

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG KHI ÁP DỤNG CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI SỚM SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Mai Hoàng Anh¹, Nguyễn Văn Hai¹, Nguyễn Minh Hiệp²,
Nguyễn Văn Tuấn¹, Mai Văn Đợi¹, Nguyễn Văn Hiên¹,
Đặng Hồng Quân¹, Phạm Văn Năng¹, Đỗ Kim Quế³

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hóa. Phương pháp điều trị hiện nay chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS) đã được ứng dụng và thực hiện rộng rãi trên thế giới với nhiều giá trị và lợi ích đã được chứng minh. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng khi áp dụng chương trình ERAS.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên 54 bệnh nhân được phẫu thuật ung thư đại trực tràng có áp dụng chương trình ERAS tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 2022 – 2024.

Kết quả: Tuổi trung bình $59,4 \pm 11,4$ (31 – 84) tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Có 39/54 (72,2%) trường hợp đến khám trước 3 tháng từ khi phát hiện triệu chứng. Đau bụng, tiêu máu và tiêu

phân đàm nhậy là các triệu chứng thường gặp nhất, lần lượt 87%, 72,2% và 70,4%. Có 33,3% trường hợp thiếu máu và 55,6% trường hợp có sụt cân trước mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình $224,72 \pm 52,75$ phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình $120,74 \pm 64,16$ ml. Có 76% trường hợp sử dụng giảm đau ngoài màng cứng và 24% sử dụng morphine tùy sống giảm đau sau mổ. VAS trung bình trong 4 ngày đầu $2,20 \pm 0,34$. Thời gian trung tiện lần đầu trung bình là $1,85 \pm 0,66$ ngày, đại tiện là $2,98 \pm 0,71$ ngày. Tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ là 7,5%. Biến chứng sau phẫu thuật 9,3%. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là $7,07 \pm 0,89$ ngày.

Kết luận: Thực hiện chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật đã mang lại nhiều kết quả khả quan, việc áp dụng chương trình một cách rộng rãi là hoàn toàn khả thi.

Từ khóa: Phẫu thuật ung thư đại trực tràng; Hồi phục sớm; ERAS

SUMMARY

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND
EARLY SURGICAL OUTCOMES OF
COLORECTAL CANCER WHEN
IMPLEMENTING ENHANCE
RECOVERY AFTER SURGERY
PROGRAM AT CAN THO
UNIVERSITY OF MEDICINE AND
PHARMACY HOSPITAL**

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Mai Hoàng Anh

SĐT: 0763963969

Email: maihoanganha2@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/7/2024

Ngày phản biện: 28/7/2024

Ngày chấp nhận đăng: 31/7/2024

Background: Colorectal cancer is a common malignant disease of gastrointestinal tract. Surgical intervention remains the primary treatment modality. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program has been widely implemented worldwide, demonstrating significant proven benefits. Our study aims to evaluate the clinical characteristics and early surgical outcomes of colorectal cancer when utilizing the ERAS program.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive, prospective study on 54 patients undergoing colorectal cancer surgery with the use of elements of the ERAS program at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2022 to 2024.

Results: The average age was $59,4 \pm 11,4$ (31 – 84). The male-to-female ratio was 2/1. 39/54 cases (72,2%) came for examination within 3 months after symptoms were detected. Abdominal pain, hematochezia and mucorrhea were the most common symptoms, occurring in 87%, 72,2% and 70,4% of cases, respectively. Anemia was observed in 33,3% and 55,6% experienced preoperative weight loss. The average operating time was $224,72 \pm 52,75$ minutes. The average intraoperative blood loss was $120,74 \pm 64,16$ ml. 76% of cases used epidural analgesia, and 24% used intrathecal morphine for postoperative pain management. The average VAS score over the first 4 days was $2,20 \pm 0,34$. The average time to first bowel movement was $1,85 \pm 0,66$ days, defecation was $2,98 \pm 0,71$ days. Incidence of postoperative nausea and vomiting was 7,5%. The rate of postoperative complications occurred in 9,3% of cases. The average postoperative length of stay was $7,07 \pm 0,89$ days.

Conclusions: Implementing the enhanced recovery after surgery program has brought some

encouraging results, and it is feasible to apply the program widely.

Keywords: Colorectal cancer surgery; Enhanced recovery; ERAS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại – trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý thường gặp và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong nhóm bệnh lý ung thư. Theo Globocan 2022, tại Việt Nam, tỷ lệ UTĐTT là ung thư đứng hàng đầu tiên trong số các nguyên nhân ung thư mắc phải từ đường tiêu hóa. Hàng năm, có khoảng 16.835 trường hợp mới mắc và chiếm hơn 7% trường hợp tử vong do ung thư [1]. Trong giai đoạn sớm, UTĐTT thường không có triệu chứng, phát hiện và chẩn đoán dựa vào các xét nghiệm sàng lọc thường quy. Triệu chứng UTĐTT phụ thuộc vào vị trí giải phẫu và mức độ tiến triển của khối u. Cho đến nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt căn chủ yếu cho bệnh lý này. Bên cạnh đảm bảo nguyên tắc về phẫu thuật, điều trị ngoại khoa hiện nay còn nhấn mạnh đến các khía cạnh hồi phục của người bệnh. Chuẩn bị người bệnh trước mổ một cách đầy đủ, có hệ thống giúp tối ưu hóa tình trạng người bệnh, qua đó có thể chịu được một stress lớn do phẫu thuật gây ra, góp phần mang lại thành công trong điều trị.

Hồi phục sớm sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) là chương trình chăm sóc người bệnh toàn diện gồm nhiều giai đoạn, bắt đầu từ trước khi nhập viện đến sau khi ra viện. Chương trình được đề ra bởi giáo sư Henrik Kehlet và áp dụng lần đầu tiên trong phẫu thuật cắt đại tràng vào năm 1995 tại Copenhagen, Đan Mạch [2]. Cho đến nay, chương trình gồm 25 thành tố và gần như đã trở thành phương pháp thực hành tiêu chuẩn tại nhiều nước trên thế giới,

không chỉ trong phẫu thuật đại trực tràng mà còn trong nhiều chuyên ngành ngoại khoa khác [3]. Với những lợi ích mang lại, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã tiến hành áp dụng chương trình ERAS vào phẫu thuật đại trực tràng, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng khi áp dụng chương trình ERAS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật cắt đại trực tràng theo chương trình và tuân thủ quy trình của ERAS tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 7/2022 đến tháng 5/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng đã được xác định bằng giải phẫu bệnh, được tiến hành phẫu thuật cắt đại trực tràng kèm

nạo hạch theo tiêu chuẩn và được áp dụng quy trình ERAS.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mô cấp cứu, suy giảm chức năng gan thận nặng, bệnh lý hô hấp, tim mạch nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** 54 bệnh nhân tính theo công thức cỡ mẫu cho ước lượng một tỉ lệ.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử mắc bệnh nội khoa kèm theo. Đặc điểm lâm sàng: thời gian khởi phát, triệu chứng cơ năng, thực thể, toàn thân. Các biến số khảo sát quá trình thực hiện ERAS chia thành 3 giai đoạn: trước, trong và sau mổ (Bảng 1). Kết quả sớm: phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình, lượng máu mất trung bình, lượng dịch truyền trong mổ, thời gian rút thông tiểu, thông mũi dạ dày, cho ăn sớm, thời gian trung tiện, đại tiện, nôn và buồn nôn sau mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện hậu phẫu.

Bảng 1. Nội dung can thiệp ERAS có thể thực hiện

Giai đoạn	TT	Các thành tố ERAS	Can thiệp cụ thể
Trước phẫu thuật	1	Tư vấn trước phẫu thuật	Tư vấn về tình trạng, phương pháp, nguy cơ phẫu thuật và quy trình chăm sóc hồi phục sau phẫu thuật.
	2	Can thiệp dinh dưỡng	Dinh dưỡng tĩnh mạch hỗ trợ phù hợp tình trạng dinh dưỡng và bệnh lý.
	3	Tối ưu hóa trước mổ	Đường huyết trong giới hạn 6.67-10 mmol/L. Hb tốt nhất > 10.0 g/dL
	4	Nhịn ăn và uống	Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước phẫu thuật. Uống 300–400ml dịch nước trong đến 2 giờ trước phẫu thuật
	5	Chuẩn bị ruột	Fortrans 2 gói pha 2 lít nước uống sau 20 giờ tối ngày trước phẫu thuật
Trong phẫu thuật	6	Kháng sinh trước rạch da	Cepemid 1g 2 lọ truyền tĩnh mạch trước rạch da 30 phút
	7	Giảm đau đa mô thức	Giảm đau ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy kết hợp với giảm đau cơ bản.

	8	Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu	Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng.
	9	Theo dõi và duy trì thân nhiệt trong mổ	Duy trì thân nhiệt > 36°C và theo dõi trong suốt quá trình phẫu thuật.
	10	Cân bằng dịch truyền trong mổ	Hạn chế dịch truyền trong mổ, duy trì huyết áp trung bình > 60 mmHg.
	11	Dự phòng nôn, buồn nôn	Ondansetron 8mg tiêm mạch chậm 30 phút trước khi kết thúc phẫu thuật
	12	Không đặt ống thông mũi dạ dày thường quy/ rút sớm	Chỉ đặt khi có chỉ định và rút sau phẫu thuật tốt nhất trong 24 giờ đầu.
	13	Hạn chế đặt dẫn lưu ổ bụng	Đánh giá đặt dẫn lưu ổ bụng.
Sau phẫu thuật	14	Rút ống thông tiểu sớm	Tốt nhất trong 72 giờ sau phẫu thuật, nếu không có chỉ định lưu thông tiểu.
	15	Dinh dưỡng đường miệng sớm	Bắt đầu uống dịch nước trong 50 – 100ml vào ngày hậu phẫu 1. Tiếp tục thay bằng súp, cháo vào các ngày hậu phẫu kế tiếp nếu dung nạp tốt
	16	Vận động sớm	Xoay trở 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.
	17	Kiểm soát nôn, buồn nôn	Ondansetron đường tĩnh mạch
	18	Ngưng dịch truyền sớm/hạn chế dịch truyền	Giảm dịch truyền khi bệnh nhân ăn uống bằng miệng được. Nếu không ăn được bằng đường miệng, thực hiện tư vấn của chuyên gia dinh dưỡng.
	19	Dự phòng liệt ruột sau mổ	Hạn chế sử dụng opioid, điều chỉnh điện giải, nhai gum.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 2. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Các thông số		Kết quả
Độ tuổi trung bình		59,4 ± 11,4 (31 – 84) tuổi
Giới (Nam/Nữ)		2/1
BMI (kg/m ²)		22,2 ± 2 kg/m ²
Tiền sử bệnh nội khoa kèm theo	Bệnh tim mạch	27/54 (50%)
	Đái tháo đường	8/54 (14,8%)
	Bệnh hô hấp	1/54 (1,9%)
Vị trí u	Đại tràng	37 (68,5%)
	Trực tràng	17 (31,5%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,4 ± 11,4 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Chỉ số khối cơ thể trung bình 22,2 ± 2 kg/m². Bệnh tim mạch chiếm chủ yếu với 50%, đái tháo đường chiếm 14,8% và 1,9% là bệnh hô hấp. Vị trí u đại tràng là 68,5% và trực tràng là 31,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=54)	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	47	87
Tiêu phân đàm nhầy	38	70,4
Tiêu máu	39	72,2
Tiêu lỏng	22	40,7
Mót rặn	13	24,1
Ấn đau bụng	31	57,4
Thiếu máu	18	33,3
Sụt cân	30	55,6

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất với 47/54 trường hợp (87%), tiếp theo là tiêu phân lẫn đàm nhầy và máu lẫn lượt là 70,4% và 72,2%. 31/54 (57,4%) ấn đau bụng. Có 33,3%

trường hợp thiếu máu và 55,6% sụt cân trước mổ.

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật cắt đại trực tràng khi áp dụng chương trình chăm sóc hồi phục sớm sau phẫu thuật

Bảng 4. Các thông số đánh giá kết quả trong phẫu thuật

Các thông số		Kết quả
Thời gian phẫu thuật		224,72 ± 52,75 (100 – 355) phút
Lượng máu mất		120,74 ± 64,16 (20 – 400) ml
Phương pháp giảm đau thực hiện	Giảm đau ngoài màng cứng	41/54 (76%)
	Morphine tùy sống	13/54 (24%)

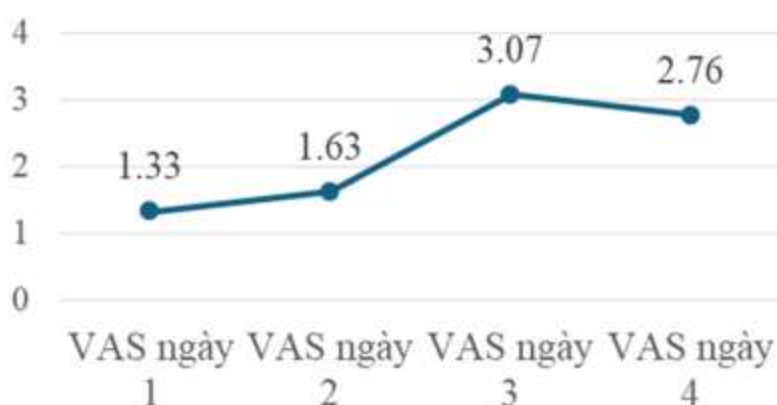
Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được áp dụng phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng với thời gian phẫu thuật trung bình 224,72 ± 52,75 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình 120,74 ± 64,16 ml. Giảm đau ngoài màng cứng chiếm 76% và tê tùy sống là 24%.

Bảng 5. Liên quan giữa thời gian trung tiện với đặt ống dẫn lưu bụng và cho ăn sớm

Thành tố	Số bệnh nhân	Thời gian trung tiện (ngày)	p
Đặt ống dẫn lưu bụng sau mổ	Có	1,93 ± 0,65	0,04
	Không	1,44 ± 0,53	
Thời gian rút ống dẫn lưu bụng (ngày)	HP1	1,00	0,008
	HP2	1,50 ± 0,54	
	HP3	1,93 ± 0,53	
	HP4	2,57 ± 0,79	
Thời gian bắt đầu ăn đường miệng	Hậu phẫu 1	1,73 ± 0,58	0,005
	Hậu phẫu 2	2,44 ± 0,73	

Nhận xét: Thời gian trung tiện trung bình 1,85 ± 0,66 ngày, đại tiện là 2,98 ± 0,71 ngày. Bệnh nhân có nhu động ruột sớm hơn ở nhóm không đặt ống dẫn lưu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,04). Thời gian rút

ống dẫn lưu sớm có ảnh hưởng đến thời gian bắt đầu có nhu động (p = 0,008). Thời gian trung tiện có sự khác nhau giữa 2 nhóm ăn đường miệng vào ngày 1 và ngày 2, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,005).



Biểu đồ 1. Điểm VAS trung bình 4 ngày đầu hậu phẫu

Nhận xét: Điểm VAS trung bình trong 4 ngày đầu là $2,20 \pm 0,34$. Trong 2 ngày đầu tiên bệnh nhân có giảm đau ngoài màng cứng hoặc tê tủy sống nên hiệu quả giảm đau tốt. Ngày hậu phẫu 3 chỉ còn giảm đau tĩnh mạch nên đa số các bệnh nhân đau tăng, nhưng tất cả đều đáp ứng với giảm đau tĩnh mạch, không cần sử dụng opioid.

Bảng 6. Các kết quả sau phẫu thuật

Các thông số		Số bệnh nhân (n=54)	Tỉ lệ (%)
Buồn nôn, nôn sau mổ		4	7,5
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	1	1,9
	Viêm phổi	1	1,9
	Xì rò miệng nối	0	0
	Khác	3	5,6
Thời gian nằm viện sau mổ		$7,07 \pm 0,89$ (5 – 10)_ngày	

Nhận xét: Tỉ lệ nôn và buồn nôn chung là 7,5%. Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật khi có áp dụng ERAS là 9,3%. Trong đó ghi nhận 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,9%, 1 trường hợp viêm phổi kèm tràn dịch màng phổi phải chiếm 1,9%. Có 3 biến chứng khác bao gồm: 1 BN sa trực tràng sau phẫu thuật cắt trước cực thấp nối đại tràng - ống hậu môn, 1 BN rối loạn điện giải nặng và 1 BN bí tiểu sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,07 \pm 0,89$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

ERAS là một phương pháp chăm sóc phẫu thuật đa phương thức được thiết kế dựa trên các bằng chứng, được thiết kế để chuẩn hóa quy trình chăm sóc y tế, cải thiện sức

khỏe và giảm chi phí chăm sóc sức khỏe. Việc áp dụng ERAS vào phẫu thuật UTĐTT đã được chứng minh mang nhiều kết quả khả quan. Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả sau phẫu thuật đại trực tràng (ĐTT) khi có áp dụng chương trình ERAS trên 54 bệnh nhân ghi nhận độ tuổi mắc bệnh trung bình là $59,4 \pm 11,4$ (31 – 84) tuổi, tỉ lệ nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới (nam/nữ = 2/1). Kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh Tuấn (2020) [4], Yarrman Mazni (2024) [5]. Các nghiên cứu về UTĐTT đều cho thấy tỷ lệ bệnh mạn tính kèm theo khá cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53,7% bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa kèm theo trong đó bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%, tiếp theo là bệnh lý đái tháo đường chiếm 14,8%.

Trên thực tế lâm sàng, triệu chứng của UTĐTT tương đối đa dạng tùy thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có vị trí u, giai đoạn bệnh. Đau bụng triệu chứng thường gặp nhất chiếm 87%. Vị trí đau thường tại vị trí u, tính chất đau thường đa dạng, có thể đau âm ỉ hoặc đau quặn từng cơn khi bệnh nhân đến muộn. Đại tiện phân đàm nhầy và phân lẫn máu là cũng các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong các triệu chứng rối loạn đại tiện, trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ tương ứng là 70,4% và 72,2%. Theo Nguyễn Thành Trung, triệu chứng đau bụng và đại tiện ra máu là 2 triệu chứng thường gặp nhất lần lượt là 87% và 63,41% [6]. Theo Ewing thì 5 triệu chứng liên quan với UTĐTT trước khi chẩn đoán là: chảy máu, thiếu máu, thay đổi trong thói quen đại tiện, đau bụng và giảm cân [7]. Vấn đề thiếu máu qua thăm khám lâm sàng ghi nhận 18/54 bệnh nhân chiếm 33,3%. Sụt cân là một triệu chứng thường gặp nhưng không đặc hiệu ở bệnh lý UTĐTT. Do thói quen của người Việt Nam ít có ý thức về sàng lọc phát hiện sớm, hơn nữa các triệu chứng bệnh không đặc hiệu nên tỉ lệ người bệnh UTĐTT tới khám và điều trị khi đã sụt cân là tương đối cao. Kết quả ghi nhận có 30/54 (55,6%) trường hợp sụt cân.

Thời gian phẫu thuật đóng vai trò rất quan trọng, thời gian ngắn giúp giảm lượng thuốc mê và giãn cơ dùng trong mổ làm giảm các tai biến về gây mê và hồi sức, cải thiện phục hồi sức khỏe tốt hơn sau phẫu thuật. Do phẫu thuật đại trực tràng là một phẫu thuật khó, đặc biệt là phẫu thuật nội soi, thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí u, tình trạng xâm lấn, di căn cùng với tay nghề của phẫu thuật viên. Do đó, thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $224,72 \pm 52,75$ phút, kết quả này dài hơn so với các tác giả khác như Vũ Ngọc Anh Tuấn (2020)

[4] là 180 phút, Tan Ji Huei (2022) là 171 phút [8]. Đau là vấn đề được quan tâm nhiều trong ngoại khoa và hồi sức sau mổ, bất kỳ một can thiệp ngoại khoa nào cũng gây đau đớn cho người bệnh. Trong nghiên cứu chúng tôi các bệnh nhân đều được thực hiện giảm đau ngoài màng cứng hoặc morphine tủy sống trong và sau mổ. Đánh giá đau theo thang điểm VAS ghi nhận điểm VAS trung bình trong 4 ngày đầu hậu phẫu là $2,20 \pm 0,34$. Phục hồi nhu động ruột là một trong những vấn đề cần được đánh giá liên tục sau các phẫu thuật đường tiêu hóa, sự chậm trễ trong phục hồi nhu động ruột là một yếu tố chính làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Trong nghiên cứu, thời gian trung tiện trung bình $1,85 \pm 0,66$ ngày. Chúng tôi cũng đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến phục hồi nhu động ruột như nhóm các BN không đặt ống dẫn lưu ổ bụng sẽ bắt đầu có nhu động ruột sớm hơn ($p = 0,04$), thời gian cho ăn đường miệng sớm vào hậu phẫu 1 sẽ kích thích nhu động ruột và có trung tiện sớm hơn so với nhóm bắt đầu ăn vào hậu phẫu 2 (1,73 ngày so với 2,44 ngày, $p = 0,005$). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,07 \pm 0,89$ ngày. Các bệnh nhân chủ yếu xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 7 chiếm 53,7%. Khi so sánh với các nghiên cứu khác thực hiện ERAS trong phẫu thuật ĐTT ghi nhận có sự khác biệt giữa chúng tôi so với các tác giả khác như Vũ Ngọc Anh Tuấn (2020) 6 ngày [4], Yarman Mazni (2024) 6 ngày [5], Xuemei Zhao (2024) 5,4 ngày [9]. Sở dĩ có sự khác biệt trên là do khác biệt về mô hình chăm sóc sức khỏe, trong đó các nước phát triển có hệ thống y tế tương đối toàn diện, bệnh nhân có thể theo dõi và phát hiện ra những biểu hiện bất thường ngay tại nhà, từ đó thể được xuất viện sớm hơn. Ngoài ra, do quan điểm của

các phẫu thuật viên chưa mạnh dạng cho bệnh nhân ra viện sớm mặc dù đã đủ tiêu chuẩn ra viện, cơ sở của chúng chưa thực hiện đầy đủ các thành tố của ERAS, thiếu sự đồng nhất giữa các chuyên khoa cũng như sự hợp tác giữa BN và nhân viên y tế trong việc theo dõi và chăm sóc. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 9,3%. Kết quả này thấp hơn Vũ Ngọc Anh Tuấn (2020) 16,67% [4], Yarman Mazni (2024) 10% [5]. So sánh nghiên cứu của tác giả Mai Văn Đợi (2021) kết quả PTNS UTĐTT tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ giai đoạn 2012 – 2021 khi chưa tiến hành ERAS với NC của chúng tôi thì tỷ lệ biến chứng sau mổ đã giảm đi 29,4% (từ 38,7% xuống còn 9,3%) và giảm thời gian nằm viện đi 4,43 ngày (từ 11,5 ngày xuống còn 7,07 ngày) [10].

V. KẾT LUẬN

Chương trình Chăm sóc hồi phục sớm sau phẫu thuật được tiến hành tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ bước đầu cho thấy giảm tỷ lệ biến chứng đi 29,4% và giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật khoảng 4,43 ngày. Việc áp dụng chương trình một cách rộng rãi là hoàn toàn khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray et al.** (2024), "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a cancer journal for clinicians*. 74(3), 229-263.
2. **Henrik Kehlet** (1997), Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation, *British journal of anaesthesia*. 78(5), 606-617.
3. **UO Gustafsson và các cộng sự.** (2019), Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018, *World journal of surgery*. 43, 659-695.
4. **Vũ Ngọc Anh Tuấn, Nguyễn Đại Thanh Sang, Vương Thừa Đức và các cộng sự.** (2020), "Đánh giá bước đầu hiệu quả của ERAS trong phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng", *Bệnh viện Bình Dân*, tr. 1-8.
5. **Yarman Mazni và các cộng sự.** (2024), The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol implementation in a national tertiary-level hospital: a prospective cohort study, *Annals of Medicine and Surgery*. 86(1), 85-91.
6. **Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Văn Xứng và Đoàn Hiếu Trung** (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017)", *Tạp chí Y Dược học Huế*. 8(8), tr. 7-12.
7. **Marcela Ewing, Peter Naredi, Chenyang Zhang và Jörgen Månsson** (2016), "Identification of patients with non-metastatic colorectal cancer in primary care: a case-control study", *British Journal of General Practice*. 66(653), tr. e880-e886.
8. **Tan Jih Huei, Novinth Kumar, Henry Tan Chor Lip và các cộng sự.** (2022), "Outcome of ERAS in colorectal cancer surgery", *Surgical Chronicles*. 27(2).
9. **Xuemei Zhao, Siyu Jin, Mingxiu Peng và Jingjing Wang** (2024), A retrospective study on the efficacy of the ERAS protocol in patients who underwent laparoscopic left and right colectomy surgeries, *Frontiers in Surgery*. 11, 1395271.
10. **Mai Văn Đợi** (2021), Đánh giá tình hình phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ giai đoạn 2012 - 2021, *Đề tài nghiên cứu khoa học công nghệ cấp bệnh viện*, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.