

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROGRAM FOR SURGICAL PATIENTS AT SELECTED PRIMARY-LEVEL PUBLIC GENERAL HOSPITALS IN THANH HOA PROVINCE IN 2025

Lam Tien Tung^{1*}, Nguyen Huu Tuan², Nguyen Hai Trieu³, Duong Cong Chinh⁴, Pham Van Ngoc⁵

¹Thanh Hoa provincial General Hospital - 181 Hai Thuong Lan Ong, Hac Thanh ward, Thanh Hoa province, Vietnam

²Thieu Hoa General Hospital - Ba Che quarter, Thieu Trung commune, Thanh Hoa province, Vietnam

³Hoang Hoa General Hospital - Vinh Son hamlet, Hoang Hoa commune, Thanh Hoa province, Vietnam

⁴Ha Trung General Hospital - Hamlet 5, Ha Trung commune, Thanh Hoa province, Vietnam

⁵Thach Thanh General Hospital - Dong Khanh hamlet, Kim Tan commune, Thanh Hoa province, Vietnam

Received: 17/12/2025

Revised: 17/01/2026; Accepted: 22/04/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the current status of perioperative care and evaluate the effectiveness of implementing the enhanced recovery after surgery (ERAS) program for surgical patients at selected primary-level hospitals in Thanh Hoa province in 2025.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted involving 132 healthcare workers directly participating in perioperative care and 72 elective surgical patients undergoing general anesthesia and managed under the ERAS protocol at four district-level general hospitals (Thieu Hoa, Hoang Hoa, Ha Trung, and Thach Thanh) from June to November, 2025.

Results: Among healthcare workers involved in surgical care, 73.6% had knowledge of ERAS, although many had never previously participated in ERAS implementation. The proportion of staff receiving ERAS training during the study reached 78.6%. After training, 93.9% believed ERAS is important for patient care and supported its implementation in their hospitals. Laparoscopic surgery accounted for 56.9% of all cases; 51.4% of the patients underwent obstetric-gynecologic procedures, most of which were laparoscopic. Compliance with ERAS protocols was 68.3% in the preoperative phase, 84% intraoperatively, and 76.1% postoperatively. Time to oral intake (mean 0.81 days), time to urinary catheter removal (0.6 days), and time to drain removal (1.27 days) were all notably short. The postoperative urinary tract infection rate was 2.8%, and no major postoperative complications were recorded.

Conclusion: Successful implementation of the ERAS program in primary-level hospitals improved the capacity for surgical care and reduced postoperative complications, contributing to enhanced patient outcomes and hospital performance.

Keywords: Enhanced recovery after surgery, primary-level hospitals.

*Corresponding author

Email: lamtungytb@gmail.com Phone: (+84) 978680219 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4906

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH HỒI PHỤC SỚM SAU PHẪU THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÔNG LẬP TUYẾN CƠ SỞ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH THANH HÓA NĂM 2025

Lâm Tiến Tùng^{1*}, Nguyễn Hữu Tuấn², Nguyễn Hải Triều³, Dương Công Chính⁴, Phạm Văn Ngọc⁵

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa - 181 Hải Thượng Lãn Ông, phường Hạc Thành, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Thiệu Hóa - Khu phố Ba Chè, xã Thiệu Trung, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Hoằng Hóa - Thôn Vinh Sơn, xã Hoằng Hóa, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa khoa Hà Trung - Thôn 5, xã Hà Trung, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

⁵Bệnh viện Đa khoa Thạch Thành - Thôn Đồng Khanh, xã Kim Tân, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/01/2026; Ngày duyệt đăng: 22/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng chăm sóc hồi phục sau phẫu thuật và hiệu quả áp dụng chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS) cho người bệnh tại một số bệnh viện công lập tuyến cơ sở trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát 132 nhân viên y tế tham gia trực tiếp chăm sóc phẫu thuật và 72 bệnh nhân phẫu thuật kế hoạch, vô cảm bằng phương pháp gây mê toàn thân được áp dụng ERAS tại 4 bệnh viện tuyến cơ sở (Thiệu Hóa, Hoằng Hóa, Hà Trung và Thạch Thành) từ 6-11 năm 2025.

Kết quả: Tỷ lệ nhân viên y tế tham gia chăm sóc phẫu thuật tại 4 bệnh viện trên biết về ERAS là 73,6%, trong số này chưa từng tham gia ERAS. Tỷ lệ được đào tạo ERAS trong nghiên cứu đạt 78,6%. Sau đào tạo, 93,9% nhân viên y tế tin tưởng ERAS quan trọng với quá trình chăm sóc bệnh nhân, và tin tưởng ERAS nên được áp dụng trong bệnh viện của mình. Phẫu thuật nội soi trong nhóm nghiên cứu chiếm 56,9%, có 51,4% bệnh nhân phẫu thuật sản phụ khoa và hầu hết là phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ tuân thủ protocol ERAS giai đoạn trước phẫu thuật là 68,3%, trong phẫu thuật là 84%, sau phẫu thuật là 76,1%. Thời gian ăn đường miệng (0,81 ngày), thời gian rút sonde tiểu (0,6 ngày), thời gian rút dẫn lưu (1,27 ngày) đều rất ngắn. Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu sau phẫu thuật là 2,8%, không có biến chứng lớn khác sau phẫu thuật.

Kết luận: Ứng dụng thành công ERAS vào quá trình chăm sóc phẫu thuật tại các bệnh viện tuyến cơ sở giúp nâng cao năng lực khám chữa bệnh của bệnh viện, đồng thời giảm thiểu các tai biến, biến chứng phẫu thuật cho người bệnh.

Từ khóa: Chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật, bệnh viện tuyến cơ sở.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật trong chuyên ngành ngoại khoa là lĩnh vực phức tạp bao gồm một chuỗi hoạt động từ chuẩn bị trước phẫu thuật, quá trình can thiệp phẫu thuật, và quá trình hậu phẫu nhiều thách thức. Chăm sóc phẫu thuật đã được cải thiện trong 20 năm qua với sự phát triển của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, kỹ thuật gây mê và giảm đau mới và các yếu tố khác làm giảm căng thẳng sau phẫu thuật.

Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (enhanced recovery after surgery - ERAS) là một phương pháp đa phương thức nhằm tối ưu hóa quản lý phẫu thuật [1]. Chương trình bao gồm một loạt những thay đổi dựa trên các bằng chứng trước, trong và sau phẫu thuật để giảm tối thiểu rối loạn chức năng các cơ quan, đáp ứng với stress phẫu thuật, thúc đẩy phục hồi nhanh. Hướng dẫn ERAS đầu tiên được

công bố cho phẫu thuật đại trực tràng và trong những năm gần đây đã được phát triển trên nhiều phẫu thuật khác như phẫu thuật mạch máu, lồng ngực, tiết niệu, phụ khoa và nhiều loại phẫu thuật khác. ERAS đã được áp dụng rất sớm ở các nước phát triển, và đang ngày càng được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam [2-6]. Theo đó, ERAS được chứng minh giúp giảm 30% thời gian chăm sóc và giảm tới 50% biến chứng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, việc áp dụng ERAS ở các bệnh viện tuyến cơ sở, nơi có nguồn lực hạn chế chưa có nghiên cứu nào được tiến hành cũng như đánh giá hiệu quả của chương trình ERAS.

Đối với các bệnh viện có chuyên khoa ngoại, đặc biệt là các bệnh viện đa khoa công lập cấp cơ bản trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa, việc áp dụng thành công chương trình này

*Tác giả liên hệ

Email: lamtungyb@gmail.com Điện thoại: (+84) 978680219 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4906

sẽ giúp nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh ngoại khoa, góp phần nâng cao năng lực khám chữa bệnh của các chuyên khoa liên quan như điều dưỡng [7], gây mê hồi sức, hồi sức trước và sau phẫu thuật, phục hồi chức năng, tim mạch, nội khoa, các khoa cận lâm sàng khác. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với 2 mục tiêu chính: đánh giá thực trạng chăm sóc hồi phục sau phẫu thuật và hiệu quả áp dụng ERAS cho người bệnh tại một số bệnh viện đa khoa công lập tuyến cơ sở trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhân viên y tế tại các khoa ngoại, sản, gây mê hồi sức đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được phẫu thuật theo chương trình (mổ kế hoạch) đối với các loại phẫu thuật ổ bụng, chấn thương chỉnh hình, tiết niệu, sản phụ khoa và phẫu thuật khác có vô cảm bằng phương pháp gây mê toàn thân.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: tại Bệnh viện Đa khoa Thạch Thành, Bệnh viện Đa khoa Hoằng Hóa, Bệnh viện Đa khoa Thiệu Hóa và Bệnh viện Đa khoa Hà Trung, tỉnh Thanh Hóa.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6-11 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Nghiên cứu này chúng tôi chọn được 132 nhân viên y tế và 72 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 20.0 với các test thống kê y học.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đánh giá đề cương nghiên cứu Sở Y tế Thanh Hóa.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình hình nhân lực y tế và kết quả đào tạo

Đặc điểm chung	Bệnh viện Đa khoa Thạch Thành	Bệnh viện Đa khoa Hà Trung	Bệnh viện Đa khoa Hoằng Hóa	Bệnh viện Đa khoa Thiệu Hóa
Tổng số nhân viên (ngoại, sản, gây mê hồi sức)	42 (19/15/8)	41 (15/19/7)	41 (23/11/7)	44 (17/17/10)
Bác sĩ phẫu thuật (ngoại, sản)	8 (4/4)	7 (3/4)	10 (7/3)	11 (5/6)
Bác sĩ gây mê	2	2	3	3
Điều dưỡng	32	32	28	30

Đặc điểm chung	Bệnh viện Đa khoa Thạch Thành	Bệnh viện Đa khoa Hà Trung	Bệnh viện Đa khoa Hoằng Hóa	Bệnh viện Đa khoa Thiệu Hóa
Tổng số nhân viên được đào tạo ERAS (132 nhân viên y tế)	33	38	33	28
Tỷ lệ nhân viên được đào tạo/ tổng số nhân viên	78,6%			

Nhân lực y tế tham gia trực tiếp vào quá trình chăm sóc phẫu thuật tập trung ở 2 khoa ngoại (ngoại chung, ngoại sản phụ) và khoa gây mê hồi sức. Tỷ lệ nhân viên được đào tạo chung chiếm 78,6% trong tổng số nhân viên y tế tham gia trực tiếp chăm sóc phẫu thuật của các bệnh viện.

Bảng 2. Hiểu biết của nhân viên y tế về chương trình ERAS trước đào tạo (n = 132)

Hiểu biết của nhân viên y tế về ERAS	n	%
Chưa biết	7	5,2
Biết rất ít	28	21,2
Biết vừa phải	67	50,8
Biết nhiều	15	11,4
Biết rất rõ	15	11,4
Bệnh viện đã triển khai ERAS	0	0

Dựa vào bảng số liệu trên cho thấy có 26,4% nhân viên y tế được khảo sát chưa biết hoặc biết rất ít về chương trình ERAS. Cả 4 bệnh viện nghiên cứu chưa từng áp dụng ERAS trong quá trình chăm sóc phẫu thuật.

Bảng 3. Nhận thức của nhân viên y tế sau khi được đào tạo ERAS (n = 132)

Nhận thức của nhân viên y tế	Cực kỳ không tin tưởng	Tin tưởng vừa phải	Tin tưởng	Rất tin tưởng
Tin tưởng ERAS quan trọng với quá trình chăm sóc bệnh nhân	3 (2,3%)	7 (5,3%)	85 (64,4%)	39 (29,5%)
Tin đồng nghiệp của mình cho rằng ERAS quan trọng	1 (0,8%)	11 (8,3%)	78 (59,1%)	42 (31,8%)
Tin tưởng rằng bệnh nhân sẽ được hưởng lợi khi áp dụng ERAS	1 (0,8%)	7 (5,3%)	80 (60,6%)	44 (33,3%)
Tin tưởng ERAS nên được áp dụng trong bệnh viện của mình	1 (0,8%)	7 (5,3%)	85 (64,4%)	39 (29,5%)
Tin tưởng ERAS làm tăng hiệu quả về tài chính bệnh viện	2 (1,5%)	12 (9,1%)	82 (62,1%)	36 (27,3%)

Sau khi được đào tạo về ERAS, đa phần nhân viên y tế có sự tin tưởng và rất tin tưởng về ERAS quan trọng với quá trình chăm sóc bệnh nhân (64,4% và 29,5%), tin đồng nghiệp của mình cho rằng ERAS quan trọng (59,1%

và 31,8%), tin người bệnh sẽ được hưởng lợi khi áp dụng ERAS (60,6% và 33,3%), tin ERAS nên được áp dụng trong bệnh viện của mình (64,4% và 29,5%).

Bảng 4. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 72)

Đặc điểm		n	%
Đặc điểm chung	Tuổi trung bình (min-max)	42,47 ± 15,9	(18-78)
	Giới (nam/nữ)	22/50	30,5%/69,5%
	Bệnh nền (có/không)	25/47	34,7%/65,3%
Đặc điểm phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi	41	56,9
	Phẫu thuật mở	31	43,1
	Phẫu thuật bụng (tiêu hóa)	6	8,3
	Phẫu thuật tiết niệu	8	11,1
	Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình	15	20,8
	Phẫu thuật sản phụ khoa	37	51,4
	Phẫu thuật đầu mặt cổ	6	8,3
	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	67 ± 29	
	Thời gian gây mê trung bình (phút)	70 ± 32	
	Thuốc giãn cơ trong phẫu thuật (Esmeron)	72	100
Sử dụng thuốc giải giãn cơ sau phẫu thuật	57	79,2	
Dùng thuốc giảm đau ngay sau phẫu thuật (không/ Paracetamol/Morphin)	4/65/3	5,6/90,3/4,2	

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 42,47 tuổi; nữ nhiều hơn nam bởi vì nhóm bệnh nhân phẫu thuật sản phụ khoa chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu (51,4%).

Bảng 5. Tỷ lệ tuân thủ protocol ERAS các giai đoạn phẫu thuật (n = 72)

Protocol ERAS		n	%
Trước phẫu thuật	Thông tin giáo dục tư vấn	72	100
	Dự phòng Lovenox nếu có chỉ định	1	1,4
	Dự phòng tắt áp lực	2	2,8
	Không thụt tháo đại tràng	43	59,7
	Không sử dụng thuốc an thần	67	93,1
	Uống nước đường đến trước mổ 2 giờ	46	63,9
	Uống sữa, ăn nhẹ đến trước mổ 6 giờ	70	97,2
	Ăn bữa chính đến trước mổ 8 giờ	71	98,6
	Sử dụng carbonhydrat trước mổ	0	0
	Tỷ lệ tuân thủ chung	68,3%	

Protocol ERAS		n	%
Trong phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi, ít xâm lấn (51 bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi)	41	80,3
	Vô cảm chuẩn, hạn chế Opid	72	100
	Tê ngoài màng cứng sau mổ	0	0
	Kháng sinh dự phòng	61	84,7
	Vệ sinh cơ thể, vệ sinh da vùng mổ, băng bảo vệ vùng mổ	72	100
	Dự phòng nôn	55	76,4
	Theo dõi và điều chỉnh nhiệt độ phòng mổ	49	68,1
	Giữ ấm, giám bộc lộ vùng mổ	72	100
	Làm ấm dịch, dịch bơm rửa	71	98,6
	Chỉ đặt dẫn lưu ổ mổ nhiễm khuẩn, nguy cơ nhiễm, nguy cơ ứ đọng dịch	35	100
Chỉ đặt sonde bàng quang khi cần	46	100	
Chỉ đặt sonde dạ dày khi cần	69	100	
Tỷ lệ tuân thủ chung	84%		
Sau phẫu thuật	Rút sonde dạ dày sớm (69 bệnh nhân đặt sau gây mê)	69	100
	Rút sonde tiểu sớm trong 24 giờ (46 ca đặt trong mổ)	42	91,3
	Rút dẫn lưu ổ mổ sớm (35 ca đặt dẫn lưu ổ mổ)	27	77,1
	Sử dụng giảm đau thường quy sau mổ	61	84,7
	Bắt đầu ăn uống sau mổ 3 giờ (toàn thân ổn định)	66	100
	Khuyến khích ăn trở lại sau 24 giờ nếu không có tổn thương đường tiêu hóa	65	90,3
	Cân bằng nước, điện giải	72	100
	Khuyến khích bệnh nhân ngồi dậy, vỗ rung lồng ngực sau mổ 3 giờ	69	95,8
	Tham gia của khoa phục hồi chức năng	0	0
	Dự phòng huyết khối sau mổ	0	0
	Tư vấn ra viện bao gồm cả hẹn tái khám	71	98,6
	Tỷ lệ tuân thủ chung	76,1%	

Tỷ lệ tuân thủ giai đoạn trước phẫu thuật đạt 68,3%; trong phẫu thuật đạt 84%; sau phẫu thuật đạt 76,1%.

Bảng 6. Thời gian trung tiện, ăn bằng đường miệng, rút dẫn lưu, đại tiện và nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian		Giá trị
Thời gian trung tiện (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	0,9 ± 0,4
	Min-max	0,5-3
Thời gian ăn bằng đường miệng (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	0,81 ± 0,39
	Min-max	0-3

Thời gian		Giá trị
Thời gian rút sonde tiểu (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	0,69 ± 0,65
	Min-max	0-3
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	1,27 ± 1,68
	Min-max	0-7
Thời gian đại tiện (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	1,61 ± 1,06
	Min-max	0-5
Thời gian nằm viện (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	7,85 ± 1,9
	Min-max	5-16

Thời gian nằm viện trung bình là 7,85 ngày, dao động từ 5-16 ngày. 2 bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu sau phẫu thuật, đây cũng là biến chứng làm cho kéo dài thời gian nằm viện. 2 bệnh nhân được điều trị kháng sinh, bơm rửa bàng quang và sau 16 ngày được ra viện. Các biến chứng lớn đều không gặp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

Nhân lực y tế tham gia trực tiếp vào quá trình chăm sóc phẫu thuật tập trung ở 2 khoa ngoại (ngoại chung, ngoại sản phụ) và khoa gây mê hồi sức. Các bệnh viện phân bổ nhân sự vào các khoa liên quan trực tiếp đến quá trình chăm sóc phẫu thuật khá tương đồng nhau. Điều đáng chú ý ở các bệnh viện này là số lượng bác sĩ gây mê khá thấp, chỉ từ 2-3 bác sĩ. Điều này phản ánh khó khăn từ việc bố trí công việc ở một vị trí khá đặc thù, cần số lượng nhân lực chất lượng cao để đảm bảo an toàn người bệnh phẫu thuật. Tỷ lệ được đào tạo chiếm 78,6% trong tổng số nhân viên y tế tham gia trực tiếp chăm sóc phẫu thuật của các bệnh viện.

Có 26,4% nhân viên y tế được khảo sát chưa biết hoặc biết rất ít về chương trình ERAS. Cả 4 bệnh viện nghiên cứu chưa từng áp dụng ERAS vào trong quá trình chăm sóc phẫu thuật. ERAS ra đời từ những năm 2000s, tuy nhiên chương trình này mới chỉ được các bệnh viện lớn, có nguồn lực dồi dào áp dụng. Tại Việt Nam, Hệ thống Y tế Vinmec đã áp dụng đầu tiên năm 2017, gần đây các bệnh viện lớn, tuyến cuối đang áp dụng ERAS một cách mạnh mẽ và đồng bộ. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn có đa số nhân viên y tế đã biết về chương trình ERAS (> 67%). Điều này giúp nhóm nghiên cứu của chúng tôi dễ dàng tiếp cận trong quá trình đào tạo ERAS. Sau khi được đào tạo về ERAS, đa phần nhân viên y tế có sự tin tưởng và rất tin tưởng về ERAS quan trọng với quá trình chăm sóc bệnh nhân (64,4% và 29,5%), tin đồng nghiệp của mình cho rằng ERAS quan trọng (59,1% và 31,8%), tin người bệnh sẽ được hưởng lợi khi áp dụng ERAS (60,6% và 33,3%), tin ERAS nên được áp dụng trong bệnh viện của mình (64,4% và 29,5%), tin ERAS làm tăng hiệu quả về tài chính bệnh viện (62,1% và 27,3%). Việc tin tưởng cao về ERAS giúp cho nhân viên y tế có thể mạnh dạn áp dụng ngay vào quá trình công tác chuyên môn. Điều này chứng tỏ nhân viên y tế ở tuyến cơ sở luôn có tinh thần cầu thị, mong muốn áp dụng những tiến bộ của khoa học kỹ thuật để chăm sóc người bệnh phẫu thuật.

Protocol ERAS trước mổ có 10 bước, tỷ lệ tuân thủ chung của nhóm nghiên cứu đạt 68,3%, trong đó thông tin giáo

dục tư vấn đạt tuân thủ 100%, nhiều người bệnh vẫn được thực hiện đại tràng trước phẫu thuật (tuân thủ 59,7%). Riêng thành tố dự phòng tất áp lực và sử dụng carbohydrat rất ít được sử dụng do tại thời điểm nghiên cứu tất áp lực và carbohydrat không có sẵn trong các bệnh viện. Protocol ERAS trong phẫu thuật có 12 bước, tỷ lệ tuân thủ chung của nhóm nghiên cứu đạt 84%, trong đó thành tố vô cảm chuẩn, hạn chế Opid, vệ sinh cơ thể, vệ sinh da vùng mổ, băng bảo vệ vùng mổ, giữ ấm, giảm bộc lộ vùng mổ, chỉ đặt dẫn lưu ổ mổ nhiễm khuẩn, giảm cơ nhiễm, nguy cơ ứ đọng dịch, chỉ đặt sonde bàng quang khi cần, chỉ đặt sonde dạ dày khi cần đạt 100% tuân thủ. Đây đều là những thành tố rất quan trọng trong ERAS nhưng rất ít phải đầu tư về trang thiết bị máy móc thiết bị. Cả 4 bệnh viện nghiên cứu đều chưa triển khai được giảm đau gây tê ngoài màng cứng sau mổ do kỹ thuật này khá phức tạp, cần phải theo dõi sát sao. Tỷ lệ tuân thủ chung protocol ERAS giai đoạn sau phẫu thuật chiếm 76,1%. Các thành tố rút sonde dạ dày sớm sau khi kết thúc cuộc phẫu thuật đạt tuân thủ 100%, ngoài ra bắt đầu ăn uống sau phẫu thuật 3 giờ và cân bằng nước-điện giải sau mổ đều đạt tuân thủ 100%. Tham gia của khoa phục hồi chức năng và dự phòng huyết khối sau mổ đều không tuân thủ. Điều này chứng tỏ các bệnh viện tuyến cơ sở chưa thực sự quan tâm tới 2 thành tố quan trọng này.

Thời gian trung tiện sau mổ của bệnh nhân trung bình là 0,9 ± 0,4 ngày, dao động từ 0,5-3 ngày. Trong nhóm nghiên cứu chỉ có 8,3% bệnh nhân phẫu thuật tác động lên đường tiêu hóa nên thời gian ăn bằng đường miệng sau mổ của bệnh nhân trung bình ngắn (0,81 ± 0,39 ngày), dao động từ 0-3 ngày. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ của bệnh nhân trung bình là 1,27 ± 1,68 ngày, dao động từ 0-7 ngày. Thường khi dẫn lưu ra ít dịch tiết vàng hoặc không ra dịch nửa thì sẽ rút dẫn lưu. Thời gian đại tiện sau mổ trung bình của bệnh nhân là 1,61 ± 1,06 ngày, dao động từ 0-5 ngày. Bệnh nhân ít đau, có thể vận động sớm, ít tác động lên hệ tiêu hóa nên thời gian đại tiện sau mổ của bệnh nhân ngắn. Thời gian nằm viện trung bình là 7,85 ngày, dao động từ 5-16 ngày đối với những bệnh nhân phẫu thuật thông thường không có biến chứng. Có 2 bệnh nhân (2,8%) nằm viện 16 ngày, cả 2 bệnh nhân này đều có biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ, sau một thời gian điều trị đều ổn định, không có bệnh nhân nào phải mổ lại hoặc tử vong.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhân viên y tế biết rõ và tham gia chương trình ERAS là rất thấp, tỷ lệ nhân viên y tế biết rõ chỉ đạt 11%, chưa có bệnh viện nào tham gia vào chương trình ERAS trước thời điểm nghiên cứu.

- Tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo về ERAS đạt 78,6%.

- Tỷ lệ tuân thủ chung protocol ERAS trước phẫu thuật là 63,3%, trong phẫu thuật đạt 84% và sau phẫu thuật đạt 76,1%. Các thành tố ERAS ít được tuân thủ như thiếu carbohydrat uống trước mổ, thuốc giải giãn cơ đặc hiệu Sugamadex, tham gia của khoa phục hồi chức năng trong việc chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật.

- Thời gian điều trị trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 7,85 ngày.

- Thời gian rút dẫn lưu sau mổ là 1,27 ± 1,68 ngày, thời gian rút sonde tiểu ngắn (0,69 ± 0,65 ngày).

Từ nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị:

- Triển khai đào tạo, chuyển giao áp dụng chương trình ERAS một cách rộng rãi tới các bệnh viện trong toàn tỉnh.
- Áp dụng đầy đủ chương trình ERAS vào công tác chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật ở các bệnh viện tuyến cơ bản; từng bước bổ sung nguồn nhân lực, trang thiết bị y tế, thuốc, vật tư để hoàn thiện quy trình ERAS tại bệnh viện.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Abeles A, Kwasnicki R.M, Darzi A. Enhanced recovery after surgery: Current research insights and future direction. World J. Gastrointest. Surg., 2017, 9 (2): 37.
- [2] Lê Huy Lưu. Kết quả ban đầu áp dụng quy trình phục hồi nhanh sau phẫu thuật cắt đại tràng. Tạp chí Nghiên cứu y học thành phố Hồ Chí Minh, 2018, 22 (6): 127-132.
- [3] Ngô Sỹ Quý. Bước đầu đánh giá hiệu quả của chiến lược ERAS trong phẫu thuật đại trực tràng. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [4] Nguyễn Văn Thủy. 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): 381-385.
- [5] Nguyễn Quang Huy, Hoàng Khắc Chuẩn và cộng sự. Ứng dụng Chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS) cho người bệnh ghép thận. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 2024, 49 (1): 53-63.
- [6] Bộ Y tế. Quyết định số 181/QĐ-BYT ngày 23 tháng 01 năm 2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn nhin ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình.
- [7] Xue B, Yu H, Luo X. Knowledge of enhanced recovery after surgery and influencing factors among abdominal surgical nurses: a multi-center cross-sectional study. Contemporary Nurse, 2022, 58 (4): 330-342.

