

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG CHƯƠNG TRÌNH HỒI PHỤC SỚM CHO PHẪU THUẬT TIM HỖ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Đặng Thế Uyên¹, Phạm Văn Huệ¹, Nguyễn Huy Thông¹, Nguyễn Trường An¹,
Nguyễn Thị Hương Giao¹

¹Khoa GMHSTM - Bệnh viện TW Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) là một chiến lược tiếp cận toàn diện kết hợp đa phương thức, đa mô thức, dựa trên bằng chứng để điều trị, chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật nhằm mục đích tối ưu hóa kết quả và quản lý chu phẫu. Nhiều quan điểm và thói quen theo lối chăm sóc cũ trước đây đã thay đổi, càng tập hợp được nhiều yếu tố trong chiến lược chăm sóc toàn diện càng thúc đẩy khả năng hồi phục sớm cho người bệnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị, giảm các biến chứng, thời gian nằm viện và chi phí điều trị cho người bệnh. Phẫu thuật tim là một phẫu thuật đặc biệt, trên những bệnh nhân có bệnh lý nền tim mạch, thời gian phẫu thuật dài, có nhiều nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật, do đó đòi hỏi sự chuẩn bị bệnh nhân chu đáo trước phẫu thuật, chăm sóc bệnh nhân trong và sau phẫu thuật với sự tham gia của nhiều chuyên khoa. Do vậy, nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá hiệu quả bước đầu áp dụng chương trình hồi phục sớm cho phẫu thuật tim hở tại bệnh viện Trung Ương Huế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh trên những bệnh nhân được phẫu thuật tim hở tại Khoa GMHSTM - Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 05/2021 đến tháng 08/2022. Số liệu được xử lý bằng phần mềm R4.2.2.

Kết quả: Nghiên cứu trên 2 nhóm bệnh nhân phẫu thuật tim hở. Nhóm 1: 60 bệnh nhân được thực hiện đầy đủ theo chương trình ERAS cho phẫu thuật tim, nhóm 2: 60 bệnh nhân được chuẩn bị, điều trị và chăm sóc thường quy. Kết quả cho thấy trên 120 bệnh nhân phẫu thuật tim hở: độ tuổi trung bình là $64,75 \pm 8,95$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 75/45, 2 bệnh lý kèm thường gặp là tăng huyết áp (85 bệnh nhân) và đái tháo đường (35 bệnh nhân), 58,33% bệnh nhân có phân độ NYHA I, II trước phẫu thuật, 23,33% bệnh nhân có EF $\leq 40\%$, 58,33% bệnh nhân có EF $> 50\%$. Nghiên cứu kết quả sau phẫu thuật giữa 2 nhóm cho thấy nhóm 1 có thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm 2. Cụ thể, thời gian thở máy nhóm 1: $8,12 \pm 2,07$ giờ; nhóm 2: $8,88 \pm 1,73$ giờ, thời gian nằm hồi sức nhóm 1: $4,19 \pm 1,04$ ngày; nhóm 2: $5,00 \pm 0,85$ ngày, thời gian nằm viện nhóm 1: $15,00 \pm 3,01$ ngày; nhóm 2: $18,90 \pm 3,09$ ngày. Nghiên cứu cũng cho thấy lượng Opioid cần sử dụng trên nhóm 1: $8,15 \pm 8,03$ mg, thấp hơn nhóm 2 $12,3 \pm 8,42$ mg. Các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu phải phẫu thuật lại, tổn thương thận cấp, tràn máu màng phổi phải dẫn lưu, viêm phổi, suy tim nặng cần hỗ trợ IABP, nhiễm trùng vết mổ, viêm xương ức, tổn thương thần kinh trung ương, tử vong trên nhóm 1 thấp hơn ở nhóm 2 tuy nhiên tỷ lệ biến chứng thấp nên chưa có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: ERAS là một chiến lược điều trị, chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật toàn diện. Việc áp dụng ERAS trong phẫu thuật tim hở giúp giảm đáng kể thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện.

Từ khóa: ERAS, phẫu thuật tim hở.

Ngày nhận bài:

05/4/2023

Ngày chỉnh sửa:

10/5/2023

Chấp thuận đăng:

16/5/2023

Tác giả liên hệ:

Đặng Thế Uyên

Email:

dangtheuyen@gmail.com

ABSTRACT

THE EARLY RESULT OF USING ERAS FOR OPEN-HEART SURGERY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Dang The Uyen¹, Pham Van Hue¹, Nguyen Huy Thong¹, Nguyen Truong An¹, Nguyen Thi Huong Giao¹

Background: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) is a comprehensive, multimodal, evidence - based approach to the treatment and care of surgical patients for the ultimate outcome optimization and perioperative management. Many views and habits of the old way of care have changed, the more elements are gathered in the comprehensive care strategy, the better the possibility of early recovery for patients, contributing to improving the quality of treatment, reducing complications, length of hospital stay and treatment costs for patients. Cardiac surgery is a special surgery, these patients had cardiovascular disease, long operative time, high risk of postoperative complications, thus requiring careful preoperative patient preparation, care for patients during and after surgery with the participation of many specialties. Therefore, this study aims to evaluate the initial effectiveness of applying ERAS for open - heart surgery at Hue Central Hospital.

Methods: A comparative cross-sectional descriptive study on patients undergoing open-heart surgery at the Cardiovascular Anesthesiology Department - Cardiovascular Center - Hue Central Hospital May 2021 to August 2022. The data were processed by software R4.2.2.

Results: A Study on 2 groups of open-heart surgery patients. Group 1: 60 patients were fully implemented under the ERAS program for cardiac surgery, group 2: 60 patients received routine preparation, treatment and care. The results showed that on 120 open - heart surgery patients: the average age of 64.75 ± 8.95 years old, male/female ratio $175/45$, 2 common comorbidities were hypertension (85 patients) and diabetes (35 patients), 58.33% of patients had NYHA class I, II before surgery, 23.33% of patients had $EF \leq 40\%$, 58.33% of patients had $EF > 50\%$. The study on postoperative results between the 2 groups showed that group 1 had a shorter extubation time, ICU stay, and hospital stay than group 2. Specifically, the mechanical ventilation time group 1: 8.12 ± 2.07 hours; group 2: 8.88 ± 1.73 hours, The average length of stay in the ICU in group 1: 4.19 ± 1.04 days; group 2: 5.00 ± 0.85 days, the days of hospitalization in group 1: 15.00 ± 3.01 days; group 2: 18.90 ± 3.09 days. The study also showed that the dose of Opioid needed to be used in group 1: 8.15 ± 8.03 mg, lower than group 2: 12.3 ± 8.42 mg. Post - operative complications such as bleeding requiring reoperation, acute kidney injury, hemothorax requiring drainage, pneumonia, severe heart failure requiring IABP support, surgical infection, sternal inflammation, central nervous system, mortality in group 1 was lower than in group 2, but the complication rate was low, so it was not statistically significant.

Conclusion: ERAS is a comprehensive surgical patient care and treatment strategy. The application of ERAS in open - heart surgery significantly reduces the time of mechanical ventilation, the length of stay in the ICU, and the days of hospitalization.

Keywords: ERAS, open heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) là chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật và là một chương trình điều trị dựa trên các nghiên cứu khoa học. Được phát triển bởi một nhóm phẫu thuật viên ở châu Âu, đứng đầu là Henrick Kehlet vào năm 1997. Mô hình chăm sóc bệnh nhân hậu phẫu đang ngày một thay đổi. Các chương trình ERAS đang trở thành tiêu chuẩn chăm sóc và thực hành tốt nhất trong nhiều chuyên ngành phẫu thuật trên khắp thế giới. ERAS là một chiến lược tiếp cận toàn diện, đa phương thức, đa mô thức, dựa trên bằng chứng để chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật, là một chiến lược chăm sóc trước, trong và sau phẫu thuật nhằm mục đích tối ưu hóa kết quả và quản lý chu phẫu [1]. Nhiều quan điểm và thói quen theo lối chăm sóc cũ trước đây đã thay đổi, càng tập hợp được nhiều yếu tố trong chiến lược chăm sóc toàn diện càng thúc đẩy khả năng hồi phục sớm cho người bệnh [2], không chỉ góp phần cải thiện về kết quả lâm sàng như tăng cường hồi phục sớm, giảm biến chứng sau phẫu thuật, giảm thiểu khâu chăm sóc, từ đó rút ngắn thời gian nằm viện mà còn giúp tiết kiệm đáng kể chi phí điều trị.

ERAS cần có sự tham gia của nhiều chuyên khoa như: nội khoa, ngoại khoa, tim mạch, hô hấp, dinh dưỡng, phục hồi chức năng và gây mê hồi sức... Hiện nay, ERAS được áp dụng trong nhiều loại phẫu thuật như: phẫu thuật đại trực tràng, phẫu thuật dạ dày, phẫu thuật sản phụ khoa, phẫu thuật tiết niệu, tiêu hoá, phẫu thuật tai mũi họng, thẩm mỹ và tim mạch [3].

Phẫu thuật tim là một quá trình phẫu thuật đặc biệt, trên những bệnh nhân có bệnh lý nền tim mạch, thời gian phẫu thuật dài, có nhiều nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật, do đó đòi hỏi sự chuẩn bị bệnh nhân chu đáo trước phẫu thuật, chăm sóc bệnh nhân trong và sau phẫu thuật với sự tham gia của nhiều chuyên khoa [3]. Do vậy, việc ứng dụng ERAS trong phẫu thuật tim hở là rất cần thiết, góp phần nâng cao chất lượng điều trị, giảm các biến chứng, thời gian nằm viện và chi phí điều trị cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tim hở tại trung tâm Tim mạch, bệnh viện Trung Ương Huế. (2) Đánh giá hiệu quả áp dụng chương trình chăm sóc hồi phục sớm cho phẫu thuật tim hở tại bệnh viện Trung Ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chỉ định phẫu thuật tim hở tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trung Ương Huế với tiêu chuẩn loại trừ là bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân có các bệnh lý hô hấp trước phẫu thuật, bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tim hở hay bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu.

Những bệnh nhân đủ điều kiện chúng tôi đưa vào nghiên cứu, bệnh nhân được chia thành 2 nhóm. Nhóm 1: 60 bệnh nhân được thực hiện đầy đủ theo chương trình ERAS cho phẫu thuật tim (tháng 01/2022 - tháng 08/2022), nhóm 2: 60 bệnh nhân được chuẩn bị, điều trị và chăm sóc thường quy (tháng 05/2021 - tháng 12/2021). Các bệnh nhân được điều trị, chăm sóc và theo dõi trong quá trình trước phẫu thuật, trong và sau phẫu thuật.

Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm R4.2.2. Các biến định tính trình bày dưới dạng tần số, biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình. So sánh các trung bình bằng kiểm định T-Test. So sánh các tỉ lệ bằng test Chi bình phương.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh trên những bệnh nhân được phẫu thuật tim hở tại Khoa GMHSTM - Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 05/2021 đến tháng 08/2022. Qua xử lý số liệu bằng phần mềm R4.2.2 kết quả như sau:

3.1. Các đặc điểm chung

Bảng 1: Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	N = 120	%
≥ 60	87	72,5
< 60	33	27,5
Tổng	120	100
Tuổi trung bình (năm)	64,75 ± 8,95	
Tuổi lớn nhất - Tuổi nhỏ nhất	86 - 40	

Phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm người cao tuổi theo luật Người cao tuổi Việt Nam năm 2010, chiếm 72,5%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,75 ± 8,95 tuổi, trong đó, bệnh nhân lớn nhất là 86 tuổi và nhỏ nhất là 40 tuổi.

Kết quả bước đầu áp dụng chương trình hồi phục sớm cho phẫu thuật tim hở...

Bảng 2. Giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	N = 120	%
Nam	75	62,5
Nữ	45	37,5

Nam giới chiếm gần 2/3 tổng số bệnh nhân được nghiên cứu

3.2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật:

Bảng 3. Các bệnh lý kèm trước phẫu thuật

Bệnh lý kèm	N = 120	%
Đái tháo đường	85	70,83
Tăng huyết áp	35	29,17
TBMMN	3	2,5
Suy thận	5	4,17
Rối loạn lipid máu	10	8,33

Hai bệnh lý kèm thường gặp nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 6. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

		Nhóm 1 (n1 = 60)	Nhóm 2 (n2 = 60)	P
Thời gian	Thở máy (giờ)	8,12 ± 2,07	8,88 ± 1,73	0,0298
	Nằm hồi sức (Ngày)	4,19 ± 1,04	5,00 ± 0,85	< 0,001
	Nằm viện (Ngày)	15,00 ± 3,01	18,9 ± 3,09	< 0,001
Buồn nôn		11 (18,3%)	19 (31,7%)	0,14
Nôn		7 (11,7%)	11 (18,3%)	0,443
Thời gian rút dẫn lưu (giờ)		36,7 ± 7,68	41,0 ± 6,59	0,00113
Liều Opioid		8,15 ± 8,03	12,3 ± 8,42	0,0071

Nghiên cứu kết quả sau phẫu thuật giữa 2 nhóm cho thấy nhóm 1 có thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm 2. Cụ thể, thời gian nằm viện nhóm 1: 8,12 ± 2,07 giờ; nhóm 2: 8,88 ± 1,73 giờ; thời gian nằm hồi sức nhóm 1: 4,19 ± 1,04 ngày; nhóm 2: 5,00 ± 0,85 ngày, thời gian nằm viện nhóm 1: 15,00 ± 3,01 ngày; nhóm 2: 18,90 ± 3,09 ngày. Nghiên cứu cũng cho thấy lượng Opioid cần sử dụng trên nhóm 1: 8,15 ± 8,03 mg, thấp hơn nhóm 2 12,3 ± 8,42mg.

Bảng 7. Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Nhóm 1 (n1 = 60)	Nhóm 2 (n2 = 60)	P
Chảy máu phải mổ lại	5 (8,3%)	9 (15%)	0,394
Tổn thương thận cấp	4 (6,7%)	7 (11,7)	0,527
Tràn máu màng phổi phải dẫn lưu	3 (5%)	5 (8,3%)	0,714

Bảng 4. Phân độ NYHA trước phẫu thuật

NYHA	N = 120	%
I	23	19,17
II	47	39,17
III	38	31,66
IV	12	10,00

58,33% bệnh nhân có phân độ NYHA I,II trước phẫu thuật

Bảng 5. Phân suất tổng máu của bệnh nhân trước phẫu thuật

EF	N = 120	%
EF ≤ 40%	28	23,33
40% < EF ≤ 50%	22	18,33
EF > 50%	70	58,34

58,34% bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái bình thường trước phẫu thuật

Kết quả bước đầu áp dụng chương trình hồi phục sớm cho phẫu thuật tim hở...

Biến chứng	Nhóm 1 (n1 = 60)	Nhóm 2 (n2 = 60)	P
Viêm phổi	5 (8,3%)	8 (13,3%)	0,557
Suy tim nặng cần hỗ trợ IABP	1 (1,67%)	3 (5%)	0,236
Nhiễm trùng vết mổ	2 (3,3%)	5 (8,3%)	0,436
Viêm xương ức	2 (3,3%)	3 (5%)	1
Tổn thương thần kinh trung ương	0	1 (1,7%)	1
Tử vong	0	1 (1,7%)	1

Các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu phải phẫu thuật lại, tổn thương thận cấp, tràn máu màng phổi phải dẫn lưu, viêm phổi, suy tim nặng cần hỗ trợ IABP, nhiễm trùng vết mổ, viêm xương ức, tổn thương thần kinh trung ương, tử vong trên nhóm 1 thấp hơn ở nhóm 2 tuy nhiên tỷ lệ biến chứng thấp nên chưa có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung trước phẫu thuật

Phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm người cao tuổi theo luật Người cao tuổi Việt Nam năm 2010, chiếm 72,5%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,75 \pm 8,95$ tuổi, trong đó, bệnh nhân lớn nhất là 86 tuổi và nhỏ nhất là 40 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thái Minh (2020) [4] tại Viện tim Hà Nội, khi độ tuổi trung bình là $68,7 \pm 9,3$ trẻ nhất là 38 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi. Kết quả này cũng tương ứng với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Hoàng Hiệp (2013) là 65,7 tuổi [5].

Tỷ lệ nam nữ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: 62,5% nam, 37,5% nữ. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thái Minh (2020) [4], khi có 66,2% bệnh nhân nam trên tổng số 71 trường hợp nghiên cứu. Điều này chứng tỏ nam giới là đối tượng có nguy cơ cao hơn nữ giới trong bệnh lý tim mạch. Điều này có thể do thói quen sinh hoạt, hút thuốc lá của nam giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

Các bệnh lý và yếu tố liên quan trước mổ thường gặp nhất là tăng huyết áp (70,83%), đái tháo đường (29,17%), Mặc dù có sự khác nhau giữa tỷ lệ tăng huyết áp trên các bệnh nhân được phẫu thuật tim hở trên các nghiên cứu phụ thuộc bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu chủ vành như Nguyễn Thái Minh (2020) [4] là 91,5%; hoặc phẫu

thuật van tim nhưng tăng huyết áp luôn là bệnh lý kèm thường gặp nhất.

Trong 120 bệnh nhân thuộc 2 nhóm đối tượng nghiên cứu, có 58,33% bệnh nhân có NYHA I,II trước phẫu thuật, và 58,33% bệnh nhân có phân suất tống máu trên siêu âm tim bình thường.

4.3. Kết quả áp dụng ERAS cho phẫu thuật tim hở

Rút NKQ sớm là mục tiêu quan trọng trong chiến lược tăng cường hồi phục sau phẫu thuật cho phẫu thuật tim hở. Việc rút NKQ sớm có rất nhiều lợi ích như giảm mức độ kích thích đường hô hấp, bệnh nhân đỡ khó chịu với ống NKQ, tránh hút NKQ gây đau, giúp bệnh nhân vận động sớm, nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa sớm nên bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, giảm các biến chứng do thở máy như chấn thương khí áp, viêm phổi, xẹp phổi. Bệnh nhân chậm rút NKQ làm tăng nhu cầu sử dụng thuốc an thần và khó diễn đạt ý nghĩ đề hợp tác và đánh giá đau chính xác nên khó khăn cho việc điều trị và giảm sự hài lòng người bệnh [6, 7]. Phần lớn các biến chứng tim mạch dẫn đến tình trạng cung lượng tim thấp xảy ra trong giai đoạn từ 6 đến 8 giờ sau khi ngưng THNCT. Vì vậy chúng tôi chỉ rút NKQ sau khi đánh giá đầy đủ khả năng thích nghi với những ảnh hưởng của THNCT lên các hệ cơ quan của bệnh nhân sau phẫu thuật. Trên 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu, thời gian thở máy nhóm 1: $8,12 \pm 2,07$ giờ; nhóm 2: $8,88 \pm 1,73$ giờ với $p < 0,05$. Những bệnh nhân này cũng có thời gian thở máy thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân (2021)

Kết quả bước đầu áp dụng chương trình hồi phục sớm cho phẫu thuật tim hở...

[8] là 21,5 giờ. Trong nghiên cứu, thời gian nằm hồi sức nhóm 1: $4,19 \pm 1,04$ ngày; nhóm 2: $5,00 \pm 0,85$ ngày, thời gian nằm viện nhóm 1: $15,00 \pm 3,01$ ngày; nhóm 2: $18,90 \pm 3,09$ ngày; kết quả cho thấy trên những bệnh nhân áp dụng ERAS giúp rút ngắn thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện có ý nghĩa. Thời gian nằm viện trên nhóm ERAS cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thái Minh (2020) [4] là $16,5 \pm 9,3$ ngày. Với việc áp dụng chương trình ERAS, giảm thời gian thở máy trên bệnh nhân, giảm các nguy cơ, biến chứng sau mổ do đó giúp giảm thời gian nằm hồi sức của bệnh nhân.

Đau trong phẫu thuật lồng ngực được xem là đau và gây ảnh hưởng xấu đến bệnh nhân nhiều nhất trong các loại phẫu thuật, vì vậy điều trị đau trong phẫu thuật lồng ngực cần được điều trị tích cực và cần hạn chế những biến chứng do đau và do điều trị đau. Giảm đau đa mô thức được gợi ý mạnh mẽ bởi các chuyên gia và có hướng dẫn thực hiện. Giảm đau không đầy đủ dẫn đến bệnh nhân bất động kéo dài, giãn nở phổi không đầy đủ, rối loạn hô hấp, giảm khả năng ho khạc từ đó dẫn đến tăng thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện [9]. Để đạt được mục tiêu rút NKQ sớm, những ảnh hưởng của đau lên tuần hoàn và hô hấp cần được giảm thiểu. Giảm đau đầy đủ là bắt buộc nhằm cải thiện chức năng phổi, giảm mê sảng và tăng sự hài lòng người bệnh. Các bệnh nhân đa phần được áp dụng giảm đau đa mô thức, Opioid chỉ sử dụng trong trường hợp giải cứu đau, thường bolus 3 - 5mg tiêm tĩnh mạch hoặc dưới da mỗi 10 - 12 giờ, Nghiên cứu cũng cho thấy lượng Opioid cần sử dụng trên nhóm 1: $8,15 \pm 8,03$ mg, thấp hơn nhóm 2 $12,3 \pm 8,42$ mg với $P < 0,05$.

Các bệnh thường được rút dẫn lưu vào ngày hậu phẫu thứ 2 sau khi ngưng chảy máu, thời gian rút dẫn lưu trung bình nhóm 1 là $36,7 \pm 7,68$ giờ ngắn hơn nhóm 2 là $41,0 \pm 6,59$ giờ, so với nghiên cứu của Đặng Thế Uyên (2019) [10] là $44,16 \pm 11,04$ giờ.

Trong nhóm bệnh nghiên cứu, 2 biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi và chảy máu phải mổ lại. Các biến chứng sau mổ làm tăng thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.

Mặc dù Các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu phải phẫu thuật lại, tổn thương thận cấp, tràn máu màng phổi phải dẫn lưu, viêm phổi, suy tim nặng cần hỗ trợ IABP, nhiễm trùng vết mổ, viêm xương ức, tổn thương thần kinh trung ương, tử vong trên nhóm 1 thấp hơn ở nhóm 2 tuy nhiên tỷ lệ biến chứng thấp nên chưa có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tử vong bệnh viện là một trong những yếu tố quan trọng biểu hiện kết quả sớm của phẫu thuật BCCV. Nếu như trước đây, tỷ lệ này đến 20% [11]. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân (2021) có 3 bệnh nhân tử vong trong 141 trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tử vong, bệnh nhân thuộc nhóm 2, sau phẫu thuật bệnh nhân diễn tiến nặng, suy tim nặng có hỗ trợ IABP tuy nhiên bệnh nhân kém đáp ứng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Hai bệnh lý kèm thường gặp trên bệnh nhân phẫu thuật tim hở là tăng huyết áp và đái tháo đường. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm NYHA I, II và phân suất tống máu thất trái bình thường trước phẫu thuật.

Nghiên cứu kết quả sau phẫu thuật giữa 2 nhóm cho thấy nhóm 1 có thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm 2. Cụ thể, thời gian thở máy nhóm 1: $8,12 \pm 2,07$ giờ; nhóm 2: $8,88 \pm 1,73$ giờ, thời gian nằm hồi sức nhóm 1: $4,19 \pm 1,04$ ngày; nhóm 2: $5,00 \pm 0,85$ ngày, thời gian nằm viện nhóm 1: $15,00 \pm 3,01$ ngày; nhóm 2: $18,90 \pm 3,09$ ngày. Nghiên cứu cũng cho thấy liều Opioid cần sử dụng trên nhóm 1: $8,15 \pm 8,03$ mg, thấp hơn nhóm 2 $12,3 \pm 8,42$ mg. Các biến chứng sau phẫu thuật trên nhóm 1 thấp hơn ở nhóm 2 tuy nhiên tỷ lệ biến chứng thấp nên chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. British journal of anaesthesia. 1997;78(5):606-617.
2. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. JAMA surgery. 2017;152(3):292-298.
3. Brown JK, Singh K, Dumitru R, Chan E, Kim MP. The

Kết quả bước đầu áp dụng chương trình hồi phục sớm cho phẫu thuật tim hở...

- benefits of enhanced recovery after surgery programs and their application in cardiothoracic surgery. *Methodist DeBaake cardiovascular journal*. 2018;14(2):77.
4. Minh NT. Kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu chủ vành tại bệnh viện tim Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam* 202030.
 5. Hiệp H. Kết quả ban đầu phẫu thuật bắc cầu chủ vành tại khoa phẫu thuật tim. *Bệnh viện nhân dân 115*. 2013.
 6. Badhwar V, Esper S, Brooks M, Mulukutla S, Hardison R, Mallios D, et al. Extubating in the operating room after adult cardiac surgery safely improves outcomes and lowers costs. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2014;148(6):3101-3109.
 7. Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine*. 2014;370(5):444-454.
 8. Luân NT. Kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu động mạch vành tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021500.
 9. Walsh N. Stem Cell Therapy During CABG Improves Ejection Fraction. *Links*. 2008.
 10. Uyên ĐT. Kết quả sớm sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Trung Ương Huế 9/2018 – 5/2019. 2019.
 11. Borde D, Gandhe U, Hargave N, Pandey K, Khullar V. The application of European system for cardiac operative risk evaluation II (EuroSCORE II) and Society of Thoracic Surgeons (STS) risk-score for risk stratification in Indian patients undergoing cardiac surgery. *Annals of Cardiac Anaesthesia*. 2013;16(3):163.