

KẾT QUẢ SẢN KHOA SAU PHẪU THUẬT ĐÔNG DÂY RỖN BẰNG DAO LƯỠNG CỰC THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG CHỌN LỌC TRONG BỆNH LÝ SONG THAI

Nguyễn Thị Sim¹, Mai Trọng Hưng¹, Hồ Khánh Dung¹,
Thân Thị Thu Cảnh¹, Ngô Thị Hương¹, Vương Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sau phẫu thuật đông dây rốn bằng dao lưỡng cực cho thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong bệnh lý song thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang 19 trường hợp thai chậm tăng trưởng chọn lọc type II, III trong bệnh lý song thai được phẫu thuật đông dây rốn bằng dao lưỡng cực tại Trung tâm Can thiệp Bào Thai - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong năm 2023-2024. **Kết quả:** Trong 19 trường hợp phẫu thuật, tỷ lệ sống sau sinh đạt 94,4%, tử vong sau sinh 5,6% do cực non tháng. Tuổi thai trung bình khi sinh là 35,4 tuần. Các biến chứng như: vỡ ối, sảy thai, sinh non, chảy máu trong vòng 48h sau phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào. **Kết luận:** Phẫu thuật đông dây rốn thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong bệnh lý song thai bằng dao lưỡng cực là một kỹ thuật hiệu quả, đem lại tỷ lệ sống cao. **Từ khóa:** song thai, thai chậm tăng trưởng chọn lọc, đông dây rốn

SUMMARY

OBSTETRIC RESULTS AFTER BIPOLAR CORD COAGULATION PROCEDURE IN SELECTIVE FETAL GROWTH RESTRICTION IN TWIN PREGNANCY PATHOLOGY

Objective: Results after bipolar cord coagulation procedure for selective fetal growth restriction in twin pregnancies. **Objects and Methods:** Cross-sectional descriptive observational study of 19 cases of selective fetal growth restriction in twin pregnancies undergoing bipolar cord coagulation surgery at the Fetal Intervention Center of Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023-2024. **Results:** In 19 surgical cases, the postpartum survival rate was 94.4%, and postpartum mortality rate was 5.6% due to extreme prematurity. The average gestational age at birth is 35.4 weeks. Complications such as: rupture of membranes, miscarriage, premature birth, bleeding within 48 hours after surgery were not recorded. **Conclusion:** Bipolar cord coagulation procedure in selective intrauterine growth restriction is an effective technique, bringing high survival rates.

Keywords: twin pregnancies, selective fetal growth restriction, bipolar cord coagulation

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Sim

Email: bacsisim@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chậm tăng trưởng chọn lọc (selective fetal growth restriction – sFGR) trong tử cung là biến chứng được quan sát thấy ở 15% các trường hợp song thai chung bánh rau, chiếm tỷ lệ 3%-7% trên tổng số trẻ mới sinh và khác nhau giữa các quốc gia, dân số và chủng tộc. Thai chậm tăng trưởng là nguyên nhân của nhiều kết cục thai kì bất lợi như bệnh lý thần kinh đi kèm, thai lưu và tử vong chu sinh, từ đó dẫn đến sinh non, di chứng thần kinh đối với thai còn lại¹. Thai sFGR không chỉ ảnh hưởng ở giai đoạn chu sinh mà còn tác động xấu đến sức khỏe thai nhi trong suốt cuộc đời sau này như: kháng insulin, rối loạn tim mạch, rối loạn phát triển thần kinh. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm và quản lý các biến chứng của song thai một bánh rau là rất quan trọng để cải thiện kết quả của những thai kì này. Hiện nay trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về việc phẫu thuật can thiệp bào thai điều trị biến chứng của thai chậm tăng trưởng chọn lọc. Các phương pháp có thể kể đến bao gồm laser quang đông đông dây rốn thai chậm tăng trưởng, đông dây rốn thai chậm tăng trưởng bằng dao điện lưỡng cực, đông dây rốn bằng tần số vô tuyến và siêu âm hội tụ dùng năng lượng cao². Tuy nhiên ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về điều trị biến chứng thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong song thai chung bánh rau trong khi nhu cầu được điều trị của thai phụ lại tăng lên. Trong năm 2022 ước tính có gần 59.000 trường hợp song thai chung bánh rau đối mặt với các biến chứng thai chậm tăng trưởng, thai lưu, hội chứng truyền máu song thai... Trong đó gần 9.000 trường hợp thai chậm tăng trưởng chọn lọc cần theo dõi sát và hội chẩn can nhắc điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét kết quả sau đông dây rốn bằng dao lưỡng cực cho thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong bệnh lý song thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 19 trường hợp các thai phụ mang song thai từ 16 đến 26 tuần có một thai được chẩn đoán thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong tử cung type II, III tại

Trung tâm Can thiệp bào thai, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (có thể có hoặc không đi kèm hội chứng truyền máu song thai) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán thai chậm tăng trưởng chọn lọc: có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn:

- Một thai có cân nặng ước tính (EFW) dưới bách phân vị thứ 10.
- Chênh lệch cân nặng $\geq 25\%$.
- UA-PI (UA- pulsatility index) > bách phân vị 95 ở thai nhỏ hơn.
- Một thai có chu vi bụng dưới bách phân vị thứ 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm siêu âm thai chậm tăng trưởng chọn lọc ở song thai chung bánh rau (n= 19)

Chiều dài cổ tử cung (mm)		39,4
Vị trí bánh rau	Mặt trước	11 (57,9%)
	Mặt sau	8 (42,1)
Bất thường dây rốn	2 mạch máu	2 (10,5%)
	Bám màng	4 (21,0%)
Bất thường hình thái thai sFGR		3 (15,8%)
Chênh lệch cân nặng hai thai		36,5% (25-52%)
Type II		16 (84,2%)
Type III		3 (15,8%)
Kết hợp hội chứng truyền máu song thai		11 (57,9%)

Nhận xét: Chiều dài cổ tử cung trung bình của các thai phụ là 39,4 mm. Vị trí bám của bánh rau trong 19 trường hợp có 11 trường hợp rau mặt trước (chiếm 57,9%) và 8 trường hợp rau bám mặt sau (chiếm 42,1%). Có 2 trường hợp dây rốn 2 mạch máu và 4/19 trường hợp bất thường vị trí bám của dây rốn vào bánh rau, cụ thể là dây rốn bám màng.

Có 3 trường hợp thai chậm tăng trưởng chọn lọc đi kèm với bất thường hình thái (chiếm 15,8%) bao gồm: 01 trường hợp thai bị tràn dịch đa màng, đã được chẩn đoán bằng dịch ối mang bất thường nhiễm sắc thể (45X), 01 trường hợp thai chậm tăng trưởng kèm theo thoát vị rốn, tim to, nghi ngờ thiếu máu bào thai (PSV-MCA: 1,33 MoM), 01 trường hợp thai chậm tăng trưởng có dị tật tim: thất phải 2 đường ra kèm đảo gốc động mạch.

Chênh lệch cân nặng giữa 2 thai trung bình là 36,5%, với chênh lệch ít nhất là 25% và lớn nhất là 52%. Trong các ca tham gia phẫu thuật 16 trường hợp sFGR type II (chiếm 84,2%), 3 trường hợp sFGR type III (chiếm 15,8%). Thai chậm tăng trưởng chọn lọc kết hợp hội chứng truyền máu song thai có 11 trường hợp (chiếm 57,9%).

Bảng 3.2. Đặc điểm phẫu thuật đông dây rốn thai chậm tăng trưởng chọn lọc bằng dao điện lưỡng cực (n= 19)

Tuổi thai tại thời điểm phẫu thuật (tuần)	21 (16,2-26)
Từ lúc phẫu thuật đến thời điểm sinh (tuần)	15 (3-21)
Thời gian phẫu thuật (phút)	43,15 (30-60)

Nhận xét: Tuổi thai trung bình tại thời điểm tiến hành phẫu thuật là 21 tuần, sớm nhất là 16 tuần và muộn nhất là 26 tuần. Từ lúc tiến hành can thiệp đến khi sinh, thời gian trung bình là 15 tuần, nhanh nhất là 03 tuần và giữ thai lâu nhất là thêm 21 tuần. Trung bình một ca can thiệp đông dây rốn bằng dao lưỡng cực thực hiện trong khoảng 43,15 phút.

Bảng 3.3. Đặc điểm và biến chứng phẫu thuật đông dây rốn thai chậm tăng trưởng chọn lọc bằng dao điện lưỡng cực

Biến chứng	N	%
Vỡ ối	0	0
Sảy thai/ Sinh non	0	0
Thai lưu	01	5,3
Chảy máu	0	0
Khác	0	0

Nhận xét: Biến chứng sớm trong vòng 48h sau phẫu thuật có 01 trường hợp lưu thai bình thường, chiếm 5,3%. Các biến chứng như: vỡ ối, sảy thai- sinh non, chảy máu trong vòng 48h sau phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào. Nghiên cứu ghi nhận 01 trường hợp ối vỡ sau phẫu thuật 03 tuần.

Bảng 3.4. Tình trạng sau sinh của thai còn lại trong song thai sFGR sau phẫu thuật đông dây rốn (n= 18)

Tuổi thai lúc sinh (tuần)	35,4 (22-39.5)	
Tình trạng thai	<37w	8 (44,4%)
	$\geq 37w$	10 (55,6%)
Phương pháp sinh	Sinh thường	5 (27,8 %)
	Sinh mổ	13 (72,2 %)
Cân nặng lúc sinh (gr)	≥ 2500 gr	11 (61,1%: 2500-3700)
	<2500 gr	7(38,9%: 300-2200)
	Trung bình	2191 (300 -3700)
Sống sau sinh		17/18 (94,4%)
Tử vong sau sinh		01/18 (5,6%)
Biến chứng Thần kinh	Sơ sinh	0 (0%)
	Sau sinh	0 (0%)
Karyotype		18 (100%)

Nhận xét: Tuổi thai trung bình khi sinh của nhóm bệnh nhân trải qua can thiệp đông dây rốn là 35,4 tuần. Trong đó, nhóm trẻ sinh non tháng có 8 trường hợp sinh từ 22 tuần tới 36 tuần 3 ngày (chiếm 44,4%). Nhóm đẻ đủ tháng có 10

trường hợp (chiếm 55,6%) từ tuổi thai 37 tuần đến 39 tuần 5 ngày. Trên tổng số 18 trường hợp sống sau phẫu thuật có 5 trường hợp trải qua sinh thường (chiếm 27,8%) và 13 trường hợp mổ lấy thai (chiếm 72,2%). Cân nặng trung bình khi sinh là 2191 gram, nhẹ cân nhất là 300gram và cân nặng tốt nhất là 3700gram. Có 17 trẻ sống sau sinh (chiếm 94,4%) và 01 trường hợp tử vong sau sinh non 22 tuần (chiếm 5,6%). Hiện tại tổn thương thần kinh của trẻ thời kỳ sơ sinh và sau sinh 01 tháng không ghi nhận trường hợp nào. Xét nghiệm di truyền karyotype của thai còn lại trong song thai sFGR sau phẫu thuật là bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 57% trường hợp có bánh rau bám mặt trước, bánh rau bám mặt sau trong nghiên cứu chiếm 42,1%. Các nhà khoa học chỉ ra rằng vị trí rau bám mặt trước gây khó khăn hơn cho quá trình phẫu thuật, từ việc xác định đường vào trocar, hạn chế tầm nhìn của phẫu trường phẫu thuật, gây khó khăn cho phẫu thuật viên khi tiếp cận với dây rốn. Những khó khăn này làm tăng thời gian phẫu thuật, đồng thời có thể làm tăng tai biến phẫu thuật.

Về đặc điểm của dây rốn, có 02 trường hợp dây rốn 02 mạch máu tức là chỉ có 01 động mạch. Tỷ lệ dây rốn 02 mạch máu cao gấp 3 lần ở song thai so với đơn thai, nhưng là tương đồng ở nhóm chung bánh rau và hai bánh rau. Trên siêu âm, không tìm thấy hình ảnh của sự căng giãn động mạch rốn thích nghi mà vẫn thấy ở thai kỳ đơn thai, từ đó giải thích một phần cho nguy cơ gia tăng thai sFGR trong những trường hợp này. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp dây rốn bám màng (chiếm 21%). Đó là hiện tượng dây rốn bám vào rìa bánh rau hoặc màng ối thay vì bám vào trung tâm bánh rau như bình thường. Điều này dẫn đến tình trạng thai nhi không hấp thu được tối đa chất dinh dưỡng từ bánh rau. Dây rốn bám màng làm tăng nguy cơ thai kỳ, gây ra thai lưu, thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

Các ca bệnh được chỉ định phẫu thuật có 3 trường hợp sFGR type III và 16 sFGR type II. Ngoài ra trong nghiên cứu có 11/19 trường hợp (chiếm 57,9%) sFGR có TTTS kèm theo. Trên y văn ghi nhận TTTS kết hợp gặp trong 26,9% trong các trường hợp sFGR khởi phát sớm là phổ biến hơn so với 5,6% ở những trường hợp khởi phát muộn. Chính điều đó làm kết cục của thai kỳ với song thai chung bánh rau sFGR có diễn biến

xấu và kết cục chu sinh tồi tệ. Khi chẩn đoán thai sFGR có kèm TTTS cần phân biệt với các trường hợp TTTS. Các nghiên cứu đã đưa ra tiêu chuẩn Quintero phân biệt khi TTTS bao giờ cũng có đa ối ở thai nhận máu, thiếu ối ở thai cho máu. Còn thai sFGR có thể thiếu ối ở thai nhỏ nhưng không có hiện tượng đa ối ở thai còn lại, và bao giờ cũng có chênh lệch cân nặng giữa 2 thai³.

Tuổi thai thực hiện phẫu thuật tính trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 21 tuần. Kết quả này tương đồng với báo cáo năm 2016 của Parra trong 90 trường hợp với tuổi thai lúc phẫu thuật đồng dây rốn là 20,6 tuần. Thời gian tiến hành phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 43,15 phút. Ở nghiên cứu trên của Parra và CS năm 2016 là 22,4 phút. Thời gian thực hiện phẫu thuật có thể thay đổi ngoài việc phụ thuộc vào vị trí của bánh rau như đã trình bày ở trên, còn có thể liên quan đến tư thế thai, nếu thai nằm sấp sẽ cản trở sự tiếp cận của dụng cụ vào dây rốn. Những trường hợp thai to hoặc dây rốn phù nề cũng làm cho việc kẹp dây rốn phức tạp hơn.

Thời gian từ lúc thực hiện phẫu thuật tới khi sinh trong nghiên cứu này của chúng tôi tính trung bình là 15 tuần. Có 01 trường hợp phẫu thuật đồng dây rốn từ 18 tuần và vỡ ối sau phẫu thuật 3 tuần, các trường hợp còn lại đều sinh sau 30 tuần. Nghiên cứu của Deprest và CS báo cáo năm 2000 cũng cho thấy sau phẫu thuật có thể kéo dài thời gian kết thúc thai kỳ lên 15,1 tuần, sớm nhất là 7 tuần và có thể tới 20 tuần. Tác giả Bebbington sau khi thực hiện đồng dây rốn 24 trường hợp thai sFGR tổng kết thời gian trung bình từ phẫu thuật đến khi sinh là $87 \pm 42,1$ ngày (tương đương 21 ± 10 tuần). Mục đích theo dõi những trường hợp song thai có biến chứng sFGR là kéo dài thai kỳ cho đến khi thai có khả năng sống, đồng thời việc lưu 01 thai mang đến những hậu quả nặng nề cho thai còn lại. Nếu tuổi thai trên 26 tuần thì cần nhắc thời điểm kết thúc thai kỳ. Với thai trước 26 tuần, trường hợp trên Doppler thể hiện nguy cơ xấu cho thai sFGR thì việc chấm dứt thai kỳ chọn lọc được khuyến cáo để bảo vệ thai nhi bình thường và kéo dài thời gian mang thai.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 01 trường hợp thai lưu sau phẫu thuật 02 ngày (chiếm 5,3%). Chẩn đoán tại thời điểm phẫu thuật: Song thai 16 tuần 4 ngày- 02 buồng ối 01 bánh rau- thai A chậm tăng trưởng chọn lọc nặng ($>1\%Pct$)- TD TTTS giai đoạn II. Trên siêu âm trước phẫu thuật không ghi nhận bất thường ở thai còn lại. Tổng hợp 118 trường hợp đồng dây

rốn thai kỳ có biến chứng ở song thai chung bánh rau của tác giả Lanna và CS nhắc đến tuổi thai can thiệp phẫu thuật tốt nhất là sau 19 tuần. Tỷ lệ tai biến ở nhóm này là 3% trong khi ở nhóm trước 19 tuần là 45%⁴. Từ đó nhận thấy thai sFGR khởi phát sớm là yếu tố tiên lượng không tốt cho kết quả phẫu thuật và kết cục thai kỳ.

Ỗi vỡ non được cho là một trong những nguyên nhân quan trọng nhất gây đẻ non sau khi điều trị đông dây rốn. Những biến chứng sau phẫu thuật rất quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp tới hiệu quả điều trị thai sFGR. Theo báo cáo của Bebbington 2012 ỡi vỡ xảy ra ở 27,3%, Lanna 2012 43% ở thai <24 tuần và 7% ở thai 25-28 tuần, nghiên cứu này còn báo cáo 2 trường hợp thai lưu không rõ nguyên nhân⁵. Trong nghiên cứu này của chúng tôi không có trường hợp nào nhiễm trùng sau phẫu thuật, ỡi vỡ, sảy thai sinh non và chảy máu. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật trong phòng mổ lọc khí áp lực dương chuyên biệt cho can thiệp bào thai, cố gắng tránh tối đa các biến chứng bằng việc tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn trước, trong và sau mổ.

Bảng 3.4 mô tả kết quả sau sinh của thai còn lại trong song thai sFGR có phẫu thuật đông dây rốn. Tuổi thai trung bình khi sinh là 35,4 tuần, cân nặng khi sinh đạt 2191 gr, có 1 trường hợp tử vong sau sinh non 22 tuần (300gr). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lanna và CS là 34 tuần và cân nặng trung bình 2091gr, 2 trường hợp tử vong sơ sinh. Kết quả tốt hơn so với nghiên cứu của Ruan Peng ở tuổi thai 31 tuần và 1500 gr, ghi nhận 2 trường hợp tổn thương não trên MRI sau sinh.

Tỷ lệ sinh non của chúng tôi là 44,4% xảy ra ở 8 trường hợp. Sinh đủ tháng có 10 trường hợp chiếm 55,6%. Non tháng nhất là trường hợp ỡi vỡ non ở tuần 22, sau sinh trẻ mắc suy hô hấp nặng và tử vong. Nguyên nhân tử vong là do thai cực non tháng và nhẹ cân. Có 2 trẻ sau sinh phải nằm hồi sức do thai non tháng 30 tuần 2 ngày và 31 tuần 2 ngày, cân nặng tương ứng là 1600 gr và 1200gr. Nhờ được phát hiện và tiên lượng kịp thời, các trường hợp thai nhi non tháng đều được sử dụng trưởng thành phổi trước sinh. Sau hơn 1 tháng điều trị tích cực tại khoa Sơ sinh-Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, trẻ ổn định và ra viện.

Trong song thai sFGR sau phẫu thuật, phương thức sinh cũng phụ thuộc vào chỉ định sản khoa như thai kỳ đơn thai bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh mổ là 13/18 trường hợp thai sống (chiếm 72,2%) cao hơn so với số sinh thường là 5 trường hợp (chiếm 27,8%). Kết quả sống sót sơ sinh trong

nghiên cứu là 17/18 trường hợp (chiếm 94,4%). So sánh với một số trung tâm, kết quả này có sự tương đồng: 85,2% (Bebbington và CS), 87% (Weber và CS), 93,3% (Parra và CS)⁶.

Mặc dù điều trị tắc mạch bằng đông dây rốn cải thiện tỷ lệ sống sót sơ sinh nhưng theo nghiên cứu của Ruan Peng thì trong 48 bệnh nhân thực hiện kỹ thuật này có 2 trẻ được phát hiện tổn thương thần kinh loạn sản não (4,17%)⁷. Ở nghiên cứu của chúng tôi cũng như ở vài nghiên cứu khác trên thế giới, biến chứng thần kinh ngắn hạn của trẻ thời kỳ sơ sinh và sau sinh 01 tháng hiện tại chưa ghi nhận trường hợp nào. Do vậy chúng tôi nhận thấy, biến chứng này rất hiếm khi xảy ra ở thai còn lại sau giảm chọn lọc một thai.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đông dây rốn thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong bệnh lý song thai bằng dao lưỡng cực là một kỹ thuật hiệu quả, đem lại tỷ lệ sống cao.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Chúng tôi khuyến nghị các trường hợp song thai chung bánh rau cần được khám và theo dõi tại Trung tâm chuyên biệt nhằm phát hiện và điều trị kịp thời biến chứng của song thai chung bánh rau nói chung cũng như thai chậm tăng trưởng chọn lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Valsky DV, Eixarch E, Martinez JM, Crispi F, Gratacós E.** Selective intrauterine growth restriction in monochorionic twins: pathophysiology, diagnostic approach and management dilemmas. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2010;15(6):342-348. doi:10.1016/j.siny.2010.07.002
- Batsry L, Matatyahu N, Avnet H, et al.** Perinatal outcome of monochorionic diamniotic twin pregnancy complicated by selective intrauterine growth restriction according to umbilical artery Doppler flow pattern: single-center study using strict fetal surveillance protocol. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021;57(5):748-755. doi:10.1002/uog.22128
- K I, T M, Y T, et al.** Perinatal outcome of monochorionic twins with selective intrauterine growth restriction and different types of umbilical artery Doppler under expectant management. *Fetal diagnosis and therapy*. 2009;26(3). doi:10.1159/000253880
- Mm L, Ma R, M D, et al.** Bipolar cord coagulation for selective feticide in complicated monochorionic twin pregnancies: 118 consecutive cases at a single center. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2012;39(4). doi:10.1002

- /uog.11073
5. **Bebbington MW, Danzer E, Moldenhauer J, Khalek N, Johnson MP.** Radiofrequency ablation vs bipolar umbilical cord coagulation in the management of complicated monochorionic pregnancies. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2012; 40(3): 319-324. doi:10.1002/uog.11122
 6. **L L, E G, E O, et al.** Pregnancy and infant outcome of 80 consecutive cord coagulations in complicated monochorionic multiple pregnancies. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2006;194(3). doi:10.1016/j.ajog.2005.09.013
 7. **Peng R, Xie HN, Lin MF, et al.** Clinical Outcomes after Selective Fetal Reduction of Complicated Monochorionic Twins with Radiofrequency Ablation and Bipolar Cord Coagulation. *Gynecologic and Obstetric Investigation.* 2016;81(6):552-558. doi: 10.1159/000445291

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH ERAS TRONG PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108

Nguyễn Văn Lượng¹, Tạ Đức Chung¹, Đinh Thị Thu Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và kết quả bước đầu ứng dụng chương trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình tại Bệnh viện TWQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 1275 BN được mổ phôi và áp dụng quy trình ERAS trong giai đoạn từ tháng 07/2022 đến tháng 12/2022 và 601 BN đã được mổ phôi trong giai đoạn từ tháng 4/2022-6/2022, chưa được áp dụng quy trình ERAS tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình tổng hợp, Bệnh viện TWQĐ 108. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ chung các can thiệp của quy trình ERAS là từ 78-100%. Ngày nằm điều trị trung bình là 7,07, giảm hơn so với trước khi áp dụng ERAS. Điểm VAS trung bình của 3 ngày đầu sau mổ đều < 4 điểm. 100% BN được ngồi dậy sớm và tập vận động chi thể, 48% BN được tập đứng và đi sớm. 20 BN (0,015%) có biến chứng sau phẫu thuật. 8 BN (chiếm tỷ lệ 0,006%) phải nhập viện trong vòng 30 ngày sau ra viện. **Kết luận:** Ứng dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình là một phương án khả thi, an toàn, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, góp phần giảm biến chứng, giúp BN hồi phục sớm.

Từ khóa: Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật, chấn thương chỉnh hình, ERAS.

SUMMARY

RESULTS OF APPLICATION OF ERAS PROTOCOL IN TRAUMA AND ORTHOPAEDICS SURGERY AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the feasibility and initial results of the application of the enhanced recovery after surgery (ERAS) program in trauma and orthopedics surgery at the 108 Central Military Hospital. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study on 1275 patients undergoing trauma

or orthopedic surgery and applying the ERAS program in the period from July 2022 to December 2022 and a retrospective descriptive study of 601 patients undergoing surgery in the period from April 2022 to June 2022, has not yet been subjected to the ERAS. **Results:** Overall compliance with ERAS protocol interventions ranged from 78% to 100%. The average of hospital stay is 7.07, a decrease compared to before applying ERAS. The average postoperative VAS score of the first three days was < 4 points. 100% of patients could sit up early and exercise their limbs, and 48% were trained to stand and walk early. Twenty patients (0.015%) had complications after surgery. Eight patients (0.006%) had to be hospitalized within 30 days after discharge. **Conclusion:** Applying the ERAS program in orthopedic trauma surgery is a feasible and safe option, reducing hospital stay and treatment costs, reducing complications, and helping patients recover early. **Keywords:** Enhanced recovery after surgery, trauma or orthopedic, ERAS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân hồi phục sớm sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình lớn vẫn là một thách thức đối với các phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình. Kỹ thuật mổ ngày càng được hoàn thiện, tuy nhiên các nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy, nhiều quy trình chăm sóc điều trị đã được áp dụng thường quy trong rất nhiều năm qua còn chưa phù hợp và không đem lại lợi ích cho bệnh nhân (BN) như: thực tháo, nhịn ăn uống kéo dài trước mổ, đặt sonde tiểu, sonde dạ dày, dẫn lưu vết mổ dài ngày, nằm nghỉ và tập phục hồi chức năng sau mổ muộn, ăn uống muộn và truyền dịch kéo dài sau mổ, giảm đau bằng opioid sau mổ...[1]. Năm 2005, nhóm các phẫu thuật viên Bắc Âu, trên cơ sở kết quả nghiên cứu y học chứng cứ đã xuất bản hướng dẫn chăm sóc chu phẫu cho phẫu thuật đại trực tràng, khởi nguồn của quy trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (Enhanced

¹Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024