

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI LIỆU PHÁP CARBOHYDRAT TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI KHOA UNG BƯỚU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Gia Anh¹, Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Tuấn Anh¹,
Trịnh Thị Thanh Bình¹, Trần Thị Ngọc¹, Đỗ Tất Thành¹

TÓM TẮT

Liệu pháp carbohydrat là một trong những nguyên tắc chìa khóa quan trọng nhất của chương trình ERAS giai đoạn trước phẫu thuật. Tuy nhiên, tại Việt Nam, cho đến hiện nay chưa có báo cáo về tính khả thi khi triển khai đồng bộ quy trình này trên lâm sàng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát trên tổng số 47 bệnh nhân thực hiện quy trình liệu pháp carbohydrat trước phẫu thuật tại khoa Ung Bướu trong thời gian 2 tháng. Kết quả tỷ lệ tuân thủ chung của quy trình đạt 74,5%; tỷ lệ tuân thủ ca mổ sáng là 86,8%, ca mổ chiều là 25,5% ($p < 0,05$). Nguyên nhân không tuân thủ có thể khắc phục được chủ yếu là do sai sót trong y lệnh của điều dưỡng, bác sĩ (chiếm 33,3%). Đa số bệnh nhân dung nạp tốt (91,4%). Không có biến chứng hít sặc phổi, trào ngược dạ dày thực quản nào được ghi nhận. Thực hiện liệu pháp này trên đối tượng bệnh nhân ĐTĐ type 2 không làm tăng nguy cơ tăng đường huyết sau phẫu thuật, tuy nhiên cần chỉ định thận trọng và theo dõi chặt chẽ. Từ những kết quả bước đầu, chúng tôi cũng rút ra một số vấn đề và kinh nghiệm khi triển khai mở rộng quy trình trên toàn viện.

Từ khóa: ERAS, carbohydrat trước phẫu thuật, nhịn đói trước phẫu thuật.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF IMPLEMENTATION OF PREOPERATIVE ORAL CARBOHYDRATE AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT IN VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

One of the most important principles for preoperative care in ERAS protocols is carbohydrate therapy. However, up to now, there have been no reports on the feasibility of synchronously implementing this procedure in clinical practice in Viet Nam. Our survey comprised 47 patients who underwent preoperative carbohydrate therapy at the Oncology Department for two months. As a result, the overall compliance rate for the process was 74,5%. The compliance rate for morning surgery was statistically significantly higher than for afternoon surgery (86,8% and 25,5%; $p < 0,05$). The most common cause of non-compliance was due to errors in medical orders of nurses and doctors (33,3%). The majority of patients (91,4%) tolerated the therapy well. There were no complications of aspiration or

gastroesophageal reflux. Performing this therapy in patients with type 2 diabetes does not increase the risk of postoperative hyperglycemia, but does require caution indication and close monitoring. From the initial results, we also gained insight into some problems and experiences when expanding the process in the hospital.

Keywords: enhanced recovery after surgery, preoperative oral carbohydrate, fasting before surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của chuyên ngành Ngoại khoa, một quy trình chăm sóc toàn diện cho người bệnh phẫu thuật- ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) ngày càng phổ biến trên thế giới và đang dần được áp dụng tại Việt Nam. Chương trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) với sự phối hợp của nhiều chuyên ngành giúp nâng cao chất lượng điều trị phẫu thuật, giảm tỷ lệ biến chứng, thúc đẩy quá trình hồi phục sau phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện, đem lại lợi ích kinh tế cho người bệnh và ngành Y tế [1].

Chăm sóc dinh dưỡng giai đoạn chu phẫu là một trong những khâu quan trọng ảnh hưởng đến sự hồi phục và kết quả lâm sàng sau phẫu thuật. Tháng 8/2022, Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã chính thức phê duyệt "Quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh phẫu thuật theo ERAS". Đây là quy trình thống nhất đầu tiên trên toàn Việt Nam về chủ đề dinh dưỡng ERAS đã được ban hành.

Liệu pháp carbohydrat đường uống trước phẫu thuật (Pre-operative oral carbohydrate) (POC) đã được chứng minh đem lại hiệu quả làm giảm đáp ứng stress phẫu thuật, giảm tình trạng đề kháng insulin và cải thiện kiểm soát đường huyết hậu phẫu, đồng thời giúp thúc đẩy sự hồi phục chức năng ruột, rút ngắn thời gian nằm viện, tăng cường sự hài lòng và cải thiện cảm giác của bệnh nhân ngoại khoa [2].

POC có tính khả thi, dễ thực hiện đồng bộ trên lâm sàng nên được ưu tiên triển khai trước trong toàn bộ quy trình ERAS. Khoa Ung Bướu là một trong những đơn vị tiên phong áp dụng quy trình này và đã đem lại một số kết quả khả quan. Do vậy, chúng tôi tiến hành báo cáo "Kết quả bước đầu triển khai liệu pháp carbohydrat trước phẫu thuật tại khoa Ung Bướu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức".

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tất Thành

Email: dotatthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh chuẩn bị phẫu thuật theo chương trình, từ 18 tuổi đến 85 tuổi, sử dụng phương pháp gây mê toàn thân, được giải thích đầy đủ, đồng ý thực hiện quy trình và có đầy đủ thông tin số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Người bệnh trong tình trạng nặng: sốc, nhiễm trùng, suy tạng; (2) Đái tháo đường (ĐTĐ) type 1, ĐTĐ type 2 đường huyết khó kiểm soát; (3) Trào ngược dạ dày thực quản; (4) Béo phì nặng BMI > 40 kg/m²; (5) Hẹp môn vị, tắc ruột, đặt sonde dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

• Thời gian: từ 15/12/2022 đến 15/2/2023

• Địa điểm: khoa Ung Bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

• Chọn mẫu: theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các bệnh nhân được nhập viện trong thời gian tiến hành khảo sát, thỏa mãn các tiêu chuẩn nêu trên.

Quy trình thực hiện. Chọn tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật theo chương trình thỏa mãn các tiêu chuẩn tại thời điểm thông qua mổ chiều thứ 5 hàng tuần.

- Khi bệnh nhân nhập viện:

Giới thiệu, giải thích quy trình và lựa chọn các bệnh nhân đồng ý thực hiện.

- Trước ngày phẫu thuật 1 ngày:

✓ Dựa trên danh sách thứ tự ca mổ đã dự kiến, bác sĩ điều trị kê chế độ ăn PT00 trên phần mềm: mổ ca sáng (trước 12 giờ) - kê 3 suất, mổ ca chiều (sau 12 giờ) - kê 4 suất. (1 suất PT00 bao gồm 5 gói đường Maltodextrin 10g và 1 chai nước 500ml. Pha 5 gói đường với 400ml nước được 400ml dung dịch Maltodextrin 12,5%)

✓ Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh nhìn ăn uống và thực hiện uống PT00 trước phẫu thuật:

+ Buổi tối ngày trước phẫu thuật: 800 ml, uống rải rác từ sau bữa ăn tối đến trước khi đi ngủ.

+ 5h – 5h30 sáng ngày phẫu thuật: 400 ml, uống ngay sau pha trong vòng 15 – 20 phút.

+ Nếu phẫu thuật ca chiều: uống thêm 400 ml lúc 9h30-10h.

Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm: tuổi, giới, BMI, ĐTĐ type 2, loại phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật.

- Sự tuân thủ: tỷ lệ tuân thủ chung, tỷ lệ tuân thủ ca mổ sáng, ca mổ chiều, nguyên nhân không tuân thủ.

- Tính an toàn: biến chứng gây mê, biến chứng sau phẫu thuật, sự dung nạp, sự thay đổi

nồng độ glucose sau phẫu thuật.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng test χ^2 để so sánh hai tỷ lệ, T- test so sánh 2 giá trị trung bình.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Quy trình thực hiện POC đã được Ban Giám Đốc bệnh viện phê duyệt và đồng ý triển khai trên toàn bệnh viện. Người bệnh được cung cấp thông tin, được giải thích đầy đủ về lợi ích, rủi ro khi thực hiện quy trình và lựa chọn tự nguyện tham gia. Trong quá trình thực hiện, người bệnh có quyền bỏ cuộc nếu không muốn tham gia tiếp, vì bất cứ lý do nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=47)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi	Trung bình (X±SD)	54,2±16,2
	Thấp nhất-Cao nhất	18 - 85
Giới (n, %)	Nam	24 (51,1)
	Nữ	23 (48,9)
BMI (kg/m ²)	Trung bình (X±SD)	21,6±2,64
ĐTĐ type 2 (n, %)	Có	8 (17)
	Không	39 (83)
Loại phẫu thuật (n, %)	Gan – Mật – Tụy	14 (29,8)
	Thực quản	0
	Dạ dày	5 (10,6)
	Ruột non	2 (4,3)
	Đại trực tràng	15 (31,9)
Phương pháp phẫu thuật (n, %)	Ngoài đường tiêu hóa khác	11 (23,4)
	Mổ mở	42 (89,4)
	Mổ nội soi	5 (10,6)
	Mổ kết hợp	0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật gan-mật-tụy là 14/47 (29,8%), phẫu thuật đường tiêu hóa (thực quản, dạ dày, ruột non, đại trực tràng) là 22/47 (46,8%) và phẫu thuật ngoài đường tiêu hóa khác là 11/47 (23,4%).

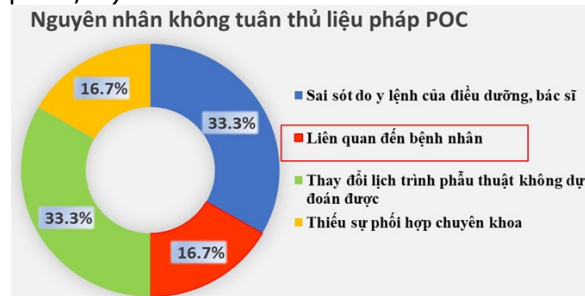
Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ liệu pháp carbohydrate trước phẫu thuật (n=47)

Đặc điểm		Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	p
Tổng số ca n (%)	Ca mổ sáng	33 (86,8)	5 (13,2)	38 (80,9)	<0,05
	Ca mổ chiều	2 (25,5)	7 (74,5)	9 (19,1)	
Tổng số chung n (%)		35 (74,5)	12 (25,5)	47 (100)	

* test χ^2 : so sánh tỷ lệ tuân thủ giữa 2 nhóm ca mổ sáng và ca mổ chiều

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ chung của quy trình đạt 35/47 (74,5%). Tỷ lệ tuân thủ của

bệnh nhân mỡ ca sáng là 86,8%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mỡ ca chiều là 25,5% (với $p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Nguyên nhân không tuân thủ (n=12)

Nhận xét: Nguyên nhân không tuân thủ chiếm tỷ lệ lớn nhất là sai sót do y lệnh của điều dưỡng, bác sĩ và thay đổi lịch trình phẫu thuật không dự đoán được với tỷ lệ đều là 33,3%.

Bảng 4. Mức dung nạp và tỷ lệ biến chứng (n=47)

Tính an toàn		Kết quả	
		n	%
Biến chứng gây mê	Hít sặc phổi	0	0
	Trào ngược	0	0
	Không	0	0
Biến chứng sau phẫu thuật	Biến chứng hô hấp	0	0
	Nhiễm trùng	2	4,3
	Khác	9	19,1
Dung nạp	Không	36	76,6
	Tốt	43	91,4
	Có thể tuân thủ	2	4,3
Tổng số		47	100

Nhận xét: Không có biến chứng hít sặc phổi, trào ngược dạ dày thực quản. Biến chứng nhiễm trùng chiếm tỷ lệ khá thấp (4,3%). Đa số bệnh nhân dung nạp tốt (91,4%).

Bảng 5. Sự thay đổi đường huyết sau phẫu thuật (n=47)

Nồng độ glucose (mmol/L)	Trước phẫu thuật ($\bar{X} \pm SD$)	Sau phẫu thuật ($\bar{X} \pm SD$)	Sự thay đổi nồng độ glucose ($\bar{X} \pm SD$)	p
ĐTĐ (n=8)	9,7±2,6	14,7±5,6	4,9±3,9	0,086
Không ĐTĐ (n=39)	6,2±1,6	8,6±2,4	2,2±3,4	

*t-test: so sánh sự thay đổi nồng độ glucose giữa 2 nhóm

Nhận xét: sự thay đổi nồng độ glucose ở nhóm ĐTĐ trung bình là $4,9 \pm 3,9$ mmol/l, ở nhóm không ĐTĐ trung bình là $2,2 \pm 3,4$ mmol/l, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đánh giá khả năng tuân thủ liệu pháp POC bằng cách đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo quy trình (uống đủ lượng carbohydrat buổi tối hôm trước và buổi sáng ngày phẫu thuật). Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ chung của quy trình đạt 35/47 (74,5%). Tỷ lệ ca mỡ sáng là 80,9%, cao hơn khá nhiều so với ca mỡ chiều là 19,1%. Nguyên nhân chủ yếu là do những ca mỡ phức tạp, nặng hơn sẽ được sắp xếp lịch mổ trước vào buổi sáng và ưu tiên sắp xếp lịch mổ vào buổi sáng để chủ động hơn trong lịch trình phẫu thuật, để chủ động hơn trong việc kê số lượng suât PT00 và đảm bảo tỷ lệ tuân thủ quy trình cao hơn - với tỷ lệ tuân thủ POC ở bệnh nhân mỡ ca sáng là 86,8%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mỡ ca chiều là 25,5% ($p < 0,05$).

Nguyên nhân không tuân thủ xuất phát từ phía bệnh nhân chỉ chiếm 2/12 (16,7%), do cảm giác đầy bụng, ngang bụng khi uống carbohydrat. Về phía nhân viên y tế, những nguyên nhân bao gồm: thay đổi lịch trình phẫu thuật không dự đoán được chiếm 4/12 (33,3%), sai sót do y lệnh của điều dưỡng, bác sĩ chiếm 4/12 (33,3%), và thiếu sự phối hợp chuyên khoa chiếm 2/12 (16,7%).

Bất cứ sai sót hoặc chậm trễ nào trong quá trình phối hợp giữa phẫu thuật viên, khoa lâm sàng, phòng mổ đều có thể làm giảm sự tuân thủ của quy trình, ảnh hưởng đến sự an toàn và hiệu quả của liệu pháp. Chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp bác sĩ kê không đủ số lượng PT00 dự kiến (lịch mổ chiều nhưng chỉ kê 3 suât PT00). Điều này có thể do sự thiếu kiến thức, hay chưa cập nhật chính xác lịch mổ phiên hay hướng dẫn thực hiện quy trình. Nguyên nhân này có thể được cải thiện qua đào tạo, tập huấn nhân viên khoa phòng. Thay đổi lịch trình phẫu thuật không dự đoán được là do thời gian mỗi ca mổ linh hoạt, thay đổi theo tình trạng bệnh nhân, dẫn tới những ca mổ cuối của buổi sáng có thể bị trì hoãn sang đầu giờ chiều, hoặc do yếu tố khách quan từ phẫu thuật viên chính, phòng mổ có thay đổi đột xuất. Đây cũng là yếu tố quan trọng nhất để xây dựng quy trình POC. Dự kiến lịch trình phẫu thuật ban đầu có vai trò quan trọng nhất để đảm bảo sự tuân thủ, cần hội chẩn thông qua mổ kỹ càng và hạn chế thay đổi. Việc phân chia mốc thời gian sáng-chiều và kê 1-2 lần uống buổi sáng giúp tăng mức độ tuân thủ và dễ triển khai thực hiện trên lâm sàng, linh hoạt hơn cho các khoa phòng. Kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy thời gian từ khi

kết thúc uống carbohydrat tới khi khởi mê trung bình là 4,5 giờ (ở nhóm bệnh nhân tuân thủ thời gian trung bình là 3.5 giờ, nhóm không tuân thủ trung bình là 7.4 giờ).

Chúng tôi đánh giá tính an toàn liệu pháp POC dựa trên các biến chứng gây mê, biến chứng sau phẫu thuật, sự dung nạp của bệnh nhân và sự thay đổi đường huyết sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2.

Không trường hợp nào có hít sặc phổi hay trào ngược dạ dày thực quản, kết quả này tương tự với một số nghiên cứu tại Việt Nam [3,4], và không ghi nhận trường hợp nào phải hoãn mổ do uống carbohydrat ít hơn 2 giờ trước gây mê.

Tổng quan hệ thống các nghiên cứu cho thấy POC là một liệu pháp an toàn, không làm tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu [2]. Một số nghiên cứu còn cho thấy liệu pháp carbohydrat giúp giảm biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là biến chứng nhiễm trùng do cải thiện đáp ứng viêm-miễn dịch sau phẫu thuật, giảm tình trạng kháng insulin và giúp kiểm soát đường huyết hậu phẫu [5]. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 11/47 (23,4%). Biến chứng nhiễm trùng chiếm tỷ lệ khá thấp 4,3% (1 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ). Các biến chứng khác chiếm 9/47 (19,1%), bao gồm sốt ngày 1-2 sau mổ, xuất huyết tiêu hóa, bí tiểu, hầu như không liên quan đến POC.

Khả năng dung nạp với carbohydrat được đánh giá dựa trên các triệu chứng tiêu hóa sau uống và thể tích ở tất cả các lần uống. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân dung nạp tốt (uống đủ số lượng, không có triệu chứng) chiếm 91,4%; 4,3% bệnh nhân có thể tuân thủ (có triệu chứng, nhưng vẫn uống đủ số lượng) và 4,3% không dung nạp (có triệu chứng tiêu hóa và uống không đủ số lượng). Các triệu chứng gặp khi sử dụng maltodextrin là đầy bụng, ngang bụng (8,5%). Tỷ lệ dung nạp cao giúp tăng sự tuân thủ và dễ dàng triển khai quy trình này trên lâm sàng.

Điểm mới trong quy trình của chúng tôi đó là triển khai trên cả đối tượng người bệnh ĐTĐ type 2, chưa có bệnh viện nào tại Việt Nam báo cáo thực hiện trên đối tượng này.

Mục đích của POC là làm tăng bài tiết insulin và người bệnh ĐTĐ type 1 với nhiều nguy cơ khó kiểm soát đường huyết, chậm rỗng dạ dày, do vậy, POC không được khuyến cáo cho bệnh nhân ĐTĐ type 1. Các dữ liệu lâm sàng cho thấy bệnh nhân ĐTĐ type 2 kiểm soát tốt (thường được định nghĩa là HbA1c <7%) có thể tuân thủ POC mà không làm tăng nguy cơ tăng đường huyết

trong và sau phẫu thuật hoặc biến chứng phẫu thuật, và cần thận trọng trên đối tượng ĐTĐ type 2 kiểm soát đường huyết kém, hoặc có triệu chứng của chậm rỗng dạ dày, liệt dạ dày do ĐTĐ [6].

Thực tế, có 10/49 bệnh nhân có ĐTĐ type 2 được chỉ định tham gia vào quy trình. Tuy nhiên, có 2 trường hợp bệnh nhân đường huyết buổi sáng sau uống carbohydrat tăng cao 13.5 và 14.2 mmol/l (không truyền dinh dưỡng túi ba ngăn hoặc glucose tĩnh mạch kèm theo) nên đã được chỉ định hoãn mổ. Cả 2 bệnh nhân này đều có tiền sử ĐTĐ type 2 nhiều năm, phụ thuộc insulin, dùng thuốc không thường xuyên, HbA1c trước mổ lần lượt là 7.5% và một trường hợp chưa làm HbA1c. Tuy nhiên, thời điểm lấy máu buổi sáng ngày phẫu thuật thường là lúc 6 giờ sáng, sau uống carbohydrat 30-45 phút, đường huyết của bệnh nhân đang tăng ở giá trị đỉnh. Mặc dù không có ngưỡng giá trị cố định, nếu HbA1c >10% và/hoặc tăng đường huyết nặng với nồng độ glucose trên 13,8mmol/l, bệnh nhân nên được trì hoãn mổ phiên [7]. Với người bệnh ĐTĐ type 2, đường huyết thường sẽ trở về giá trị nền khoảng 3 giờ sau khi uống carbohydrat. Vì vậy, trên lâm sàng, những ca mổ ĐTĐ type 2 có chỉ định POC nên được sắp xếp lịch mổ ít nhất từ ca thứ hai buổi sáng để đảm bảo an toàn, giảm nguy cơ tăng đường huyết cho người bệnh [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự thay đổi nồng độ glucose ở nhóm ĐTĐ trung bình là $4,9 \pm 3,9$ mmol/l, ở nhóm không ĐTĐ là $2,2 \pm 3,4$ mmol/l, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể khẳng định sơ bộ POC trên đối tượng bệnh nhân ĐTĐ type 2 không làm tăng nguy cơ tăng đường huyết sau phẫu thuật. Tuy nhiên, cần triển khai nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và các xét nghiệm cụ thể hơn, có nhóm chứng để khẳng định thêm vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khảo sát bước đầu triển khai quy trình liệu pháp carbohydrat trước phẫu thuật trên tổng số 47 bệnh nhân cho kết quả quy trình này an toàn, khả thi, dễ áp dụng và triển khai trên lâm sàng. Cần đào tạo hướng dẫn nhân viên y tế, phối hợp chuyên khoa chặt chẽ để tăng cường sự tuân thủ quy trình. Triển khai POC trên đối tượng bệnh nhân ĐTĐ type 2 là khả thi nhưng cần chỉ định thận trọng và theo dõi chặt chẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Altman AD, Helpman L, McGee J, et al. Enhanced recovery after surgery: implementing a new standard of surgical care. CMAJ Can Med

- Assoc J. 2019;191(17):E469-E475.
- Ackerman RS, Tufts CW, DePinto DG, et al.** How Sweet Is This? A Review and Evaluation of Preoperative Carbohydrate Loading in the Enhanced Recovery After Surgery Model. *Nutr Clin Pract.* 2020;35(2):246-253.
 - Hoàng Oanh Vũ, Dương Thị Phượng.** Hiệu quả của dung dịch Maltodextrin 12,5% đường uống 2 - 4 giờ trước phẫu thuật cắt túi mật nội soi. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2021;146(10):11-19.
 - Lý Huyền Hòa.** Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch Maltodextrin 12,5% uống 2 giờ trước gây mê. *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2020;24(3).
 - Weledji EP, Njong SN, Chichom A, et al.** The effects of preoperative carbohydrate loading on the metabolic response to surgery in a low resource setting. *Int J Surg Open.* 2017;8:18-23.
 - Robinson KN, Cassidy BA, Hegazi RA, et al.** Preoperative carbohydrate loading in surgical patients with type 2 diabetes: Are concerns supported by data? *Clin Nutr ESPEN.* 2021;45:1-8.
 - Dogra P, Jialal I.** Diabetic Perioperative Management. In: *StatPearls;* 2022.
 - Gustafsson UO, Nygren J, Thorell A, et al.** Pre-operative carbohydrate loading may be used in type 2 diabetes patients. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2008;52(7):946-951.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN NGẪ TRƯỚC PHỨC MẠC, SỬ DỤNG LƯỚI 3D ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN E

Lê Minh Hùng¹, Đỗ Trường Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm các bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngả trước phúc mạc sử dụng lưới 3D tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 45 bệnh nhân từ 18 tuổi được phẫu thuật nội soi ngả trước phúc mạc sử dụng lưới 3D tại bệnh viện E từ tháng 1/ 2017 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Trong 45 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu thấy được: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 6,2 ± 1,5 ngày. Kết quả sớm cho thấy đa số BN đạt mức tốt, chiếm 93,4%. Không trường hợp nào có kết quả kém. Có 2 trường hợp (4,4%) đạt kết quả khá và chỉ 1 trường hợp (2,2%) đạt kết quả trung bình và đều là những BN có biến chứng sớm sau mổ nhưng đáp ứng tốt với điều trị nội khoa mà không cần can thiệp phẫu thuật lại. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi TEP sử dụng lưới 3D có cố định tấm lưới bằng protack là phương pháp an toàn và hiệu quả giảm thiểu các tai biến, biến chứng sớm sau mổ thoát vị bẹn ở người lớn.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, PTNS hoàn toàn ngả trước phúc mạc (TEP)

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESULTS OF TOTALLY EXTRAPERITONEAL PREPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY, USING 3D MESH TO TREAT INGUINAL HERNIA AT E HOSPITAL

Objective: Evaluate early results of inguinal hernia patients undergoing totally extraperitoneal

preperitoneal laparoscopic surgery using 3D mesh at E hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study included 45 patients from 18 years old undergoing totally extraperitoneal preperitoneal laparoscopic surgery using 3D mesh at E hospital from January 2017 to December 2022. **Results:** In the 45 patients we studied, we found: The average postoperative hospital stay was 6.2 ± 1.5 days. Early results showed that the majority of patients achieved good results, accounting for 93.4%. No case had poor results. There were 2 cases (4.4%) with good results and only 1 case (2.2%) with average results and they were patients with early complications after surgery but responded well to medical treatment and without the need for re-surgical intervention. **Conclusions:** TEP laparoscopic surgery using 3D mesh with fixing mesh by protack is a safe and effective method to minimize complications and early complications after inguinal hernia surgery in adults. **Keywords:** inguinal hernia, totally extraperitoneal preperitoneal laparoscopic surgery (TEP)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa thường gặp do các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hoặc qua điểm yếu thành bụng vùng bẹn. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi và cả hai giới¹.

Cho đến nay, đã có nhiều phương pháp phẫu thuật được ứng dụng trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn như phẫu thuật mổ mở sử dụng mô tự thân hay dùng tấm nhân tạo. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi đã được xem như là một trong những phương pháp hiệu quả khi được lựa chọn trong điều trị thoát vị bẹn. Với những ưu điểm như không làm tổn thương phúc mạc và tránh được nguy cơ tổn thương các tạng cũng như viêm dính ruột sau phẫu thuật, phương pháp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hùng

Email: leminhhung2841997@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 11.01.2024