

ERAS trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng ứng dụng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Cao Xuân Thạnh, Nguyễn Thanh Hùng, Nguyễn Văn Hải Vân, Nguyễn Phước Khánh, Nguyễn Ngọc Sơn

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Địa chỉ liên hệ:

Cao Xuân Thạnh,
Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng
Đường Hoàng Thị Loan, Tổ 28,
phường Hòa Minh, quận Liên
Chiểu, Thành phố Đà Nẵng
Điện thoại: 0355 046 134
Email: xuanthanhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/9/2024

Ngày chấp nhận đăng:

28/10/2024

Ngày xuất bản: 10/11/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật đại trực tràng thành công được xác định dựa trên tỷ lệ tử vong, tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện và hiệu quả chi phí. Một trong những phương pháp để đạt được kết quả tốt sau phẫu thuật là áp dụng chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS). Chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật được áp dụng rộng rãi, đặc biệt ở các đơn vị phẫu thuật đại trực tràng. Nghiên cứu này với mục đích xem xét hiệu quả của việc thực hiện chương trình ERAS ở người bệnh phẫu thuật đại trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các người bệnh được phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 5 năm 2024.

Kết quả: Nhóm thuần tập bao gồm 50 người bệnh được phẫu thuật từ tháng 1/2024 đến 5/2024. Có 30 nam và 20 nữ. Tuổi trung bình là 63,26 tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 171 phút (90 phút đến 300 phút). Thời gian lưu trú trung bình là 6,13 ngày. Biến chứng chung 16%, nhiễm trùng vết mổ 12%, dò miệng nối 4%.

Kết luận: Bước đầu áp dụng ERAS tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng cho người bệnh phẫu thuật đại trực tràng cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cả về biến chứng và thời gian nằm viện. Nghiên cứu bước đầu chứng minh việc ứng dụng ERAS vào thực hành lâm sàng tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng là khả thi.

Từ khóa: ERAS, biến chứng, thời gian nằm viện.

ERAS implementation for colorectal cancers at Da Nang Oncology Hospital

Cao Xuan Thanh, Nguyen Thanh Hung, Nguyen Van Hai Van, Nguyen Phuoc Khanh, Nguyen Ngoc Son
Da Nang Oncology Hospital

Abstract

Introduction: Successful colorectal surgery is determined based on postoperative mortality, complication rates, and cost-effectiveness. One of the intervention methods to achieve an excellent postoperative outcome is the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol. Enhanced recovery after surgery is widely applied, especially in the colorectal surgery units. This study aims to examine the effects of implementing an ERAS protocol in colorectal surgery patients.

Patients and Methods: This was a cross-sectional study involving patients who underwent surgery for colorectal cancer in Da Nang Oncology Hospital, from January 2024 to May 2024.

Results: The cohort comprises 50 patients operated from January 2024 to May 2024. There were 30 males and 20 females. The mean age was 63.26 years. The mean duration of surgery was 171 min (90min to 300min). Complications 16%, wound infection 12%, anastomotic leak 4%.

Conclusions: Initial application of ERAS at Da Nang Oncology Hospital for colorectal surgery patients showed similar results with international reports in both complications and length of hospital stay. The research initially proves that the application of ERAS in clinical practice at Da Nang Oncology Hospital is feasible.

Keywords: ERAS, complication, length of hospital stays.

Đặt vấn đề

Năm 2022, thống kê tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN thì ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ tư. Tại Việt Nam, có 18.636 trường hợp (TH) mới mắc và

có 8.454 người tử vong do UTĐTT. Điều trị ung thư nói chung và điều trị ung thư đại trực tràng nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là quan trọng. Song song với sự phát triển về kỹ thuật và các phương pháp điều trị ngoại khoa, vấn đề về chăm

sóc, chuẩn bị người bệnh (NB) trước và sau phẫu thuật cũng rất quan trọng. Chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery progame) được đề ra vào năm 1995 bởi giáo sư Henrik Kehlet [1], 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 NB trước mổ, từ đó giảm thiểu các tác động do cuộc phẫu thuật và thúc đẩy nhanh quá trình hồi phục, giảm thời gian nằm viện sau mổ, giảm chi phí điều trị, giảm tải người bệnh cho bệnh viện [2]. 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 [3-6]. Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng cũng đã triển khai ERAS trong điều trị bệnh lý UTĐTT, tuy nhiên vẫn còn chưa đồng bộ, chưa gắn kết, còn nhiều bất cập. Vì vậy, chúng

tôi thực hiện nghiên cứu “ERAS trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng – ứng dụng tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng” nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật UTĐTT khi áp dụng ERAS tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi phân tích và đánh giá quá trình thực hiện, kết quả lâm sàng của tất cả các người bệnh phẫu thuật đại trực tràng được thực hiện quy trình ERAS từ tháng 1 năm 2024 đến hết tháng 5 năm 2024. Hướng dẫn của hiệp hội ERAS quốc tế (ERAS Society) về phẫu thuật đại trực tràng là nền tảng trong việc thiết lập quy trình của chúng tôi (bảng 1). Hội đồng khoa học của bệnh viện đã phê duyệt nghiên cứu và tất cả các người bệnh đã đồng ý bằng văn bản trước khi phẫu thuật.

Bảng 1. Quy trình chăm sóc NB phẫu thuật đại trực tràng theo ERAS áp dụng tại Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng

Giai đoạn tiền phẫu	
Tư vấn trước phẫu thuật	BS giải thích tình trạng bệnh, nguy cơ, quy trình chăm sóc hậu phẫu
Ngưng thuốc lá và rượu bia trước mổ 4 tuần	Điều dưỡng dặn dò, thăm hỏi người bệnh
Sàng lọc, đánh giá, can thiệp dinh dưỡng	BS và điều dưỡng thực hiện, hội chẩn hoặc khám dinh dưỡng ít nhất trước phẫu thuật từ 7-10 ngày
Quản lý thiếu máu	Sàng lọc qua công thức máu, chức năng đông máu, lâm sàng, điều chỉnh trước mổ
Kháng sinh dự phòng và chuẩn bị da trước mổ	Dùng đường tiêm tĩnh mạch, 60p trước mổ, vệ sinh cá nhân sạch sẽ
Chuẩn bị ruột	Đối với tất cả phẫu thuật trực tràng, không thường quy với phẫu thuật đại tràng
Nhịn ăn, nhịn uống sữa trước mổ	Nhịn ăn, nhịn uống sữa 6h trước mổ, nạp carbohydrate đến trước 6h sáng nếu mổ trước 12h, nạp carbohydrate đến trước 10h30 sáng nếu mổ sau 12h.

Giai đoạn phẫu thuật	
Quy trình gây mê chuẩn	Nhóm GMHS thực hiện
Dịch và cân bằng điện giải trong phẫu thuật	Nhóm GMHS thực hiện
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.
Phẫu thuật ít xâm lấn	Thực hiện phẫu thuật nội soi
Không đặt dẫn lưu thường quy (Sonde hậu môn, dẫn lưu bụng...)	Tùy vào tình hình trong mổ, nhóm PTV cân nhắc có/không đặt dẫn lưu
Giai đoạn sau phẫu thuật	
Rút sonde mũi dạ dày sớm	Tất cả rút ngay sau phẫu thuật, trước khi thoát mê
Làm giảm đau sau mổ đa mô thức	Giảm đau ngoài màng cứng, kết hợp thêm thuốc
Dịch truyền và điện giải sau phẫu thuật	Nhóm GMHS và PTV phối hợp thực hiện
Rút sonde tiểu sớm	Tùy yếu tố nguy cơ, thông thường lưu tối đa 3 ngày sau mổ
Dinh dưỡng đường miệng sau mổ	Cho uống 100ml nước ngày hậu phẫu 1 và 2, cân nhắc cho ăn lỏng vào hậu phẫu 3
Vận động sớm	Vận động nhẹ, ngồi dậy tại giường trong ngày hậu phẫu 1, đi lại vào ngày hậu phẫu 2 trở đi
Ngừng dịch truyền sớm	Ngừng dịch truyền khi NB có thể tự ăn uống được và không xảy ra tình trạng nôn ói

Phân tích số liệu:

Xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê y học với phần mềm Excel 2010 và SPSS 22.0. Giá trị $p < 0,05$ được chọn là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Kết quả nghiên cứu

Từ ngày 01/1/2024 đến 5/2024 có 50 người bệnh phẫu thuật ung thư đại-trực tràng chương trình được chăm sóc theo ERAS. Có 28 người bệnh nam (56%) và 22 người bệnh nữ (44%) 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) (24%) được đánh giá suy dinh dưỡng trước phẫu thuật, tất cả đều được can thiệp dinh dưỡng. Chỉ số hemoglobin máu trung vị là 10,3g/dL (10,75 – 13). Có 5 TH cần truyền máu trước phẫu thuật.

Trong tổng số 50 TH nghiên cứu, có 15 TH là ung thư đại tràng và 35 TH ung thư trực tràng. Tất cả người bệnh đều được chuẩn bị ruột cơ học theo phác đồ của bệnh viện. Tất cả các người bệnh đều được sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật. Trong 35 TH phẫu thuật cắt trực tràng có 8 TH mở hồi tràng ra da.

Bảng 2. Tình trạng hậu phẫu

Rút sớm sonde dạ dày	100% rút ngay trước thoát mê
Cho ăn đường miệng sớm	100% nạp đường HP1
Rút sonde tiểu trước 3 ngày HP	30% HP2, 70% HP3
Thời điểm rút dẫn lưu bụng	20% không DL, 20% HP2 50% HP3, 10% HP4
Vận động sớm	100% HP1
Thời điểm ngừng dịch chuyển HP	5,4 ngày
Thời điểm trung tiện	35% HP2, 65%HP3
Thời gian nằm hậu phẫu	8,2 ngày

Tỷ lệ biến chứng chung là 16%. Trong số 8 TH xảy ra biến chứng có 6 TH nhiễm trùng vết mổ, 2 TH xì miệng nổi.

Bảng 3. So sánh thời gian nằm viện hậu phẫu với các nghiên cứu khác

Tác giả	Thời gian hậu phẫu TB
Dai Shida [7]	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	8,2(5-20)

Bàn luận

Mục đích chính của ERAS nhằm giảm thiểu các tác động của cơ thể đối với các áp lực do quá trình phẫu thuật gây ra, do đó ERAS sẽ giúp NB hồi phục sớm, giảm thiểu tỉ lệ biến chứng và tử vong hậu phẫu, giảm thời gian và chi phí nằm viện.

Theo hướng dẫn chăm sóc NB phẫu thuật đại-trực tràng chương trình của hiệp hội ERAS năm 2018 [9], chương trình này bao gồm 25 tiêu chí được chia thành 4 giai đoạn: trước nhập viện, trước phẫu thuật, trong phẫu thuật và sau phẫu thuật.

Triển khai áp dụng ERAS ở nhóm NB 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 NB lớn tuổi. Trong thời gian gần đây cũng có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của ERAS trên một số đối tượng NB đặc biệt như NB lớn tuổi, NB phẫu thuật cấp cứu và cũng cho thấy lợi ích của ERAS.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2 ngày. Thời gian nằm viện của chúng tôi dài hơn so với báo cáo của A.Brescia [3] và Lê Huy Lưu [1], nhưng tương đồng với tác giả C.Pedrazzani [8] và Dai Shida [7].

Trong nghiên cứu, có 8 TH xảy ra biến chứng theo phân loại Clavien Dindo, chiếm tỉ lệ 16%. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi có cao hơn 6% so với tác giả Antonio Brescia, tuy nhiên tỉ lệ này thấp hơn so với báo cáo của tác giả Wong M.C [10].

Tác giả Forsmo [5] và tác giả Watt D.G [11] đã báo cáo ở nhóm NB được tư vấn 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 NB 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 NB xuất viện và theo dõi ngoại trú.

Như vậy, chúng ta cần nhận ra lợi ích của ERAS, từ đó tổ chức một nhóm từ các đơn vị liên quan kiểm tra việc thay đổi thực hành. Nhóm này gồm nhiều lĩnh vực được cập nhật, bao gồm: Bác sĩ ngoại khoa, Bác sĩ gây mê, đội ngũ điều dưỡng, chuyên gia vật lý trị liệu... Đứng đầu nhóm thường là một bác sĩ ngoại khoa. Lý do bác sĩ ngoại khoa nên là trưởng nhóm vì thông thường bác sĩ ngoại khoa sẽ có thời gian tiếp xúc với người bệnh nhiều nhất, có mặt ở cả giai đoạn trước mổ, trong mổ, sau mổ và tái khám nên có cơ hội tốt nhất để xem xét toàn diện.

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 Ung bướu Đà Nẵng đối với người bệnh 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 Ung bướu Đà Nẵng là hoàn toàn khả thi.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Huy Lưu, N.Q.D., Nguyễn Tuấn Anh, Vũ Ngọc Sơn, Trần Ngọc Trung, Đinh Hữu Hòa, Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Anh Dũng, Kết quả ban đầu áp dụng quy trình phục hồi nhanh sau phẫu thuật cắt đại tràng. Nghiên cứu Y học, 2018: p. 127-132.
2. P. Alfonsi, K.S., M. Chauvin, P. Mariani, J.L. Faucheron, D. Fletcher, the working group of the Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR), the Société française de chirurgie digestive (SFCD), French guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. Journal of Visceral Surgery, 2014. 151: p. 65-79.
3. Antonio Brescia, F.T., Giammauro Berardi, Carola Sebastiani, Massimo Pezzatini, Anna DalOglio, Giovanni Guglielmo Laracca, Fabrizio Apponi & Marcello Gasparini 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 in Surgery 2017. 69: p. 359–365.
4. K C H Fearon, O.L., M Von Meyenfeldt, A Revhaug, C H C Dejong, K Lassen, J Nygren, J Hausel, M Soop, J Andersen, H Kehlet, Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. Clinical Nutrition 2005. 24: p. 466-477.
5. Forsmo, H.M., et al., Randomized Controlled Trial of Extended Perioperative Counseling in Enhanced Recovery After Colorectal Surgery. Dis Colon Rectum, 2018. 61(6): p. 724-732.
6. Nader Francis, R.H.K., Olle Ljungqvist, Monty G. Mythen, Manual of fast track recovery for colorectal surgery, 2012. 30: p. 70.
7. Shida, D., et al., Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols for colorectal cancer in Japan. BMC Surg, 2015. 15: p. 90.
8. Pedrazzani, C., et al., Laparoscopic colorectal surgery and Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program: Experience with 200 cases from a single Italian center.

- Medicine (Baltimore), 2018. 97(35): p. e12137.
9. Gustafsson, U.O., et al., Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society Recommendations: 2018. World J Surg, 2019. 43(3): p. 659-695.
 10. Wong, M.C., et al., Prevalence and risk factors of colorectal cancer in Asia. Intest Res, 2019. 17(3): p. 317-329.
 11. Watt, D.G., et al., Enhanced Recovery After Surgery: Which Components, If Any, Impact on The Systemic Inflammatory Response Following Colorectal Surgery?: A Systematic Review. Medicine (Baltimore), 2015. 94(36): p. e1286.