

THE OUTCOMES OF CARE MANAGEMENT AND RECOVERY AFTER LOBECTOMY FOR LUNG CANCER TREATMENT AT THU DUC CITY HOSPITAL

Vu Tri Thanh¹, Nguyen Kim Anh^{1*}, Ho Tat Bang^{2,3}, Lam Thao Cuong^{2,3},
Tran Thi Anh Thu⁴, Pham Xuan Vinh¹, Nguyen Ngoc Tin¹, Tran Thanh Vy^{2,3}

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc City, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University Medical Center Ho Chi Minh City - 215 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 215 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Binh Thanh District Health Center - 99/6 No Trang Long, Ward 11, Binh Thanh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 28/06/2024

Revised: 01/08/2024; Accepted: 26/08/2024

ABSTRACT

Objective: To survey the current state of management of care and recovery after lung cancer surgery at Thu Duc City Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective study was conducted on the medical records of patients diagnosed with non-small cell lung cancer who underwent lobectomy from 2015 to December 2023. The primary outcome variables included postoperative length of stay, postoperative complications, and 30-day readmission rates.

Results: A total of 51 patients participated in the study, with the majority being male (66.7%) and under 60 years old (62.7%). The average postoperative length of stay was 9.5 ± 5.3 days with a median of 8 days. The postoperative complication rate was 2%, and the 30-day readmission rate was 3.9%.

Conclusion: The study provides the status of care and recovery after lung cancer surgery at Thu Duc City Hospital. The prolonged postoperative length of stay indicates the need to implement the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program to shorten hospital stays and improve the quality of treatment and patient care for lung cancer patients. Current management practices are suboptimal, with poor interdepartmental coordination and ineffective pain management prolonging recovery times. Hospital management plays a critical role in the successful implementation and oversight of the ERAS program.

Keywords: Recovery, perioperative care, lobectomy, lung cancer.

*Corresponding author

Email address: Bs.nkanh.bvtd@gmail.com

Phone number: (+84) 914200003

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1486>



KẾT QUẢ QUẢN LÝ CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI SAU PHẪU THUẬT CẮT THÙY PHỔI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẠİ BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Vũ Trí Thanh¹, Nguyễn Kim Anh^{1*}, Hồ Tất Bằng^{2,3}, Lâm Thảo Cường^{2,3},
Trần Thị Anh Thu⁴, Phạm Xuân Vinh¹, Nguyễn Ngọc Tín¹, Trần Thanh Vỹ^{2,3}

¹Bệnh viện Thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, P. Tam Phú, Tp. Thủ Đức, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh - 215 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Trung tâm y tế Quận Bình Thạnh - 99/6 Nơ Trang Long, P. 11, Q. Bình Thạnh, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/06/2024

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2024; Ngày duyệt đăng: 26/08/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng quản lý chăm sóc và phục hồi sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ và đã phẫu thuật cắt thùy phổi từ năm 2015 đến tháng 12/2023. Các biến số kết cục chính bao gồm thời gian nằm viện sau phẫu thuật, các biến chứng sau phẫu thuật và tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày.

Kết quả: Tổng cộng có 51 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đa số là nam giới (66,7%) và dưới 60 tuổi (62,7%). Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,5 \pm 5,3$ ngày, với trung vị là 8 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 2%, và tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày là 3,9%.

Kết luận: Nghiên cứu cung cấp thực trạng quản lý chăm sóc và phục hồi sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài chỉ ra sự cần thiết phải triển khai chương trình hồi phục sớm nhằm rút ngắn thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng điều trị ung thư phổi. Quản lý bệnh viện đóng vai trò quan trọng trong việc triển khai và giám sát chương trình ERAS một cách hiệu quả.

Từ khóa: Hồi phục, chăm sóc chu phẫu, cắt thùy phổi, ung thư phổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư thường gặp nhiều trên thế giới. Tại Việt Nam, theo thống kê của Globocan năm 2020, tỉ lệ mới mắc ung thư phổi là 26.262 trường hợp chiếm 14,4% trong tất cả các loại ung thư. Tỷ lệ tử vong do ung thư phổi cũng ở mức cao với 23.797 trường hợp tử vong, chiếm tỷ lệ 19,4% trong các loại ung thư [1]. Bệnh ung thư phổi được dự đoán là một gánh nặng bệnh tật chính cho dân số Việt Nam trong một thập kỷ tới. Trong liệu trình điều trị ung thư phổi đa mô thức, điều trị ngoại khoa với các phương pháp phẫu thuật cắt

bỏ triệt căn, phẫu thuật giảm khối u vẫn là một trong ba giai đoạn chính và quan trọng nhất. Chất lượng điều trị ngoại khoa góp phần cải thiện tiên lượng sống còn giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh [2]. Để cải thiện chất lượng điều trị ngoại khoa ung thư phổi, các nhà nghiên cứu trên thế giới đã và đang triển khai chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS) để nâng cao chất lượng điều trị [3]. Việc triển khai ứng dụng ERAS cần có kế hoạch cụ thể với sự phối hợp đa ngành và hệ thống quản trị bệnh viện. Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục tiêu khảo sát khảo sát thực trạng chăm sóc và phục hồi sau phẫu

*Tác giả liên hệ

Email: Bs.nkanh.bvtd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 914200003

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1486>

thuật ung thư phổi tại Bệnh Viện Thành Phố Thủ Đức qua đó đề lên kế hoạch triển khai chương trình ERAS tại Bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ngoại Lồng ngực – Tim mạch Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi qua giải phẫu bệnh lý, trải qua phẫu thuật cắt thùy phổi từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và kết quả hình ảnh học cần thiết.

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ: Lấy toàn bộ trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu

2.5. Biến số và xử lý dữ liệu

Biến số kết cục: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (TGNVSPT), tính từ ngày từ ngày phẫu thuật đến ngày xuất viện. Các kết cục lâm sàng khác bao gồm biến chứng sau phẫu thuật, phẫu thuật lại, và tái nhập viện trong vòng 30 ngày. Số liệu được thu thập phần mềm Microsoft Excel 2019, sau đó được phân tích bằng Stata 16.0.

Xử lý dữ liệu: Sử dụng tần số, tỷ lệ mô tả các biến số định tính; trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị mô tả các biến số định lượng. Đối với biến số kết cục là biến số định lượng phân phối không bình thường, chúng tôi sử dụng kiểm định Wilcoxon và Kruskal-Wallis để đánh giá mối liên quan với các biến số độc lập định tính. Hồi quy Spearman dùng để xác định mối liên quan giữa hai biến số định lượng. Ngưỡng ý nghĩa của kiểm định là $p < 0,05$. Báo cáo mức độ tương quan bằng hệ số tương quan Spearman (R).

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2023, có tất cả 51 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ và được điều trị phẫu thuật cắt thùy phổi. Bảng 1 trình bày đặc điểm nền và bệnh lý của đối tượng nghiên cứu. Đa số đối tượng nghiên cứu là nam giới (chiếm 66,7%). Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 37,3%. Phân loại ASA của bệnh nhân có hơn một nửa thuộc

nhóm II (54,9%). Có 37,3% bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh nền trở lên, trong đó tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất với 27,5%. Có 45,1% bệnh nhân phát hiện bệnh với triệu chứng, phổ biến nhất là đau tức ngực (73,9%), ho kéo dài (60,9%) và sụt cân (52,2%). Ung thư giai đoạn II chiếm đa số với 52,9%. Ung thư biểu mô tuyến phổ biến nhất chiếm 90,2%, với độ biệt hóa kém (64,7%). Có 33,3% bệnh nhân có di căn hạch.

Bảng 1. Đặc điểm nền và bệnh lý của đối tượng nghiên cứu (n=51)

Đặc điểm		Tần số	%
Giới	Nam	34	66,7
	Nữ	17	33,3
Địa chỉ	TPHCM	24	47,1
	Tỉnh/Thành phố khác	27	52,9
Phân loại ASA	I	12	23,5
	II	28	54,9
	III	11	21,6
Bệnh nền	Có	19	37,3
	Tăng huyết áp	14	27,5
	Hen/COPD	6	11,8
	ĐTD	2	3,9
	Rối loạn lipid máu	4	7,8
	Suy tim	1	2,0
	TBMMN cũ	1	2,0
	RL chức năng tuyến giáp	1	2,0
	Thiếu máu	2	3,9
	Bệnh khác	9	17,6
Thời gian mắc bệnh (n=37)	Dưới 1 tháng	20	54,1
	Từ 1 tháng đến dưới 3 tháng	13	35,1
	Từ 3 tháng đến dưới 6 tháng	3	8,1
	Từ 6 tháng trở lên	1	2,7

Đặc điểm		Tần số	%
Giai đoạn ung thư	IA	3	5,9
	IB	6	11,8
	IIA	15	29,4
	IIB	12	23,5
	IIIA	6	11,8
	IIIB	9	17,6
Di căn hạch	Có	17	33,3
	Không	34	66,7
Nhóm tuổi	<60	32	62,7
	>=60	19	37,3
Phân loại BMI	Suy dinh dưỡng	6	11,8
	Bình thường	29	56,8
	Thừa cân béo phì	16	31,4
Phân loại ECOG	0	26	51,0
	1	21	41,2
	2	4	7,8
Tình huống phát hiện bệnh	Tình cờ	28	54,9
	Có triệu chứng	23	45,1
Triệu chứng cụ thể (n=23)	Ho kéo dài	14	60,9
	Đau tức ngực	17	73,9
	Sụt cân	12	52,2
	Chán ăn mệt mỏi	9	39,1
	Ho ra máu	6	26,1
	Triệu chứng khác	7	30,4
Vị trí khối u	Thùy trên trái	12	23,5
	Thùy dưới trái	8	15,7
	Thùy trên phải	20	39,2
	Thùy dưới phải	5	9,8
	Thùy giữa phải	6	11,8

Đặc điểm		Tần số	%
Loại tế bào ung thư	UT biểu mô tuyến	46	90,2
	UT biểu mô tế bào vảy	1	2,0
	UT biểu mô tế bào lớn	4	7,8
Độ biệt hóa	Tốt	11	21,6
	Vừa	7	13,7
	Kém	33	64,7

Bảng 2 trình bày đặc điểm điều trị và thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu. Có 49% bệnh nhân được phẫu thuật mở, 31,4% phẫu thuật nội soi và 19,6% phẫu thuật nội soi sau đó chuyển sang mở. Lượng máu mất có trung vị là 250 ml và thời gian phẫu thuật trung vị là 230 phút. Trung vị thời gian lưu NKQ là 2 giờ, thời gian hồi sức là 4,5 giờ; Thời gian nằm viện sau phẫu thuật có trung bình là $9,5 \pm 5,3$ ngày; trung vị ghi nhận là 8 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị và thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu (n=51)

Đặc điểm		Tần số	%
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật mở	25	49,0
	Nội soi	16	31,4
	Nội soi chuyển mở	10	19,6
Tập VLTL trước phẫu thuật (có)		31	60,8
Tư vấn tâm lý trước phẫu thuật (có)		31	60,8
Đánh giá tình trạng thiếu máu, can thiệp dinh dưỡng nếu cần (có)		47	92,2
Đánh giá tình trạng thuyên tắc HKTM (có)		27	52,9
Ngưng hút thuốc trước phẫu thuật (có)		42	82,4
Thời gian lưu NKQ (giờ)*		2	1-3
Thời gian hồi sức (giờ)*		4,5	3-6
Thời gian đặt ống dẫn lưu (ngày) *		8	6-11
Thời gian lưu sonde tiêu (giờ)*		24	24-24

Đặc điểm	Tần số	%	
Lượng máu mất (ml)*	250	200-350	
Ngưng rượu bia trước phẫu thuật (có)	42	82,4	
Sử dụng an thần nhóm opioid trước phẫu thuật (có)	27	52,9	
Kháng sinh dự phòng (có)	51	100,0	
Sưởi ấm trong phẫu thuật (có)	38	74,5	
Dự phòng nôn/buồn nôn (có)	20	39,2	
Tình trạng nôn/buồn nôn sau phẫu thuật (có)	1	2,0	
VLTL hô hấp sau phẫu thuật (có)	51	100,0	
Phương pháp giảm đau	Giảm đau nền paracetamol + morphin truyền	16	31,4
	Giảm đau nền và gây tê ngoài màng cứng	35	68,6
Thời gian nhịn ăn trước phẫu thuật (giờ)*	12	6-12	
Thời gian nhịn ăn sau phẫu thuật (giờ)*	5	5-6	
Thời gian phẫu thuật (phút)*	230	180-300	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày) **	9,5 ± 5,3		
Tổng thời gian nằm viện (ngày) **	15,4 ± 6,6		

(*) Trung vị (khoảng tứ phân vị);

(**) Trung bình ± độ lệch chuẩn

Bảng 3 chỉ ra mối liên quan giữa thời gian nằm viện sau phẫu thuật (TGNVSPT) với đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý. So sánh trung vị số ngày nằm viện theo nhóm ECOG của bệnh nhân có sự khác biệt đáng kể. Nhóm ECOG 1 có trung vị TGNVSPT cao hơn 3 ngày so với nhóm ECOG=0 và 4,5 ngày so với nhóm ECOG=2 (p=0,026). Giai đoạn ung thư IIB và IIIA có TGNVSPT lâu hơn so với các nhóm khác (p=0,034).

Bảng 3. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện sau phẫu thuật với đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý (n=51)

Đặc điểm	Trung vị (tứ phân vị)*	P
Giới	Nam	8 (7-11)
	Nữ	7 (6-11)
Nhóm tuổi	<60	7,5 (6-10)
	>=60	10 (6-12)
Phân loại ASA	I	7 (6,5-10)
	II	7,5 (6-11)
	III	10 (8-13)
Bệnh nền	Có	7 (5-16)
	Không	8,5 (6,5-11)
Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 tháng	10 (5,5-12)
	Từ 1 tháng đến dưới 3 tháng	7 (6-9)
	Từ 3 tháng đến dưới 6 tháng	7 (4-11)
	Từ 6 tháng trở lên	7 (7-7)
Vị trí khối u	Thùy trên trái	8,5 (4,5-11)
	Thùy dưới trái	7,5 (5,5-16)
	Thùy trên phải	7 (6,5-11)
	Thùy dưới phải	10 (10-15)
	Thùy giữa phải	8 (7-10)
Loại tế bào ung thư	UT biểu mô tuyến	8 (6-11)
	UT biểu mô tế bào vảy	13 (13-13)
	UT biểu mô tế bào lớn	7,5 (4,5-12,5)
Phân loại BMI	Suy dinh dưỡng	7,5 (7-10)
	Bình thường	9 (6-11)
	Thừa cân béo phì	7,5 (6,5-11)

Đặc điểm		Trung vị (tứ phân vị)*	P
Phân loại ECOG	0	7 (6-10)	0,026
	1	10 (8-11)	
	2	5,5 (4-10)	
Tình huống phát hiện bệnh	Tình cờ	8 (6-11)	0,894
	Có triệu chứng	7 (7-11)	
Giai đoạn ung thư	IA	7 (3-11)	0,034
	IB	7 (6-8)	
	IIA	6 (5-8)	
	IIB	10,5 (10-12)	
	IIIA	10,5 (7-15)	
	IIIB	7 (7-13)	
Độ biệt hóa	Tốt	6 (5-8)	0,157
	Vừa	8 (7-14)	
	Kém	10 (7-11)	
Di căn hạch	Có	9 (7-11)	0,388
	Không	8 (6-11)	
FVC		R=-0,163	0,253
FEV1		R=-0,204	0,151

Mối liên quan giữa thời gian nằm viện sau phẫu thuật (TGNVSPT) với đặc điểm phẫu thuật được trình bày trong Bảng 4. Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thời gian hồi sức với TGNVSPT (R=0,405, p=0,003). Thời gian đặt ống dẫn lưu có tương quan mức độ mạnh với R=0,934 (p<0,001). Thời gian lưu sonde tiểu cũng có tương quan thuận, mức độ yếu với TGNVSPT (R=0,284, p=0,044).

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện với đặc điểm phẫu thuật (n=51)

Đặc điểm		Trung vị (tứ phân vị)*	P
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật mở	8 (7-12)	
	Nội soi	7,5 (5,5-11)	
	Nội soi chuyên mở	7,5 (5-10)	

Đặc điểm		Trung vị (tứ phân vị)*	P
Tập VLTL trước phẫu thuật	Có	9,5 (6-11)	0,773
	Không	7 (7-11)	
Tư vấn tâm lý trước phẫu thuật	Có	10 (6-11)	0,51
	Không	7 (6,5-10,5)	
Đánh giá tình trạng thiếu máu, can thiệp dinh dưỡng nếu cần	Có	8 (6-11)	0,66
	Không	10 (6,5-13)	
Đánh giá tình trạng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch	Có	10 (6-11)	0,271
	Không	7 (6-10,5)	
Thời gian nhịn ăn sau phẫu thuật (giờ)		R=0,284	0,044
Thời gian hồi sức (giờ)		R=0,405	0,003
Thời gian lưu ống dẫn lưu (ngày)		R=0,934	<0,001
Lượng máu mất (ml)		R=0,000	0,998
Ngưng hút thuốc trước phẫu thuật (có)	Có	8 (6-11)	0,882
	Không	9 (4-11)	
Ngưng rượu bia trước phẫu thuật	Có	8 (6-11)	0,345
	Không	8 (4-10)	
Sử dụng an thần nhóm opioid trước phẫu thuật	Có	8 (6-11)	0,501
	Không	8 (7-11,5)	
Kháng sinh dự phòng	Có	8 (6-11)	-
	Không	0	
Sưởi ấm trong phẫu thuật	Có	8 (6-11)	0,862
	Không	8 (6-12)	

Đặc điểm		Trung vị (tứ phân vị)*	P
Dự phòng nôn/buồn nôn	Có	7,5 (6-10,5)	0,342
	Không	8 (7-13)	
Tình trạng nôn/buồn nôn sau phẫu thuật	Có	10 (10-10)	0,657
Thời gian lưu NKQ (giờ)		R=0,146	0,305
Thời gian phẫu thuật (phút)		R=0,141	0,324
Thời gian nhịn ăn trước phẫu thuật (giờ)		R=0,077	0,589

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện sau phẫu thuật (TGNVSPT) của bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức vẫn còn kéo dài, là 9,5 ngày và trung vị là 8 ngày. Tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tái nhập viện thấp do hầu hết bệnh nhân được giữ lại phẫu thuật tại đơn vị đều nằm trong khả năng thực hiện của bệnh viện tuyến quận (từ 2015-2020), các ca bệnh phức tạp đã được xem xét chuyển lên bệnh viện tuyến cao hơn. Tuy vậy, thời gian nằm viện dài vẫn là một thách thức lớn cần phải giải quyết. Theo báo cáo của tác giả Trần Minh Bảo Luân, thời gian nằm viện là 5.9 ± 1.9 ngày [4], với tác giả Vũ Ngọc Tú là $5,7 \pm 2,4$ ngày [5]. Điều này chỉ ra vai trò quan trọng của quản trị bệnh viện trong việc cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân, thông qua việc tối ưu hóa quy trình chăm sóc, giảm thiểu các biến chứng và cải thiện hiệu quả của các can thiệp y tế.

Tình trạng sức khỏe nền và mức độ dinh dưỡng của bệnh nhân có thể kéo dài thời gian hồi phục [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có ECOG 1 có trung vị TGNVSPT cao hơn 3 ngày so với nhóm ECOG=0 và 4,5 ngày so với nhóm ECOG=2 ($p=0,026$). Điều này cho thấy tình trạng chức năng của bệnh nhân trước phẫu thuật là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thời gian hồi phục sau phẫu thuật. Các nhà quản lý cần xây dựng các quy trình để đảm bảo rằng có đánh giá tình trạng sức khỏe nền của bệnh nhân một cách toàn diện, các bác sĩ chuyên khoa cần xác định các bệnh nhân có nguy cơ cao để có kế hoạch tối ưu trước mổ.

Ngoài ra, giai đoạn ung thư cũng là một yếu tố quan trọng. Bệnh nhân ở giai đoạn TNM trễ thì có TGNVSPT lâu hơn so với các nhóm khác ($p=0,034$). Giai đoạn ung thư tiên tiến thường đi kèm với phẫu thuật phức tạp hơn và thời gian hồi phục dài hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hồ Tất Bằng cho thấy rằng giai

đoạn ung thư càng cao, thời gian hồi phục càng kéo dài [6]. Các chính sách xã hội về y tế cũng cần triển khai có hệ thống để tăng cường hiệu quả phát hiện sớm ung thư phổi, nhất là sàng lọc chủ động các nhóm có nguy cơ cao.

Phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn do ít xâm lấn hơn, giúp hồi phục sớm hơn [4]. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Güntuğ Batıhan và cộng sự cho thấy rằng phẫu thuật nội soi giúp giảm thời gian nằm viện và mức độ đau sau phẫu thuật so với phẫu thuật mở [7]. Chính sách của bệnh viện cũng cần thúc đẩy việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến như nội soi, đảm bảo rằng các bác sĩ phẫu thuật được đào tạo đầy đủ và có trang thiết bị hiện đại.

Thực trạng cho thấy quy trình quản lý và chăm sóc hiện tại chưa tối ưu, với sự phối hợp giữa các chuyên khoa chưa tốt, dẫn đến nhiều thời gian trống giữa các công đoạn. Quản lý đau cũng chưa được thực hiện hiệu quả, làm kéo dài thời gian hồi phục của bệnh nhân. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng việc áp dụng ERAS giúp giảm tỷ lệ biến chứng, giảm thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng điều trị [8, 9]. Việc áp dụng ERAS không chỉ giúp cải thiện kết quả điều trị mà còn nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực bệnh viện và chất lượng dịch vụ y tế. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài như trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc lên kế hoạch triển khai ERAS không chỉ là một bước tiến quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân ung thư phổi mà còn là minh chứng cho sự cam kết của bệnh viện trong việc nâng cao chất lượng điều trị và quản lý chăm sóc sức khỏe toàn diện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cung cấp dữ liệu cơ bản về thực trạng chăm sóc và phục hồi sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài chỉ ra sự cần thiết phải triển khai chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật nhằm rút ngắn thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân ung thư phổi. Quản lý bệnh viện đóng vai trò quan trọng trong việc triển khai và giám sát cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung, H., et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2021. 71(3): P. 209-249.
- [2] , T., et al., Cancers in Vietnam-Burden and Control Efforts: A Narrative Scoping Review. Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center, 2019. 26(1): P. 1073274819863802-

- 1073274819863802.
- [3] Loughlin, S.M., et al., The History of ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Society and its development in Latin America. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2020. 47.
- [4] Luan, T.M.B., et al., Long-term outcomes of video-assisted lobectomy in non-small cell lung cancer. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*, 2021. 29(4): P. 318-326.
- [5] Vũ Ngọc, T., G. Nguyễn Duy, and T. Nguyễn Duy, Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 2023. 41: P. 82-92.
- [6] Tat Bang, H., T. Thanh Vy, and N.V. Tap, Length of Postoperative Hospital Stay and Related Factors After Lobectomy for Lung Cancer: A Pre-enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Single Center Assessment. *Cureus*, 2024. 16(2): P. e54724.
- [7] Batihan, G., K.C. Ceylan, and Ş.Ö. Kaya, Video-assisted thoracic surgery is associated with faster delivery to adjuvant chemotherapy after lung resection in patients with lung cancer. *The Cardiothoracic Surgeon*, 2023. 31(1): P. 10.
- [8] Ljungqvist, O. and M. Hubner, Enhanced recovery after surgery—ERAS—principles, practice and feasibility in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2018. 30(3): P. 249-252.
- [9] Tat Bang, H., et al., Efficacy of Enhanced Recovery After Surgery Program for Patients Undergoing Lobectomy for Lung Cancer: A Scoping Review and Single-Center Initial Result in Vietnam. *Cureus*, 2023. 15(8): P. e44084.