

Nội nhận thấy 52,6% BN tuổi trên 40 [5]; Nguyễn Duy Phúc đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do THCS bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu tại Bệnh viện YHCT Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Y dược cổ truyền Kiên Giang nhận thấy 84,3% BN có độ tuổi trên 50 [6]. Theo YHCT, phụ nữ 35 tuổi, nam 49 tuổi thiên quý suy; nữ đến tuổi 49, nam tới 56 tuổi thiên quý kiệt, không dưỡng được thận tinh, thận âm hư không dưỡng được cốt tủy, cốt tủy không sinh huyết nên khí huyết hư suy. Tạng phủ, khí huyết hư suy, dinh vệ, tấu lý sơ hở, ngoại tà dễ xâm nhập gây bệnh [2], [3].

BN nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới trong nghiên cứu, khác với một số nghiên cứu trước đó [5], [6]... Có lẽ do đặc thù của Khoa Nội cán bộ/Viện YHCT Quân đội nên chưa phản ánh thực sự khách quan tỷ lệ giới tính mắc bệnh.

Tỷ lệ mắc bệnh ở các nhóm nghề nghiệp là tương đương, phù hợp với nhận định của Hồ Hữu Lương cũng như nhiều tác giả khác - thoái hóa CSTL là bệnh mạn tính xảy ra ở mọi thành phần của xã hội [1], [5], [6]...

83,3% BN ở NNC và 86,6% BN ở NĐC có thời gian mắc bệnh trên 1 tháng (tương đương giai đoạn bán cấp tính/mạn tính), tương tự kết quả của một số nghiên cứu trước đó [6], [7]. Điều này phản ánh trình độ hiểu biết, mức độ quan tâm của người bệnh đối với sức khỏe của bản thân chưa tốt. Do vậy tăng cường giáo dục cộng đồng trong dự phòng và điều trị THCS thắt lưng là hết sức cần thiết và có ý nghĩa.

85% BN khởi phát mang tính chất từ từ, tăng dần. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả về hoàn cảnh xuất hiện đau thắt lưng do THCS [5], [6], [7]...

4.2. Kết quả điều trị. Trong THCS thắt lưng, đau dẫn tới tình trạng co cứng khối cơ cạnh sống, gây lệch vẹo, mất đường cong sinh lý, hạn chế tầm vận động CSTL, giảm độ giãn CSTL... từ đó gây ảnh hưởng không tốt tới chức năng hoạt động CSTL trong sinh hoạt hàng ngày, do vậy giải quyết tốt triệu chứng đau sẽ góp phần cải thiện được hình thái và chức năng vận động CSTL [1], [5], [6]...

Kết quả cho thấy tỷ lệ BN đau mức độ nhẹ ở NNC đã tăng từ 16,7% trước điều trị lên 46,7% sau điều trị trong khi ở NĐC kết quả lần lượt là 20% và 46,7%. Điểm VAS trung bình ở NNC giảm từ 5,6 điểm trước điều trị xuống còn 1,3 điểm sau 15 ngày điều trị, giảm tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC dùng điện châm đơn thuần. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với Nguyễn Duy Phúc khi kết hợp điện châm, siêu âm trị liệu

và bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang điều trị đau thắt lưng do THCS nhận thấy ở NNC điểm VAS trước điều trị từ 6,46 giảm còn 2,8 sau 14 ngày điều trị, hiệu quả giảm đau tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC dùng điện châm và bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang [6]. Như vậy, có thể nhận định điện châm kết hợp với một phương pháp điều trị khác giúp tăng cường hiệu quả giảm đau trên BN đau lưng do THCS. Theo chúng tôi, hiệu quả giảm đau trên các BN trong nghiên cứu này một phần thông qua tác động kích thích hoạt động của các cơ, tăng cường dinh dưỡng, giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ; thông qua phản ứng tiết đoạn, phản ứng toàn thân kích thích cơ thể giảm hàm lượng Catecholamin, tăng hàm lượng Achetylcholin và sản sinh Endorphin nội sinh của điện châm [4], [5], [6]... phần khác là trong bài thuốc nghiên cứu, Ô đầu cay, ôn khu phong trừ thấp, ôn kinh chỉ thống; Quế chi, Hồ trượng, Nhũ hương đều có tính ôn, tác dụng hoạt huyết, tán hàn, trừ phong thấp, ôn thông kinh lạc, thư cân chỉ thống; Một dược, Huyết giác khứ ứ hoạt huyết, thông kinh lạc chỉ thống; Đại hoàng hoạt huyết, hoạt chất Emodin trong Đại hoàng có tác dụng cải thiện quá trình viêm khớp, chống viêm giảm đau bằng con đường ức chế tín hiệu NF- κ B và Wnt/ β -catenin trên mô hình in-vitro và in-vivo... Nhiều nghiên cứu xác định đây đều là những vị dược liệu có hiệu quả giảm đau tốt và được nhiều thầy thuốc YHCT sử dụng [7], [8]...

Hiệu quả giảm đau của điện châm kết hợp áp thuốc tại huyệt vị đã giúp cải thiện các chỉ tiêu lâm sàng kèm theo trên các BN nghiên cứu. Tỷ lệ cải thiện độ giãn CSTL ở mức khá và tốt ở NNC đạt 90% với chỉ số Schober trung bình đạt $4,1 \pm 0,9$ cm sau điều trị, tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC. Mức độ cải thiện tầm vận động CSTL các động tác cúi, nghiêng bên đầu sau điều trị ở NNC tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC. Như vậy, áp thuốc tại huyệt vị đã có hiệu quả hỗ trợ cải thiện tầm vận động CSTL do THCS, kết quả này theo chúng tôi là phù hợp với hiệu quả giảm đau tại bảng 2 và phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu "hiệu quả cải thiện chức năng vận động CSTL trên các trường hợp đau thắt lưng do THCS tỷ lệ thuận với mức độ giảm đau" [1], [5], [6], [7]...

ODI là bộ câu hỏi đánh giá ảnh hưởng của đau lưng tới chức năng sinh hoạt và lao động hàng ngày được nhiều nghiên cứu sử dụng, kết quả cho thấy ở NNC sau điều trị điểm ODI trung bình tăng từ 5,8 lên 13,3 với 90% chức năng hoạt động CSTL trong sinh hoạt hàng ngày đánh giá ở mức tốt và khá, khác biệt có ý nghĩa so với

trước điều trị. Mức độ cải thiện hoạt động CSTL trong sinh hoạt hàng ngày sau 7 ngày điều trị ở NNC tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC. Kết quả này theo chúng tôi là phù hợp với kết quả cải thiện tình trạng đau, cải thiện độ giãn CSTL, cải thiện tâm vận động CSTL các động tác khi kết hợp điện châm và áp thuốc tại huyết vị. Nhiều tác giả khi nghiên cứu điều trị đau thắt lưng do THCS cũng có chung nhận định việc kết hợp nhiều phương pháp trong điều trị giúp chức năng hoạt động CSTL trong sinh hoạt hàng ngày của BN được cải thiện nhanh chóng [5], [6]...

Về hiệu quả điều trị chung, lệ BN NNC đáp ứng tốt sau 15 ngày điều trị đạt 53,3%, cao hơn có ý nghĩa so với NĐC dùng điện châm đơn thuần (36,7%). Như vậy, có thể nhận định phương pháp áp thuốc tại huyết vị bước đầu có hiệu quả hỗ trợ điện châm trong điều trị đau thắt lưng do THCS.

V. KẾT LUẬN

Áp thuốc tại huyết vị có hiệu quả hỗ trợ điện châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thể hàn thấp: 86,6% đạt hiệu quả tốt và khá sau điều trị. VAS giảm từ 5,6 (điểm) trước điều trị xuống còn 1,3 (điểm); độ giãn cột sống thắt lưng tăng từ 2,0 (cm) trước điều trị lên 4,1 (cm); điểm ODI tăng từ 5,8 trước điều trị lên 13,3 sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương** (2020). Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2020). Đau cột sống thắt lưng (Yêu thống). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 7-14.
3. **Trần Quốc Bảo** (2011). Yêu thống. Bệnh học nội khoa y học cổ truyền, Giáo trình sau đại học, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội, 322-330.
4. **Bộ môn Y học Cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội** (2005). Châm cứu, NXB Y học, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thanh Tú, Cao Thị Huyền Trang, Nhữ Thị Thảo** (2021). Đặc điểm lâm sàng và tình hình điều trị đau thắt lưng tại phòng châm cứu ngoại trú Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 2 (502), 54-57.
6. **Nguyễn Duy Phúc, Tôn Chí Nhân** (2022). Đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Kiên Giang. Tạp chí Y học Việt Nam, 2 (519), 154-158.
7. **Tianshu Ma, WU Liu, Yan Dong và cộng sự** (2022). The effectiveness of acupoint herbal patching for non-specific low back pain: A Protocol for systematic review and meta-analysis. medRxiv, 1-11. DOI:10.1101/2022.1101.1125.22269813.
8. **周慎 và 何清湖** (2004). 止痛本草, 中医古籍出版社, 北京.

KHẢO SÁT TÍNH TUÂN THỦ QUY TRÌNH PHỤC HỒI SỚM SAU MỔ (ERAS) TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Huỳnh Trúc Mỹ^{1,2}, Bùi Chí Thương^{1,2}
Nguyễn Phạm Huy Hùng², Trịnh Trần Xuân Vinh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ tuân thủ các nội dung của quy trình ERAS trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu thực hiện trên 145 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt tử cung và chăm sóc theo quy trình ERAS, ASA I-III tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong giai đoạn từ 01/01/2023 đến 30/06/2024. **Kết quả:** Trong 15 nội dung của quy trình ERAS thực hiện trên 145 bệnh nhân trong nhóm

nghiên cứu này, số nội dung thực hiện đạt trung bình $11,7 \pm 1,0$ nội dung (9 - 14). Mức độ tuân thủ ERAS chung chiếm tỉ lệ (%) trung bình $77,7 \pm 6,9$ (thấp nhất là 60% và cao nhất là 93,3%). Nhóm có mức độ tuân thủ < 70% chỉ chiếm 10,3% (15 bệnh nhân) thấp hơn nhóm có mức độ tuân thủ $\geq 70\%$ chiếm 89,7% (130 bệnh nhân). **Kết luận:** Kết quả này cho thấy ERAS bước đầu được áp dụng áp dụng hiệu quả, tuy nhiên cần tăng cường phối hợp liên chuyên khoa, giám sát chặt chẽ và đào tạo thường xuyên để nâng cao tuân thủ.

Từ khóa: Tử cung, Phẫu thuật nội soi cắt tử cung, Quy trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS)

SUMMARY

SURVEY ON COMPLIANCE WITH THE ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

(ERAS) PROTOCOL IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Objective: To determine the compliance rate with the components of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol in laparoscopic hysterectomy.

Subjects and Methods: A retrospective case series study was conducted on 145 patients (ASA I–III) who underwent laparoscopic hysterectomy and received care following the ERAS protocol at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from January 1, 2023, to June 30, 2024.

Results: Among the 15 ERAS components applied to the 145 patients, the average number of components implemented was 11.7 ± 1.0 (range: 9–14). The overall compliance rate with the ERAS protocol was $77.7 \pm 6.9\%$ (minimum: 60%, maximum: 93.3%). The proportion of patients with compliance $<70\%$ was 10.3% (15 patients), while those with $\geq 70\%$ compliance accounted for 89.7% (130 patients).

Conclusion: These results indicate that the ERAS protocol has been effectively implemented at an initial stage. However, enhanced interdisciplinary collaboration, strict monitoring, and continuous staff training are necessary to further improve compliance.

Keywords: Uterus, Laparoscopic hysterectomy, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quy trình phục hồi sớm sau mổ đã được áp dụng cho phẫu thuật cắt tử cung từ rất sớm và đạt được những kết quả khả quan. Một phân tích tổng hợp gần đây đã kết luận rằng áp dụng ERAS trong ung thư phụ khoa có liên quan đến việc giảm thời gian nằm viện 1,6 ngày, giảm 32% biến chứng, giảm 20% tái phát, không thay đổi tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật trong 30 ngày và tiết kiệm chi phí trung bình là 2129 đô la cho mỗi bệnh nhân [1]. Mặc dù các nội dung trong quy trình ERAS đã được chứng minh bằng y học chứng cứ nhưng do có nhiều điểm khác biệt với quy trình chăm sóc thông thường nên việc tuân thủ gặp không ít khó khăn, nhất là trong giai đoạn đầu. Để quy trình hoạt động tốt, cần một đội ngũ đầy đủ, chuyên nghiệp và phối hợp chặt chẽ với nhau bao gồm các bác sĩ nhiều chuyên khoa, điều dưỡng, lực lượng hoạt động xã hội và đặc biệt cần sự hiểu biết và hợp tác của chính bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân. Ngoài ra, cũng cần mạng lưới y tế phát triển rộng, đồng đều và kết nối với nhau [2]. Điều đó khiến cho việc tuân thủ quy trình ERAS không phải là việc dễ dàng.

Tại Việt Nam, ERAS đã được áp dụng tại một số bệnh viện lớn trên cả nước như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đại học Y Dược, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Quân đội 108, Bệnh viện Vinmec... Tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, quy trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) đã triển khai thực hiện trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại

khoa Phụ khoa từ năm 2018 [3]. Tuy nhiên vẫn chưa có một quy trình kiểm soát việc tuân thủ các nội dung của quy trình ERAS. Đồng thời thực tế trong quá trình triển khai, việc tuân thủ các nội dung của quy trình gặp những khó khăn gì, ảnh hưởng như thế nào tới kết quả chung, giải pháp khắc phục ra sao... là những câu hỏi rất cần được giải đáp. Đồng thời cũng chưa có một quy trình kiểm soát việc tuân thủ hướng dẫn tăng cường chất lượng hồi phục sau mổ để đảm bảo việc thực hiện ERAS đạt hiệu quả tốt hơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tính tuân thủ quy trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) trên bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại bệnh viện Nhân dân Gia Định” nhằm đánh giá lại nội dung nào đã tuân thủ tốt, nội dung nào chỉ mới thực hiện tương đối, nội dung nào chưa tốt trong việc áp dụng quy trình ERAS đối với phẫu thuật nội soi cắt tử cung. Qua đó để tìm ra lí do và cách khắc phục, đồng thời cũng đánh giá xem với sự tuân thủ như vậy thì kết quả tương ứng ra sao.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ tuân thủ các nội dung của quy trình ERAS trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Báo cáo loạt ca hồi cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chí chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung và chăm sóc theo quy trình ERAS tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, ASA I–III.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Có dính ruột (được mô tả trong tường trình phẫu thuật).

+ Thực hiện thêm các phẫu thuật khác trong lúc mổ (bao gồm các phẫu thuật ở cơ quan khác ngoài tử cung và 2 phần phụ).

+ Phẫu thuật chuyển mổ hở

2.3. Cỡ mẫu. Lấy mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu. Hồi cứu các trường hợp phẫu thuật chương trình nội soi cắt tử cung được áp dụng quy trình ERAS tại Khoa Phụ khoa - Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024.

2.4. Quy trình ERAS

2.4.1. Trước phẫu thuật

- Đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng: Thực hiện nếu có phiếu đánh giá, xác định nguy cơ và được hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ.

- Kiểm soát bệnh nền: Thực hiện nếu bệnh nhân không có bệnh nền hoặc bệnh nền được hội chẩn và đánh giá đủ điều kiện mổ.

- Uống nước đường: Uống 250ml Maltose 30% trước mổ 2 giờ.

- Không chuẩn bị ruột cơ học.

- Kháng sinh dự phòng: Tiêm Cefazolin trong vòng 1 giờ trước rạch da.

- Phòng ngừa huyết khối (VTE): Đánh giá bằng thang điểm Caprini. Thực hiện nếu bệnh nhân có nguy cơ thấp hoặc nguy cơ trung bình trở lên có dùng Lovenox 40mg trước mổ 12 giờ và sau mổ mỗi ngày (từ 6 giờ sau mổ).

2.4.2. Trong phẫu thuật

- Dự phòng buồn nôn: Dùng Dimenhydrinate trước khi kết thúc mổ 30 phút.

- Không đặt/rút sớm ống thông mũi dạ dày: Không đặt hoặc rút trước khi tỉnh.

- Không đặt dẫn lưu bụng.

- Phẫu thuật nội soi cắt tử cung.

2.4.3. Sau phẫu thuật

- Giảm đau đa mô thức: Paracetamol + Acupan + TAP Block hoặc tê thẩm.

- Rút ống thông tiểu ngày 1 sau mổ.

- Cho ăn sớm: Ăn lỏng sau mổ 6 giờ.

- Vận động sớm: Rời giường sau mổ 6 giờ, đi lại >6 giờ/ngày từ ngày hậu phẫu

- Xuất viện ngày thứ 3 nếu đạt các tiêu chuẩn: ăn uống, tiêu hóa tốt, kiểm soát đau, không sốt, tự vận động, không biến chứng.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được duyệt qua bởi hội đồng y đức của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nhân dân Gia Định trước khi bắt đầu tiến hành thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian thực hiện nghiên cứu từ ngày 01/01/2023 đến ngày 30/06/2024 tại Khoa sản phụ khoa - Bệnh viện Nhân dân Gia Định, chúng tôi thu thập được 163 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung. Tuy nhiên có 7 trường hợp bệnh nhân từ chối phẫu thuật và 11 trường hợp chuyển mổ mở cắt tử cung. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 145 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung và chăm sóc theo quy trình ERAS với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=145)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình: 51,67±9,01 tuổi (32-79 tuổi)		
Địa chỉ	TP.Hồ Chí Minh	113
	Khác	32
Nghề	Nội trợ	56
		38,6

nghiệp	Buôn bán	10	6,9
	Công nhân	21	14,5
	Lao động trí thức	17	11,7
	Khác	41	28,3
Số lần sinh	Chưa sinh con	27	18,6
	Đã sinh con	118	81,4

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tổng cộng 145 trường hợp được khảo sát, tuổi trung bình: 51,67 ± 9,01 tuổi (32 – 79 tuổi), đa số đối tượng sống ở khu vực TP. Hồ Chí Minh, chiếm 77,9%. Về nghề nghiệp, 38,6% là nội trợ, buôn bán chiếm tỉ lệ 6,9%, công nhân 14,5%, cán bộ viên chức 11,7%. Các ngành nghề khác như làm nông, lao công, hưu trí... chiếm 28,3%. Đa số dân số khảo sát đã sinh con, chiếm tỉ lệ 81,4%.

3.2. Đánh giá tuân thủ ERAS trước phẫu thuật

Bảng 2: Đánh giá tuân thủ ERAS trước phẫu thuật

Đặc điểm	N=145	Tỷ lệ (%)
Tầm soát, đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng	145	100,0
Điều trị tối ưu các bệnh mạn tính	145	100,0
Uống nước đường cho đến 2 giờ trước phẫu thuật	127	87,6
Không chuẩn bị ruột cơ học trước phẫu thuật	145	100,0
Điều trị phòng ngừa huyết khối	145	100,0
Kháng sinh dự phòng	145	100,0

Có 6 tiêu chí đánh giá tuân thủ ERAS trước phẫu thuật, điều thực hiện đầy đủ tuy nhiên có 12,4% không được cho uống nước đường trước phẫu thuật, có 18 bệnh nhân là có bệnh đái tháo đường.

3.3. Đánh giá tuân thủ ERAS trong phẫu thuật

Bảng 3: Đánh giá tuân thủ ERAS trong phẫu thuật

Đặc điểm	N=145	Tỷ lệ (%)
Không đặt hoặc rút ống thông mũi dạ dày trước khi tỉnh	145	100,0
Điều trị chống nôn	145	100,0
Không dẫn lưu bụng	Có	140
	Không	5
Thời gian rút dẫn lưu bụng (n=5)	2,6 ± 0,55 (2-3)	(ngày)

Không đặt dẫn lưu bụng: có 140 bệnh nhân chiếm 96,5%. Có 5 bệnh nhân được đặt dẫn lưu ổ bụng với thời gian rút dẫn lưu bụng trung bình là 2,6 ± 0,55 ngày (2-3).

3.4. Đánh giá tuân thủ ERAS sau phẫu thuật

Bảng 4: Đánh giá tuân thủ ERAS sau phẫu thuật

Đặc điểm		N=145	Tỷ lệ (%)
Giảm đau đa mô thức	Có	7	4,8
	Không	138	95,2
Bắt đầu ăn uống sớm sau mổ	Có	52	35,9%
	Không	93	64,1%
Vận động sớm sau mổ	Có	20	13,8%
	Không	125	86,2%
Rút ống thông bàng quang ngày thứ nhất sau mổ	Có	141	97,2%
	Không	4	2,8%
Xuất viện ngày thứ 3 sau mổ	Có	44	30,3%
	Không	101	69,7%

Giảm đau sau mổ đa mô thức: Đa số bệnh nhân được dùng giảm đau thông thường (Paracetamol + Acupan), chỉ có 7 bệnh nhân (4,8%) có kết hợp TAP Block hoặc tê thẩm. Rút ống thông bàng quang ngày thứ nhất sau mổ: có 141 bệnh nhân chiếm 97,2%. Bắt đầu cho ăn uống sớm sau mổ 6 giờ: chỉ có 52 bệnh nhân (35,9%). Vận động sớm sau mổ: chỉ có 20 bệnh nhân (13,8%). Xuất viện ngày thứ 3 sau mổ: có 44 bệnh nhân (69,7%)

3.5. Đánh giá tuân thủ ERAS chung

Bảng 5: Đánh giá tuân thủ ERAS chung

Đặc điểm	N=145	Tỷ lệ (%)
Số nội dung ERAS tuân thủ: 11,7±1,0 (9-14)		
Tỉ lệ tuân thủ ERAS (tính trên 15 nội dung) (%) : 77,7±6,9 (60-93,3)		
Tuân thủ ERAS	Tuân thủ ≥70%	130
	Tuân thủ <70%	15

Trong 15 nội dung của quy trình ERAS thực hiện trên 145 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này đạt trung bình 11,7±1,0 nội dung (9-14). Mức độ tuân thủ ERAS chung chiếm tỉ lệ (%) trung bình 77,7±6,9 (thấp nhất là 60% và cao nhất là 93,3%). Nhóm bệnh nhân có mức độ tuân thủ <70% chỉ chiếm 10,3% thấp hơn nhóm bệnh nhân có mức độ tuân thủ ≥70%

IV. BÀN LUẬN

Với mục tiêu xác định tỷ lệ tuân thủ các nội dung của quy trình ERAS bởi nhân viên y tế trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, nhóm nghiên cứu lựa chọn thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu. Phương pháp này là phù hợp do có những ưu điểm như tiết kiệm chi phí, thời gian và nhân lực, nhờ vào việc khai thác dữ liệu sẵn có từ hồ sơ bệnh án. Tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, quy trình ERAS đã được triển khai từ năm 2018 và được ghi nhận các thông tin liên quan đầy đủ trong hồ sơ bệnh án. Điều này tạo điều kiện

thuận lợi cho việc thu thập dữ liệu và góp phần giảm thiểu sai lệch thông tin do mất mẫu.

Nghiên cứu cho thấy mức tuân thủ trung bình quy trình ERAS đạt 77,7%, được xem là phù hợp với khuyến cáo và tương đương các nghiên cứu trước [4-6]. So với thời kỳ chưa áp dụng, một số nghiên cứu ghi nhận tuân thủ tăng nhưng hiệu quả chỉ rõ nét khi đạt >80%. Mức tuân thủ 77,7% trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triển khai ERAS tại bệnh viện đã có hiệu quả bước đầu. Về chi tiết, trung bình mỗi bệnh nhân tuân thủ 11,7 nội dung ERAS (trong 14 nội dung). Các nội dung tiền phẫu được thực hiện gần như hoàn toàn: đánh giá dinh dưỡng, kiểm soát bệnh nền, kháng sinh dự phòng, dự phòng huyết khối và không chuẩn bị ruột. Nội dung uống nước đường trước mổ tăng từ 0% (năm 2018) lên 87,6%. Trong mổ, gần như tất cả các biện pháp đều đạt tỷ lệ thực hiện >96%. Tuy nhiên, các nội dung sau mổ như giảm đau đa mô thức, ăn uống và vận động sớm còn hạn chế. Việc kiểm soát đau chưa tối ưu có thể là nguyên nhân cản trở vận động sớm, dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện.

Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ± 1,9 ngày, phù hợp với các nghiên cứu khác. Phân tích cho thấy nhóm bệnh nhân tuân thủ ERAS ≥70% có thời gian nằm viện ngắn hơn, với hơn 78% xuất viện trong vòng 4 ngày, trong khi nhóm <70% có nhiều trường hợp nằm viện kéo dài đến 7-19 ngày. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, như của Shen, Hayek [4,5] và Nelson [7], cho thấy tuân thủ cao giúp rút ngắn thời gian nằm viện. Tác động tích cực của ERAS được lý giải bởi việc phối hợp nhiều yếu tố: vận động sớm, ăn uống sớm, kiểm soát đau hiệu quả, hạn chế opioid và can thiệp xâm lấn không cần thiết. Ngoài ra, yếu tố tâm lý, tổ chức chăm sóc và phối hợp liên chuyên khoa cũng góp phần thúc đẩy hồi phục nhanh. ERAS tạo điều kiện để người bệnh phục hồi sinh lý nhanh hơn và hạn chế biến chứng, đồng thời thể hiện sự vận hành hiệu quả của hệ thống chăm sóc y tế. Về biến chứng hậu phẫu, tỷ lệ trong 30 ngày sau mổ chỉ 3,4% (5/145), chủ yếu là nhẹ (Clavien-Dindo I-II), không có tử vong hoặc tái nhập viện. Biến chứng nặng chỉ có 1 trường hợp chảy máu muộn phải mổ lại. Kết quả này cho thấy phẫu thuật nội soi kết hợp ERAS là an toàn, không làm tăng biến chứng. So sánh với các nghiên cứu khác như Shen (biến chứng 5,6%) và Hayek (6,9%), kết quả của chúng tôi vẫn thấp hơn. Tuy mỗi liên hệ giữa tuân thủ ERAS và biến chứng không đạt khác biệt thống kê trong nghiên cứu này, có thể do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn. Tuy