

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU HIỆU QUẢ CỦA ERAS TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ ĐẠI-TRỰC TRÀNG

Vũ Ngọc Anh Tuấn***, Nguyễn Đại Thanh Sang*, Vương Thừa Đức**, ,
Phạm Thanh Việt***, Đỗ Ngọc Nghĩa *

**Bệnh Viện Bình Dân ** Đại Học Y Dược TP.HCM*

**** Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS) được xây dựng trên nhiều tiêu chí với mục đích tối ưu hóa tình trạng BN trước mổ, từ đó giảm thiểu các tác động do cuộc phẫu thuật và thúc đẩy nhanh quá trình hồi phục.

Mục tiêu: xác định kết quả sớm khi áp dụng ERAS tại BV Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca, trên đối tượng là bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại-trực tràng chương trình được chăm sóc theo ERAS được thực hiện từ 1/10/2019 đến 30/4/2020 tại khoa ngoại tiêu hoá.

Kết quả: trong nghiên cứu có 36 BN, có độ tuổi trung bình là $60,56 \pm 11,11$ tuổi, tỉ lệ nam/ nữ là 21/15, thời gian phẫu thuật trung vị là 180 phút, lượng máu mất trung bình là 50ml, tỉ lệ biến chứng chung là 16,67%, trong đó 11,11% là biến chứng nhẹ. Thời gian nằm viện giai đoạn hậu phẫu là 6 ngày.

Kết luận: bước đầu áp dụng ERAS tại bệnh viện Bình Dân đối với bệnh nhân phẫu thuật đại-trực tràng cũng cho kết quả tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới về tỉ lệ biến chứng và thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Nghiên cứu bước đầu chứng tỏ việc áp dụng ERAS trong điều kiện thực hành lâm sàng tại bệnh viện Bình Dân là hoàn toàn khả thi.

Từ khóa: hồi phục sớm sau phẫu thuật, biến chứng, thời gian nằm viện.

RELIMINARY EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ERAS IN LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

Vu Ngoc Anh Tuan, Nguyen Dai Thanh Sang, Vuong Thua Duc, Pham Thanh Viet
Pham Thanh Viet, Do Ngoc Nghia

ABSTRACT

Background: The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) is built on many criteria with the aim of optimizing the preoperative patient's condition, thereby minimizing the impact of surgery and accelerating the recovery process.

Objective: Determinate the early results when applying ERAS at Binh Dan Hospital.

Methods: Case series report, on patients with elective colorectal cancer surgery under ERAS protocol performed from October 1, 2019 to April 30, 2020 at gastrointestinal surgery department.

Results: in the study there are 36 patients, with the average age of 60.56 ± 11.11 years old, the ratio of men / women is 21/15, the median surgery time is 180 minutes, the average blood loss is 50ml, the general complication rate is 16.67%, of which 11.11% is mild complication. The length of hospital stay in the postoperative period is 6 days.

Conclusion: Initial application of ERAS at Binh Dan Hospital for colorectal surgery patients also showed similar results with studies of other foreign authors in both complications and length of hospital stay. The research initially proves that the application of ERAS in clinical practice at Binh Dan Hospital is feasible.

Key word: ERAS, complication, length of hospital stay.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Năm 2018, theo thống kê của tổ chức Y tế Thế giới [11], ung thư đại-trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ ba. Tại Việt Nam, có 14.733 trường hợp (TH) mới mắc và có 8.104 người tử vong do UTĐTT. Song song với sự phát triển về kỹ thuật và các phương pháp điều trị ngoại khoa, vấn đề về chăm sóc, chuẩn bị bệnh nhân (BN) trước và sau phẫu thuật cũng rất quan trọng. Chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery programe) được đề ra vào năm 1995 bởi giáo sư Henrik Kehlet [2], đã mở ra kỉ nguyên mới trong điều trị bệnh lý ngoại khoa nói chung và bệnh lý UTĐTT nói riêng. ERAS được xây dựng trên nhiều tiêu chí với mục đích tối ưu hóa tình trạng BN trước mổ, từ đó giảm thiểu các tác động do cuộc phẫu thuật và thúc đẩy nhanh quá trình hồi phục. ERAS đã được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm phẫu thuật trên Thế giới và đã cho thấy đây là một phương pháp

điều trị an toàn và hiệu quả [3], [4], [6], [7]. Bệnh viện Bình Dân cũng đã triển khai ERAS trong điều trị bệnh lý UTĐTT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá bước đầu hiệu quả của ERAS trong phẫu thuật nội soi ung thư đại-trực tràng” tại Bệnh viện Bình Dân với mục tiêu xác định kết quả sớm sau phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật UTĐTT khi áp dụng ERAS tại BV Bình Dân.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng chọn bệnh là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến đại-trực tràng dựa trên kết quả giải phẫu bệnh và được chăm sóc theo quy trình ERAS được áp dụng tại bệnh viện Bình Dân. Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ 01/10/2019 đến 30/04/2020 tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bình Dân.

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca

Các biến số được khảo sát liên quan đến quy trình ERAS được chia làm 3 giai đoạn bao gồm trước phẫu thuật (tình trạng dinh dưỡng và can thiệp, chế độ ăn, kháng sinh đường uống); giai đoạn phẫu thuật (kháng sinh dự phòng, duy trì thân nhiệt, dự phòng nôn và buồn nôn); giai đoạn hậu phẫu (giảm đau sau mổ, rút thông mũi dạ dày, rút thông tiểu, cho ăn đường miệng sớm, vận động sớm, ngưng truyền dịch sớm).

Bảng 1. Quy trình chăm sóc BN phẫu thuật đại trực tràng theo ERAS áp dụng tại bệnh viện Bình Dân

Giai đoạn tiền phẫu	
Tư vấn trước phẫu thuật	Nhóm phẫu thuật tư vấn về tình trạng bệnh, nguy cơ và quy trình chăm sóc HPSSPT
Can thiệp dinh dưỡng	Hướng dẫn chế độ ăn, dinh dưỡng TM hỗ trợ khi BN ăn uống ít hơn 60% nhu cầu năng lượng cơ bản
Nhịn ăn trước phẫu thuật	Ăn nhẹ vào 22 giờ trước phẫu thuật, uống 100ml nước vào lúc 5 giờ ngày phẫu thuật
Giai đoạn phẫu thuật	
Kháng sinh dự phòng	Cefalosporin thế hệ II (Cefuroxime 1,5g hoặc Cefazolin 2g) tiêm mạch chậm trước rạch da 30 phút
Phẫu thuật ít xâm lấn	Áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi

Duy trì và theo dõi thân nhiệt trong phẫu thuật	Duy trì thân nhiệt bằng nệm sưởi và máy làm ẩm dịch truyền, theo dõi nhiệt độ thực quản trong suốt quá trình phẫu thuật
Dự phòng nôn và buồn nôn	Odasentron truyền tĩnh mạch 30 phút trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật, nếu BN đủ 2/4 tiêu chuẩn theo thang điểm Apfel
Giảm đau đa mô thức	Áp dụng phương pháp giảm đau đa mô thức

Giai đoạn sau phẫu thuật

Rút thông mũi dạ dày sớm	Rút thông mũi dạ dày ngay sau phẫu thuật hoặc trong vòng 24 giờ đầu
Rút thông tiểu sớm	Trong 3 ngày hậu phẫu đầu tiên nếu không có y lệnh lưu thông tiểu dài ngày từ phẫu thuật viên
Cho ăn đường miệng sớm	Uống 50ml nước vào buổi sáng ngày hậu phẫu 1, ăn thức ăn lỏng sau đó 6 giờ nếu dung nạp tốt
Vận động sớm	Tập vật lý trị liệu sau phẫu thuật, vận động và ngồi dậy tại giường vào ngày hậu phẫu 1 Đi lại vận động ra khỏi giường từ ngày hậu phẫu 2 ít nhất 6 giờ mỗi ngày
Ngưng dịch truyền sớm	Ngưng dịch truyền khi BN có thể tự ăn uống được và không xảy ra tình trạng nôn ói

Y đức Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức số 258/HĐĐĐ-TĐHYKPNT của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

KẾT QUẢ

Từ ngày 01/10/2019 đến ngày 30/04/2020 tại khoa Ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân có 36 bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại-trực tràng chương trình được chăm sóc theo ERAS.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Độ tuổi trung bình	60,56 ± 11,11 tuổi
Tỷ lệ nam/nữ	21/15
BMI	21,38 kg/m ² (19,33 – 21,93)
Hemoglobin (hgb) máu	12g/dL (10,75 – 13)

Vị trí u	
Đại tràng	22 TH
Trực tràng	14 TH
Tiền căn	
Đái tháo đường	5 TH
Tăng huyết áp	13 TH
Phẫu thuật vùng bụng	4 TH

Có 21 bệnh nhân nam (58,3%) và 15 bệnh nhân nữ (41,7%) với độ tuổi trung bình ở nam giới là $62,33 \pm 11,31$ và ở nữ giới là $58,07 \pm 10,69$. Có 12 trường hợp (TH) (33,33%) được đánh giá suy dinh dưỡng trước phẫu thuật, tất cả đều được can thiệp dinh dưỡng. Chỉ số hemoglobin máu trung vị là 12g/dL (10,75 – 13). Có 1 TH cần truyền máu trước phẫu thuật.

Bảng 3. Tình trạng phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	180 phút (150 – 240)
Lượng máu mất	50 ml (45 – 59)
Nhiệt độ	36,43°C (36,4 – 36,52)

Trong tổng số 36 TH nghiên cứu, có 22 TH là ung thư đại tràng và 14 TH ung thư trực tràng. Tất cả bệnh nhân đều được chuẩn bị ruột cơ học theo phác đồ của bệnh viện. Có 14 TH (38,89%) sử dụng kháng sinh đường uống trước phẫu thuật và tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật. Trong 14 TH phẫu thuật cắt trực tràng có 8 TH mở hồi tràng ra da. Thời gian phẫu thuật trung vị là 180 phút, thời gian mổ ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 285 phút. Không có trường hợp nào cần truyền máu sau mổ.

Bảng 4. Tình trạng hậu phẫu

Rút thông mũi dạ dày sớm	36 TH (100%)
Rút thông tiểu trong 3 ngày đầu	36 TH (100%)
Cho ăn sớm đường miệng	36 TH (100%)
Hội chứng buồn nôn và nôn ói	8 TH (25%)
Thời điểm ngưng dịch truyền	7 TH (19,44%) ngưng ở HP2 13 TH (36,11) ngưng ở HP3
Vận động sớm	36 TH (100%)
Thời gian trung tiện lần đầu	33 giờ (28,25 – 51,5)

Thời gian nằm viện hậu phẫu trung vị là 6 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung là 16,67% (trong đó tỷ lệ biến chứng nhẹ là 11,11%, nặng là 5,55%). Trong số 6 TH xảy ra biến chứng có 4 TH nhiễm trùng vết mổ (13,88%), 1 TH chảy máu miệng nổi và 1 TH xì miệng nổi.

Bảng 5. So sánh tỉ lệ biến chứng với các nghiên cứu khác

Tác giả	Tỉ lệ biến chứng chung
Antonio Brescia [3]	10,00%
Corrado Pedrazzani [8]	29,50%
Chúng tôi	16,67%

Bảng 6. So sánh thời gian nằm viện hậu phẫu với các nghiên cứu khác

Tác giả	Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình
Dai Shida [9]	7 (4-19)
Pedrazzani [8]	5,5 (2-40)
Lê Huy Lưu [1]	4,33 (2-11)
Antonio Brescia [3]	4 (3-34)
Chúng tôi	6 (5-13)

BÀN LUẬN:

Mục đích chính của ERAS nhằm giảm thiểu các đáp ứng về sinh lý và chuyển hóa của cơ thể đối với các áp lực do quá trình phẫu thuật gây ra, do đó ERAS sẽ giúp BN hồi phục sớm, giảm thiểu tỉ lệ biến chứng và tử vong chu phẫu, giảm thời gian và chi phí nằm viện.

Theo hướng dẫn chăm sóc BN phẫu thuật đại-trực tràng chương trình của hiệp hội ERAS năm 2018 [7], chương trình này bao gồm 25 tiêu chí được chia thành 4 giai đoạn: trước nhập viện, trước phẫu thuật, trong và sau phẫu thuật.

Triển khai áp dụng ERAS ở nhóm BN trẻ tuổi sẽ có nhiều lợi thế hơn như ít chịu tác động của các tình trạng bệnh nội khoa, quá trình chuyển hóa, hồi phục nhanh hơn so với BN lớn tuổi. Trong thời gian gần đây cũng có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của ERAS trên một số đối tượng BN đặc biệt như BN lớn tuổi, BN phẫu thuật cấp cứu và cũng cho thấy lợi ích của ERAS

Thời gian nằm viện trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 6 ngày, ngắn hơn 1 ngày so với nhóm BN chưa tuân thủ thực hiện ERAS. So với một số nghiên cứu khác, thời gian nằm viện của chúng tôi không quá khác biệt, so với tác giả C.Pedrazzani [8] và Dai Shida [9] nhưng dài hơn so với báo cáo của A.Bressica [3] và Lê Huy Lưu [1].

Trong nghiên cứu, có 6 TH xảy ra biến chứng phân loại theo thang điểm Clavien Dindo, chiếm tỉ lệ 16,67 %. Tỉ lệ biến chứng của chúng tôi có cao hơn 6,67% so với tác giả Antonio Brescia [3], tuy nhiên tỉ lệ này thấp hơn 12,83% so với báo cáo của tác giả C.Pedrazzani [8].

Tác giả Forsmo [5] đã báo cáo ở nhóm BN được tư vấn thường xuyên và kĩ càng về tình trạng bệnh và quy trình chăm sóc của ERAS có thời gian nằm viện giai đoạn hậu phẫu ngắn hơn (5 ngày) so với nhóm được tư vấn theo truyền thống (7 ngày). Tác giả cũng ghi nhận ở nhóm được tư vấn kĩ BN tuân thủ và hợp tác tốt hơn, cụ thể là lượng thức ăn trong 3 ngày hậu phẫu đầu nhiều hơn, thời gian đi lại và vận động nhiều hơn, lượng dịch truyền của nhóm này cũng ít hơn. Để áp dụng được đầy đủ các tiêu chí của ERAS cần sự phối hợp nhiều chuyên ngành từ việc tiếp cận chẩn đoán điều trị trước khi nhập viện cho đến khi BN xuất viện và theo dõi ngoại trú.

KẾT LUẬN

Chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS) được đề ra đầu năm 1995 đã mở ra kỷ nguyên mới trong điều trị ngoại khoa. Hiện nay, phương pháp này đã được áp dụng rộng rãi trên Thế giới, không chỉ trong phẫu thuật đại-trực tràng mà còn trong nhiều chuyên ngành ngoại khoa khác. Bước đầu áp dụng ERAS tại bệnh viện Bình Dân đối với bệnh nhân phẫu thuật đại-trực tràng cũng cho kết quả tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác trên Thế giới về tỉ lệ biến chứng và thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Nghiên cứu bước đầu chứng tỏ việc áp dụng ERAS trong điều kiện thực hành lâm sàng tại bệnh viện Bình Dân là hoàn toàn khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Huy Lưu và cộng sự. (2018). Kết quả ban đầu áp dụng quy trình phục hồi nhanh sau phẫu thuật cắt đại tràng. 127–132.
2. Alfonsi P., Slim K., Chauvin M. et al. (2014). French guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. *J Visc Surg*, 151(1), 65–79.

3. Brescia A., Tomassini F., Berardi G. et al. (2017). Development of an enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in laparoscopic colorectal surgery: results of the first 120 consecutive cases from a university hospital. *Updates Surg*, 69(3), 359–365.
4. Fearon K.C.H., Ljungqvist O., Von Meyenfeldt M. et al. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr*, 24(3), 466–477.
5. Forsmo H.M., Erichsen C., Rasdal A. et al. (2018). Randomized controlled trial of extended perioperative counseling in enhanced recovery after colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*, 61(6), 724–732.
6. Francis N. (2012), *Manual of fast track recovery for colorectal surgery*, Springer.
7. Gustafsson U.O., Scott M.J., Hubner M. et al. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43, 659–695.
8. Pedrazzani C., Conti C., Mantovani G. et al. (2018). Laparoscopic colorectal surgery and Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) program: Experience with 200 cases from a single Italian center. *Med (United States)*, 97(35).
9. Shida D., Tagawa K., Inada K. et al. (2015). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols for colorectal cancer in Japan. *BMC Surg*, 15(1), 1–6.
10. Watt D.G., McSorley S.T., Horgan P.G. et al. (2015). Enhanced recovery after surgery: Which components, if any, impact on the systemic inflammatory response following colorectal surgery? A systematic review. *Med (United States)*, 94(36).
11. Wong M.C., Ding H., Wang J. et al. (2019). Prevalence and risk factors of colorectal cancer in Asia. *Intest Res*, 17(3), 317–329.