

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ÁP DỤNG MỘT SỐ BIỆN PHÁP THÚC ĐẨY PHỤC HỒI SỚM SAU MỔ CẮT ĐẠI TRÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Nguyễn Hữu Trí¹, Nguyễn Thành Phúc¹, Đặng Như Thành¹
Phan Đình Tuấn Dũng¹, Hoàng Thắng², Nguyễn Đoàn Văn Phú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu việc áp dụng một số biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ cắt đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng (UTĐT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị UTĐT bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2017 - 3/2021. BN được áp dụng một số biện pháp giúp phục hồi sớm sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình $58,9 \pm 14,4$. Tỷ lệ nam/nữ: 1,9. Chỉ số BMI trung bình $21,3 \pm 2,1$. 93,7% BN có chỉ số ASA 1 và 2. Vị trí u thường gặp nhất ở đại tràng sigma (53,1%). Tỷ lệ BN ở giai đoạn 0 - 1 chiếm 43,8%, giai đoạn 2: 18,8% và giai đoạn 3: 34,3%. Tất cả BN được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình $4,2 \pm 1,4$ ngày. Thời gian uống trở lại sau mổ trung bình $11,1 \pm 4,8$ giờ. Nôn sau mổ chiếm 9,4%, tỷ lệ đặt lại ống thông mũi dạ dày 3,1%. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $1,9 \pm 1,0$ ngày. Tỷ lệ rò miệng nối 3,1%, các trường hợp này phải mổ lại. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $7,5 \pm 1,6$ ngày. Không có tử vong sau mổ. **Kết luận:** Áp dụng quy trình thúc đẩy phục hồi sớm sau phẫu thuật cắt đại tràng điều trị UTĐT cho thấy khả thi, giúp làm giảm thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ còn 4,2 ngày, giảm thời gian nằm viện sau mổ còn 7,5 ngày.

* Từ khóa: Ung thư đại tràng; Thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ; Cắt đại tràng nội soi; Thời gian nằm viện sau mổ.

Application of Enhanced Recovery after Surgery in Colectomy for Colon Cancer

Summary

Objectives: To evaluate the initial outcome of the application of ERAS in colectomy in colon cancer treatment. **Subjects and methods:** A prospective study on 32 patients with colon cancer who underwent laparoscopic colectomy at Gastrointestinal Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from October 2017 to March 2021. **Results:** Mean age was 58.9 ± 14.4 years. The male/female ratio was 1.9. The mean BMI was 21.3 ± 2.1 . 93.7% of patients had ASA scores 1 and 2. The most common sites for tumor were sigmoid colon (53.1%).

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện Ung bướu Tp. Hồ Chí Minh

Người phản hồi: Nguyễn Hữu Trí (trihuunguyen@huemed-univ.edu.vn)

Ngày nhận bài: 17/5/2021

Ngày bài báo được đăng: 2/6/2021

Patients with stage 0 - 1 accounted for 43.8%, and with stage II, stage III accounted for 18.8%, 34.3%, respectively. All patients underwent laparoscopic colectomy. The mean duration of analgesic use was 4.2 ± 1.4 days. Mean time for oral clear liquid was 11.1 ± 4.8 hours. Postoperative vomiting presented in 9.4% of patients and the nasogastric tube replacement was required in 3.1% of patients. Meantime to first flatus was 1.9 ± 1.0 days. The rate of anastomotic dehiscence was 3.1%, which requires reoperation. Mean duration of hospitalization was 7.5 ± 1.6 days. There was no mortality. **Conclusion:** The application of enhanced recovery after surgery in colectomy for colon cancer is feasible and helpful in reducing the duration of analgesic use and the length of hospital stay after surgery.

* **Keywords:** Colon cancer; Enhanced recovery after surgery (ERAS); Laparoscopic colectomy; Length of hospital stay.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong những bệnh lý thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Globocan 2020, hằng năm trên thế giới có khoảng 2 triệu ca mắc mới với khoảng 1 triệu ca tử vong và UTĐT là nguyên nhân tử vong thứ ba do ung thư. Ở Việt Nam, năm 2020 có 15.847 ca mắc UTĐT và 8.203 ca tử vong. Như vậy, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới trong những năm gần đây [13].

Ung thư đại tràng phần lớn là ung thư biểu mô tuyến và được điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất. Bên cạnh việc đảm bảo nguyên tắc ung thư học cần chú ý bảo tồn tối đa chức năng của cơ quan, ít xâm lấn, đảm bảo tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ... Việc áp dụng các biện pháp giúp BN phục hồi sớm sau mổ (Enhanced recovery after surgery - ERAS) đang ngày càng được quan tâm. Nhiều nghiên cứu cho thấy phục hồi sớm sau mổ giúp làm giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị [7]. Tuy nhiên, quy trình áp dụng phục hồi sớm sau mổ đòi hỏi nhiều yếu tố như nhân lực, thời gian cũng như

sự đồng thuận từ các chuyên ngành. Các báo cáo về áp dụng phục hồi sớm sau mổ cắt đại tràng còn chưa thống nhất về quy trình cũng như kết quả. Ở nước ta, phục hồi sớm sau mổ đang từng bước được thực hiện nhưng vẫn còn ít công bố liên quan đến BN phẫu thuật đại tràng trong điều trị UTĐT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả bước đầu của việc áp dụng một số biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ cắt đại tràng trong điều trị UTĐT.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

32 BN được chẩn đoán và điều trị UTĐT bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 10/2017 - 3/2021.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được khẳng định chẩn đoán qua kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng.

- ASA ≤ 3 .

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân UTĐT có biến chứng cấp tính như thủng đại tràng gây viêm phúc mạc, bán tắc ruột hoặc tắc ruột...

- Bệnh nhân có sử dụng corticoid thường quy.

- Tiền sử mổ ung thư, có điều trị hóa trị hoặc xạ trị.

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng (trừ phẫu thuật cắt ruột thừa, phẫu thuật cắt phần phụ hoặc mổ lấy thai).

+ Có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu.

** Quy trình áp dụng một số biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ:*

- Trước mổ: Áp dụng quy trình chuẩn bị trước mổ theo Ota và CS [9].

+ Thăm khám BN, hướng dẫn trước mổ.

+ Bồi phụ nước, điện giải, năng lượng trước mổ nếu có rối loạn.

+ Chuẩn bị đại tràng trước mổ:

. Không chuẩn bị đại tràng trước mổ thường quy.

. Trường hợp khối u đại tràng trái có kích thước nhỏ gây khó khăn trong việc xác định vị trí u trong mổ, hoặc BN táo bón không điều chỉnh được trước mổ thì chuẩn bị đại tràng với Fortrans.

+ Duy trì cung cấp năng lượng trước mổ: BN được duy trì chế độ ăn lỏng đến 6 giờ trước mổ. Sau đó uống nước đường (dung dịch 10%) cho đến 4 giờ trước mổ.

+ Sử dụng kháng sinh cephalosporin thế hệ III trước rạch da 30 phút.

- Trong mổ [9]:

+ Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng theo nguyên tắc cắt đại tràng trong điều trị UTĐT tùy vị trí ung thư. Các đường mổ lấy bệnh phẩm theo đường trắng giữa hoặc đường ngang. Tái lập lưu thông tiêu hóa thuận chiều nhu động ruột bằng máy hoặc nối tay.

+ Không đặt dẫn lưu ổ mổ.

+ Rút ống thông mũi dạ dày ngay sau mổ.

+ Rút ống thông tiểu ngay sau mổ.

- Sau mổ: BN được theo dõi ở phòng hồi tỉnh đến khi tình trạng chung ổn định.

+ Vận động sớm sau mổ: Vận động tại giường và ngồi dậy trong vòng 12 giờ. Tập đi lại trong ngày đầu sau mổ.

+ Uống nước đường trong vòng 12 giờ sau mổ và tiếp tục duy trì đến khi tái lập nhu động ruột. Khi có trung tiện trở lại thì ăn thức ăn lỏng, sau đó đặc dần.

- Tiêu chuẩn ra viện:

+ Bệnh nhân không có tình trạng nhiễm trùng.

+ Bệnh nhân hết đau hoặc có thể kiểm soát đau bằng thuốc giảm đau không opioid đường uống.

+ Bệnh nhân đã trung hoặc đại tiện.

+ Bệnh nhân đáp ứng tốt với chế độ ăn uống đường miệng.

+ Bệnh nhân phục hồi vận động, tự chủ các sinh hoạt hằng ngày.

** Chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, dịch tễ, nghề nghiệp, chỉ số BMI, ASA.

- Nghiên cứu kết quả trong và sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân ung thư đại tràng

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN.

Đặc điểm	Kết quả (n = 32)
Tuổi trung bình (năm) (min - max)	58,9 ± 14,4* (20 - 87)
Tỷ lệ nam/nữ	1,9 (21/11)
BMI (kg/m ²) (min - max)	21,3 ± 2,1 [†] (16,9 - 24,7)
Chỉ số ASA, n (%)	
ASA 1	18 (56,2)
ASA 2	12 (37,5)
ASA 3	2 (6,3)

(* $\bar{X} \pm SD$)

2. Đặc điểm bệnh lý

Bảng 2: Vị trí u.

Vị trí u	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Manh tràng	1	3,1
Đại tràng lên	7	21,9
Đại tràng ngang	7	21,9
Đại tràng sigma	17	53,1
Tổng	32	100,0

Bảng 3: Đặc điểm giai đoạn u theo TNM.

Giai đoạn	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
0 - 1	14	43,8
2A	6	18,8
3A	4	12,5
3B	3	9,3
3C	4	12,5
Không xác định	1	3,1
Tổng	32	100,0

3. Đặc điểm trong và sau mổ

Bảng 4: Đặc điểm trong mổ.

Biện pháp	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Chuẩn bị đại tràng bằng Fortrans	7	21,9
Miệng nối		
Nối tay	14	43,8
Nối máy	18	56,2
Dẫn lưu ổ phúc mạc	0	0,0
Tai biến lớn trong mổ	0	0,0
Chuyển mổ mở	0	0,0
Thời gian mổ* (min - max) (phút)	136,4 ± 39,6 (90 - 240)	

(* $\bar{X} \pm SD$)

- Tất cả BN không đặt dẫn lưu ổ phúc mạc.
- Rút ống thông tiểu khi BN tỉnh.
- Rút ống thông mũi dạ dày ngay sau mổ.

Bảng 5: Đặc điểm của BN áp dụng các biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ.

Biến số	Kết quả
Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ (ngày)*	4,2 ± 1,4
Thời gian uống trở lại (giờ)*	11,1 ± 4,8
Thời gian vận động tại giường (giờ)*	9,8 ± 2,7
Nôn sau mổ (n, %)	3 (9,4)
Đặt lại ống thông mũi dạ dày (n, %)	1 (3,1)
Thời gian trung tiện trở lại (ngày)*	1,9 ± 1,0
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)*	7,5 ± 1,6 (5 - 11)
Biến chứng (n, %)	
Nhiễm trùng vết mổ	1 (3,1)
Khối máu tụ ở vết mổ	1 (3,1)
Áp xe tồn lưu	0 (0,0)
Rò miệng nối	1 (3,1)
Mổ lại	1 (3,1)
Tử vong	0 (0,0)

(* $\bar{X} \pm SD$)

Đối với biến chứng rò miệng nối: BN nam, 47 tuổi được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến đại tràng lên và tiến hành mổ nội soi cắt nửa đại tràng phải, nối hồi đại tràng ngang tận - bên bên ngoài ổ bụng, nối tay. Hậu phẫu ngày thứ 3, BN xuất hiện đau bụng nhiều, bụng trướng hơi, có phản ứng thành bụng và hội chứng nhiễm trùng. BN được chỉ định mổ lại. Trong mổ phát hiện viêm phúc mạc do rò miệng nối. BN được cắt bỏ miệng nối, làm lại miệng nối hồi - đại tràng ngang kèm mở thông hồi tràng bảo vệ trên dòng, súc rửa ổ phúc mạc, đặt dẫn lưu ổ phúc mạc. Hậu phẫu BN ổn định, ra viện ngày thứ 11 sau phẫu thuật.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung, đặc điểm bệnh lý

Tuổi trung bình 58,9, thấp nhất 20 tuổi và cao nhất 87 tuổi. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác trong nước: Đào Văn Cam và CS ghi nhận tuổi trung bình 60,5 (thấp nhất 26 tuổi, cao nhất 88 tuổi) [1]. Cho thấy UTĐT có thể xuất hiện ở những BN trẻ. Vì vậy, cần lưu ý tầm soát UTĐT kể cả những người trẻ để tránh bỏ sót. Tỷ lệ nam/nữ là 1,9. Số liệu của Globocan (2020) ở vùng Đông Nam Á cho thấy tỷ lệ UTĐT ở nam là 9,5/100.000 dân, ở nữ là 6,3/100.000 dân [13]. Mặc dù tỷ lệ nam/nữ khác nhau nhưng hầu hết cho thấy tỷ lệ nam cao hơn nữ [4].

Trong nghiên cứu, chỉ số BMI trung bình là 21,3 (16,9 - 24,7 kg/m²), thấp hơn nghiên cứu ở các nước Âu Mỹ [10, 12]. Các nghiên cứu cho thấy béo phì là yếu tố nguy cơ liên quan đến kết quả trong và sau mổ UTĐT: Béo phì làm tăng tỷ lệ biến

chứng sau mổ, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tái nhập viện [10]. Một yếu tố khác liên quan đến kết quả trong và sau mổ là chỉ số ASA. Trong nghiên cứu, hầu hết BN (93,7%) có chỉ số ASA 1 và 2.

Vị trí UTĐT thường gặp nhất là đại tràng sigma (53,1%). Vị trí ung thư liên quan đến triệu chứng lâm sàng cũng như tiên lượng bệnh. Về triệu chứng lâm sàng: Theo Cappel, UTĐT trái gây nguy cơ bán tắc hoặc tắc ruột cao hơn so với UTĐT phải do kích thước lòng ruột ở đại tràng trái nhỏ hơn, phân ở đây đặc hơn do nước đã được tái hấp thu phần lớn ở phần đầu của đại tràng. Lòng ruột bị hẹp có thể gây nên triệu chứng táo bón, buồn nôn, bụng trướng và đau bụng [5]. Về tiên lượng bệnh: Theo Kim và CS, kết quả điều trị UTĐT trái có kết quả tốt hơn UTĐT phải ở giai đoạn ung thư đã di căn. Về thời gian sống thêm sau điều trị hóa trị + panitumumab/cetuximab: HR về thời gian sống thêm giữa UTĐT phải và trái từ 1,58 - 2,84; ở nghiên cứu FIRE-3 áp dụng phác đồ FOLFIRI + cetuximab thấy thời gian sống thêm toàn bộ (OS) của UTĐT phải và trái lần lượt là 18,3 và 38,3 tháng ($p < 0,001$) [8].

2. Đặc điểm áp dụng các biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ, đặc điểm trong và sau mổ

Hầu hết các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã áp dụng các biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ. Tuy nhiên, chuẩn bị đại tràng trước mổ hay không vẫn còn là vấn đề được xem xét khi chưa có sự thống nhất về quan điểm áp dụng. Trong nghiên cứu, 7 BN (21,9%) được chuẩn bị đại tràng với uống Fortrans.

Các tác giả cho rằng việc không chuẩn bị đại tràng trước mổ giúp tránh tình trạng mất nước, rối loạn nước điện giải và những khó chịu mà BN gặp phải khi chuẩn bị đại tràng [7]. Một phân tích tổng hợp gồm 36 nghiên cứu (23 nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên và 13 nghiên cứu mô tả) trên tổng cộng 21.568 BN UTĐT so sánh kết quả của BN trưởng thành có chuẩn bị đại tràng trước mổ so với không chuẩn bị đại tràng. Kết quả cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có chuẩn bị đại tràng với nhóm không chuẩn bị đại tràng về các yếu tố: Tỷ lệ rò miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch trong ổ phúc mạc, tử vong, mổ lại, thời gian nằm viện [11]. Một số nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả: Việc không chuẩn bị đại tràng trước mổ không làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt đại tràng [2]. Vì vậy, hầu hết tác giả khuyến cáo không chuẩn bị đại tràng trước mổ. Riêng đối với phẫu thuật cắt trực tràng, có thể cần chuẩn bị đại tràng [2, 7]. Tuy nhiên, gần đây vai trò của chuẩn bị đại tràng trước mổ đã được xem xét lại do dựa vào kết quả nghiên cứu hồi cứu trên 4.999 BN phẫu thuật UTĐT tại Hoa Kỳ: Những BN có chuẩn bị đại tràng trước mổ kết hợp kháng sinh đường uống giúp giảm có ý nghĩa thống kê tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (3,2% so với 9,0%, $p < 0,001$), rò miệng nối (2,8% so với 5,7%, $p = 0,001$), tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày (5,5% so với 8,0%, $p = 0,03$) so với nhóm chỉ chuẩn bị đại tràng hoặc chỉ uống kháng sinh đơn thuần [12]. Một phân tích tổng hợp trên 1.769 BN mổ đại tràng cho thấy chuẩn bị đại tràng trước mổ kết hợp kháng sinh đường uống giảm có ý nghĩa thống kê tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, nhiễm

trùng vùng mổ so với nhóm chỉ dùng kháng sinh toàn thân hoặc chỉ chuẩn bị đại tràng (nhiễm trùng toàn bộ: 7,2% so với 16,0%, $p < 0,00001$; nhiễm trùng vết mổ: 4,6% so với 12,1%, $p < 0,00001$) [6]. Do đó, vai trò của chuẩn bị đại tràng trước mổ vẫn chưa ngã ngũ.

Các nghiên cứu cho thấy áp dụng biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau phẫu thuật cắt đại tràng giúp BN giảm sang chấn trước, trong và sau mổ, giảm nguy cơ thiếu hụt năng lượng trước mổ, phục hồi sau mổ nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện [7].

Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình $4,2 \pm 1,4$ ngày. Nghiên cứu của Đào Văn Cam và CS cho thấy thời gian dùng thuốc giảm đau bằng đường tiêm sau mổ trung bình $4,28 \pm 1,5$ ngày [1].

Trong nghiên cứu, BN được rút ống thông mũi dạ dày ngay khi thoát mê. Sau mổ có 3 BN (9,4%) nôn, trong đó 1 BN (3,1%) nôn nhiều phải đặt lại ống thông mũi dạ dày, sau đó được rút vào ngày thứ 2 sau khi trung tiện trở lại. Điều này cho thấy rút ống thông mũi dạ dày ngay sau khi BN tỉnh lại được BN dung nạp tốt, tỷ lệ đặt lại thấp.

Với việc áp dụng các biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ, thời gian trung tiện trở lại của BN là $1,9 \pm 1,0$ ngày, nhanh hơn so với các nghiên cứu áp dụng điều trị kinh điển trong phẫu thuật nội soi ($2,43 \pm 1,07$ ngày theo nghiên cứu của Đào Văn Cam và CS) [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh và CS so sánh kết quả nuôi ăn sớm so với nuôi ăn thông thường cho thấy thời gian trung tiện trở lại của nhóm BN cho ăn sớm sau mổ (trong vòng 24 giờ) là 1,6 ngày so với

nhóm cho ăn trở lại khi trung tiện là 2,8 ngày [2]. Điều này cho thấy việc cho BN ăn uống sớm trở lại sau mổ và các biện pháp khác có thể giúp tái lập lưu thông tiêu hóa nhanh hơn.

Về biến chứng sau mổ: 3 BN (9,4%) có biến chứng sau mổ, trong đó 2 BN biến chứng nhẹ là nhiễm trùng vết mổ và chảy máu nhẹ ở vết mổ, đặc biệt 1 BN (3,1%) rò miệng nối phải mổ lại vào ngày thứ 2 sau mổ. Sau mổ lại BN ổn định, không có tử vong sau mổ. So sánh với các nghiên cứu trong nước về tỷ lệ rò miệng nối: Đào Văn Cam và CS không gặp trường hợp nào (0/81 BN), Nguyễn Văn Hải và CS: tỷ lệ chung 2,3% (2/87 BN, xảy ra ở BN có chuẩn bị đại tràng trước mổ). Như vậy, tỷ lệ rò miệng nối trong nghiên cứu tương tự các nghiên cứu khác.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $7,5 \pm 1,6$ ngày, ngắn hơn hầu hết các nghiên cứu khác trong nước: Nguyễn Văn Hải và CS: 8,3 - 8,4 ngày [2], Huỳnh Quyết Thắng và CS: 8,1 ngày [3]. Như vậy, áp dụng các biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ phẫu thuật cắt đại tràng điều trị UTĐT giúp làm giảm thời gian nằm viện sau mổ.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn có những nhược điểm như số lượng BN còn ít, chưa có nhóm đối chứng. Vì vậy, cần thực hiện nghiên cứu đối chứng với số lượng BN lớn hơn.

KẾT LUẬN

Áp dụng quy trình thúc đẩy phục hồi sớm sau phẫu thuật cắt đại tràng điều trị UTĐT tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện

Trường Đại học Y Dược Huế cho kết quả khả thi, giúp làm giảm thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ còn 4,2 ngày, giảm thời gian nằm viện sau mổ còn 7,5 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Văn Cam, Lê Huy Lưu, Hàn Thế Cơ và CS. Kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh 2019; 1(Phụ bản tập 23):207-213.
2. Nguyễn Văn Hải, Võ Thị Mỹ Ngọc, Lâm Thành Quốc. Kết quả của cắt đại tràng chương trình có so với không chuẩn bị đại tràng trước mổ. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2013; 6(17):150-156.
3. Huỳnh Quyết Thắng, Hồ Long Hiên. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2017; 2(21):295-301.
4. Beltrán L, González-Trejo S, Carmona-Herrera DD, et al. Prognostic factors and differences in survival of right and left colon carcinoma: A STROBE compliant retrospective cohort study. Arch Med Res 2019; 50(2):63-70.
5. Cappell MS. Pathophysiology, clinical presentation, and management of colon cancer. Gastroenterol Clin North Am 2008; 37(1):1-24.
6. Chen M, Song X, Chen LZ, et al. Comparing mechanical bowel preparation with both oral and systemic antibiotics versus mechanical bowel preparation and systemic antibiotics alone for the prevention of surgical site infection after elective colorectal surgery: A meta-analysis of randomize. Dis Colon Rectum 2016; 59(1):70-78.
7. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations: 2018. World J Surg 2019; 43(3):659-695.

8. Kim K, Kim YW, Shim H, et al. Differences in clinical features and oncologic outcomes between metastatic right and left colon cancer. *J BUON* 2018; 23(Suppl 1):11-18.

9. Poelmeijer YQM, Lijftogt N, Detering R, et al. Obesity as a determinant of perioperative and postoperative outcome in patients following colorectal cancer surgery: A population-based study (2009 - 2016). *Eur J Surg Oncol* 2018; 44(12):1849-1857.

10. Ota H, Ikenaga M, Hasegawa J, et al. Safety and efficacy of an "Enhanced recovery after surgery" protocol for patients undergoing colon cancer surgery: A multi institutional controlled study. *Surg Today* 2017; 47(6): 668-675.

11. Rollins KE, Javanmard-emamghissi H, Lobo DN, et al. Impact of mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery: A meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2018; 24(4):519-536.

12. Scarborough JE, Mantyh CR, Sun Z, et al. Combined mechanical and oral antibiotic bowel preparation reduces incisional surgical site infection and anastomotic leak rates after elective colorectal resection: An analysis of colectomy-targeted ACS NSQIP. *Ann Surg* 2015; 262(2):331-337.

13. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71(3):209-249.