Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 368-372

ASSESSMENT OF NAUSEA AND VOMITING STATUS IN PATIENTS AFTER GASTROINTESTINAL CANCER SURGERY DURING THE RECOVERY PERIOD

Phi Thi Nguyet[1*], Bui Thi Thu Thuong[1], Nguyen Van Nga[2], Nguyen Thi Hao[1], Le Quang Viet[1]

[1]*Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 27/05/2026
Revised: 08/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To assess postoperative nausea and vomiting (PONV) among patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer during the recovery period at the Intensive Care Unit, K Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 110 patients who underwent surgery for gastrointestinal cancer at the Intensive Care Unit, Tan Trieu Campus, K Hospital. Data were collected from medical records, patient interviews, and direct observation using a predesigned data collection tool. The risk of PONV was assessed using the Apfel score, while the severity of PONV was assessed using the Klockgether-Radle scale.

Results: Most patients had an Apfel score of 0 (56.4%), while 4.5% had an Apfel score of 4. Prophylactic medication for PONV was administered to 97.3% of patients. The overall incidence of PONV during the observation period was 36.4%, of whom 62.5% were female. PONV was predominantly mild (Klockgether-Radle score of 1–2) and occurred mainly during the early period after extubation; 72.5% of vomiting episodes occurred within the first 30 minutes. Among the 40 patients who developed PONV, 11 required rescue antiemetic treatment. The incidence of PONV tended to increase with higher Apfel risk scores. In the analysis of associated factors, age younger than 50 years and the presence of a gastric tube were associated with PONV.

Conclusion: The incidence of PONV during the postoperative recovery period was 36.4%, with most cases being mild and occurring during the early period after extubation. PONV was more common among female patients. A higher Apfel risk score, age younger than 50 years, and the presence of a gastric tube were associated with the occurrence of PONV.

Keywords: Postoperative nausea vomiting (PONV), Apfel score, Klockgether-radle score.

*Corresponding author
Email: nguyet1308@gmail.com **Phone**: (+84) 349586870 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6293

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NÔN BUỒN NÔN CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA GIAI ĐOẠN HỒI TỈNH

Phí Thị Nguyệt[1*], Bùi Thị Thu Thương[1], Nguyễn Văn Ngà[2], Nguyễn Thị Hảo[1], Lê Quang Việt[1]

[1]Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 27/05/2026
Ngày sửa: 08/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật ở người bệnh phẫu thuật điều trị ung thư đường tiêu hóa trong giai đoạn hồi tỉnh tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 110 người bệnh sau phẫu thuật điều trị ung thư đường tiêu hóa tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, phỏng vấn và quan sát trực tiếp bằng bộ công cụ được thiết kế sẵn. Nguy cơ nôn, buồn nôn sau phẫu thuật (PONV) được đánh giá bằng thang điểm Apfel; mức độ PONV được đánh giá theo thang điểm Klockgether-Radle.

Kết quả: Điểm Apfel của người bệnh chủ yếu là 0 điểm (56,4%), trong khi 4,5% có điểm Apfel 4. Có 97,3% người bệnh được sử dụng thuốc dự phòng PONV. Tỷ lệ người bệnh xuất hiện PONV trong giai đoạn theo dõi là 36,4%; trong đó nữ giới chiếm 62,5%. PONV chủ yếu ở mức độ nhẹ (Klockgether-Radle 1–2 điểm) và tập trung trong giai đoạn sớm sau rút nội khí quản; 72,5% trường hợp nôn xảy ra trong 30 phút đầu. Có 11/40 người bệnh xuất hiện PONV cần sử dụng thuốc điều trị giải cứu. Tỷ lệ PONV có xu hướng tăng theo điểm nguy cơ Apfel. Trong phân tích mối liên quan, tuổi dưới 50 và tình trạng còn sonde dạ dày có liên quan với PONV.

Kết luận: Tỷ lệ PONV trong giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật là 36,4%, chủ yếu ở mức độ nhẹ và xảy ra trong giai đoạn sớm sau rút nội khí quản. Tỷ lệ PONV cao hơn ở nữ giới. Điểm nguy cơ Apfel cao, tuổi dưới 50 và tình trạng còn sonde dạ dày có liên quan với sự xuất hiện PONV.

Từ khóa: Nôn buồn nôn sau phẫu thuật, điểm Apfel, điểm Klockgether-radle.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kê gần đây của GLOBOCAN cho thấy năm 2022 trên toàn cầu có khoảng gần 20 triệu ca mắc mới và khoảng 9,7 triệu ca tử vong do ung thư [1]. Trong đó ung thư đường tiêu hóa nói chung chiếm tỷ lệ cao trong các loại ung thư được phát hiện cụ thể: ung thư đại trực tràng chiếm khoảng 9,3% (đứng thứ 3 sau ung thư phổi và ung thư vú), ung thư dạ dày khoảng 4,9% số ca mắc mới. Chỉ định phẫu thuật trong điều trị ung thư đường tiêu hóa ngày càng được mở rộng không chỉ trong giai đoạn đầu khi phát hiện mà còn cả điều trị triệu chứng với giai đoạn muộn. Đi kèm theo đó là yêu cầu về nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị cho người bệnh.

Nôn, buồn nôn sau phẫu thuật (NBNSPT) là tác dụng phụ thường gặp của gây mê và phẫu thuật nói chung. Với các phẫu thuật đường tiêu hóa tỷ lệ nôn buồn nôn sau phẫu thuật có thể lên tới 44% [2]. Nôn buồn nôn sau phẫu thuật là một phản ứng khá nghiêm trọng được người bệnh (NB) đánh giá là 2 trong số các phản ứng khó chịu nhất sau phẫu thuật (sau đau). Nôn buồn nôn sau phẫu thuật làm trầm trọng thêm các tình trạng mệt mỏi nói chung và đau sau phẫu thuật trong giai đoạn đầu hậu phẫu vốn đã căng thẳng. Ngoài ra nó có thể gây chảy máu, toác vết mổ, hít sặc, rối loạn điện giải, loạn nhịp tim. Một số báo cáo cho thấy nó cũng làm tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian hồi tỉnh của người bệnh và giảm sự hài lòng của người bệnh [3].

Điều dưỡng viên là những nhân viên y tế tương tác thường xuyên và gần gũi nhất với người bệnh và gia đình của họ. Do đó, họ đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý nôn buồn nôn sau phẫu thuật. Trách nhiệm của điều dưỡng (ĐD) trong việc quản lý và phòng ngừa nôn buồn nôn sau phẫu thuật bao gồm đánh giá yếu tố nguy cơ gây buồn nôn và nôn; giáo dục người bệnh, duy trì vệ sinh răng miệng, cung cấp đủ nước và dinh dưỡng cho người bệnh, hỗ trợ người bệnh thư giãn hoặc tập thở sâu cũng như các nhiệm vụ điều dưỡng thường quy như theo dõi người bệnh và đảm bảo an toàn cho họ. Việc kiểm soát, chăm sóc triệu chứng nôn buồn nôn đóng một vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc điều dưỡng giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật cho người bệnh ung thư đường tiêu hóa không chỉ hướng tới đảm bảo an toàn mà còn nâng cao chất lượng chăm sóc cũng như sự hài lòng của người bệnh.

Khoa Hồi Sức Tích Cực - Bệnh viện K là một trong các đơn vị chuyên tiếp nhận hồi tỉnh các ca phẫu thuật về ung thư đường tiêu hóa với tình trạng bệnh lý nền nghiêm trọng hoặc phẫu thuật phức tạp, tuy nhiên các nghiên cứu về tình trạng NBNSPT hiện chưa có nhiều. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá tình trạng nôn, buồn nôn của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa giai đoạn hồi tỉnh tại khoa Hồi Sức Tích cực - Bệnh viện K."

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh (NB) giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật điều trị ung thư đường tiêu hóa tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh

*Tác giả liên hệ
Email: nguyet1308@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 349586870 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6293

viện K, từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: NB mổ cấp cứu, tiếp tục an thần và thở máy sau phẫu thuật, hoặc quay lại khoa điều trị trong thời gian theo dõi. Nghiên cứu không thu nhận NB trước thời điểm được Hội đồng Đạo đức phê duyệt.

2.2. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 110 NB đủ tiêu chuẩn. NB được tuyển chọn liên tiếp trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt cỡ mẫu. Cần ghi nhận tổng số NB được đánh giá, số đủ tiêu chuẩn, số bị loại và số từ chối tham gia để mô tả quá trình tuyển chọn.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án, quan sát và phỏng vấn NB bằng bộ công cụ được thiết kế sẵn. Nguy cơ nôn, buồn nôn sau phẫu thuật (NBNSPT) được đánh giá bằng thang điểm Apfel; mức độ NBNSPT được đánh giá bằng thang điểm Klockgether-Radle theo tài liệu gốc/phiên bản đã được chuẩn hóa. Người thu thập số liệu được hướng dẫn thống nhất về cách đánh giá và thời điểm ghi nhận. NB được đánh giá tại các mốc sau rút nội khí quản đến 6 giờ sau phẫu thuật; ghi nhận đồng thời việc sử dụng thuốc dự phòng và thuốc điều trị NBNSPT. Trường hợp NB ngủ, còn an thần hoặc không thể giao tiếp được xử lý theo tiêu chí đã quy định. Dữ liệu thiếu được ghi nhận và báo cáo.

2.4. Biến số nghiên cứu

Các biến số gồm đặc điểm nhân khẩu học, ASA, bệnh mắc kèm, loại và phương pháp phẫu thuật, thời gian gây mê, thuốc gây mê, opioid và giảm đau sau phẫu thuật; điểm Apfel và tình trạng NBNSPT trong 0–6 giờ sau phẫu thuật.

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Mối liên quan được đánh giá bằng OR và 95%CI, sử dụng kiểm định phù hợp; hồi quy logistic đa biến được thực hiện để kiểm soát yếu tố nhiễu khi đáp ứng điều kiện phân tích. Kết cục chính là NBNSPT xảy ra trong giai đoạn 0–6 giờ sau phẫu thuật.

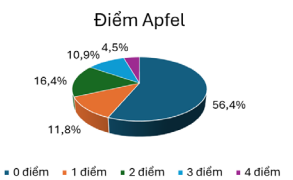
2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức bệnh viện K thông qua (quyết định số 1002/QĐ-BVK ngày 28/4/2025 về phê duyệt đề tài NCKH và giấy chứng nhận số 1400/BVK-HĐĐĐ ngày 28/04/2025 chấp thuận khía cạnh đạo đức trong đề tài của hội đồng đạo đức BVK. Các số liệu trong nghiên cứu là trung thực và được giữ bí mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của NB

Tuổi TB của NB là 66,7 ± 12,4 tuổi, nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,1%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1. Tỷ lệ hút thuốc lá lào ở nam giới là 87,2%. Phân độ ASA trước phẫu thuật chủ yếu là độ 2(69,1%). Tỷ lệ NB có ít nhất 1 bệnh mắc kèm là 59,1%. Giảm đau sau PT chủ yếu là giảm đau ngoài màng cứng (82,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 195,7 ± 77,6 phút.

**** Nguy cơ nôn buồn nôn sau phẫu thuật***



Biểu đồ 1. Nguy cơ nôn buồn nôn sau phẫu thuật theo điểm Apfel

Nhận xét: 56,4% NB không có nguy cơ, tỷ lệ NB có điểm nguy cơ 4 điểm là 4,5%.

**** Dự phòng nôn buồn nôn sau PT***

Bảng 1. Dự phòng nôn buồn nôn sau phẫu thuật

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có sử dụng thuốc chống nôn dự phòng	107	97,3
Không sử dụng thuốc chống nôn dự phòng	3	2,7

Nhận xét: Tỷ lệ NB được sử dụng thuốc dự phòng nôn buồn nôn sau PT cao 97,3%

3.2. Tình trạng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật

**** Tỷ lệ NBNSPT***

Tỷ lệ nôn buồn nôn sau PT khoảng 36,4%, trong đó ở nữ giới tỷ lệ nôn, buồn nôn sau phẫu thuật là 62,5%.

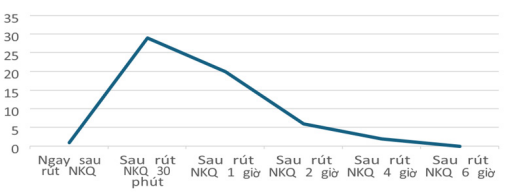
**** Mức độ NBNSPT***

Bảng 2. Tình trạng nôn buồn nôn của NB sau phẫu thuật

Tình trạng nôn					
Ngay sau rút NKQ	Sau rút NKQ 30 phút	Sau rút NKQ 1 giờ	Sau rút NKQ 2 giờ	Sau rút NKQ 4 giờ	Sau rút NKQ 6 giờ
Không nôn buồn nôn					
99 %	73,6%	81,8%	94,6%	98,2%	100%
Buồn nôn nhẹ					
0	22,7%	13,6 %	3,6%	1,8%	0
Buồn nôn nặng					
0	3,7%	4,6%	0,9%	0	0
Nôn dưới 2 lần					
1%	0	0	0,9%	0	0
Nôn từ 2 lần trở lên					
0	0	0	0	0	0

Nhận xét: đa số NB xuất hiện nôn buồn nôn ở mức độ nhẹ trong khoảng từ 30 phút đến 2 giờ sau rút NKQ.

**** Thời điểm NBNSPT***



Biểu đồ 2. Tình trạng nôn buồn nôn theo từng giai đoạn

Nhận xét: tình trạng nôn buồn nôn sau phẫu thuật cao nhất là vào thời điểm sau rút NKQ 30 phút: 29 trường hợp (72,5% các trường hợp nôn), sau đó giảm dần.

**** Sử dụng thuốc giải cứu khi NBNSPT***

Có 27,5% NB cần sử dụng thuốc chống nôn giải cứu khi có tình trạng NBNSPT.

3.3. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng nôn buồn nôn sau PT

**** Điểm Apfel và NBNSPT***

Bảng 3. Điểm nguy cơ và tình trạng nôn buồn nôn của NB

Điểm Apfel	Nôn buồn nôn sau phẫu thuật	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
0 điểm (n=62)	9	14,5
1 điểm (n=13)	8	61,5
2 điểm (n=18)	10	55,6
3 điểm (n=12)	9	75
4 điểm (n=5)	4	80

Nhận xét: Bảng cho thấy tỷ lệ buồn nôn/nôn sau phẫu thuật có xu hư ng tăng theo điểm Apfel, từ 14,5% ở nhóm 0 điểm lên 80,0% ở nhóm 4 điểm.

**** Tuổi với tình trạng NBNSPT***

Bảng 4. Độ tuổi với tình trạng nôn buồn nôn sau phẫu thuật

	Nôn buồn nôn sau PT		Không nôn buồn nôn		
	n	%	n	%	
Dưới 50 tuổi	6	75	2	25	OR = 5,6
Từ 50 tuổi trở lên	34	36,4	68	66,7	P = 0,018

Nhận xét: tỷ lệ nôn buồn nôn ở nhóm dưới 50 tuổi cao hơn nhóm từ 50 tuổi trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**** Sonde dạ dày với tình trạng NBNSPT***

Bảng 5. Sonde dạ dày với tình trạng nôn buồn nôn sau PT

	Nôn buồn nôn sau PT		Không nôn buồn nôn		
	n	%	n	%	
Có sonde dạ dày	14	53,8	12	46,2	OR = 2,6
Không sonde dạ dày	26	30,9	58	69,1	P = 0,034

Nhận xét: Bảng cho thấy người bệnh có đht sonde dạ dày có tỷ lệ PONV cao hơn nhóm không đgt sonde (53,8% so với 30,9%), OR thô = 2,6; p = 0,034.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá nguy cơ nôn buồn nôn sau phẫu thuật theo thang điểm Apfel

Thang điểm Apfel được nghiên cứu và ứng dụng từ những năm 1999 qua hơn 20 năm nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự đơn giản cũng như độ chính xác của thang điểm trong việc dự đoán nguy cơ nôn buồn nôn sau phẫu thuật cho NB qua đó các BS có các chiến lược dự phòng, theo dõi cũng như việc thực hiện quản lý hậu phẫu cho NB tốt hơn [4]. Hệ thống tính điểm này chỉ định một điểm cho mỗi yếu tố sau: giới tính nữ, tình trạng không hút thuốc, tiền sử NBNSPT hoặc say tàu xe và sử dụng thuốc opioid sau PT [5]. Dựa trên các yếu tố nguy cơ này, Người bệnh được phân tầng thành các nhóm với nguy cơ NBNSPT từ 10% đến 80% tùy thuộc vào điểm số của họ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ NB có nguy cơ NBNSPT (điểm Apfel từ 1 trở lên) là khoảng 43,6%. Trong đó tỷ lệ NB có nguy cơ cao 4 điểm là khoảng 4,5%. Điều này cho thấy tỷ lệ NB phải đối mặt với nguy cơ NBNSPT là rất cao, nhân viên y tế nhất là người điều dưỡng cần có chiến lược, kế hoạch chăm sóc theo dõi NB phù hợp để đảm bảo an toàn cho NB.

**** Sử dụng thuốc chống nôn dự phòng sau phẫu thuật***

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần NB đều được sử dụng thuốc chống nôn dự phòng sau phẫu thuật (97,3%). Những khuyến cáo mới nhất về dự phòng NBNSPT đã có sự thay đổi mô hình theo hướng sử dụng biện pháp dự phòng đa phương thức chung cho NBNSPT như một tiêu chuẩn chăm sóc. Lý do cho sự thay đổi mô hình này bao gồm: 1) Điểm số nguy cơ NBNSPT chỉ cung cấp phân tầng nguy cơ ước tính; 2) NB được xác định là có nguy cơ thấp vẫn có thể phát triển NBNSPT; 3) Điểm số nguy cơ NBNSPT không tính đến các yếu tố như nguy cơ gây nôn của quy trình phẫu thuật; và 4) Hiệu quả của thuốc chống nôn khác nhau giữa NB khác nhau là khác nhau. Hiện nay các dữ liệu lâm sàng mạnh mẽ hỗ trợ tính an toàn và hiệu quả của biện pháp dự phòng NBNSPT đa phương thức, nên thực hành này hiện được coi là một tiêu chuẩn chăm sóc sau PT [6]. Nó không chỉ góp phần tăng chất lượng cuộc sống NB mà còn cải thiện kết quả chăm sóc, tăng sự hài lòng NB, cũng như an toàn NB sau phẫu thuật.

4.2. Tình trạng nôn buồn nôn sau phẫu thuật

**** Tình trạng NBNSPT***

NBNSPT làm chậm quá trình hồi phục, kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe và có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm phổi do hít sặc, mất cân bằng điện giải và nứt vết mổ.

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NBNSPT khá dao động. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Yến tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 trên 130 NB cho thấy tỷ lệ NBNSPT ở nhóm chứng trong 6 giờ đầu là khoảng 46,1% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Nga trên 150 NB phẫu thuật cắt túi mật nội soi cho thấy trong nhóm chứng là 41%, nhóm dự phòng nôn buồn nôn với Ondasetron là 30%, nhóm dự phòng NBNSPT với Ondasetron kết hợp Propofol là 20% [8]. Một nghiên cứu khác năm 2019 trên nhóm đối tượng phẫu thuật đại trực tràng của Murray cho thấy tỷ lệ NBNSPT dao động khoảng 44% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ NBNSPT chung là khoảng 36,4%, thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó. Điều này có thể được giải thích bởi việc sử dụng thuốc dự phòng nôn buồn sau phẫu thuật cho hầu hết NB.

Tỷ lệ NBNSPT ở hai giới là khác nhau. Trong nghiên cứu này trên 60% nữ giới xuất hiện NBNSPT. Một nghiên cứu mới trên nhóm đối tượng nữ giới sau phẫu thuật nội soi tiêu hóa tại Trung Quốc cho thấy dù đã sử dụng liệu pháp dự phòng kép thì tỷ lệ này vẫn cao 50,5% [10]. Nữ giới là một trong các yếu tố nguy cơ gây tình trạng NBNSPT và hầu hết phụ nữ Việt Nam không có thói quen hút thuốc lá. Điều này lại càng tăng thêm mức độ nguy cơ NBNSPT ở NB nữ. Hiện nay cơ chế liên quan giữa giới tính nữ và tình trạng NBNSPT vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên nó lại là yếu tố dự báo tổng thể mạnh nhất của nguy cơ NBNSPT. Đây chính là một trong những vấn đề ưu tiên cần quản lý trong chăm sóc NB nhất là với NB nữ sau phẫu thuật bởi có thể với nhóm đối tượng này việc sử dụng biện pháp dự phòng là chưa đủ để ngăn ngừa NBNSPT.

****Thời điểm nôn buồn nôn***

Sau rút NKQ, NBNSPT chủ yếu xảy ra trong giai đoạn 1 giờ đ u sau phẫu thuật, chiếm 72,5%, sau đó tỷ lệ này giảm dần và không ghi nhận trường hợp NBNSPT tại thời điểm 6 giờ sau phẫu thuật [11]. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Huỳnh Chiến Thắng, trong đó NBNSPT xảy ra chủ yếu trong 2 giờ đầu sau phẫu thuật [11]. Sự xuất hiện NBNSPT trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật có thể liên quan đến tác dụng còn lại của thuốc gây mê, opioid như fentanyl và các yếu tố kích thích đường tiêu hóa, trong đó có sự hiện diện của ống thông dạ dày. Khi tác dụng của thuốc gây mê và opioid giảm dần theo thời gian, triệu chứng NBNSPT cũng có xu hướng giảm. Tuy nhiên, do nghiên cứu chỉ theo dõi NBNSPT trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật, kết quả này chỉ phản ánh diễn biến NBNSPT trong giai đoạn hậu phẫu sớm và chưa đ cơ sở đs kết luận về tình trạng NBNSPT ở các thời điểm muộn hơn. Ngoài ra, cần xem xét việc sử dụng thuốc chống nôn điều trị (thuốc giải cứu) trước các thời điểm đánh giá, vì đây có thể là yếu tố ảnh hưởng đgn tỷ lệ NBNSPT đưBc ghi nhận.

****Mức độ nôn và dùng thuốc giải cứu***

Phần lớn các triệu chứng NBNSPT chúng tôi ghi nhận được là ở mức buồn nôn nhẹ chỉ có 2 trường hợp nôn thực sự độ 3 và không có trường hợp nào độ 4. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Nguyễn Thanh Tú giai đoạn 0-2

giờ sau PT tỷ lệ NBNSPT độ 3-4 là 2,5-0,6 % [12].

4.3. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng NBNSPT

**** Điểm nguy cơ NBNSPT***

Các nghiên cứu trước đó đã chỉ ra với mỗi điểm nguy cơ thì làm tăng khả năng gặp tình trạng NBNSPT lên khoảng 20%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này cũng tương tự. Với điểm Apfel bằng 4 thì tỷ lệ NB có NBNSPT là khoảng 80%. Khi điểm Apfel càng tăng thì tỷ lệ NBNSPT của NB cũng tăng. Đáng chú ý với khoảng hơn 14% NB mặc dù có điểm dự báo nguy cơ bằng 0 nhưng vẫn có NBNSPT. Do đó việc dự phòng cũng như quản lý NBNSPT với NB là cần thiết với tất cả NB chứ không chỉ với nhóm NB có nguy cơ cao. Người ĐD cần chú ý và theo sát diễn biến NB trong mọi tình huống.

**** Độ tuổi NB với NBNSPT***

Độ tuổi đã được chứng minh là một trong các yếu tố nguy cơ gây tình trạng NBNSPT nhất là độ tuổi dưới 50 [13] . Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi dưới 50 có nguy cơ gặp NBNSPT gấp 5,6 lần so với nhóm tuổi từ 50 tuổi trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

**** Ống thông dạ dày với tình trạng NBNSPT***

Trong NC của chúng tôi nhóm NB có lưu ống thông dạ dày có tỷ lệ NBNSPT cao hơn 2,6 lần so với nhóm NB không lưu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p< 0,05. Điều này có thể lý giải do cảm giác khó chịu mà ống thông dạ dày mang tới cho NB. Làm NB có cảm giác nôn, buồn nôn khi có vật trong họng mình. Việc lưu ống thông dạ dày làm tăng cảm giác khó chịu cho NB, việc phòng chống NBNSPT của việc đặt ống thông dạ dày cũng không có bằng chứng rõ ràng, thậm chí một số nghiêm cứu còn chỉ ra việc đặt ống thông dạ dày không làm giảm tỷ lệ NBNSPT. Hiện nay các hướng dẫn về thực hành lâm sàng hướng tới việc rút ống thông dạ dày cho NB càng sớm càng tốt.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ buồn nôn và nôn sau phẫu thuật (NBNSPT) theo thang điểm Apfel từ 1 điểm trở lên là 43,6%, trong đó 4,5% thuộc nhóm nguy cơ cao nhất (4 điểm). Trên 95% người bệnh được sử dụng thuốc dự phòng NBNSPT. Tỷ lệ NBNSPT ghi nhận là 36,4%; trong đó tỷ lệ NBNSPT ở nữ giới là 62,5%. Mức độ NBNSPT chủ yếu ở độ 1 và độ 2; khoảng 5% người bệnh NBNSPT độ 3 và không ghi nhận trường hợp độ 4. NBNSPT chủ yếu xuất hiện trong giờ đầu sau phẫu thuật và giảm dần theo thời gian, không ghi nhận trườnghợp NBNSPT sau 6 giờ.

Trong phân tích m nh thực hành lâm sàng hướng tới việc rút ống thông dạ dày cho Nfel cao có tỷ lệ NBNSPT cao hơn. Người bệnh còn ống thông dạ dày cũng có tỷ lệ NBNSPT cao hơn so với người bệnh không còn ống thông dạ dày trong phân tích chưa hiệu chỉnh. Tuy nhiên, do đây là các mối liên quan quan sát được và chưa kiểm soát đầy đủ các yếu tố gây nhiễu, đặc biệt các yếu tố liên quan đến chỉ định đặt ống thông dạ dày, chưa đủ cơ sở để khẳng định đây là các yếu tố nguy cơ độc lập gây NBNSPT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Freddie Bray BSc, MSc, PhD, et al (2024) , "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", A Cancer journal for Clinicians volume 74 Issue 3 p. 229-263. irst published: 04 April 2024 https://doi.org/10.3322/caac.21834

[2] Hiraki, Masatsugu, et al (2022), "A clinical risk analysis of postoperative nausea and vomiting after colorectal cancer surgery." Journal of Coloproctology 42.03 (2022): 203-209. https://doi.org/10.1055/s-0042-1748837

[3] Wesmiller SW, Bender CM et al (2016), "A Prospective Study of Nausea and Vomiting After Breast Cancer Surgery", J Perianesth Nurs. 2017 Jun;32(3):169-176. doi: 10.1016/j.jopan.2015.12.009. Epub 2016 Sep 1. PMID: 28527544; PMCID: PMC5453310.

[4] Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N (1999)," A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers". Anesthesiology. 1999 Sep;91(3):693-700. Doi: 10.1097/00000542-199909000-00022. PMID: 10485781

[5] Gan TJ, Belani KG, Bergese S, Chung F, et al (2020), "Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting". Anesth Analg. 2020 Aug;131(2):411-448. Doi: 0.1213/ANE.0000000000004833. PMID: 32467512.

[6] Jin Z, Gan TJ, Bergese SD (2020), "Prevention and Treatment of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV): A Review of Current Recommendations and Emerging Therapies". Ther Clin Risk Manag. 2020 Dec 31;16:1305-1317. doi: 10.2147/TCRM.S256234. PMID: 33408475; PMCID: PMC7780848.

[7] Nguyễn Thị Kim Yến, Mai Xuân Thiên, Trịnh Văn Đồng (2022), "Đánh giá tác dụng dự phòng nôn, buồn nôn và đau của dexamethasone tiêm trước mổ trong phẫu thuật cắt tuyến giáp". TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SÀNG 108 Tập 18 - Số 1/2023 Tr 100 - 105 DOI: https://doi.org/10.52389/ydls.v18i1.1620

[8] Nguyễn Thị Hồng Nga, Phạm thị Thanh Thủy và cs (2016), "Hiệu quả của ondasetron phối hợp propofol liều thấp trong dự phòng buồn nôn và nôn ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 20 số 2 năm 2016 tr 329 -333

[9] Holder-Murray J, Esper SA, Boisen ML, Gealey J, Meister K, Medich DS, Subramaniam K(2019), "Postoperative nausea and vomiting in patients undergoing colorectal surgery within an institutional enhanced recovery after surgery protocol: comparison of two prophylactic antiemetic regimens". Korean J Anesthesiol. 2019 Aug;72(4):344-350. doi: 10.4097/kja.d.18.00355.

[10] Lin C, Li J, Wu Q, Luo T, Zheng Z(2024), "Postoperative Nausea and Vomiting in Female Patients Undergoing Laparoscopic Gastrointestinal Surgery with Double Prophylactic Therapy". Surg J (N Y). 2024 Jun 3;10(2):e25-e30. doi: 10.1055/s-0044-1787305. PMID: 38835494;

[11] Huỳnh Chiến Thắng, Lê Vũ Linh và cs (2020), "Hiệu quả điều trị dự phòng buồn nôn và nôn của Ondasetron phối hợp Dexamethason tại bệnh viện trường Đại học y dược Cần Thơ". Tạp chí Y dược Cần Thơ số 29/2020, tr 14-20

[12] Nguyễn Thanh Tú, Nguyễn Hữu Tú (2014), "Các yếu tố liên quan đến tình trạng nôn và buồn nôn của bệnh nhân sau mổ ". Tạp chí nghiên cứu y học số 2/2014, tr 74-82.

[13] Arslan HN, Çelik SŞ (2024), "Nonpharmacological Nursing Interventions in Postoperative Nausea and Vomiting: A Systematic Review". J Perianesth Nurs. 2024 Feb;39(1):142-154. doi: 10.1016/j.jopan.2023.06.096. Epub 2023 Oct 20. PMID: 37865902.

[14] Kerger KH, Mascha E, Steinbrecher B, Frietsch T, et al (2009), "Routine use of nasogastric tubes does not reduce postoperative nausea and vomiting". Anesth Analg. 2009 Sep;109(3):768-73. doi: 10.1213/ane.0b013e3181aed43b. PMID: 19690245.