

thiệt và hiệu quả được duy trì tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng theo dõi; chỉ số ODI cải thiện đáng kể, chức năng cột sống phục hồi rõ rệt so với trước điều trị; phương pháp can thiệp được đánh giá là an toàn. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi ngắn, cần có thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định giá trị của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2021 Low Back Pain Collaborators.** (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023 May 22;5(6):e316-e329. doi: 10.1016/S2665-9913(23)00098-X.
2. **Lee CH, Chuna CK, Kim CH.** (2017). The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Spine J.* 2017 Nov;17(11): 1770-1780. doi: 10.1016/j.spinee.2017.05.006.
3. **Cohen, Steven P.; et al.** (2018). Effectiveness of Lumbar Facet Joint Blocks and Predictive Value before Radiofrequency Denervation. *Anesthesiology* Sep;129(3): 517-535. doi: 10.1097/ALN.0000000000002274.
4. **Du R, Xu G, Bai X, Li Z.** (2022). Facet Joint Syndrome: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *J Pain Res.* 2022 Nov 30;15:3689-3710. doi: 10.2147/JPR.S389602.
5. **Kalichman L, Suri P, Guermazi A, Li L, Hunter DJ.** (2009). Facet orientation and tropism: associations with facet joint osteoarthritis and degeneratives. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 Jul 15;34(16): E579-85. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181aa2acb.
6. **Manchikanti L, et al.** (2020). Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Facet Joint Interventions in the Management of Chronic Spinal Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines Facet Joint Interventions 2020 Guidelines. *Pain Physician.* 2020 May;23(3S):S1-S127. PMID: 32503359.
7. **Van Wijk RM, Geurts JW, Wynne HJ, Hammink E, Buskens E, Lousberg R, Knape JT, Groen GJ.** (2005). Radiofrequency denervation of lumbar facet joints in the treatment of chronic low back pain: a randomized, double-blind, sham lesion-controlled trial. *Clin J Pain.* 2005 Jul-Aug;21(4):335-44. doi: 10.1097/01.aip.0000120792.69705.c9.
8. **Nath S, Nath CA, Pettersson K.** (2008). Percutaneous lumbar zygapophysial (Facet) joint neurotomy using radiofrequency current in the management of chronic low back pain: a randomized double-blind trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 May 20;33(12):1291-7; discussion 1298. doi: 10.1097/BRS.0b013e31817329f0.
9. **Schneider BJ, Doan L, Maes MK, Martinez KR, Gonzalez Cota A, Boeduk N.; Standards Division of the Spine Intervention Society.** (2020). Systematic Review of the Effectiveness of Lumbar Medial Branch Thermal Radiofrequency Neurotomy. Stratified for Diagnostic Methods and Procedural Technique. *Pain Med.* 2020 Jun 1;21(6):1122-1141. doi: 10.1093/pm/pnz349.

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH TĂNG CƯỜNG PHỤC HỒI SAU PHẪU THUẬT TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT SỎI MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Trần Văn Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị của nhóm người bệnh phẫu thuật sỏi mật được ứng dụng chương trình tăng cường phục hồi sau phẫu thuật ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương (12/2024 – 3/2025). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 66 ca bệnh được điều trị bằng phẫu thuật sỏi mật tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương từ tháng 12 năm 2024 đến hết tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $58,33 \pm 15,39$. Tỷ lệ nữ/ nam: 2/1. Các chỉ số men

gan (AST, ALT) và bilirubin dao động rộng. Siêu âm phát hiện sỏi túi mật ở 80,3% trường hợp, sỏi ống mật chính 13,64% và sỏi đường mật trong gan 7,58%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $113,3 \pm 42,54$ phút, ngắn hơn ở nhóm phẫu thuật < 72 giờ. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu được thực hiện ở 84,85% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp, nhiễm trùng vết mổ 1,52%. Thời gian nằm viện trung bình $8,65 \pm 5,96$ ngày. Thời gian trung tiện trung bình $1,8 \pm 0,5$ ngày. Thời gian trung bình bệnh nhân ăn trở lại bằng đường miệng là $1,32 \pm 0,56$ ngày. Thời gian trung bình bệnh nhân bắt đầu tập đi lại và ra khỏi giường là $30,11 \pm 26,26$ giờ. Nhiều thành phần ERAS đạt tỷ lệ tuân thủ tuyệt đối, như dự phòng hạ thân nhiệt, giảm đau đa mô thức, hạn chế dịch truyền, vận động sớm. Một số yếu tố có tỷ lệ tuân thủ chưa cao như uống carbohydrate trước phẫu thuật và dinh dưỡng đường miệng sớm. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng chương trình ERAS giúp rút

¹Bệnh viện Đa khoa Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Vinh
Email: bstranvanvinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025
Ngày duyệt bài: 10.12.2025

ngắn thời gian phẫu thuật và hồi phục sau mổ, giảm biến chứng, đồng thời đạt tỷ lệ tuân thủ cao ở hầu hết các thành phần chính. **Từ khóa:** sỏi mật, ERAS, Bệnh viện Đa khoa Hải Dương.

SUMMARY

OUTCOMES OF APPLYING ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROGRAM IN PATIENTS UNDERGOING GALLSTONE SURGERY AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes of 66 patients undergoing gallstone surgery with the application of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program at Hai Duong General Hospital (December 2024 – March 2025). **Subjects and methods:** A cross-sectional study on all patients treated with gallstone surgery at Hai Duong General Hospital from December 2024 to March 2025. **Results:** The mean age was $58,33 \pm 15,39$ years. Female-to-male ratio 2/1. Liver enzymes (AST, ALT) and bilirubin showed wide variations, reflecting hepatobiliary damage in some patients. Ultrasound detected gallbladder stones in 80,3% of cases, common bile duct stones in 13,64%, and intrahepatic stones in 7,58%. The mean operative time was $113,3 \pm 42,54$ minutes, shorter in the <72-hour group. Minimally invasive surgery was performed in 84,85% of patients. The postoperative complication rate was low, with surgical site infection occurring in 1,52%. The mean hospital stay was $8,65 \pm 5,96$ days. The mean time to first flatus was $1,8 \pm 0,5$ days. The mean time to resumption of oral intake was $1,32 \pm 0,56$ days, and the mean time to mobilization out of bed was $30,11 \pm 26,26$ hours. Several ERAS components achieved full compliance, including hypothermia prevention, multimodal analgesia, fluid restriction, and early mobilization. Some elements showed lower adherence rates, such as preoperative carbohydrate intake and early oral nutrition. **Conclusion:** The findings indicate that the implementation of the ERAS program contributed to shorter operative times and faster postoperative recovery, reduced complications, and high compliance in most key components. **Keywords:** Gallstone, ERAS, Hai Duong General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery) là phương pháp toàn diện giúp người bệnh hồi phục nhanh hơn sau phẫu thuật và giảm đáng kể các biến chứng. Chăm sóc toàn diện, kết hợp với lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật tối ưu và gây mê phù hợp, giúp giảm căng thẳng sinh lý và tâm lý cho người bệnh, hạn chế biến chứng sau phẫu thuật và đẩy nhanh quá trình hồi phục[1]. ERAS

ngày càng được áp dụng rộng rãi, dần trở thành tiêu chuẩn trong phẫu thuật hiện đại, giúp người bệnh phục hồi tốt hơn và an toàn hơn. Tại Bệnh viện Hải Dương hàng năm thực hiện hàng trăm ca mổ sỏi mật nhưng lần đầu tiên được ứng dụng chương trình phục hồi sau phẫu thuật, cũng chưa có báo cáo trước đây về kết quả ứng dụng ERAS tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả Người bệnh được điều trị phẫu thuật sỏi mật tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương từ tháng 12 năm 2024 đến hết tháng 3 năm 2025. Có đầy đủ thông tin theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Người bệnh không đủ các tiêu chí nghiên cứu theo các biến số cần thu thập, người bệnh không tuân thủ và rời khỏi chương trình giữa quá trình điều trị.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không nhóm chứng
- Cỡ mẫu thuận tiện bao gồm 66 ca bệnh đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu (trong tổng số 69 ca sỏi mật được phẫu thuật trong thời gian trên)
- Phương pháp: Số liệu được nhập thống nhất trên một bệnh án nghiên cứu thống nhất được thiết kế sẵn. Số liệu được nhập, mã hóa, làm sạch và xử lý phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Số liệu được trình bày qua các bảng và biểu đồ. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối bình thường, hoặc trung vị nếu phân phối không bình thường. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số n (hoặc tần suất) và tỉ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 66 bệnh nhân, tuổi trung bình $58,33 \pm 15,39$ tuổi. Nhóm từ 50 – 70 tuổi chiếm đa số: 46,97%. Tuổi thấp nhất là 30 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Bệnh hay gặp ở nữ giới chiếm 44/66 trường hợp (tỉ lệ 67%). Tỉ số nữ/ nam: 2/1. (BMI) trung bình là $22,12 \pm 2,40$ kg/m², dao động từ 16,8 đến 30,2 kg/m². Tỷ lệ thừa cân (BMI > 25): 40,91%.

Bảng 1. Chỉ số sinh hóa của ĐTNC

Chỉ số	Thời điểm phẫu thuật			p
	n	Trước 72 giờ	Sau 72 giờ	

			(n=51)	(n=15)	
SLBC	≥15 G/l	15 (22,73)	12 (80,00)	3 (20,00)	0,774
	<15 G/L	51 (77,27)	13 (76,47)	6 (23,53)	
Đường huyết	>7 mmol/l	29 (43,94)	22 (75,68)	7 (24,14)	0,809
	≤7 mmol/l	37 (56,06)	29 (78,38)	8 (21,62)	
Bilirubin	>19 mmol/l	32 (48,48)	23 (71,88)	9 (28,13)	0,310
	<19 mmol/l	34 (51,52)	28 (82,35)	6 (17,65)	
GOT, GPT	>60 U/l	17 (25,76)	11 (64,71)	6 (35,29)	0,151
	≤60 U/l	49 (74,24)	40 (81,63)	9 (18,37)	

Nhận xét: Trong 66 người bệnh, có 22,73% trường hợp bạch cầu ≥15 G/L, 43,94% có đường huyết >7 mmol/l, 48,48% có bilirubin >19 mmol/l và 25,76% có men gan (GOT, GPT) >60 U/l. Các chỉ số này đều ghi nhận tỷ lệ cao hơn ở nhóm phẫu thuật <72 giờ, ($p > 0,05$).

Bảng 2. Kết quả hình ảnh học

Chỉ số	Số người bệnh	Tỷ lệ phần trăm (%)
Sỏi túi mật	53	80,30
Dày thành túi mật	15	22,73

Sỏi ống mật chính	9	13,64
Sỏi đường mật trong gan	5	7,58
Sỏi nhiều vị trí	2	3,23

Nhận xét: Sỏi túi mật là tổn thương hình ảnh học gặp nhiều nhất, chiếm 80,30% với 53 người bệnh. Dày thành túi mật được ghi nhận ở 15 người bệnh, tương ứng 22,73%. Sỏi ống mật chính ngoài gan gặp ở 9 người bệnh (13,64%), trong khi sỏi đường mật trong gan chiếm 7,58% với 5 trường hợp. Sỏi ở nhiều vị trí ít gặp hơn, chỉ có 2 người bệnh, chiếm 3,23%.

Bảng 3. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật

Chỉ số	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)	Thời điểm phẫu thuật sau 72 giờ	Thời điểm phẫu thuật trước 72 giờ	P
< 10 ngày	46	69,70	36 (70,59)	10 (66,67)	0,771
> 10 ngày	20	30,30	15 (29,41)	5 (33,33)	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	X ± SD	8,65 ± 5,96	8,15 ± 4,58	10,33 ± 9,27	
	Min - Max	3 - 36	3 - 30	3 - 36	

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $8,65 \pm 5,96$ ngày, dao động 3–36 ngày. Phần lớn người bệnh (69,70%) có thời gian nằm viện <10 ngày. Nhóm phẫu thuật sau 72 giờ có thời gian nằm viện trung bình $8,15 \pm 4,58$ ngày, trong khi nhóm phẫu thuật trước 72 giờ là $10,33 \pm 9,27$ ngày; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,771$).

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Chỉ số	Số người bệnh	Tỷ lệ phần trăm (%)
Bục miệng nối	0	0
Tắc ruột	0	0
Nhiễm trùng vết phẫu thuật	1	1,52
Viêm phúc mạc	0	0
Phẫu thuật lại	0	0
Viêm phổi	0	0
Dãn lưu màng phổi	0	0
Tắc mạch phổi	0	0
Nhiễm trùng tiết niệu	0	0
Suy thận sau phẫu thuật	0	0
Hạ Na/Ka máu	1	1,52
Nhập ICU	7	10,61

Nhận xét: Phần lớn người bệnh không gặp biến chứng sau phẫu thuật, với tỷ lệ 0% ở các biến chứng nặng như bục miệng nối, tắc ruột,

viêm phúc mạc, viêm phổi và suy thận. Chỉ ghi nhận nhiễm trùng vết mổ và hạ Na/K máu, mỗi loại 1 trường hợp (1,52%). Ngoài ra, có 7 người bệnh phải nhập ICU sau phẫu thuật (10,61%).

Bảng 5. Các chỉ số sau phẫu thuật

Chỉ số	X±SD	Min-Max
VAS sau phẫu thuật 4 ngày	2,69±0,51	2,5-5
Thời gian trung tiện sau phẫu thuật (ngày)	1,8±0,5	2,5-5
Ăn bằng đường miệng trở lại sau phẫu thuật (ngày)	1,31 ± 0,56	1-3
Thời gian tự đi lại sau phẫu thuật (giờ)	30,11±26,26	2-96

*VAS: Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) được sử dụng để đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật, thang điểm 10, với điểm 1 là ít đau nhất, 10 điểm là đau nhiều nhất

Nhận xét: - Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS sau phẫu thuật 4 ngày là $2,69 \pm 0,51$ điểm, dao động từ 2,5 đến 5 điểm.

- Thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là $1,8 \pm 0,5$ ngày, sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 3 ngày.

- Thời gian trung bình để người bệnh ăn

bằng đường miệng trở lại là $1,31 \pm 0,56$ ngày, trong khoảng từ 1 đến 3 ngày.

-Thời gian trung bình để người bệnh có thể tự đi lại sau phẫu thuật là $30,11 \pm 26,26$ giờ, dao động từ 2 đến 96 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu trên 66 bệnh nhân, tuổi trung bình của đối tượng là $58,33 \pm 15,39$, dao động từ 30 đến 88 tuổi; tuổi trung vị đạt 59. Kết quả này cao hơn so với báo cáo của Trần Kiến Vũ là $56,12 \pm 10,84$; nhóm tuổi thường gặp nhất là 60–79 tuổi (41%), độ tuổi nhỏ nhất 16 và lớn nhất 84 [2]. Vũ Hoàng Oanh và cộng sự (2021) trên cùng nhóm bệnh nhân phẫu thuật sỏi mật, trong đó tuổi trung bình chỉ đạt $45,2 \pm 9,7$ [3]. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 67%, cao gấp đôi nam giới (33%), tương ứng tỷ lệ nam/nữ là 1:2. Sự chênh lệch này khác với kết quả của Vũ Bích Hạnh (2010) [4] trong đó nam giới chiếm 55% và nữ 45%, cũng như các nghiên cứu của Trần Kiến Vũ (2017) và Lê Quang Minh (2013) với tỷ lệ nam giới lần lượt cao gấp 5 lần và 1,7 lần nữ giới[2, 5].

Chỉ số đường huyết trung bình của bệnh nhân là $7,33 \pm 2,41$ mmol/L, cao hơn ngưỡng bình thường, với giá trị tối đa lên tới 15,9 mmol/L. Về men gan, GOT (AST) và GPT (ALT) trung bình lần lượt đạt $80,74 \pm 125,88$ U/L và $77,76 \pm 129,94$ U/L, với giá trị tối đa rất cao (679 U/L và 738 U/L). Điều này cho thấy một số bệnh nhân có rối loạn chức năng gan–mật. So sánh với nghiên cứu của Ming-zhe Li (2023) trên cùng nhóm đối tượng, ghi nhận AST trung bình $33,2 \pm 27,0$ U/L, ALT trung bình $46,3 \pm 55,4$ U/L và bilirubin toàn phần trung bình $13,6 \pm 10,1$ μ mol/L. Sự khác biệt này có thể liên quan đến mức độ tổn thương gan–mật và thời điểm can thiệp phẫu thuật khác nhau giữa hai quần thể nghiên cứu[6]. Nghiên cứu cho thấy 29,4% bệnh nhân (15/66 trường hợp) có túi mật to, thành dày, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Vũ Bích Hạnh (93,3%) và Lê Quang Minh (100%)[4, 5], nhưng lại cao hơn so với kết quả của Thái Nguyên Hưng (2023) với 7,7% bệnh nhân có thành túi mật dày > 3 mm [7]. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có sỏi trong túi mật, chiếm 80,30% (53/66 trường hợp), cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng (2023), trong đó chỉ 4,8% bệnh nhân có sỏi túi mật [7]. Sỏi ống mật ngoài gan được phát hiện ở 9 bệnh nhân (13,64%), sỏi đường mật trong gan ở 5 bệnh nhân (7,58%), trong khi sỏi ở nhiều vị trí ít gặp hơn, chỉ chiếm 3,23% (2 trường hợp).

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $8,65 \pm 5,96$ ngày, dao

động từ 3 đến 36 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đào Mỹ Linh (2022) có thời gian nằm viện trung bình 8,5 ngày, ngắn hơn đáng kể so với nhóm chứng là 10 ngày ($p < 0,05$)[8]. Theo nghiên cứu của Ming-zhe Li (2023) trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật, thời gian nằm viện trung bình của nhóm can thiệp (4,06 ngày) ngắn hơn đáng kể so với nhóm chứng (4,61 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)[6]. Chỉ ghi nhận hai biến chứng là nhiễm trùng vết phẫu thuật và hạ Na/K máu, mỗi loại gặp ở 1 bệnh nhân (1,52%) trong nghiên cứu. So sánh với kết quả năm 2019 của chúng tôi trên nhóm bệnh nhân không áp dụng ERAS, tỷ lệ nhiễm trùng vết phẫu thuật khi đó là 10,26%, cao hơn rõ rệt so với 1,52% hiện tại. Điều này cho thấy việc áp dụng ERAS mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc giảm biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là nhiễm trùng vết mổ. Phần lớn bệnh nhân có điểm đau VAS trong cả bốn ngày đầu sau phẫu thuật đều dưới 4, mức độ đau nằm trong ngưỡng chấp nhận được. Kết quả này sớm hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thủy, trong đó thời gian trung tiện trung bình là $50,27 \pm 8,31$ giờ, sớm nhất 35 giờ [9]. Thời gian trung bình để bệnh nhân ăn trở lại bằng đường miệng trong nghiên cứu là $1,32 \pm 0,56$ ngày, sớm nhất 1 ngày (24 giờ) và muộn nhất 3 ngày. Đây là thời gian ngắn so với nhiều nghiên cứu trước đây, đặc biệt là nghiên cứu của Ngô Sỹ Quý (2019) trên bệnh nhân phẫu thuật đại trực tràng, với thời gian trung bình là $3,6 \pm 0,7$ ngày (dao động từ 3 đến 5 ngày) [10]. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn hoặc nôn sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 86,36% (57/66). Đây là yếu tố có thể làm trì hoãn thời điểm ăn trở lại ở một số trường hợp, mặc dù nhu động ruột đã phục hồi. Theo khuyến cáo, người bệnh cần được ra khỏi giường ít nhất 2 giờ trong ngày đầu sau phẫu thuật và tối thiểu 6 giờ mỗi ngày trong những ngày tiếp theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình để bệnh nhân bắt đầu tập đi lại và ra khỏi giường là $30,11 \pm 26,26$ giờ. Nghiên cứu của Đào Mỹ Linh (2022) đều khẳng định rằng vận động sớm giúp tăng sức mạnh và chức năng cơ, cải thiện tưới máu tạng, thúc đẩy nhu động ruột phục hồi nhanh hơn, đồng thời làm giảm nguy cơ biến chứng hô hấp, loét tỳ đè và suy dinh dưỡng sau phẫu thuật [8]. Việc tối ưu hóa và rút ngắn thời gian bắt đầu vận động sớm sau phẫu thuật sẽ góp phần quan trọng vào việc nâng cao hiệu quả hồi phục và giảm biến chứng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng chương trình ERAS giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật và hồi phục sau mổ, giảm biến chứng, đồng thời đạt tỷ lệ tuân thủ cao ở hầu hết các thành phần chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Niu, F., Y.D. Liu, R.X. Chen, and Y.J. Niu, Safety and efficacy of enhanced recovery after surgery in elderly patients after therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 2019. 14(3): p. 394-400.
2. Trần Kiến Vũ, Nghiên cứu ứng dụng cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh. 2017, Đại học Y Hà Nội.
3. Hoàng, O.V. and D.T.J.T.c.N.c.Y.h. Phương, Hiệu quả của dung dịch Maltodextrin 12, 5% đường uống 2-4 giờ trước phẫu thuật cắt túi mật nội soi. 2021. 146(10): p. 11-19.
4. Vũ Bích Hạnh, Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi. Học viện Quân y, 2010.
5. Lê Quang Minh, Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. *Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng* 108, 2013.
6. Li, M.-z., et al., Enhanced recovery after laparoscopic cholecystectomy: A single-center experience. 2023.
7. Hưng, T.N., T.Đ. Tuấn, and P.V.J.T.c.Y.h.V.N. Linh, Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp. 2023. 524(2).
8. Đào, M.L., T.P. Nguyễn, T.H. Lê, and T.T.J.T.c.Y.h.V.N. Đỗ, Hiệu quả chăm sóc dinh dưỡng theo tiếp cận eras lên sự phục hồi chức năng ruột ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại tràng tại bệnh viện hữu nghị việt đức năm 2021–2022. 2022. 517(1).
9. Nguyễn, V.T., et al., Kết quả ứng dụng chương trình eras trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện hữu nghị đa khoa nghệ an. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 530(1B).
10. Quý, N.S., Bước đầu đánh giá hiệu quả của chiến lược ERAS trong phẫu thuật đại trực tràng. 2019, Trường Đại Học Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÂU DÀI PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ SAU PHÚC MẠC 1 TROCAR ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẸP KHÚC NỐI BỀ THẬN NIỆU QUẢN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Phương Thảo³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar điều trị bệnh lý hẹp khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ dưới 5 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 70 bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán hẹp phần nối niệu quản bể thận và được phẫu thuật tạo hình khúc nối bằng phẫu thuật nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar từ 1/2011 đến tháng 6/2013 tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Nhi trung ương. Các thông số trước mổ về tuổi, giới, biểu hiện lâm sàng, đường kính trước sau của bể thận và chức năng thận trên xạ hình thận đều được ghi lại. Đánh giá kết quả sớm sau mổ 6 tháng. Kết quả điều trị lâu dài được đánh giá sau mổ trung bình 65 tháng (36 tháng - 120 tháng). **Kết quả:** 70 trường hợp bệnh nhi dưới 5 tuổi được phẫu thuật trong đó có 65 trẻ nam (92,86%), 5 trẻ nữ (7,14%); tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi (tuổi trung bình là 22,9 ± 18,6 tháng). Kích thước bể thận trung bình trước mổ là 34,3 ± 8,1mm (từ 25mm đến 50mm). Có

68/70 (97,2%) bệnh nhân được mổ nội soi hoàn. 2/70 (2,8%) bệnh nhân phải mổ mở do thủng phúc mạc. Thời gian mổ trung bình là 74,8 ± 15,2 phút (45-100 phút). Thời gian nằm viện trung bình 3,7 ± 2,6 ngày. Có 51/68 (75%) bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có theo dõi được sau 6 tháng; 17/68 (25%) bệnh nhân mất liên lạc. Kích thước bể thận trung bình sau mổ là 14,3 ± 5,1mm. 45/51 (88,3%) bệnh nhân có kích thước bể thận dưới 15mm, 4/51 (7,8%), bệnh nhân có kích thước bể thận dưới 25mm và 2/51 (3,9%) bệnh nhân phải mổ lại do hẹp miệng nối. Kết quả lâu dài với thời gian theo dõi trung bình 65 tháng (36-120 tháng) ở 30/51 bệnh nhân với kết quả tốt ở 28/30 bệnh nhân, mổ lại do hẹp miệng nối 2/30 bệnh nhân. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc một lỗ trocar là một phương pháp điều trị hiệu quả, phù hợp với trẻ dưới 5 tuổi. **Từ khóa:** Ứ nước thận, hẹp khúc nối bể thận niệu quản, mổ nội soi tạo hình khúc nối.

SUMMARY

OUTCOME OF ONE TROCAR ASSISTED RETROPERITONEOSCOPIC DISMEMBERED PYELOPLASTY IN CHILDREN UNDER 5 YEARS WITH URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION

Objective: To evaluate the long-term outcomes of one-trocar retroperitoneoscopic-assisted pyeloplasty in treating ureteropelvic junction obstruction (UPJO) in children under 5 years of age. **Subjects and Methods:** a retrospective study of 70 patients under

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025