

các thông số huyết động tĩnh trong đánh giá đáp ứng bù dịch ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn. Luận án tiến sĩ Y học chuyên ngành Hồi Sức Cấp Cứu - Chống Độc, Đại học Y Dược TP.HCM.

7. **Monnet X et al. (2016)**, "Prediction of fluid responsiveness: an update". *Annals of Intensive Care*, 6(1), p. 111-120.
8. **Le Manach Y, Hofer C K, Lehot J J (2012)**, "Can changes in arterial pressure be used to detect changes in cardiac output during volume expansion in the perioperative period?". *Anesthesiology*, 117(6), pp.1165-1174.

9. **Barbier C, Loubieres Y, Schmit C, et al (2014)**, "Respiratory changes in inferior vena cava diameter are helpful in predicting fluid responsiveness in ventilated septic patients". *Intensive Care Med*, 2004, 30(9):1740-1746.
10. **Muller, L., Bobbia, X., Toumi, M. et al. (2012)**, "Respiratory variations of inferior vena cava diameter to predict fluid responsiveness in spontaneously breathing patients with acute circulatory failure: need for a cautious use". *Crit Care*, 16(1), doi:10.1186/cc11672.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÁC CAN THIỆP THEO HƯỚNG DẪN ERAS TRONG CẮT THÙNG PHỔI NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Hải Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Toàn Thắng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm đánh giá mức độ tuân thủ và hiệu quả của các can thiệp theo hướng dẫn của Quy trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) trong phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi tại Bệnh viện K Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Quy trình ERAS gồm 20 can thiệp được thiết lập và thực hiện trên 32 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi tại Bệnh viện K Trung ương từ tháng 4/2022 đến tháng 8/2022. Chúng tôi đánh giá việc tuân thủ quy trình và ảnh hưởng của nó lên thời gian nằm viện và tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỉ lệ tuân thủ chung các can thiệp là 74,9%. Trong đó mỗi can thiệp có tỉ lệ tuân thủ khác nhau. Nhóm tuân thủ cao ( $\geq 75\%$  can thiệp) có thời gian nằm viện tiêu chuẩn là  $6,93 \pm 1,43$  ngày ngắn hơn nhóm tuân thủ thấp ( $< 75\%$  can thiệp) là  $11,41 \pm 3,66$  ngày ( $p < 0,01$ ). Số can thiệp ERAS thực hiện được càng nhiều thì số ngày hậu phẫu càng giảm. Áp dụng chiến lược ERAS có tỷ lệ bệnh nhân biến chứng sau phẫu thuật là 12,5%. **Kết luận:** Tỉ lệ tuân thủ ERAS trong nghiên cứu là 74,9%, tuân thủ cao có liên quan đến giảm thời gian nằm viện và biến chứng sau phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi.

**Từ khóa:** Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật, phẫu thuật lồng ngực nội soi, ERAS.

### SUMMARY

**INITIAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS UNDER THE GUIDELINES OF THE ERAS IN VIDEO-ASSISTED THORACIC LOBECTOMY SURGERY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL**

<sup>1</sup>Bệnh viện K Trung ương

<sup>2</sup>Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 23.12.2022

**Objectives:** To evaluate the compliance and effectiveness of interventions under the guidelines of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in video-assisted thoracic lobectomy surgery at Vietnam National Cancer Hospital. **Subjects and methods:** We established an ERAS protocol consisting of 20 interventions and performed on 32 patients undergoing video-assisted thoracic lobectomy surgery at Vietnam National Cancer Hospital from April 2022 to August 2022. We evaluated protocol compliance and its effect on treatment outcomes by length of hospital stay and postoperative complication rates. **Results:** The overall compliance rate for the interventions was 74.9%. In which, each intervention has a different compliance rate. The high compliance group ( $\geq 75\%$  interventions) had a shorter hospital stay time after surgery ( $6.93 \pm 1.43$  days) than the low compliance group ( $< 75\%$  intervention) ( $11.41 \pm 3.66$  days), ( $p < 0.01$ ). The more ERAS interventions performed, the lower the number of postoperative hospital stay days. Applying the ERAS strategy has the rate of postoperative complications of 12.5%. **Conclusions:** The overall compliance of ERAS was 74.9%, high compliance is associated with reduced postoperative hospital stay time and complication rates in patients undergoing video-assisted thoracic lobectomy surgery.

**Keywords:** enhanced recovery after surgery, video-assisted thoracic surgery, ERAS, ERATS.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS; enhanced recovery after surgery) là một cách tiếp cận đa phương thức nhằm tối ưu hóa quá trình phẫu thuật dựa trên những bằng chứng y khoa tốt nhất.<sup>1</sup> ERAS bao gồm các can thiệp chăm sóc cụ thể, thường được chia thành các giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật. Mục đích của chiến lược này là giảm tối thiểu rối loạn chức năng các cơ quan, giảm đáp ứng stress với phẫu thuật, đẩy nhanh quá trình phục hồi sau phẫu thuật, giảm tỷ lệ biến chứng, giảm thời

gian cũng như chi phí nằm viện. Hướng dẫn ERAS ban đầu được đề xuất trong phẫu thuật đại - trực tràng vào cuối thế kỷ XX sau đó đã được phát triển để áp dụng trong các phẫu thuật khác như phụ khoa, tiết niệu. Tuy nhiên, chỉ trong thập kỷ gần đây, những chăm sóc can thiệp đa phương thức này mới được mô tả trong phẫu thuật lồng ngực. Một phân tích tổng hợp gần đây đã chứng minh rằng áp dụng ERAS trong phẫu thuật lồng ngực giúp đẩy nhanh quá trình phục hồi sau phẫu thuật và giảm chi phí nằm viện một cách hiệu quả.<sup>2</sup> Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của ERAS trong phẫu thuật lồng ngực, đặc biệt là đối với phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi. Mặt khác, dù các can thiệp theo quy trình ERAS đã được chứng minh bằng y học chứng cứ nhưng do quá khác biệt so với quy trình chăm sóc thông thường nên việc tuân thủ gặp không ít khó khăn, nhất là trong giai đoạn đầu. Kết quả thu được liên quan chặt chẽ với mức độ tuân thủ các can thiệp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá mức độ tuân thủ và hiệu quả của các can thiệp theo hướng dẫn của Quy trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) trong phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi tại Bệnh viện K Trung ương.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm các bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi dưới gây mê toàn thân sử dụng ống nội khí quản hai nòng. Bệnh nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, được thăm khám và giải thích đầy đủ về chiến lược ERAS, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp: bệnh nhân hoặc phẫu thuật viên từ chối hợp tác, bệnh nhân có tai biến lớn liên quan đến gây mê và/hoặc phẫu thuật.

**Bảng 1: Nội dung can thiệp ERAS theo guideline 2019 của hội ERAS<sup>3</sup> và những can thiệp có thể thực hiện được trong nghiên cứu**

		Nội dung quy trình theo ERAS	Các tiêu chí can thiệp cụ thể có thể làm được trong nghiên cứu
<b>Trước phẫu thuật</b>	<b>1</b>	Thăm khám và đánh giá trước phẫu thuật	Bệnh nhân và gia đình được khám và tư vấn bởi phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, bác sĩ dinh dưỡng; điều chỉnh các rối loạn trước mổ
	<b>2</b>	Tư vấn giải thích về ERAS	Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về quy trình ERAS để bệnh nhân hợp tác thực hiện
	<b>3</b>	Cai thuốc lá	Bác sĩ tư vấn và bệnh nhân chủ động cai thuốc lá
	<b>4</b>	Phục hồi chức năng trước phẫu thuật	Sử dụng dụng cụ tập thở Spiro - Ball theo hướng dẫn
	<b>5</b>	Uống carbohydrate trước phẫu thuật	Không thực hiện được
	<b>6</b>	Tránh dùng thuốc tiền mê, an thần	Không sử dụng thuốc an thần đêm trước ngày mổ

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu, thực hiện tại khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức Bệnh viện K từ tháng 4/2022 đến tháng 8/2022. Cỡ mẫu tối đa trong thời gian nghiên cứu.

**2.2.2. Các bước tiến hành:** Chúng tôi thiết lập một quy trình ERAS gồm 20 can thiệp dựa theo Hướng dẫn của hiệp hội ERAS quốc tế (ERAS Society) cho phẫu thuật lồng ngực<sup>3</sup>. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu sẽ được thực hiện theo một quy trình ERAS chung, đánh giá các can thiệp có được thực hiện hay không thông qua việc hỏi bệnh nhân và quan sát quá trình thực hiện. Can thiệp được xác định có thực hiện nếu tuân thủ đầy đủ các tiêu chí đề ra trong mỗi can thiệp. Nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật và quá trình chăm sóc được thu thập và lưu trữ. Tỷ lệ tuân thủ chung cả quy trình cũng như tuân thủ trong từng giai đoạn trước phẫu thuật, trong phẫu thuật và sau phẫu thuật cũng được ghi nhận và phân tích. Kết quả điều trị khi áp dụng quy trình ERAS được tính bằng thời gian nằm viện và tỉ lệ biến chứng.

+ Thời gian nằm viện tiêu chuẩn (ngày): Được tính từ khi phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn ra viện. Tiêu chuẩn cho bệnh nhân ra viện: (1) Bệnh nhân tự thở và ăn uống bình thường; (2) Không phải điều trị các thuốc đường tĩnh mạch; (3) Kiểm soát đau tốt bằng các thuốc giảm đau đường uống; (4) Đã rút dẫn lưu màng phổi. Đánh giá tiêu chuẩn ra viện vào buổi chiều từ ngày hậu phẫu thứ 3 và sau đó 1 lần/ngày bởi điều dưỡng chăm sóc và bác sĩ điều trị.

+ Thời gian nằm viện thực tế (ngày): số ngày nằm viện thực tế kể từ khi phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân ra viện hoặc chuyển khoa.

	7	Kháng sinh dự phòng và chuẩn bị da	Bệnh nhân vệ sinh cá nhân bằng xà phòng thông thường Kháng sinh dự phòng Cefoxitin 2g khi khởi mê
Trong phẫu thuật	8	Giữ ấm trong mổ và theo dõi nhiệt độ trong mổ liên tục	Nhiệt độ > 36 độ C trong 30 phút cuối của cuộc phẫu thuật.
	9	Gây tê vùng	Giảm đau ngoài màng cứng ngực khi không có chống chỉ định
	10	Quy trình gây mê tiêu chuẩn	Thông khí bảo vệ phổi, duy trì SpO <sub>2</sub> > 90% với FiO <sub>2</sub> 50% Giải giãn cơ Sugamadex, rút ống NKQ sớm
	11	Kiểm soát dịch truyền trong mổ	Không truyền dịch tĩnh mạch trước phẫu thuật Mức truyền dịch trong và sau phẫu thuật là 1 - 2ml/kg/giờ, với tổng lượng dịch truyền vào < 1500ml (hoặc 20ml/kg/24 giờ). Sử dụng dịch truyền Ringer fuldin.
	12	Phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu	Phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi
	13	Rút sonde tiểu sớm trong vòng 24h	Rút sonde tiểu vào sáng ngày hậu phẫu 1
	14	Đặt 1 ống dẫn lưu	Số dẫn lưu màng phổi theo chỉ định phẫu thuật viên
	Sau phẫu thuật	15	Giảm đau đa mô thức
16		Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch	Lovenox 0,4ml tiêm dưới da tối ngày mổ (nếu không có chống chỉ định), sau đó duy trì lovenox 0,4ml x 01 bơm/ngày trong suốt thời gian nằm viện
17		Chống nôn và buồn nôn	Tiêm dexamethason 4mg khởi mê. Trước kết thúc phẫu thuật 30 phút tiêm ondasetron 8mg. Hạn chế sử dụng opioid Ghi nhận can thiệp khi không có nôn/buồn nôn sau mổ
18		Cho ăn sớm	Bệnh nhân bắt đầu ăn uống vào buổi sáng ngày hậu phẫu 1.
19		Rút ống dẫn lưu sớm (<450ml/24h)	Rút dẫn lưu theo chỉ định phẫu thuật viên
20		Vận động sớm trong vòng 24h	Tối ngày mổ, khuyến khích bệnh nhân ngồi trên giường. Ngồi ghế và bắt đầu ăn vào sáng ngày hậu phẫu thứ 1. Tập thở bóng

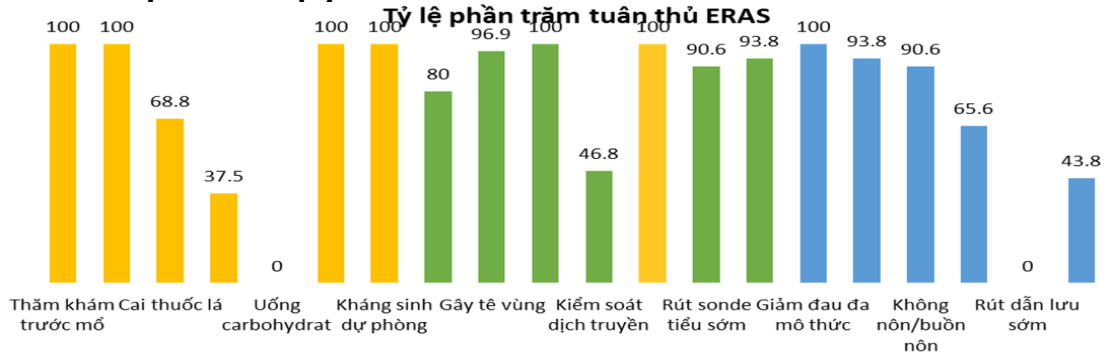
**2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Chỉ số định tính được trình bày dưới dạng n, %, định lượng được trình bày dưới dạng  $\bar{x} \pm SD$  (min-max). Áp dụng test t-student để so sánh hai tỉ lệ và test khi-square để so sánh hai trung bình. Khác biệt được coi là có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

**2.2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu

tuân thủ đầy đủ các quy ước về đạo đức đối với một thử nghiệm y sinh học. Mục đích nghiên cứu làm cải thiện quá trình hồi phục của bệnh nhân. Các bệnh nhân có thể từ chối hoặc ngừng hợp tác ở bất cứ thời điểm nào. Đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng chăm luận văn thạc sĩ trường đại học Y Hà Nội và được chấp thuận của bệnh viện K.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Mức độ tuân thủ quy trình ERAS



**Biểu đồ 1: Mức độ tuân thủ quy trình ERAS**

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ chung là 74,9%, các can thiệp trong phẫu thuật có tỷ lệ tuân thủ cao nhất là 86,9%, sau đó đến trước phẫu thuật 72,3% và ít nhất là sau phẫu thuật 65,6%. Có 2 can thiệp không thực hiện được là uống carbohydrate trước phẫu thuật và rút dẫn lưu sớm.

Bệnh nhân sau đó được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 – được coi là “Tuân thủ cao” nếu xác

định thực hiện được từ 15 đến 20 can thiệp (tuân thủ  $\geq 75\%$ ); và nhóm 2 - “Tuân thủ thấp” nếu chỉ thực hiện được từ 0 đến 14 can thiệp (tuân thủ  $< 75\%$ ). Đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật và thời gian hậu phẫu được so sánh giữa 2 nhóm.

**3.2. Đặc điểm bệnh nhân**

**Bảng 2: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

		BN nghiên cứu n = 32(%)	Nhóm 1 n = 15, (%)	Nhóm 2 n = 17, (%)	p
Giới	Nam	19 (59,4)	9 (60,0)	10 (58,8)	>0,05
	Nữ	13 (40,6)	6 (40,0)	7 (41,2)	>0,05
Tuổi (năm)		61,5 ± 8,2	63,1 ± 6,5	60,2 ± 8,6	>0,05
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		21,4 ± 2,3	22,1 ± 2,6	20,8 ± 2,2	>0,05
Phân độ ASA:	ASAI	9 (28,1)	4 (26,7)	5 (29,4)	>0,05
	ASAI	17 (53,1)	8 (53,3)	9 (52,9)	>0,05
	ASAI	6 (18,8)	3 (20,0)	3 (17,6)	>0,05
Bệnh kèm theo:	Tăng huyết áp	4 (12,5)	2 (13,3)	2 (11,8)	>0,05
	Đái tháo đường	5 (15,6)	2 (13,3)	3 (17,6)	>0,05
Chức năng hô hấp trước mổ:	Bình thường (%)	28 (87,5)	13 (86,6)	15 (88,2)	>0,05
	VC < 80% (Rối loạn thông khí hạn chế)	2 (6,25)	1 (6,7)	1 (5,9)	>0,05
	FEV1/FVC < 0,7 (Rối loạn thông khí tắc nghẽn)	2 (6,25)	1 (6,7)	1 (5,9)	>0,05

**Nhận xét:** Nhóm 1 Tuân thủ cao có 15 bệnh nhân (46,9%) và nhóm 2 Tuân thủ thấp có 17 bệnh nhân (53,1%). Tuổi, giới tính, phân độ ASA, bệnh kèm theo và đo chức năng hô hấp trước mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa cả 2 nhóm (p>0,05).

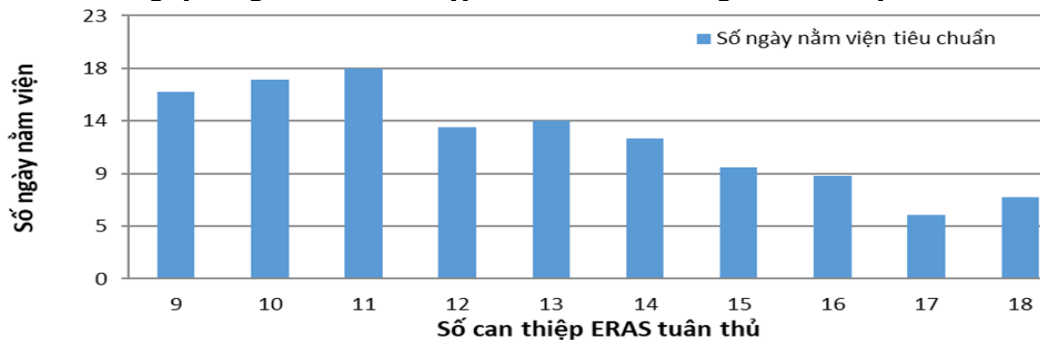
**3.3. Thời gian nằm viện**

**Bảng 3: Thời gian nằm viện**

Thời gian	Nhóm	Nhóm 1 (n = 15)	Nhóm 2 (n = 17)	p
Thời gian nằm viện tiêu chuẩn (ngày), (min – max)		6,93 ± 1,43 (5 – 10)	11,41 ± 3,66 (6 – 18)	< 0,01
Thời gian nằm viện thực tế (ngày), (min – max)		9,13 ± 1,2 (6 – 10)	13,17 ± 2,87 (7 – 18)	< 0,01

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện tiêu chuẩn và thời gian nằm viện thực tế của nhóm 1 ngắn hơn nhóm 2, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (p<0,01).

**3.4. Môi tương quan giữa số can thiệp tuân thủ với thời gian nằm viện**



**Biểu đồ 2: Môi tương quan giữa số can thiệp ERAS tuân thủ với thời gian nằm viện tiêu chuẩn**

**Nhận xét:** Có mối tương quan giữa số ngày nằm viện và số can thiệp ERAS được tuân thủ. Số can thiệp ERAS thực hiện được càng nhiều thì số ngày nằm viện càng giảm.

**3.5. Biến chứng sau phẫu thuật**

**Bảng 4: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật**

Loại biến chứng	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ %
-----------------	--------------------------	---------

Chảy máu	0	0
Suy hô hấp cấp	0	0
Viêm phổi	1	3,1
Rò mòm phế quản	0	0
Xì khí kéo dài trên 7 ngày	2	6,3
Rung nhĩ	1	3,1
Mổ lại	0	0
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1 (3,1%) trường hợp viêm phổi; 2 (6,3%) trường hợp xì khí kéo dài trên 7 ngày; 1 (3,1%) bệnh nhân xuất hiện rung nhĩ sau mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu của ERAS là hoàn thiện chăm sóc bệnh nhân ngoại khoa và cải thiện khả năng phục hồi thông qua nghiên cứu, phân tích và hướng dẫn thực hành dựa trên bằng chứng<sup>3</sup>. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn đối tượng là những bệnh nhân phẫu thuật cắt thùy phổi do ung thư. Cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi được thực hiện ngày càng nhiều tại bệnh viện K. Việc áp dụng một chiến lược chăm sóc toàn diện là rất cần thiết khi số lượng bệnh nhân ngày càng đông. Các khuyến cáo một cách riêng lẻ trong thực hành chăm sóc bệnh nhân ngoại khoa có thể đem lại lợi ích không đáng kể, nhưng sự kết hợp chúng thành một lộ trình được cho là có tác dụng hiệp đồng<sup>3</sup>. Trong khi nhiều nghiên cứu gần đây đã báo cáo về giảm tỷ lệ biến chứng tim phổi sau phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí khi thực hiện một lộ trình ERAS cho phẫu thuật lồng ngực<sup>2,4</sup>; chỉ một số ít trong đó báo cáo về mối quan hệ giữa tuân thủ các yếu tố riêng lẻ và kết quả lâm sàng. Tỷ lệ tuân thủ chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,9%, các can thiệp trong phẫu thuật có tỷ lệ tuân thủ cao nhất là 86,9%, sau đó đến trước phẫu thuật 72,3% và ít nhất là sau phẫu thuật 65,6%; trong đó số can thiệp thực hiện được thấp nhất là 9 và cao nhất là 18. Một số can thiệp không phải là mới đối với thực hành truyền thống như: thăm khám và tư vấn trước phẫu thuật, kháng sinh dự phòng, giảm đau đa mô thức, quy trình gây mê tiêu chuẩn, hạn chế dịch truyền, dự phòng huyết khối, dự phòng nôn/buồn nôn. Tuy nhiên, khả năng áp dụng các can thiệp có thể khác nhau dựa trên đặc điểm bệnh nhân và trang thiết bị của từng cơ sở điều trị. Roger và cộng sự đã báo cáo về mối quan hệ thuận nghịch đáng kể giữa tuân thủ ERAS và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật<sup>4</sup>. Tuy có sự khác biệt về số lượng và định nghĩa một số mục ERAS trong các nghiên cứu

khác nhau nhưng để cải thiện kết quả lâm sàng, các tác giả tin rằng việc theo dõi tuân thủ ERAS là cần thiết.

Trong nghiên cứu mô tả trên 32 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi do ung thư, chúng tôi nhận thấy rằng sự tuân thủ cao có liên quan đến giảm số ngày nằm viện sau mổ. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy số ngày nằm viện thực tế thường kéo dài hơn so với thời điểm bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ra viện. Có thể do số ngày nằm viện sau mổ còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như phẫu thuật viên, bệnh nhân sau mổ có tâm lý muốn nằm viện để theo dõi thêm mà không muốn về địa phương theo dõi... Do đó, định nghĩa số ngày nằm viện tiêu chuẩn được đưa ra giúp đánh giá một cách khách quan và chính xác nhất hiệu quả khi áp dụng ERAS. Thời gian nằm viện tiêu chuẩn của nhóm 1 - Tuân thủ cao là  $6,93 \pm 1,43$  ngày ngắn hơn so với nhóm 2 - Tuân thủ thấp là  $11,41 \pm 3,66$  ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3). Nghiên cứu phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ của tác giả Nguyễn Văn Lợi có thời gian hậu phẫu là  $8,3 \pm 1,31$  ngày<sup>5</sup>. Falcoz thực hiện nghiên cứu từ cơ sở dữ liệu của Hiệp hội Bác sĩ phẫu thuật lồng ngực châu Âu (ESTS) cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi có video hỗ trợ<sup>6</sup>. Thời gian nằm viện tiêu chuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi khi tuân thủ được  $\geq 75\%$  quy trình ERAS so với các nghiên cứu trong và ngoài nước về phẫu thuật nội soi lồng ngực ngắn hơn. Hiệu quả của ERAS thấy rõ khi quy trình được áp dụng với tỉ lệ tuân thủ cao. Biểu đồ 2 cho thấy xu hướng số ngày nằm viện tỉ lệ nghịch với số can thiệp ERAS thực hiện được. Ở nhóm bệnh nhân có tỉ lệ tuân thủ cao nhất là 17 và 18 can thiệp, tương đương số ngày nằm viện tiêu chuẩn ngắn nhất là 5,5 và 7 ngày. Số can thiệp thực hiện được càng nhiều thì số ngày nằm viện tiêu chuẩn càng giảm.

Tỉ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,5% (4 bệnh nhân). Tác giả Yamatoma K. nghiên cứu trên 502 bệnh nhân phẫu thuật phổi ghi nhận tỉ lệ biến chứng chung 28%, trong đó biến chứng hô hấp chiếm tỉ lệ 22,9%<sup>7</sup>. Theo Hiệp hội phẫu thuật lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) trên 49029 bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực, có 67% cắt thùy phổi và nạo hạch, tỉ lệ biến chứng sau mổ 32%<sup>8</sup>. Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ và thời gian nghiên cứu ngắn nên có thể đánh giá chưa đầy đủ.

Chúng tôi cho rằng hạn chế của nghiên cứu này là không có nhóm đối chứng, do đó không thể so sánh nhóm bệnh nhân ERAS với bệnh nhân được chăm sóc truyền thống do dữ liệu không đồng nhất. Thời gian nghiên cứu ngắn, trùng với thời điểm đại dịch COVID-19 nên số lượng bệnh nhân chưa nhiều. Những bệnh nhân có chỉ định mổ mở đã bị loại ra, do đó làm giảm cỡ mẫu và ảnh hưởng đến kết luận về vai trò của phẫu thuật nội soi trong hướng dẫn ERAS. Lý do đưa ra là vì kỹ thuật mổ nội soi có thể dễ dàng tiêu chuẩn hóa, chúng tôi cũng lựa chọn những bệnh nhân được phẫu thuật bởi cùng một nhóm phẫu thuật viên để hạn chế sai số liên quan đến phẫu thuật, từ đó tạo cơ sở chắc chắn hơn về vai trò của ERAS đối với hồi phục sau phẫu thuật. Hơn nữa, khó so sánh chính xác nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu của tác giả khác do có sự khác biệt về số lượng và định nghĩa của một số can thiệp ERAS.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) lồng ngực được thực hiện trên 32 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi tại bệnh viện K. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng sự tuân thủ tổng thể các can thiệp ERAS là quan trọng đối với bệnh nhân phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi. Tăng sự tuân thủ có liên quan đến giảm số ngày nằm viện và giảm biến chứng sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, et al.** Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr Edinb*

Scotl. 2005;24(3):466-477. doi:10.1016/j.clnu.2005.02.002

2. **Fiore JF, Bejjani J, Conrad K, et al.** Systematic review of the influence of enhanced recovery pathways in elective lung resection. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;151(3):708-715.e6. doi:10.1016/j.jtcvs.2015.09.112
3. **Batchelor TJP, Rasburn NJ, Abdelnour-Berchtold E, et al.** Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *Eur J Cardiothorac Surg.* 2019;55(1):91-115. doi:10.1093/ejcts/ezy301
4. **Rogers LJ, Bleetman D, Messenger DE, et al.** The impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol compliance on morbidity from resection for primary lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;155(4):1843-1852. doi:10.1016/j.jtcvs.2017.10.151
5. **Nguyễn Văn Lợi.** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I đến IIA [Luận án tiến sỹ y học], Đại học Y Hà Nội; 2021
6. **Falcoz PE, Puyraveau M, Thomas PA, et al.** Video-assisted thoracoscopic surgery versus open lobectomy for primary non-small-cell lung cancer: a propensity-matched analysis of outcome from the European Society of Thoracic Surgeon database. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* 2016;49(2):602-609. doi:10.1093/ejcts/ezv154
7. **Yamamoto K, Ohsumi A, Kojima F, et al.** Long-term survival after video-assisted thoracic surgery lobectomy for primary lung cancer. *Ann Thorac Surg.* 2010; 89(2): 353-359. doi: 10.1016/j.athoracsur. 2009. 10. 034
8. **Data from The Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery database:** the surgical management of primary lung tumors. <https://read.qxmd.com/read/18242243/data-from-the-society-of-thoracic-surgeons-general-thoracic-surgery-database-the-surgical-management-of-primary-lung-tumors>. Accessed September 12, 2022.

## VAI TRÒ CỦA MULTIPLEX REALTIME PCR TRONG THEO DÕI ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Đinh Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2</sup>, Bùi Vũ Huy<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích vai trò của multiplex realtime PCR (phát hiện 5 loại vi khuẩn gây bệnh) theo dõi điều

trị viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 242 bệnh nhân (BN)  $\geq$  18 tuổi nghi ngờ VPLQTM được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm chứng nuôi cấy đờm, dịch phế quản như thường quy; nhóm nghiên cứu thực hiện thêm multiplex realtime PCR. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng kháng sinh phù hợp ở nhóm nghiên cứu 89/121 (73,6%) BN, nhóm chứng 59/121 (48,8%) BN với  $p < 0,05$ . Thời gian thở máy, thời gian điều trị tại khoa hồi sức tích cực, thời gian nằm viện ở nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ tử vong chung ở nhóm nghiên cứu là 42/121 (34,7%) BN, nhóm chứng là 59/121 (48,8%) BN với  $p = 0,022$ . Không có sự

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022