THỰC TRẠNG CHĂM SÓC VÀ TƯ VẤN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT U NHÚ THANH QUẢN

Hoàng Anh Đức[1], Đào Đình Thi[1], Lê Kim Liên[1],

Nguyễn Thị Phương[1], Phạm Thiện Trung[2*]

1. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, 78 Giải Phóng, Kim Liên, Hà Nội

2. Bệnh viện Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội – cơ sở Linh Đàm, 189 Linh Đường, Hoàng Liệt, Hà Nội

https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i78.501

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng sau phẫu thuật và thực trạng theo dõi, chăm sóc, tư vấn người bệnh phẫu thuật u nhú thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 51 người bệnh được phẫu thuật u nhú thanh quản từ tháng 01 đến tháng 08/2025. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, 92,2% người bệnh có tình trạng hô hấp tốt; 88,2% không chảy máu hoặc phù nề; 84,3% hài lòng ở mức tốt với chăm sóc điều dưỡng. Sau một tuần, 72,5% cải thiện giọng ở mức tốt. Điểm đau trung bình giảm từ 6,1 ± 1,5 ở ngày đầu xuống 2,3 ± 1,1 ở ngày thứ ba; tỷ lệ ngủ tốt và ăn uống bình thường tăng lần lượt từ 45,1% và 29,4% lên 82,4% và 80,4%. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và hô hấp được thực hiện đầy đủ ở 100% người bệnh, theo dõi biến chứng đạt 96,1%. Hướng dẫn phục hồi giọng và tư vấn giáo dục sức khỏe đầy đủ lần lượt đạt 41,2% và 56,9%. **Kết luận:** Tình trạng hậu phẫu nhìn chung cải thiện tốt. Hướng dẫn phục hồi giọng và giáo dục sức khỏe cần được tăng cường và chuẩn hóa.

Từ khóa: u nhú thanh quản; chăm sóc điều dưỡng; theo dõi sau phẫu thuật; phục hồi giọng; giáo dục sức khỏe.

---

* Tác giả liên hệ: Phạm Thiện Trung SĐT: 0369628998

Email: trungent93@gmail.com

Nhận bài: 26/09/2026 Ngày nhận phản biện: 15/10/2026

Ngày nhận phản hồi: 16/10/2026 Ngày duyệt đăng:18/10/2026

NURSING CARE AND COUNSELING FOR PATIENTS AFTER LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS SURGERY

ABSTRACT

Objective: To describe postoperative outcomes and current practices in monitoring, nursing care, and patient counseling following surgery for laryngeal papillomatosis at the National

Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 51 patients who underwent surgery for laryngeal papillomatosis from January to August 2025. **Results:** Postoperatively, 92.2% of patients had stable respiratory status, 88.2% had no bleeding or edema, and 84.3% reported a high level of satisfaction with nursing care. At one week, 72.5% showed good voice improvement. Mean pain scores decreased from 6.1 ± 1.5 on postoperative day 1 to 2.3 ± 1.1 on day 3, while the proportions of patients with good sleep and normal oral intake increased from 45.1% and 29.4% to 82.4% and 80.4%, respectively. Vital signs and respiratory status were fully monitored in all patients, while postoperative complications were monitored in 96.1%. Complete voice rehabilitation guidance and health education were provided to 41.2% and 56.9% of patients, respectively. **Conclusion:** Early postoperative status generally improved. Voice rehabilitation guidance and patient education should be strengthened and standardized.

Keywords: laryngeal papillomatosis; nursing care; postoperative monitoring; voice rehabilitation; health education.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú thanh quản, thường được xem trong bệnh cảnh u nhú đường hô hấp tái phát, là bệnh lý biểu mô liên quan chủ yếu đến HPV. Mặc dù tổn thương có mô bệnh học lành tính, bệnh có diễn biến dai dẳng, dễ tái phát và có thể buộc người bệnh phải trải qua nhiều lần can thiệp. Khàn tiếng thường là biểu hiện nổi bật; khi tổn thương lan rộng hoặc gây hẹp thanh môn, người bệnh có thể xuất hiện thở rít, khó thở và nguy cơ tắc nghẽn đường thở.[1,2] Gánh nặng của bệnh không chỉ nằm ở số lần phẫu thuật mà còn bao gồm suy giảm chức năng giọng, ảnh hưởng tâm lý, sinh hoạt, học tập, lao động và chất lượng sống.[3]

Phẫu thuật vẫn giữ vai trò trung tâm nhằm duy trì đường thở, loại bỏ tổn thương trong khi bảo tồn tối đa cấu trúc thanh quản và cải thiện giọng nói. Tuy nhiên, phẫu thuật không đồng nghĩa với kết thúc quá trình điều trị. Người bệnh sau mổ vẫn có nguy cơ khó thở do phù nề hoặc dịch tiết, chảy máu, đau, hạn chế ăn uống và rối loạn giọng tạm thời. Mặt khác, tính chất tái phát khiến người bệnh và gia đình cần được chuẩn bị để theo dõi lâu dài, nhận biết dấu hiệu bất thường và tái khám đúng hẹn. Chất lượng giọng và chất lượng sống vì vậy cần được quan tâm song song với kiểm soát tổn thương.[3,4]

Trong chuỗi chăm sóc này, điều dưỡng là lực lượng theo dõi người bệnh liên tục nhất trong giai đoạn hậu phẫu. Vai trò điều dưỡng không chỉ giới hạn ở đo dấu hiệu sinh tồn hoặc thực hiện y lệnh mà còn bao gồm nhận định đường thở, theo dõi đau, giấc ngủ, tâm lý và dinh dưỡng; hỗ trợ giao tiếp trong thời gian hạn chế nói; hướng dẫn sử dụng giọng phù hợp; giáo dục sức khỏe và củng cố khả năng tự chăm sóc sau ra viện. Bằng chứng tổng hợp về nghỉ giọng sau vi phẫu thanh quản chưa xác định được thời lượng và mức độ hạn chế sử dụng giọng tối ưu. Vì vậy, hướng dẫn sau phẫu thuật cần cụ thể về chế độ nghỉ giọng và thời điểm sử dụng giọng trở lại, phù hợp với chỉ định chuyên

môn và khả năng tuân thủ của người bệnh.[5]

Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, hoạt động theo dõi an toàn sau mổ đã được triển khai thường quy, nhưng mức độ thực hiện đồng đều giữa chăm sóc kỹ thuật, phục hồi giọng và giáo dục sức khỏe chưa được mô tả đầy đủ. Việc nhận diện nội dung đã thực hiện tốt và những khâu còn hạn chế là cơ sở thực tiễn để chuẩn hóa chăm sóc điều dưỡng cho nhóm bệnh có đặc điểm tái phát và nhu cầu theo dõi lâu dài. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả tình trạng sau phẫu thuật và thực trạng theo dõi, chăm sóc, tư vấn người bệnh sau phẫu thuật u nhú thanh quản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 51 người bệnh được phẫu thuật u nhú thanh quản tại Khoa Nội soi, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán xác định u nhú thanh quản dựa trên lâm sàng và mô bệnh học; được phẫu thuật tại Khoa Nội soi trong thời gian nghiên cứu; tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh chuyển sang khoa khác sau phẫu thuật khiến việc theo dõi theo kế hoạch nghiên cứu không thể tiếp tục, hoặc ngừng tham gia trước khi hoàn thành nghiên cứu.

2.2. Thiết kế và chọn mẫu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp chọn mẫu liên tiếp, thu nhận tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Thông tin được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh hoặc người nhà, hồ sơ bệnh án và phiếu theo dõi chăm sóc. Các nội dung đánh giá gồm tình trạng hô hấp, đau theo thang Wong–Baker, giấc ngủ, tâm lý, dinh dưỡng, triệu chứng và biến chứng sau mổ, mức độ tuân thủ, sự hài lòng và mức độ thực hiện các hoạt động chăm sóc, tư vấn. Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0 và trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Sự thay đổi của các biến định lượng qua ba thời điểm được đánh giá bằng phân tích phương sai đo lặp lại hoặc kiểm định Friedman, tùy theo đặc điểm phân bố và các giả định thống kê. Kiểm định Cochran's Q được sử dụng để so sánh tỷ lệ của các biến nhị phân qua ba thời điểm. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương chấp thuận. Người tham gia được giải thích, tự nguyện tham gia và có quyền rút lui; thông tin được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 51)

Đặc điểm	Phân nhóm/chỉ số	Giá trị
Nhóm tuổi (năm)	1–5	5 (9,8)
	6–15	17 (33,3)
	16–25	9 (17,6)
	26–35	6 (11,8)
	36–45	7 (13,7)
	46–55	4 (7,8)
	>55	3 (5,9)
Tuổi (năm)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	22,8 ± 15,2
Giới tính	Nam	31 (60,8)
	Nữ	20 (39,2)
BMI (kg/m²)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	22,4 ± 1,4
Bệnh đồng mắc	Có	36 (70,6)
	Không	15 (29,4)
Số lần phẫu thuật	1 lần	20 (39,2)
	2 lần	23 (45,1)
	≥3 lần	8 (15,7)
Phương pháp phẫu thuật	Dụng cụ lạnh	29 (56,9)
	Microdebrider	20 (39,2)
	Laser CO_2	2 (3,9)

Giá trị được trình bày dưới dạng n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn.

Nhóm tuổi 6–15 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%); tuổi trung bình là 22,8 ± 15,2 năm. Nam giới chiếm 60,8%. Có 36/51 người bệnh (70,6%) được ghi nhận có bệnh đồng mắc. Số người bệnh đã phẫuthuật 1–2 lần chiếm 84,3%; 15,7% đã phẫu thuật từ 3 lần trở lên. Phẫu thuật bằng dụng cụ lạnh chiếm tỷ lệ cao nhất (56,9%), tiếp theo là Microdebrider (39,2%) và laser CO_2 (3,9%).

Bảng 2. Kết quả phục hồi sau phẫu thuật

Chỉ số phục hồi	Tốt	Khá	Trung bình
Hô hấp sau mổ ổn định	47 (92,2%)	4 (7,8%)	0
Giọng nói cải thiện sau 1 tuần	37 (72,5%)	11 (21,6%)	3 (5,9%)
Không có biến chứng chảy máu, phù nề	45 (88,2%)	6 (11,8%)	0
Mức độ hài lòng với chăm sóc điều dưỡng	43 (84,3%)	6 (11,8%)	2 (3,9%)

Hô hấp sau phẫu thuật được đánh giá ở mức tốt ở 47/51 người bệnh (92,2%); tiêu chí không có chảy máu, phù nề đạt mức tốt ở 45/51 người bệnh (88,2%). Có 43/51 người bệnh (84,3%) đánh giá mức hài lòng tốt với chăm sóc điều dưỡng. Sau

một tuần, mức cải thiện giọng tốt, khá và trung bình lần lượt chiếm 72,5%, 21,6% và 5,9%.

Bảng 3. Đánh giá tình trạng và chăm sóc sau phẫu thuật

Chỉ số theo dõi	Tốt	Khá	Trung bình
Mức độ đau sau mổ (Wong–Baker)	32 (62,7%)	14 (27,5%)	5 (9,8%)
Tuân thủ điều trị (dùng thuốc, tập thở, nghỉ nói)	40 (78,4%)	8 (15,7%)	3 (5,9%)
Chất lượng giấc ngủ (PSQI)	35 (68,6%)	12 (23,5%)	4 (7,9%)
Lo âu, căng thẳng tâm lý (Zung)	30 (58,8%)	16 (31,4%)	5 (9,8%)
Dinh dưỡng (ăn uống, hấp thu, thể trạng)	38 (74,5%)	10 (19,6%)	3 (5,9%)
Tổng hợp chung tình trạng chăm sóc	36 (70,6%)	11 (21,6%)	4 (7,8%)

Tuân thủ điều trị đạt mức tốt ở 78,4% người bệnh, tiếp theo là dinh dưỡng (74,5%) và chất lượng giấc ngủ (68,6%). Tỷ lệ đạt mức tốt về kiểm soát đau là 62,7%, trong khi đánh giá lo âu, căng thẳng tâm lý đạt mức tốt ở 58,8%. Đánh giá tổng hợp tình trạng chăm sóc ghi nhận 70,6% người bệnh ở mức tốt, 21,6% mức khá và 7,8% mức trung bình.

Bảng 4. Triệu chứng được theo dõi sau phẫu thuật

Triệu chứng theo dõi	Không có	Mức độ nhẹ	Mức độ vừa	Mức độ nặng
Khó thở sau mổ	44 (86,3%)	5 (9,8%)	2 (3,9%)	0
Khàn tiếng hoặc mất tiếng tạm thời	20 (39,2%)	25 (49,0%)	6 (11,8%)	0
Chảy máu sau mổ	49 (96,1%)	2 (3,9%)	0	0
Tổng hợp	45 (88,2	6 (11,8	–	–

biến chứng sau mổ	%) không biến chứng	%) có biến chứng nhẹ		

Không ghi nhận triệu chứng ở mức độ nặng. Khó thở mức nhẹ và vừa lần lượt gặp ở 9,8% và 3,9% người bệnh; khàn tiếng hoặc mất tiếng tạm thời mức nhẹ và vừa tương ứng là 49,0% và 11,8%. Chảy máu sau phẫu thuật gặp ở 2/51 người bệnh (3,9%), đều ở mức nhẹ. Theo chỉ số tổng hợp biến chứng, 45/51 người bệnh (88,2%) không ghi nhận biến chứng và 6/51 (11,8%) được phân loại có biến chứng nhẹ.

Bảng 5. Diễn biến một số chỉ số trong ba ngày đầu sau phẫu thuật

Chỉ số theo dõi	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	p
Thân nhiệt trung bình (°C)	37,6 ± 0,4	37,2 ± 0,3	36,9 ± 0,3	> 0,05
Mức độ đau trung bình (Wong–Baker)	6,1 ± 1,5	4,2 ± 1,3	2,3 ± 1,1	< 0.05
Tỷ lệ khàn tiếng (%)	60,8	23,5	7,8	< 0,05
Tỷ lệ khó thở (%)	13,7	3,9	0	< 0,05
Phù nề (%)	7,8	3,9	0	< 0,05
Tinh thần ổn định (%)	62,7	84,3	94,1	< 0,05
Ngủ tốt (%)	45,1	68,6	82,4	< 0,05
Ăn uống bình thường (%)	29,4	56,9	80,4	< 0,05

Trong ba ngày đầu sau phẫu thuật, thân nhiệt trung bình giảm từ 37,6 ± 0,4°C xuống 36,9 ± 0,3°C, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Điểm đau trung bình giảm từ 6,1 ± 1,5 xuống 2,3 ± 1,1 (p < 0,05). Tỷ lệ khàn tiếng, khó thở và phù nề giảm lần lượt từ 60,8%, 13,7% và 7,8% ở ngày thứ nhất xuống còn 7,8%, 0% và 0% ở ngày thứ ba. Đồng thời, tỷ lệ người bệnh có tinh thần ổn định, ngủ tốt và ăn uống bình thường tăng tương ứng từ 62,7%, 45,1% và 29,4% lên 94,1%, 82,4% và 80,4%. Các thay đổi về tỷ lệ nêu trên đều được báo cáo có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 6. Mức độ thực hiện các nội dung theo dõi chăm sóc và tư vấn

Nội dung chăm sóc	Thực hiện đầy đủ	Thực hiện chưa đầy đủ	Không thực hiện
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, hô hấp	51 (100%)	0	0
Theo dõi khó thở,	49 (96,1%)	2 (3,9%)	0

phù nề, chảy máu sau mổ			
Hướng dẫn tư thế nằm, nghỉ ngơi	40 (78,4%)	8 (15,7%)	3 (5,9%)
Hút đờm, khí dung đúng kỹ thuật	44 (86,3%)	6 (11,8%)	1 (1,9%)
Hướng dẫn ăn uống hợp lý	36 (70,6%)	12 (23,5%)	3 (5,9%)
Hướng dẫn tập nói, phục hồi giọng	21 (41,2%)	18 (35,3%)	12 (23,5%)
Tư vấn giáo dục sức khỏe về tránh rượu, thuốc lá và tái khám	29 (56,9%)	15 (29,4%)	7 (13,7%)

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và hô hấp được thực hiện đầy đủ ở toàn bộ 51 người bệnh (100%); theo dõi khó thở, phù nề và chảy máu được thực hiện đầy đủ ở 96,1%. Tỷ lệ thực hiện đầy đủ hút đờm, khí dung đúng kỹ thuật là 86,3%; hướng dẫn tư thế nằm, nghỉ ngơi là 78,4% và hướng dẫn ăn uống là 70,6%. Hướng dẫn tập nói, phục hồi giọng và tư vấn giáo dục sức khỏe có tỷ lệ thực hiện đầy đủ thấp hơn, lần lượt là 41,2% và 56,9%; tỷ lệ không thực hiện tương ứng là 23,5% và 13,7%.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,8 ± 15,2 năm, trong đó nhóm 6–15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%); nam giới chiếm 60,8%. Mẫu nghiên cứu bao gồm cả trẻ em và người trưởng thành, nhưng tuổi tại thời điểm phẫu thuật không đồng nghĩa với tuổi khởi phát bệnh. Tổng quan của Ovcinnikova và cộng sự ghi nhận tuổi khởi phát sớm có liên quan đến diễn biến bệnh và nhu cầu can thiệp lặp lại;[3] vì vậy, không thể sử dụng phân bố tuổi hiện tại để suy luận về thể bệnh hay nguy cơ tái phát. Nghiên cứu đăng ký tại Đan Mạch của Nielsen và cộng sự ghi nhận nam giới chiếm 72%,[6] cao hơn tỷ lệ trong mẫu nghiên cứu này; khác biệt về quần thể và cách chọn mẫu không cho phép suy luận về vai trò của giới đối với mức độ nặng hoặc kết quả chăm sóc. Trong thực hành, hướng dẫn sau phẫu thuật cần phù hợp với lứa tuổi và khả năng tự chăm sóc; đối với trẻ em, cha mẹ hoặc người chăm sóc cần tham gia tiếp nhận hướng dẫn.

Các hoạt động theo dõi an toàn sớm được thực hiện đầy đủ với tỷ lệ cao: theo dõi dấu hiệu sinh tồn và hô hấp đạt 100%, theo dõi khó thở, phù nề và chảy máu đạt 96,1%. Về tình trạng lâm sàng, 92,2% người bệnh được xếp mức tốt về ổn định

hô hấp, 88,2% không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật và 96,1% không chảy máu. Đây là các chỉ số có định nghĩa khác nhau, không nên xem là những thước đo tương đương hoặc bằng chứng về hiệu quả của hoạt động theo dõi. Phù nề, máu và dịch tiết tại thanh quản có thể ảnh hưởng đến đường thở; tổng quan của Liu và cộng sự cũng đề cập sự cần thiết theo dõi các biến chứng đường thở và tổn thương cấu trúc thanh quản sau can thiệp.[7]

Tại thời điểm đánh giá triệu chứng, 13,7% người bệnh có khó thở mức nhẹ hoặc vừa và 3,9% có chảy máu nhẹ; không ghi nhận triệu chứng mức độ nặng. Những số liệu này cho thấy việc theo dõi vẫn cần tiếp tục ngay cả khi tỷ lệ thực hiện đầy đủ các hoạt động chăm sóc cao. Điều dưỡng cần ghi nhận diễn biến khó thở, tiếng thở, dấu hiệu co kéo, SpO_2 và chảy máu theo tình trạng người bệnh và chỉ định chuyên môn.[8]

Trong ba ngày đầu sau phẫu thuật, tỷ lệ khàn tiếng giảm từ 60,8% xuống 7,8%, khó thở từ 13,7% xuống 0% và phù nề từ 7,8% xuống 0%. Các chỉ số này cho thấy xu hướng giảm triệu chứng trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Tuy nhiên, những thay đổi quan sát được theo thời gian không đủ để quy kết cho hiệu quả của một hoạt động chăm sóc riêng biệt trong thiết kế nghiên cứu hiện tại.

Điểm đau trung bình giảm từ 6,1 ± 1,5 ở ngày thứ nhất xuống 2,3 ± 1,1 ở ngày thứ ba; đồng thời, tỷ lệ người bệnh ăn uống bình thường tăng từ 29,4% lên 80,4% và ngủ tốt tăng từ 45,1% lên 82,4% (đều $p < 0,05$). Những kết quả này cho thấy mức độ đau, khả năng ăn uống và chất lượng giấc ngủ đều có xu hướng cải thiện trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Trong thực hành điều dưỡng, cần đánh giá thường xuyên mức độ đau, tình trạng ăn uống và giấc ngủ để kịp thời triển khai các biện pháp hỗ trợ phù hợp với nhu cầu của từng người bệnh.

Tỷ lệ người bệnh có tinh thần ổn định tăng từ 62,7% ở ngày thứ nhất lên 94,1% ở ngày thứ ba ($p < 0,05$), trong khi tỷ lệ đạt mức tốt về lo âu, căng thẳng tâm lý ở đánh giá chung là 58,8%. Hai chỉ số khác nhau về nội dung đánh giá và chưa được mô tả đầy đủ về thời điểm đo nên không thể đối chiếu trực tiếp. Các nghiên cứu về u nhú đường hô hấp tái phát cho thấy gánh nặng đối với chất lượng sống và trải nghiệm người bệnh cần được quan tâm bên cạnh kết quả phẫu thuật.[4,9] Việc tư vấn nên bao gồm giải thích diễn biến sau mổ, nhận biết dấu hiệu cảnh báo và tiếp nhận những lo lắng liên quan đến giọng nói hoặc tái phát; đối với trẻ em, cần trao đổi với người chăm sóc.

Mức độ thực hiện các nội dung chăm sóc không đồng đều: theo dõi dấu hiệu sinh tồn và hô hấp đạt 100%, hút đờm và khí dung đúng kỹ thuật đạt 86,3%, nhưng hướng dẫn tập nói, phục hồi giọng chỉ đạt 41,2% và tư vấn giáo dục sức khỏe đạt 56,9%. Tương ứng, 23,5% và 13,7% người bệnh được ghi nhận không thực hiện hai nội dung hướng dẫn này. Đây là những khâu cần xem xét khi hoàn thiện quy trình, bởi giọng nói và khả năng giao tiếp có ý nghĩa đối với sinh hoạt và chất lượng sống của người mắc u nhú thanh quản.[3,4,9]

Khàn tiếng hoặc mất tiếng tạm thời mức nhẹ và vừa được ghi nhận ở 60,8% người bệnh sau phẫu thuật. Tỷ lệ khàn tiếng giảm còn 7,8% vào ngày thứ ba; sau một tuần, 72,5% người bệnh được đánh giá có mức cải thiện giọng tốt. Những kết quả này cho thấy tình trạng giọng nói có

xu hướng cải thiện trong giai đoạn hậu phẫu sớm, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi diễn biến giọng nói và hướng dẫn phục hồi giọng phù hợp trong quá trình chăm sóc.

Các bằng chứng hiện có về nghỉ giọng sau vi phẫu thanh quản chưa xác định được một chế độ tối ưu có thể áp dụng thống nhất cho mọi người bệnh. Fan và cộng sự không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả giọng giữa hai chế độ nghỉ giọng được khảo sát;[10] trong khi tổng quan hệ thống của Chi và cộng sự cho thấy sự không đồng nhất về hình thức và thời lượng nghỉ giọng giữa các nghiên cứu.[5] Bên cạnh đó, Dong và Lin ghi nhận những khó khăn của người bệnh trong việc đáp ứng yêu cầu công việc và duy trì tương tác xã hội khi phải nghỉ giọng.[11] Tuy nhiên, do các nghiên cứu trên không tập trung riêng vào người bệnh u nhú thanh quản, việc vận dụng kết quả cần thận trọng. Trong thực hành điều dưỡng, hướng dẫn nghỉ giọng cần được cá thể hóa theo chỉ định của phẫu thuật viên, trong đó làm rõ thời gian hạn chế sử dụng giọng, phương thức giao tiếp thay thế và thời điểm sử dụng giọng trở lại, thay vì áp dụng một chế độ cố định cho tất cả người bệnh.

Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện chuyên khoa với cỡ mẫu 51 người bệnh được chọn mẫu liên tiếp, do đó tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Một số chỉ số phục hồi và chăm sóc được phân loại thành các mức tốt, khá và trung bình nhưng tiêu chí phân loại và thời điểm đánh giá chưa được mô tả đầy đủ. Số trường hợp khó thở, phù nề và chảy máu tương đối ít, hạn chế khả năng diễn giải kết quả thống kê đối với các biến cố này. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa phân tích mối liên quan giữa các hoạt động chăm sóc, đặc biệt là hướng dẫn phục hồi giọng, với kết quả hồi phục của người bệnh. Thiết kế nghiên cứu mô tả cũng không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả hoặc mức độ đóng góp riêng biệt của hoạt động tư vấn điều dưỡng đối với sự cải thiện giọng nói. Các nghiên cứu tiếp theo cần chuẩn hóa tiêu chí đánh giá, xác định rõ thời điểm đo và sử dụng thiết kế phù hợp để đánh giá hiệu quả của các biện pháp chăm sóc sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 51 người bệnh sau phẫu thuật u nhú thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương cho thấy tình trạng lâm sàng có xu hướng cải thiện trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Tỷ lệ ổn định hô hấp ở mức tốt đạt 92,2%; sau một tuần, 72,5% người bệnh được đánh giá cải thiện giọng ở mức tốt. Trong ba ngày đầu, điểm đau trung bình giảm từ 6,1 ± 1,5 xuống 2,3 ± 1,1, đồng thời tỷ lệ người bệnh ngủ tốt và ăn uống bình thường tăng lên. Hoạt động theo dõi dấu hiệu sinh tồn và hô hấp được thực hiện đầy đủ ở 100% người bệnh; theo dõi khó thở, phù nề và chảy máu đạt 96,1%. Tuy nhiên, tỷ lệ thực hiện đầy đủ hướng dẫn phục hồi giọng và tư vấn giáo dục sức khỏe chỉ đạt lần lượt 41,2% và 56,9%. Kết quả này cho thấy cần ưu tiên chuẩn hóa nội dung hướng dẫn phục hồi giọng, tăng cường giáo dục sức khỏe và bảo đảm tính đồng bộ giữa theo dõi an toàn với chăm sóc, tư vấn sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015.

2. Nguyễn XQ, Đào ĐT, Vilyvong K. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nhú thanh quản ở trẻ em. VMJ. 2023 Apr 12;525(1A). doi:10.51298/vmj.v525i1A.4973

3. Ovcinnikova O, Engelbrecht K, Verma M, Pandey R, Morais E. "A systematic literature review of the epidemiology, clinical, economic and humanistic burden in recurrent respiratory papillomatosis". Respir Res. 2024 Dec 18;25(1):430. doi:10.1186/s12931-024-03057-w

4. So RJ, McClellan K, Best SR. Recurrent Respiratory Papillomatosis: Quality of Life Data from an International Patient Registry. The Laryngoscope. 2023 Aug;133(8):1919–26. doi:10.1002/lary.30401

5. Chi H, Cho H, Yang A, Chen Y, Chen J. Effects of Different Voice Rest on Vocal Function After Microlaryngeal Surgery: A Systematic Review and META-ANALYSIS. The Laryngoscope. 2023 Jan;133(1):154–61. doi:10.1002/lary.30082

6. Nielsen US, Rasmussen ER, Rosenørn MR, Schjellerup Jørkov AP, Homøe P. Recurrent Laryngeal Papillomatosis in Denmark from 1994 to 2021: A Nationwide Register Study. The Laryngoscope. 2024 Dec;134(12):5047–53. doi:10.1002/lary.31678

7. Liu S, Wang J, Shao J. Safety of different surgical modalities for recurrent respiratory papillomatosis resection: A systematic review and meta-analysis. Clinical Otolaryngology. 2023 May;48(3):403–13. doi:10.1111/coa.14023

8. Nguyễn HK. Điều dưỡng chuyên ngành Tai Mũi Họng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2007.

9. Mallinger M, Wiersma L, Spek B, Rinkel RNPM. Quality of Life in Recurrent Respiratory Papillomatosis Patients after Vocal Fold Surgery: An In-Depth Exploration. Folia Phoniatr Logop. 2024 Jul 22;1–10. doi:10.1159/000540310

10. Fan RS, Yiu Y, Kulesz PA, Dueppen A, Procter T, Goodwin ME, et al. Clinical Voice Outcomes for Two Voice Rest Protocols after Phonomicrosurgery. The Laryngoscope. 2024 Jun;134(6):2812–8. doi:10.1002/lary.31250

11. Dong SX, Lin RJ. Patient Experience With Absolute Voice Rest Following Phonomicrosurgery: A Qualitative Study. The Laryngoscope. 2024 Jan;134(1):361–6. doi:10.1002/lary.30925