thể khép sau phẫu thuật tuyến giáp được điều trị cắt phần sau dây thanh bằng laser CO<sub>2</sub> tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả từng trường hợp có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Hầu hết các BN chỉ trải qua 1 lần phẫu thuật (93.75%) và được rút canuyn ngay sau mổ vài ngày. Sau phẫu thuật 84,38% BN hết khó thở, 78,13% BN có độ rộng thanh môn >5mm. Đánh giá VHI sau 6 tháng có hầu hết BN rối loạn giọng mức độ nhẹ hoặc trung bình (95%), không có BN nào rối loạn giọng mức độ rất nặng, 72,73% BN có chức hô hấp đạt kết quả tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser CO<sub>2</sub> trong điều trị liệt dây thanh hai bên tư thể khép sau phẫu thuật tuyến giáp có kết quả tốt, cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN tuy nhiên phẫu thuật có thể gây ra những rối loạn giọng nhất định.

**Từ khóa:** liệt dây thanh 2 bên, phẫu thuật tuyến giáp, cắt dây thanh laser.

### SUMMARY

**TO EVALUATE THE RESULTS OF LASER POSTERIOR PARTIAL CORDECTOMY SURGERY IN THE TREATMENT OF BILATERAL VOCAL CORD PARALYSIS IN MIDLINE POSITION AFTER THYROID SURGERY**

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hiền

Email: duany4c@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

**Objectives:** To evaluate the results of laser posterior partial cordectomy surgery in the treatment of bilateral vocal cord paralysis in midline position after thyroid surgery. **Subjects:** 32 patients with bilateral vocal cord paralysis in in midline position after thyroid surgery were treated with of laser posterior partial cordectomy surgery with CO<sub>2</sub> at the National Otolaryngology Hospital from March 2021 to September 2022. **Methods:** Prospective study, case clinical interventional study. **Results:** Most of the patients underwent only 1 surgery (93.75%) and tracheal cannula was withdrawn after a few day. After surgery, 84.38% of patients had no dyspnea, 78.13% of patients had glottis width over 5mm. Evaluation of VHI after 6 months most patients had mild to moderate voice disorders (95%), no patients suffer from severe voice disorders, 72.73% of patients had good result when evaluating respiratory function. **Conclusion:** laser posterior partial cordectomy surgery has good results, improving the quality of life for patients, but surgery can cause a certain voice disorder.

**Keywords:** Bilateral vocal cord paralysis, laser posterior partial cordectomy, thyroid surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thanh hai bên ở tư thể khép là bệnh lý do tổn thương trung ương hay ngoại vi của hai dây TKTQQN nhánh chi phổi cho cơ mở thanh quản là cơ nhẫn phễu sau. Nếu cố định dây thanh 2 bên ở tư thể khép thì thanh quản luôn luôn đóng và sẽ làm cho BN khó thở thanh quản, với các mức độ từ nhẹ đến nặng, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng [1].

Hiện nay, tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, để điều trị bệnh lý liệt dây thanh hai bên tư thể khép, ngoài thực hiện các kỹ thuật kinh điển như cắt phần sau dây thanh một bên bằng soi treo vi phẫu thanh quản, phẫu thuật treo dây thanh một bên, chúng tôi còn sử dụng phương

pháp cắt phần sau dây thanh bằng laser CO2. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm như can thiệp không nhiều nhưng cải thiện đáng kể chức năng hô hấp, thời gian phẫu thuật ngắn, hạn chế chảy máu, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Vì vậy, để đánh giá hiệu quả điều trị cũng như những hạn chế của phương pháp phẫu thuật này, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser CO2 trong điều trị liệt dây thanh hai bên tư thế khép sau phẫu thuật tuyến giáp" với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser CO2 trong điều trị liệt dây thanh hai bên tư thế khép sau phẫu thuật tuyến giáp.

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

**2.1. Đối Tượng Nghiên Cứu.** Bao gồm các BN (BN) được chẩn đoán xác định liệt dây thanh 2 bên tư thế khép sau phẫu thuật tuyến giáp được điều trị cắt phần sau dây thanh bằng laser CO2 tại bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- BN được chẩn đoán xác định liệt dây thanh 2 bên tư thế khép sau phẫu thuật tuyến giáp trên 6 tháng.
- BN được phẫu thuật bằng phương pháp cắt phần sau dây thanh bằng laser CO2.
- Được tái khám định kỳ theo hẹn.
- Có hồ sơ bệnh án được lưu trữ, ghi chép đầy đủ.

- BN tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không đủ điều kiện trên.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả từng trường hợp có can thiệp lâm sàng.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Chọn mẫu thuận tiện, không tính cỡ mẫu.

**2.3. Thông số nghiên cứu**

**2.3.1. Đặc điểm chung:** tuổi, giới tính, tiền sử phẫu thuật tuyến giáp

**2.3.2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật**

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, khàn tiếng, ngủ ngáy.

- Triệu chứng thực thể: độ rộng thanh môn.

**2.3.3. Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật**

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, khàn tiếng, ngủ ngáy.

- Triệu chứng thực thể:

+ Độ rộng thanh môn: được ước lượng bằng mắt thường.

+ Thời gian rút canuyn sau phẫu thuật.  
+ Tai biến sau phẫu thuật: viêm phù nề thanh quản, u hạt, chảy máu, seo dính....

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật
- Điểm VHI sau phẫu thuật.
- Chức năng hô hấp sau phẫu thuật.

**2.4. Địa điểm nghiên cứu.** Trung tâm Ung bướu, khoa Họng - Thanh quản Bệnh viện Tai mũi họng TW

**2.5. Các bước tiến hành**

**2.5.1. Các bước tiến hành**

- Bước 1: Thiết kế bệnh án mẫu nghiên cứu  
- Bước 2: Lựa chọn BN theo tiêu chuẩn và thu thập số liệu trước mổ

- Bước 3: Phẫu thuật: chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt phần sau dây thanh của Dennis và Kashima

- Bước 4: Điều trị sau phẫu thuật

- Bước 5: Khám lại sau phẫu thuật: Thời gian đánh giá sau 4 - 12 tuần.

- Bước 6: Thu thập số liệu phân tích

**2.7. Thu thập, xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 16.0.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Được giám sát thực hiện bởi hội đồng đạo đức Trường Đại Học Y Hà Nội và hội đồng khoa học kỹ thuật của Bệnh Viện Tai Mũi Họng TW.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới**

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<40	1	3.125
40-55	10	31.25
55-70	20	62.5
≥ 70	1	3.125
$\bar{x} \pm SD$	59.16 ± 10.12	
Min - Max	33-87	

**Nhận xét:** Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 55-70 tuổi, trung bình là 59; 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là nữ.

**3.1.3. Bệnh lý tuyến giáp**

**Bảng 3.2. Bệnh lý tuyến giáp**

Bệnh lý tuyến giáp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lành tính	13	40.625
Ac tính	5	15.625
Không rõ chẩn đoán	14	43.75
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN không rõ chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp sau phẫu thuật chiếm 43.75%, bệnh lý tuyến giáp ác tính là 15.625%.

**3.1.4. Tiên sử MKQMKQ trước phẫu thuật.** Tỷ lệ BN MKQ trước khi can thiệp cắt dây thanh là 53.125%.

**3.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser**

**3.2.1. Triệu chứng khó thở sau phẫu thuật**

**Bảng 3.3. Đánh giá cải thiện khó thở sau phẫu thuật**

Phân độ khó thở theo NYHA 1997	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ 1	27	84.375
Độ 2	5	15.625
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Sau phẫu thuật BN hết khó thở chiếm tỷ lệ cao 84.375%. Chỉ 15.625% BN khó thở độ 2, không có BN nào khó thở khi nghỉ ngơi.

**3.2.2. Triệu chứng khàn tiếng sau phẫu thuật.** Sau phẫu thuật 100% BN có khàn tiếng, trong đó khàn nhẹ chiếm tỷ lệ cao 68.75%, khàn vừa chiếm 31.25%. Không có BN nào khàn tiếng nặng.

**3.3.4. Độ rộng thanh môn sau phẫu thuật**

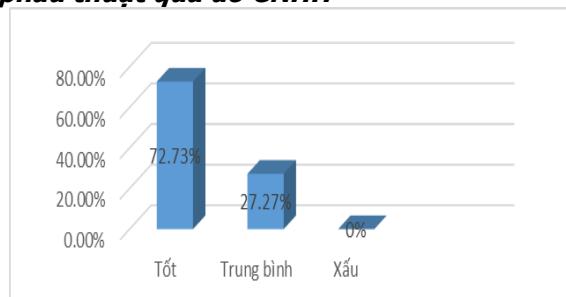
**Bảng 3.4. Đánh giá độ rộng thanh môn sau phẫu thuật**

Độ rộng thanh môn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 3mm	0	0
3 - 5mm	7	21.875
>5mm	25	78.125
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** sau phẫu thuật 78.125 % BN có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm và không có BN nào độ rộng thanh môn < 3mm.

**3.2.5. Đánh giá chức năng phát âm sau phẫu thuật qua thang điểm VHI.** VHI tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 30% rối loạn giọng mức độ nhẹ, 65% rối loạn giọng mức độ trung bình, 5% rối loạn giọng mức độ nặng, 0% rối loạn giọng mức độ rất nặng.

**3.2.6. Đánh giá tình trạng đường thở sau phẫu thuật qua đo CNHH**



**Hình 3.1. Đánh giá tình trạng đường thở qua đo CNHH**

**Nhận xét:** kết quả đo chức năng hô hấp sau phẫu thuật 6 tuần - 3 tháng, có 72.73% BN đạt kết quả tốt, 27.27% đạt kết quả trung bình, không có BN nào đạt kết quả xấu.

**3.2.7. Một số biến chứng sau phẫu thuật.** Sau phẫu thuật, 59.375% BN không có biến chứng. U hạt là biến chứng hay gặp nhất 25%. Có 9.375% BN viêm phù nề sau phẫu thuật. 6.25% BN viêm phù nề kèm u hạt. Tại thời điểm đánh giá không có BN nào đau, chảy máu, rối loạn nuốt hay dính dây thanh.

**3.2.8. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là  $4.45 \pm 2.27$  ngày, ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 11 ngày

**3.2.9. Thời gian rút canuyn:** 88.24% BN rút được canuyn trước 2 tháng, 1/17 BN rút canuyn sau phẫu thuật 1 năm, 1/17 BN không rút được canuyn.

**3.2.10. Số lần can thiệp phẫu thuật:** 93.75% số BN trải qua 1 lần phẫu thuật, 6.25% số BN trải qua 2 lần phẫu thuật, không có BN nào trải qua 3 lần phẫu thuật trở lên

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 55-70 tuổi, trung bình là 59 và 100% BN trong nghiên cứu là nữ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Hoàng Anh (tuổi trung bình 57.1 ) [2], Trần Văn Oai ( nữ 93.33%) [3] hay Joanna Jackowska và cs (nữ 97.1%) [4].

Tỷ lệ BN không rõ chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp sau phẫu thuật chiếm 43.75%, điều này cho thấy mức độ chưa thật sự quan tâm đến bệnh tật và tìm hiểu những rủi ro xảy ra khi phẫu thuật của BN trong nghiên cứu là khá cao (43.75%).

So sánh với một số nghiên cứu của tác giả Trần Văn Oai, tác giả Lê Văn Chính [5], hay của tác giả Muhammad Rashid [6] khi đánh giá kết quả điều trị cố định dây thanh 2 bên ở tư thế khép bằng phương pháp cắt phần sau dây thanh một bên, ở những BN chưa được mở khí quản, BN phải trải qua 2 thì phẫu thuật. Thì 1: Mở khí quản, sau đó gây mê qua lỗ mở khí quản. Thì 2: tiến hành cắt 2/3 sau dây thanh. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu BN chưa từng mở khí quản, việc cắt dây thanh chỉ cần 1 thì duy nhất, tránh được việc phải MKQ cho BN.

**4.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser.** Sau phẫu thuật BN hết khó thở chiếm tỷ lệ cao 84.375%. Chỉ 15.625% BN khó thở khi gắng sức, không có BN

nào khó thở khi nghỉ ngơi. Theo nghiên cứu của Trần Văn Oai thì sau phẫu thuật, 60% BN hết khó thở hoàn toàn, 16,67% BN cảm thấy khó thở khi lao động gắng sức và 23,33% khó thở thường xuyên. Như vậy tỉ lệ BN hết khó thở trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Sau phẫu thuật 100% BN có khàn tiếng, trong đó khàn nhẹ chiếm tỉ lệ cao 68.75%. BN khàn vừa chiếm 31.25%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Muhammad Rashid [6], khi không có BN nào khàn nặng.

Nghiên cứu của Lê Văn Chính [5] diện cắt ở 2/3 sau dây thanh, tỉ lệ khàn tiếng nặng là 6.67%. Trong nghiên cứu của chúng tôi diện cắt ở 1/3 sau dây thanh, không có BN nào khàn tiếng nặng. Như vậy việc bảo tồn tối đa dây thanh đặc biệt ở phần trước trong nghiên cứu của chúng tôi vừa đảm bảo hiệu quả hô hấp tốt lại vừa hạn chế việc ảnh hưởng xấu đến chất lượng giọng nói.

Có 68.75% BN không ngủ ngáy sau phẫu thuật, 31.25% sau phẫu thuật còn ngủ ngáy nhỏ, khi mệt. Rõ ràng, cùng với triệu chứng khó thở, thì khi độ rộng thanh môn được làm rộng hơn thì đã khắc phục được tương đối tình trạng ngủ ngáy của BN.

Sau phẫu thuật 78.125 % BN có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm và không có BN nào độ rộng thanh môn < 3mm. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Chính ( 86,67%) có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm. Tuy nhiên ở nghiên cứu này vẫn còn BN có độ rộng thanh môn dưới 3mm là 6.67%.

Tất cả những BN sau phẫu thuật đều có triệu chứng khàn với mức độ khác nhau. VHI tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 95% rối loạn giọng mức độ nhẹ và trung bình, không có BN nào rối loạn giọng mức độ rất nặng.

Kết quả đo chức năng hô hấp 6 tuần - 3 tháng sau phẫu thuật, có 72.73% BN đạt kết quả tốt, 27.27% đạt kết quả trung bình, không có BN nào đạt kết quả xấu.

Trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Chính CNHH của BN sau phẫu thuật bình thường chiếm 90%, chỉ còn 10% là xấu [5]. Ngược lại, trong nghiên cứu của Mahmoud a. Khalil kết quả đo CNHH kém hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể 88.23% số BN đo CNHH đạt kết quả trung bình, 11.76% số BN có kết quả xấu [7]. Tuy nhiên có sự khác biệt trong thời điểm đo CNHH

và có lẽ đây cũng chính là nguyên nhân gây ra sự khác biệt về kết quả thu được.

Trong khi biến chứng viêm phù nề tương đồng với tác giả Talal Al-Khatib thì tỉ lệ u hạt diện cắt của chúng tôi cao hơn tác giả này và tác giả Lê Văn Chính. Trong nghiên cứu của Lê Văn Chính có 4/30 BN xảy ra biến chứng sau phẫu thuật chiếm 13,33%. Trong đó có 2 BN bị dính dây thanh, 1 BN bị chảy máu ở chân canule và 1 BN bị sùi khí quản trên lưng canule. Hầu hết u hạt và viêm phù nề chúng tôi đều điều trị nội khoa thành công. Trong nghiên cứu chúng tôi chưa phát hiện BN nào có biến chứng dính dây thanh sau mổ như trong các nghiên cứu trên.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là  $4.45 \pm 2.27$  ngày, ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 11 ngày. Toàn bộ BN trong nghiên cứu của chúng tôi khi được hỏi đều cảm thấy hài lòng vì thời gian nằm viện của họ không quá dài.

Thời gian rút canuyn sau phẫu thuật của hầu hết BN là trước 2 tháng (88.24%). Trong nhóm này trung bình là 2.12 ngày, ít nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 7 ngày. Có 1/17 BN không rút được do không cai được canuyn. Trong nghiên cứu tác giả Trần Văn Oai, có 8/30 BN chiếm 26,67% rút được dưới 2 tháng sau phẫu thuật, 9/30 BN chiếm 30% rút được trong khoảng 2 – 6 tháng, 6/30 BN rút canuyn sau hơn 6 tháng và có 7/30 BN không rút được canuyn. Trong nghiên cứu của tác giả Joanna Jackowska và cs, có 26/41 BN rút canuyn thành công (63,4%) và 15/41 BN không rút được canuyn (15 BN; 36,6%) [4]. Như vậy so với nghiên cứu của các tác giả trên, khả năng rút canuyn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (94.12%) và thời gian rút được sớm hơn.

93.75% số BN trong nghiên cứu trải qua 1 lần phẫu thuật. Tuy nhiên có 2 trường hợp đặc biệt chúng tôi phải phẫu thuật lại. Trong đó trường hợp thứ nhất, BN có tổ chức hạt quá to gây khó thở chúng tôi phải bấm tổ chức hạt sau phẫu thuật 2 tháng. Trường hợp 2 là bệnh nhân nữ, 46 tuổi, đã mở khí quản, đeo canuyn 3 năm. Sau phẫu thuật 1 ngày được rút canuyn và ra viện sau đó 2 ngày. Sau mổ 28 ngày, bệnh nhân xuất hiện khó thở do viêm phù nề, sau đợt điều trị nội khoa tại viện 1 tuần, bệnh nhân hết khó thở, thanh quản hết viêm nề, độ rộng thanh môn khoảng 4mm, SpO<sub>2</sub> 96%, tuy nhiên bệnh nhân vẫn cảm thấy khó thở khi nghỉ ngơi, bệnh nhân

yêu cầu mở khí quản đặt lại canuyn và đây là trường hợp duy nhất khó cai canuyn. Đây cũng là vấn đề cần rút kinh nghiệm trong nghiên cứu, đó là với những bệnh nhân đeo canuyn lâu, nên cho bệnh nhân tập bịt ống, thở lên trên 1 thời gian cho quen dần trước khi rút.

## V. KẾT LUẬN

### 5.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- 100% là giới nữ, độ tuổi từ 33-87, trung bình 59.16 ± 10.12.

- Có 53.125%. BN đã MKQ trước phẫu thuật.

### 5.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng laser

- Sau phẫu thuật hầu hết các BN hết khó thở (84.38%) và có độ rộng thanh môn > 5mm.

- Hầu hết BN trải qua 1 lần phẫu thuật (93.75%), thời gian nằm viện trung bình ngắn.

- Không phải MKQ với nhóm BN chưa MKQ trước phẫu thuật.

- Đa số BN đã MKQ được rút canuyn sau phẫu thuật vài ngày (88.24%).

- Đánh giá VHI sau 6 tháng đa số BN có rối loạn giọng nhẹ hoặc trung bình (95%), không có BN nào rối loạn giọng rất nặng.

- Sau phẫu thuật 6 tháng phần lớn có kết quả đo chức năng hô hấp tốt (72.73%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Y, Garrett G, Zeale D (2017). Current Treatment Options for Bilateral Vocal Fold Paralysis: A State-of-the-Art Review. Clin Exp Otorhinolaryngol. 10(3):203-212.
2. Lê Hoàng Anh (2019). Đánh giá kết quả bước đầu điều trị liệt dây thanh hai bên tư thể khép sau phẫu thuật tuyến giáp bằng phương pháp treo dây thanh một bên. Luận Văn Thạc Sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
3. Trần Văn Oai (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị liệt thần kinh thanh quản quặt ngược hai bên tư thể khép sau phẫu thuật tuyến giáp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Jackowska J, Sjogren EV, Bartochowska A et al (2018) Outcomes of CO(2) laser-assisted posterior cordectomy in bilateral vocal cord paralysis in 132 cases. Lasers Med Sci 33:1115–1121.
5. Lê Văn Chính (2013). Đánh giá kết quả điều trị cố định dây thanh 2 bên ở tư thể khép bằng phương pháp cắt 2/3 sau dây thanh một bên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Muhammad Rashid, et al (2019). Results of carbon dioxide laser-assisted posterior cordotomy in cases of bilateral vocal cord paralysis; analysis of 34 cases. J Pak Med Assoc.
7. Mahmoud a. Khalil and hazem M. abdel tawab. (2014). Laser Posterior Cordotomy: Is it a Good Choice in Treating Bilateral Vocal Fold Abductor Paralysis?. Clin Med Insights Ear Nose Throat 7: 13-17.

## THỰC TRẠNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2020 - 2021

Hoàng Thị Thùy Linh\*, Nguyễn Mạnh Khánh\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng đào tạo liên tục của điều dưỡng viên tại Bệnh viện HN Việt Đức năm 2020 - 2021. Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng hình thức phỏng vấn trên 331 điều dưỡng đang làm việc tại các Khoa lâm sàng và Cận lâm sàng trong Bệnh viện. Kết quả cho thấy 96% điều dưỡng đã được đào tạo liên tục trong năm 2 năm 2020-2021; hình thức đào tạo trong bệnh viện chiếm 98,4%; kinh phí tự chi trả cho khoá đào tạo liên tục chiếm 13,6% và chỉ có 36,8% được cấp chứng chỉ đào tạo. 44,1% số điều dưỡng cho rằng nếu không đào tạo đủ thời gian thì có thể đào tạo bù vào năm kế tiếp và 43,5% điều dưỡng cho rằng hình thức đào tạo chính quy (học sau

đại học, học liên thông) là hình thức đào tạo liên tục. Gần 5% điều dưỡng ở các trình độ học vẫn khác nhau chưa được đào tạo liên tục, 62,2% số điều dưỡng có tham gia các khoá đào tạo về kỹ năng cứng như cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp, an toàn NB và gần 90% có hài lòng với khoá đào tạo. 78,2 % số điều dưỡng có tham gia đào tạo kĩ năng mềm như kỹ năng giao tiếp; 32% được đào tạo về kỹ năng làm việc nhóm. Chỉ có 46,5% số điều dưỡng đã tham gia đào tạo về kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc và can thiệp điều dưỡng. Nghiên cứu cho thấy thực trạng đào tạo của điều dưỡng mới chủ yếu tập trung vào các kỹ năng cứng, vẫn còn rất ít được đào tạo về kỹ năng mềm và kỹ năng khác theo năng lực cơ bản của điều dưỡng.

**Từ khóa:** thực trạng đào tạo liên tục, đào tạo liên tục, điều dưỡng viên.

### SUMMARY

#### CURRENT STATE OF CONTINUOUS MEDICAL TRAINING OF NURSES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020 - 2021

The study aims to describe the current status of

\*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thùy linh

Email: hoangthithuylinh0710@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022