DOI:…

Đánh giá kết quả của phương pháp giảm đau sau mổ đa mô thức trong chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật cắt gan

Short-term outcome of multimodal analgesia in post-hepatectomy care for hepatocellular cancer patients

Nguyễn Hồng Trang[1], Nguyễn Tuấn Anh[1], Nguyễn Việt Linh[1], Vũ Văn Quang[1], Phạm Hoàn Mỹ[2], Bùi Thị Thúy Hà[1], Nguyễn Thị Hiền[1], Lê Cẩm Linh[1], và Dương Thị Duyên[1,*]

[1]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, [2]Trường Đại học VinUni

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp giảm đau sau mổ đa mô thức trong chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật cắt gan. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang 53 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 03/2023 đến tháng 7/2023. Bệnh nhân được thực hiện giảm đau bằng 1 trong các phương pháp sau tại phòng mổ (1) PCA ngoài màng cứng (2) PCA đường tĩnh mạch (3) Tê thấm vết mổ; phối hợp giảm đau đường tĩnh mạch: Paracetamol 1g kết hợp nefopam 20mg mỗi 6 giờ trong 3 ngày đầu sau mổ, và uống Ultracet 325/37,5mg những ngày sau đó hoặc truyền tĩnh mạch nefopam 20mg mỗi 6 giờ trong 3 ngày đầu sau mổ và uống nefopam 20mg với bệnh nhân có chống chỉ định dùng paracetamol. Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp bằng thang điểm VAS, các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra. *Kết quả:* Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,25 ± 14,7. Tỉ lệ nam giới là 81,1%. Phần lớn các bệnh nhân có ASA II (92,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 152,2 ± 56 phút, 100% bệnh nhân có chỉ số sinh tồn ổn định và bình thường. Bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ và vừa phải ở cả trạng thái tĩnh và động, sau đó mức độ đau giảm dần từ ngày thứ 3. Bắt đầu từ giờ 16, có 34% bệnh nhân có thể vận động đi lại ngoài hành lang và tăng dần đến ngày thứ 5 có 100% bệnh nhân có thể hoạt động bình thường. Mức độ rất hài lòng 73,7%, hài lòng 26,4%. *Kết luận:* Giảm đau đa mô thức trong chăm sóc sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan cho hiệu quả rất tốt, phù hợp với tiêu chí của ERAS, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc và điều trị.

Từ khóa: Giảm đau đa mô thức, giảm đau ngoài màng cứng, giảm đau PCA, phẫu thuật cắt gan.

Summary

Objective: To assess the short-term outcome of multimodal analgesia in post-hepatectomy care for hepatocellular carcinoma patients. *Subject and method:* Our descriptive study included 53 patients undergoing hepatectomy at Department of Hepatopancreato-biliary Surgery, 108 Military Central Hospital from 03/2023 to 7/2023, with no contraindication for analgesic methods. All patients were administered one the three following analgesic method: (1) patient-controlled epidural analgesia (PCEA); (2) intravenous patient-controlled analgesia; (3) tissue numbness. All patients were combined with intravenous paracetamol 1g combined nefopam 20mg every 6 hours (on the first 3 post-operative

Ngày nhận bài: 10/10/2023, ngày chấp nhận đăng: 01/7/2024

** Tác giả liên hệ: duongduyen140993@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

DOI: ….

days), and oral ultracet (325/37.5mg) on the following days. The patients were then assessed on pain relief efficacy and adverse events. *Result:* The mean age was 55.25 ± 14.7 years old. Male contributed 92.5% patients. The mean operative time was 152.2 ± 56 minutes. 100% patients had stable vital signs. Patients endured mild to moderate pain, both when static and mobile, then decreased on postoperative day 3. From the 16th hour, 34% patients could walk along our department corridors. This ratio gradually increased and reached 100% on day 5. Rate of high satisfaction was 73.7%, of moderate satisfaction was 26.4%. *Conclusion:* Multimodal analgesia in post-hepatectomy care for hepatocellular carcinoma showed good efficacy and corresponded with ERAS criteria.

Keywords: Multimodal analgesia, epidural analgesia, patient-controlled analgesia (PCA), hepatectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ là vấn đề ám ảnh của bệnh nhân, thầy thuốc khi tiến hành các thủ thuật, phẫu thuật và luôn được các bác sĩ gây mê hồi sức và phẫu thuật viên quan tâm vì nó ảnh hưởng rất lớn đến tâm sinh lý của bệnh nhân và nhất là phục hồi chức năng sau cuộc mổ. Phòng và chống đau sau mổ là một trong những điểm chính của ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) - Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật.

Đau sau mổ tầng trên ổ bụng cụ thể là sau phẫu thuật cắt gan được xếp vào loại đau có cường độ cao và thời gian đau kéo dài, vì vậy giảm đau đa mô thức giúp cho bệnh nhân giảm cảm giác khó chịu, vận động sớm hơn, giảm các biến chứng liên quan đến hô hấp, tuần hoàn, nội tiết…

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật cắt gan. Các tác dụng không mong muốn của phương pháp. Mức độ hài lòng của người bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 03/2023 đến tháng 07/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân mổ phiên dưới gây mê nội khí quản, được giảm đau đường NMC hoặc PCA. Bệnh nhân có tình trạng tâm thần kinh bình thường, biết đánh giá được mức độ đau sau khi được hướng dẫn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý thực hiện kỹ thuật giảm đau hoặc có chống chỉ định với các thuốc trong mỗi phương pháp.

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: Bệnh nhân phải mổ lại sớm vì các biến chứng ngoại khoa hoặc không thu thập đủ số liệu hoặc bệnh nhân có loạn thần sau mổ.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Dữ liệu được thu thập từ trực tiếp chăm sóc người bệnh, bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

Quy trình

Tại phòng mổ, các bệnh nhân được bác sĩ gây mê thực hiện đặt giảm đau sau mổ theo một trong 3 phương pháp sau: (1) Giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự kiểm soát (PCA - patient-controlled analgesia). Catheter được đặt tại khoang liên đốt T7-T8 khi bệnh nhân tỉnh, với bupivacain 0,1% tốc độ 5ml/giờ và fentanyl tốc độ 2µg/mL. Tất cả bệnh nhân đều được đặt thiết bị PCA, cho phép bệnh nhân bolus 3 ml/lần trong mỗi 30 phút. (2) Giảm đau PCA đường tĩnh mạch: Fentanyl + nefopam tốc độ 2ml/giờ, bolus 2ml, khóa 30 phút). (3) Tê thấm tại vết mổ.

Bệnh nhân được phối hợp thuốc giảm đau đường truyền tĩnh mạch hằng ngày bao gồm paracetamol 1g + nefopam 20mg truyền 6 giờ/lần trong 3 ngày đầu sau mổ và uống ultracet 325/37,5mg mỗi 6 giờ trong 4 đến 5 ngày. Với bệnh nhân có chống chỉ định với paracetamol sẽ được chuyển sang truyền tĩnh mạch nefopam 20mg mỗi 6 giờ/lần trong 3 ngày đầu và uống nefopam 20mg mỗi 6 giờ trong 4 đến 5 ngày sau đó.

DOI:…

Bệnh nhân được đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp bằng thang điểm VAS và các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra.

Các tiêu chí đánh giá:

Tuổi, giới, ASA.

Thời gian phẫu thuật.

Dấu hiệu sinh tồn bao gồm: Mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và nhiệt độ. Bệnh nhân được đo vào các thời điểm 8 giờ, 16 giờ, 24 giờ, 72 giờ, ngày thứ 04, ngày thứ 05 sau mổ.

Thang điểm VAS tĩnh và động "Thang điểm VAS" (Visual Analog Scale) thường được sử dụng để người bệnh tự đánh giá cơn đau của mình, được chia thành 10 điểm: 0 điểm: Không đau, từ 1-3 điểm: Đau nhẹ, từ 4 -5 điểm: Đau vừa, từ 6-7 điểm: Đau nhiều, từ 8-10 điểm: Đau dữ dội.

Tính trạng vết mổ, dẫn lưu.

Vận động sau mổ.

Các tác dụng không mong muốn: Buồn nôn, nôn, rét run.

Giấc ngủ được đánh giá theo mức: Ngủ ngon/ ngủ có thức giấc/không ngủ được trong 3 ngày đầu sau mổ.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân trước khi ra viện.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình ($\bar{X}$) và độ lệch chuẩn (SD). Các biến định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ (%).

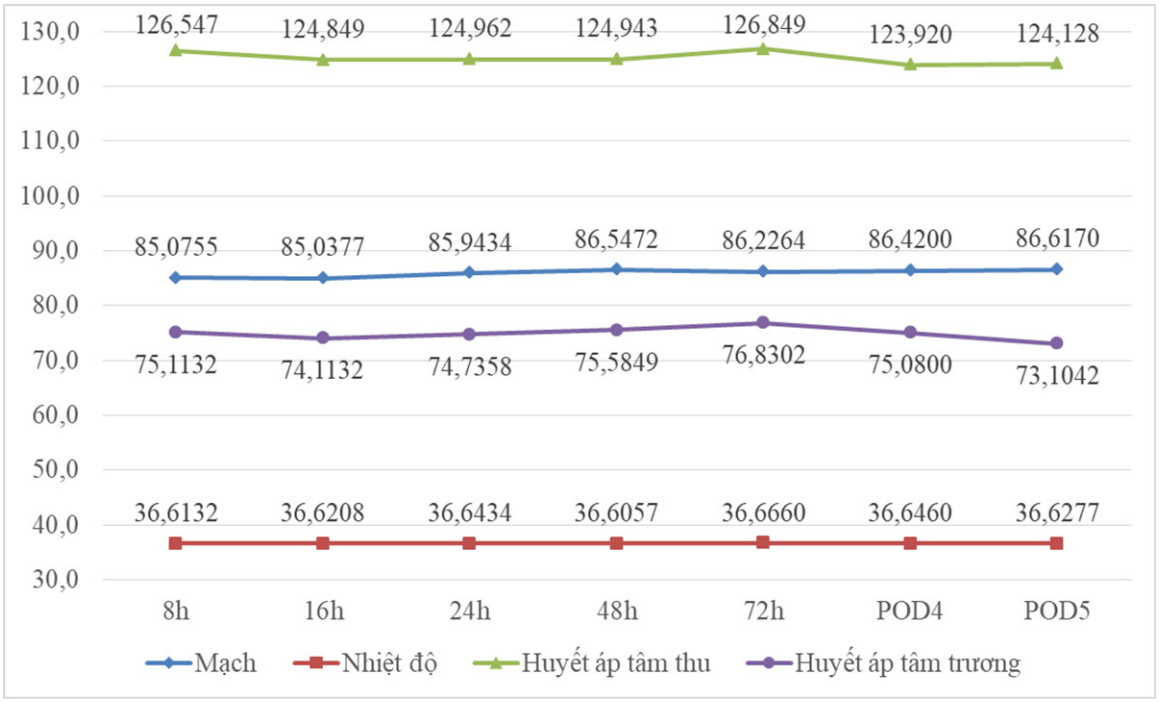
III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số		Kết quả (n = 53)
Tuổi ($\bar{X}$ ± SD, Min - Max)		55,25 ± 14,7 (22-77)
Giới tính	Nam (n, %)	43 (81,1%)
	Nữ (n, %)	10 (18,9%)
BMI $\frac{\text{Cân nặng, kg}}{(\text{Chiều cao, m})^2}$ ($\bar{X}$ ± SD, Min – Max)		22,8 ± 2,4 (19,09-28,28)
ASA (n, %)	I	2 (3,8%)
	II	49 (92,5%)
	III	2 (3,8%)
Viêm gan (n, %)	Không	15 (28,3%)
	Viêm gan B	33 (86,8%)
	Viêm gan C	5 (9,4%)
Thời gian phẫu thuật (phút, ($\bar{X}$ ± SD, Min - Max)		152,2 ± 56 (45-250)
Thời gian nằm viện (ngày, ($\bar{X}$ ± SD, Min - Max)		7,6 ± 2,7 (7-14)
Thời gian trung tiện (giờ, ($\bar{X}$ ± SD, Min - Max))		35,15 ± 14,77 (24-72)

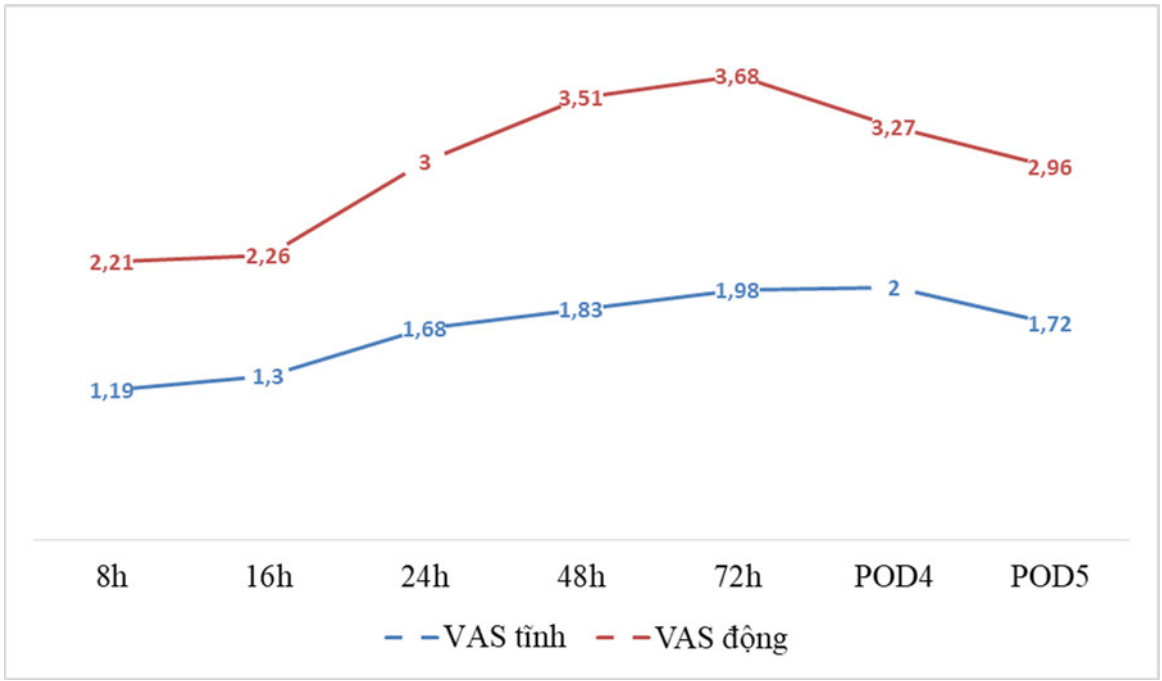
Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nam giới chiếm đa số (81,1%), tỷ lệ người bệnh mắc viêm gan B cao (86,8%), ASA II chiếm đa số (92,5%), thời gian nằm viện sau mổ 7,6 ± 2,7 ngày, thời gian trung tiện 35,15 ± 14,77 giờ.

DOI: ….



Biểu đồ 1. Theo dõi chức năng sống

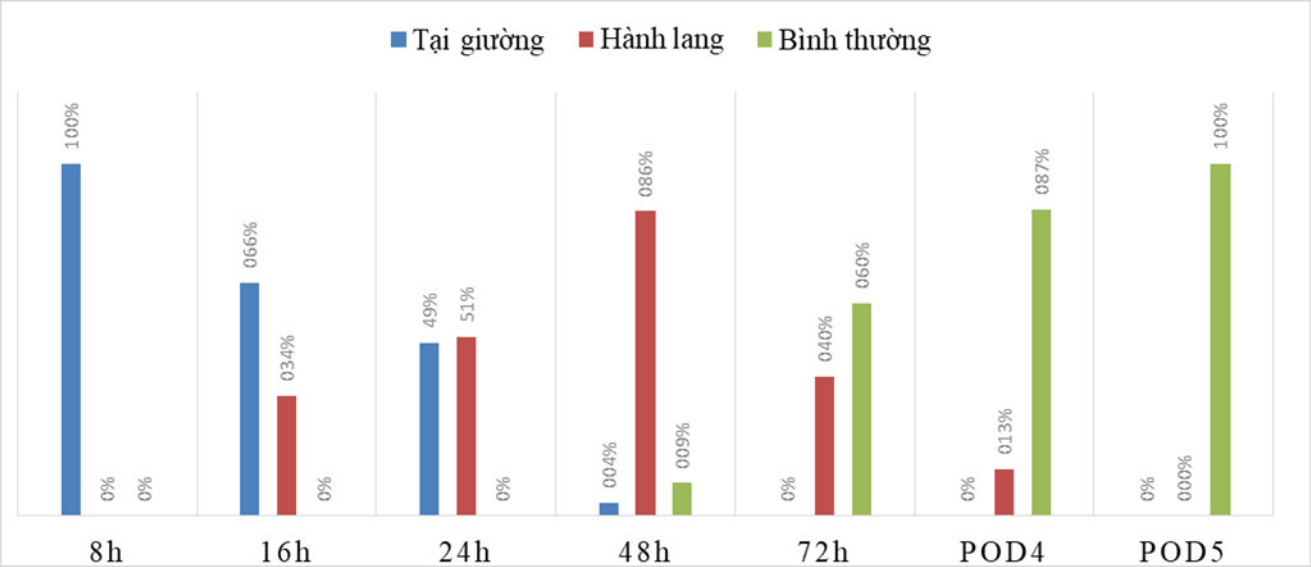
Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số huyết áp và mạch của bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường, không có bệnh nhân nào bị sốt từ sau phẫu thuật đến ngày thứ 5.



Biểu đồ 2. Điểm VAS khi nghỉ, khi vận động

Nhận xét: Biểu đồ 2 cho thấy tại trạng thái tĩnh, điểm VAS trung bình của bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ. Tại trạng thái động, điểm VAS tăng lên, bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ đến vừa phải, mức độ đau vừa phải tại ngày thứ 3 sau mổ và giảm dần.

DOI:…



Biểu đồ 3. Đánh giá vận động của bệnh nhân

Nhận xét: Biểu đồ 3 cho thấy 8 giờ đầu sau mổ 100% bệnh nhân nằm tại giường, từ giờ thứ 16 bệnh nhân bắt đầu có thể vận động tại giường và ngoài hành lang. Đến ngày thứ 5 sau mổ, 100% đã có thể vận động bình thường.

Bảng 2. Theo dõi dẫn lưu vết mổ

Chỉ số		Kết quả (n = 53)
Dẫn lưu (%)	Có đặt	10 (18,9%)
	Không đặt	43 (81,1%)
Chân dẫn lưu khô (%)		100 %
Màu sắc dịch	Đỏ	0
	Hồng nhạt	100%
Thời gian rút dẫn lưu (Ngày)		3 ± 1 (2–5)

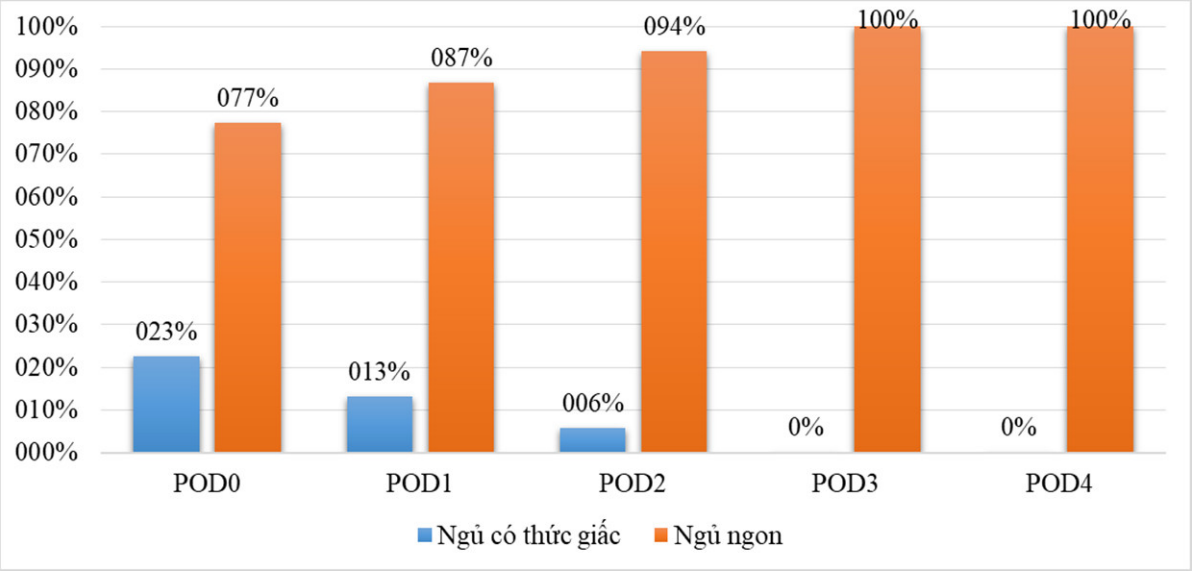
Nhận xét: Bệnh nhân không cần đặt dẫn lưu vết mổ chiếm tới 81,1%. Tính chất dịch qua dẫn lưu ở số bệnh nhân đặt 100% màu sắc hồng nhạt.

Bảng 3. Theo dõi sonde tiểu

Chỉ tiêu		Kết quả (n = 53)
Đặt sonde (%)	Có đặt	51 (96,2%)
	Không đặt	2 (3,8%)
Tỉ lệ rút sonde tiểu (%)	24 giờ	44 (86,3%)
	48 giờ	7 (13,7%)

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy 96,2% bệnh nhân cần phải đặt sonde tiểu và 86,3% bệnh nhân được rút sonde tiểu sớm trong 24 giờ đầu.

DOI: ….



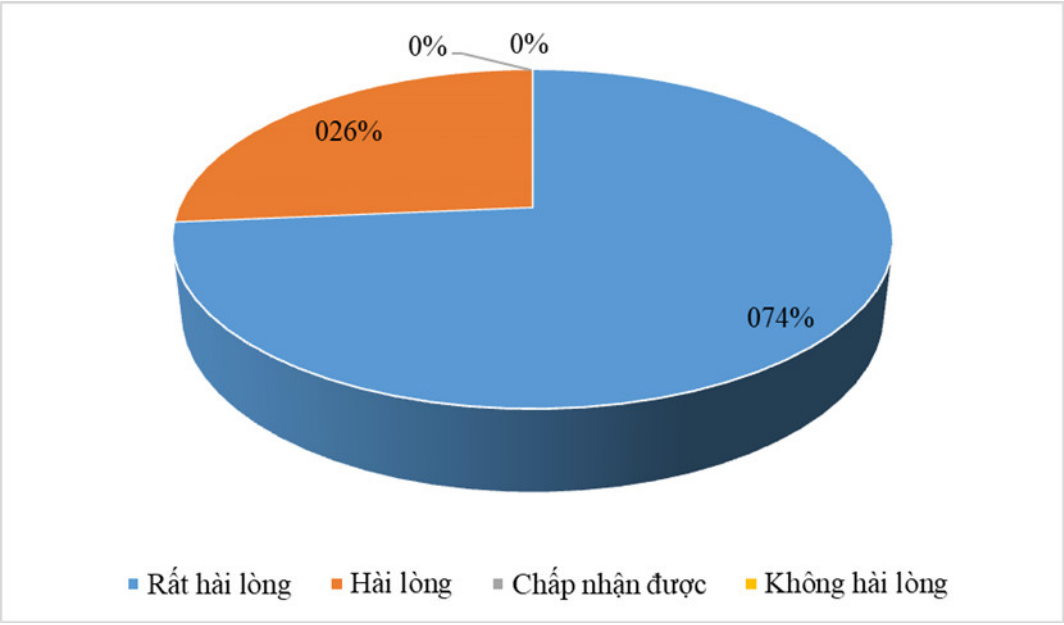
Biểu đồ 4. Đánh giá giấc ngủ của bệnh nhân

Nhận xét: Biểu đồ 4 cho thấy sau mổ 77,4% bệnh nhân ngủ ngon, tỷ lệ tăng dần đến ngày thứ 3 sau mổ là 100% và không có bệnh nhân nào ngủ có thức giấc.

Bảng 4. Đánh giá tác dụng không mong muốn

Chỉ số		Kết quả (n = 53)
Buồn nôn (%)	Có	3 (5,66%)
	Không	50 (94,34%)
Rét run (%)	Có	3 (5,66%)
	Không	50 (94,34%)

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy đa số bệnh nhân không có buồn nôn (94,3%) và không có rét run (94,34%).



Biểu đồ 5. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân

Nhận xét: Biểu đồ 5 cho thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân về chăm sóc và giảm đau rất tốt, cụ thể 73,6% bệnh nhân rất hài lòng, 26,4% hài lòng và không có bệnh nhân nào cảm thấy không hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu trên 53 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan cho thấy độ tuổi trung bình: 55,25 ± 14,7 tuổi, nhỏ nhất 22 tuổi, cao nhất 77 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 81,1%, nữ giới 18,9%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Hiền với độ tuổi trung bình 56,71 ± 12,94 tuổi (giao động từ 12 đến 92), nam giới chiếm đa số 70,43%. Nghiên cứu của Liang về thực hiện ERAS cho bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gan có tuổi trung bình 58 tuổi (19-80 tuổi), nhóm ASA II chiếm 60,5%[6].

Chỉ số BMI của bệnh nhân trong giới hạn bình thường 22,8 ± 2,4 thấp nhất 19,03 và cao nhất 28,28. Điểm ASA của bệnh nhân chủ yếu là II chiếm 92,5%. Thời gian phẫu thuật 152 ± 56 phút, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Liang với thời gian phẫu thuật trung bình 165 phút, bao gồm 29,3% trường hợp cắt gan nhỏ, và 70,3% phẫu thuật cắt gan lớn.

4.2. Kết quả sử dụng giảm đau đa mô thức sau mổ

Bệnh nhân được theo dõi các chỉ số sinh tồn: Mạch, huyết áp, nhiệt độ liên tục từ giờ thứ 8 sau phẫu thuật đến ngày thứ 5. Các chỉ số đều ở mức bình thường, những ngày đầu sau mổ nhịp tim cũng có tăng song cũng đều trở về bình thường mà không có biến chứng gì.

Có 01 bệnh nhân sốt vào ngày thứ 3 sau mổ chiếm 1,87%, bệnh nhân được theo dõi sát, sử dụng biện pháp chườm ấm mà không cần sử dụng thuốc hạ sốt. Việc theo dõi và phát hiện ra sớm các bất thường giúp cho bác sĩ có thể chẩn đoán, dự phòng các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng… từ đó góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và tăng hiệu quả trong quá trình chăm sóc người bệnh.

Phẫu thuật cắt gan là một phẫu thuật lớn, thời gian mổ tương đối dài, đường mổ lớn do vậy mà việc lựa chọn giảm đau đa mô thức góp phần quan trọng trong việc chăm sóc, phục hồi, giảm các biến chứng do nằm lâu… Bệnh nhân đều được giải thích, hướng dẫn việc đánh giá chất lượng giảm đau. Từ kết quả Biểu đồ 2 cho thấy điểm đau trung bình của người bệnh ở cả trạng thái nghỉ ngơi và vận động đều ở mức đau nhẹ đến vừa phải. Ở trạng thái tĩnh 1,19 ± 0,483 đến 2,0 ± 0,872, ở trạng thái động thì điểm VAS tăng 2,21 ± 0,689 đến 3,68 ± 0,701.

Nghiên cứu của Liang[6] cho thấy: Điểm VAS ngày thứ 1 (3,1 ± 1,2) và điểm VAS ngày thứ 5 (2,1 ± 1,0). Thống kê của Ni[8] cho thấy: Điểm VAS ngày thứ 1 (3,1 ± 2,6), điểm VAS ngày thứ 3 (3,4 ± 1,8), điểm VAS ngày thứ 5 (3,1 ± 1,1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được áp dụng một trong 3 phương pháp giảm đau sau phẫu thuật khác nhau. Tuy nhiên do cỡ mẫu còn nhỏ, không đủ ý nghĩa để so sánh hiệu quả giảm đau giữa các phương pháp được sử dụng. Theo nghiên cứu của Li[5] tổng hợp tài liệu y văn trên 4 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng bao gồm 278 bệnh nhân, so sánh hiệu quả giảm đau PCA ngoài màng cứng và PCA đường tĩnh mạch, hiệu quả giảm đau ngoài màng cứng trong phẫu thuật cắt gan cho thấy hiệu quả giảm đau tốt hơn, và không có sự khác biệt về thời gian nằm viện, tỉ lệ biến chứng.

Nghiên cứu của tác giả Wang[9], khi so sánh các bệnh nhân được chăm sóc toàn diện và chăm sóc thông thường sau phẫu thuật cắt gan: Điểm số VAS ở bệnh nhân được chăm sóc toàn diện thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân được chăm sóc thông thường (1,02 ± 0,45 so với 2,98 ± 0,89). Tác giả kết luận: Chăm sóc toàn diện có thể làm giảm cường độ đau sau phẫu thuật và giảm căng thẳng về thể chất và tâm lý.

Vận động sớm sau phẫu thuật là một trong những mục tiêu quan trọng của giảm đau đa mô thức. Cùng với việc kết hợp giảm đau tốt, bệnh nhân sẽ được nhân viên y tế hỗ trợ và giáo dục về tầm quan trọng của việc vận động sớm sau mổ. Việc áp dụng tốt các phương pháp giảm đau đa mô thức giúp bệnh nhân vận động sớm hơn, tối ưu hoá khả mức độ tuân thủ của bệnh nhân theo chương trình Phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS), giúp giảm thời

DOI: ….

gian nằm viện, giúp bệnh nhân giảm tỉ lệ mất cơ và tỷ lệ biến chứng như viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, tăng sự thoải mái và thúc đẩy bệnh nhân nhanh hồi phục[6]. Từ kết quả biểu đồ 3 cho thấy 100% bệnh nhân trong 8 giờ đầu nằm nghỉ ngơi tại giường, từ giờ thứ 16 đã có 34% bệnh nhân có thể ngồi dậy, đi lại trong phòng, đến ngày thứ 3 đã có 100% bệnh nhân tự vận động, đi lại tại hành lang và hoạt động bình thường.

Melloul và cộng sự[7], Wang và cộng sự[9], cho rằng: Vận động sớm sau phẫu thuật với sự hỗ trợ của giảm đau có thể thúc đẩy đáng kể sự phục hồi đường tiêu hoá, cũng như sự phục hồi chức năng của các cơ quan, tăng khả năng hấp thu dinh dưỡng, giảm và cải thiện các triệu chứng đầy bụng và đau bụng, cũng như chức năng thần kinh tự chủ của các cơ quan và cải thiện các kích thích phó giao cảm của cơ quan tiêu hóa và tăng cường lưu thông tiêu hóa[7, 9].

Trong nghiên cứu của Liang và cộng sự, tác giả áp dụng vận động sớm theo hướng dẫn điều trị ERAS (Phục hồi sớm sau phẫu thuật) cho bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gan: Bệnh nhân được khuyến khíc vận động tại giường 6 giờ sau phẫu thuật và đi bộ tại hành lang khoa từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ huyết khối và liệt ruột[6].

Do khối u và quá trình phẫu thuật, một lượng lớn thrombin ngoại sinh có thể tồn tại trong cơ thể sau khi phẫu thuật, đây là một trong những yếu tố nguy cơ nguy hiểm nhất đối với huyết khối tĩnh mạch. Đồng thời, sự thoái hóa mạch máu, giảm sức căng cơ và nằm lâu trên giường sẽ làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu. Vận động tích cực có thể cải thiện tốc độ dòng chảy của máu trong cơ thể, tránh hình thành huyết khối sau phẫu thuật. Ngoài ra, huyết khối tĩnh mạch cửa thường xảy ra sau khi cắt gan vì xơ gan hoặc huyết khối do u, và chức năng tiêu hóa phục hồi sớm cũng có thể làm tăng lưu lượng máu qua tĩnh mạch cửa, do đó làm giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch cửa[3, 8, 9].

Chăm sóc dẫn lưu và sonde tiểu cũng rất quan trọng trong quá trình theo dõi bệnh nhân. Có 18,9% người bệnh đặt dẫn lưu và dịch dẫn lưu có màu hồng nhạt, không có máu cục qua dây dẫn, vết mổ khô ở 100% bệnh nhân. Theo dõi dẫn lưu giúp phát hiện sớm các biến chứng chảy máu giúp bác sĩ có hướng xử lý sớm. Thời gian rút dẫn lưu trung bình trong nghiên cứu là 3 ± 1 ngày, tương đương với kết quả nhiều nghiên cứu trên thế giới.

Thống kê của Liang[6] cho thấy: Hầu hết bệnh nhân (50/58 BN) không có dẫn lưu ổ bụng và nếu đặt thì rút bỏ sớm (dưới 3 ngày). Nghiên cứu của Ni[8] thấy: Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là 5,5 ngày. Việc đặt dẫn lưu hay không sau phẫu thuật cắt gan vẫn còn là vấn đề tranh luận, tùy vào từng bệnh nhân, kinh nghiệm phẫu thuật viên và các trung tâm. Một số nghiên cứu và chương trình ERAS gợi ý rằng không đặt dẫn lưu thường quy có thể làm giảm thời gian nằm viện[6, 7].

96,2% bệnh nhân được đặt sonde tiểu và tỉ lệ được rút sonde sớm trong 24 giờ đầu sau mổ rất cao 86,3% và được rút vào ngày thứ 2 sau mổ 13,7%. Bệnh nhân được cho vận động sớm, có thể đi lại được nên việc rút sớm sonde tiểu cũng giảm đi nhiều cảm giác khó chịu, nâng cao mức độ hài lòng của bệnh nhân cho quá trình chăm sóc tại khoa.

Bệnh nhân được theo dõi giấc ngủ từ ngày đầu tiên sau mổ. Được đánh giá và thu thập ý kiến trực tiếp từ bệnh nhân. Từ Biểu đồ 4 cho thấy chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân rất tốt, chỉ có 22,6% bệnh nhân ngủ có bị thức giấc vào đêm ngày phẫu thuật và giảm dần đến ngày thứ 2, ngày thứ 3: 100% bệnh nhân ngủ ngon.

Sau phẫu thuật, 2 tác dụng không mong muốn gây khó chịu nhiều tới bệnh nhân là buồn nôn và rét run. Từ bảng 4 cho thấy có 5,66% bệnh nhân buồn nôn không nôn và 5,66% bệnh nhân rét run tuy nhiên bệnh nhân không cần điều trị gì và tự hết sau 8 giờ.

Trong nghiên cứu của Liang, buồn nôn và nôn được ghi nhận trong 6% trường hợp bệnh nhân được áp dụng chương trình Phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS) với các phương pháp giảm đau đa mô thức và chống nôn trong và sau phẫu thuật, thấp hơn so với nhóm chăm sóc truyền thống (24,8%), dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê[6].

Trước thời điểm ra viện bệnh nhân được đánh giá mức độ hài lòng. Sự hài lòng được đánh giá từ nhiều phương diện: Giảm đau, quá trình chăm sóc,

hướng dẫn và hỗ trợ bệnh nhân, dịch vụ y tế, cơ sở vật chất. Từ kết quả Biểu đồ 5 cho thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân rất cao, 73,6% bệnh nhân rất hài lòng, 26,4% hài lòng và không có bệnh nhân nào cảm thấy không hài lòng.

V. KẾT LUẬN

Giảm đau đa mô thức trong chăm sóc sau phẫu thuật cắt gan cho thấy: Mức độ rất hài lòng của bệnh nhân 73,6%, hài lòng 26,4%, dấu hiệu sinh tồn ổn định, thời gian trung tiện: 35,15 ± 14,77 giờ, tỉ lệ vết mổ khô là 100%, vận động bình thường vào ngày thứ 3 chiếm 100%, thời gian nằm viện: 7,6 ± 2,7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chinh (2018) *Đau và các phương pháp giảm đau sau mổ. Gây mê hồi sức Lý thuyết và lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, tr. 666-678.
2. Girish P Joshi, ERAS & Anesthesiologist. Hội thảo khoa học chuyên đề Tăng cường hồi phục sau Phẫu thuật và vai trò Bác sĩ gây mê, Hà Nội.
3. Công Quyết Thắng (2020) *Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ bụng trên bằng truyền liên tục hỗn hợp levobupivacain 0,125% kết hợp với dexamethason qua catheter ngoài màng cứng ngực*. Hội nghị khoa học Gây mê hồi sức toàn quốc 2020.
4. Nguyễn Thị Hiền (2020) *Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108.
5. Li J, Pourrahmat MM, Vasilyeva E et al (2019) *Efficacy and Safety of Patient-controlled Analgesia Compared with Epidural Analgesia After Open Hepatic Resection: A Systematic Review and Meta-analysis*. Ann Surg 270(2): 200-208.
6. Liang X, Ying H, Wang H et al (2018) *Enhanced recovery care versus traditional care after laparoscopic liver resections: A randomized controlled trial*. Surg Endosc 32(6): 2746-2757.
7. Melloul E, Hu¨bner M, Scott M et al (2016) *Guidelines for perioperative care for liver surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations*. World J Surg 40: 2425-2440.
8. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H, Huang XX, Yang Y, Li H-F, Zhou WP (2018) *Early enforced mobilization after liver resection: A prospective randomized controlled trial*. International Journal of Surgery 54: 254-258.
9. Wang L, Li J, Xi R, Guo R (2020) *The effect of comprehensive nursing on the postoperative recovery and quality of life of patients undergoing hepatectomy*. Int J Clin Exp Med 13(7): 4750-4757.