

Phục hồi chức năng sau phẫu thuật sản phụ khoa

Pr Henri-Jean Philippe

Collège de chirurgie ambulatoire AP-HP

Hopital Cochin

Faculté de médecine Paris Descartes



Định nghĩa

Phục hồi chức năng sau phẫu thuật

Thủ thuật được tiến hành nhằm đẩy nhanh
Và cải thiện sự phục hồi sau phẫu thuật

Người khởi xướng:

Pr Nicoll / BMJ 1909 đề xuất cho 10 000 ca phẫu thuật thông thường

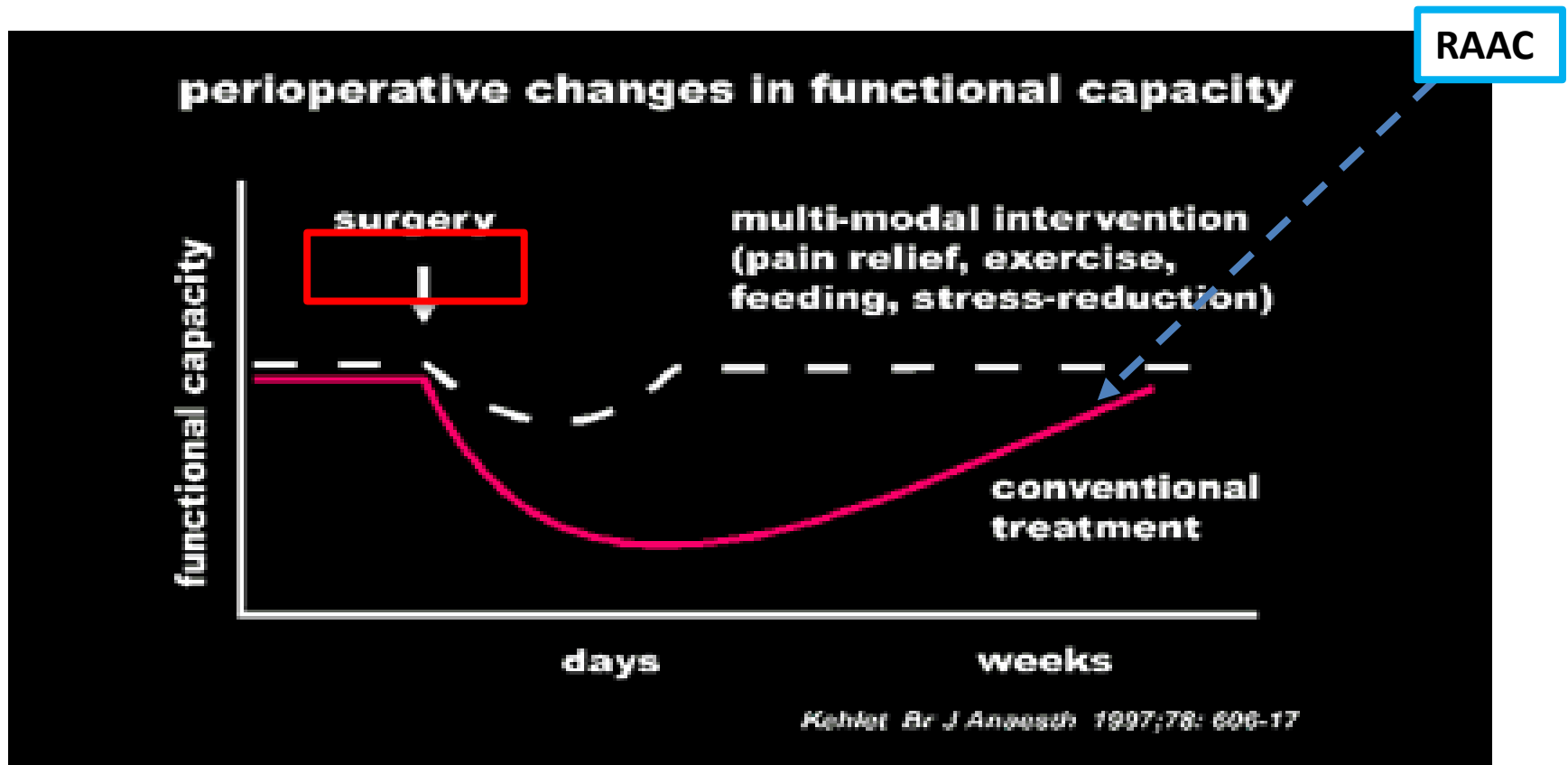
« Những đứa trẻ được nghỉ ngơi và cảm thấy tốt hơn trong vòng tay của 1 người mẹ thông minh hơn bất kỳ nơi nào, đặc biệt là bệnh viện »

Pr Kehlet 1997 đề xuất cho những can thiệp phức tạp

Một câu hỏi được đặt ra: *“ Tại sao bệnh nhân phải ở lại viện hôm nay?”*

Sự cần thiết của RAAC?

“ Các can thiệp phẫu thuật là những sang chấn đủ để gây ra những thay đổi về nội tiết, chuyển hóa và sinh lý ”



Tại sao phục hồi muộn sau mổ?

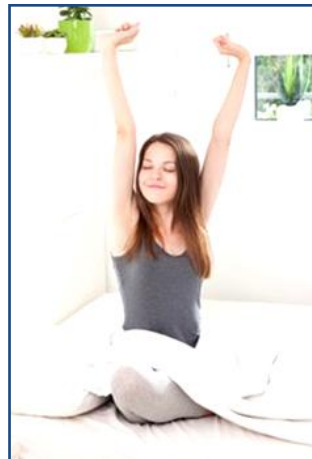
1. Đau
2. Buồn nôn và nôn
3. Bí tiểu
4. Bất động

=> **Nằm viện**

Những nguyên tắc chung:

1. **Giảm can thiệp** ⇔ Kỹ thuật ít xâm lấn và tránh phải đặt dẫn lưu
2. **Giảm đau** ⇔ điều trị sớm
3. **Chống buồn nôn** ⇔ Không làm gián đoạn chức năng tiêu hóa: ăn uống, không đặt sonde
4. **Giảm nguy cơ bí tiểu và nhiễm trùng tiết niệu** ⇔ bỏ sonde tiểu
5. **Trở lại cuộc sống bình thường** ⇔ Vận động và phục hồi các thói quen

=> **Tại nhà**



Khuyến nghị

- **Phát triển hình thức đa chuyên ngành**
Gây mê, phẫu thuật viên, dinh dưỡng, điều dưỡng, dược sĩ, vật lý trị liệu
- **3 bước:**
 - Trước phẫu thuật
 - Trong phẫu thuật
 - Sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật

- 1. Thông tin chính xác và đầy đủ cho bệnh nhân**
- 2. Duy trì chức năng tiêu hóa:**
 - Ăn đến 6h trước mổ
 - Uống đến 2h
- 3. Tránh rối loạn tiêu hóa :** Không chuẩn bị về tiêu hóa
- 4. Duy trì năng lượng**
 - 100g Carbohydrate trong đêm và 50g cho 2h trước can thiệp

Trong mổ

- 1. Giảm đau đa phương thức bằng gây tê tại chỗ - gây tê vùng**
- 2. Giảm sang chấn phẫu thuật:**
 - Phẫu thuật với đường rạch giới hạn thậm chí rất nhỏ
 - Tránh dẫn lưu
- 3. Chống buồn nôn**
- 4. Tiêm truyền khi cần và kiểm soát đường máu**
- 5. Làm ấm bệnh nhân và kiểm soát nhiệt độ**
- 6. Giảm stress bằng dexamethasone 8mg**
- 7. Xem xét kháng sinh dự phòng và chống đông**
- 8. Nhỏ thuốc tê tại chỗ**

Sau phẫu thuật

- 1. Giảm đau đa phương thức và nhanh chóng đường uống**
- 2. Uống 1-2h và ăn < 6h**
- 3. Giới hạn lượng dịch truyền**
- 4. Rút sonde tiêu sớm (écho.)**
- 5. Vận động sớm J0**
- 6. Hướng dẫn chi tiết trước xuất viện**
- 7. Liên hệ sau xuất viện J+2**

Bằng chứng!

Trước phẫu thuật

Hiệu quả của corticoïdes trong phục hồi chức năng sau phẫu thuật bụng

Preoperative Glucocorticoid Use in Major Abdominal Surgery

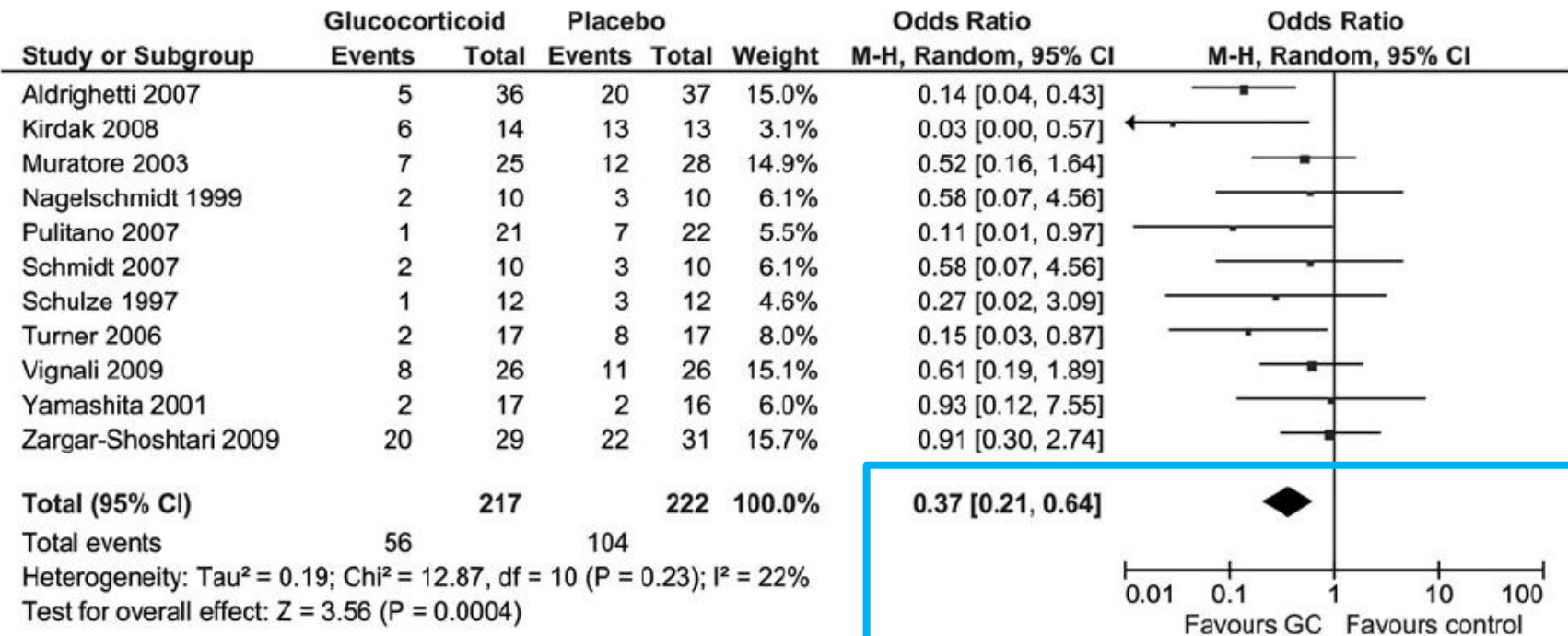
Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials

Sanket Srinivasa, MBChB, Arman A. Kahokehr, MBChB, Tzu-Chieh Yu, MBChB, and Andrew G. Hill, MD, FRACS, FACS

Tiêm liều duy nhất trước phẫu thuật

(Ann Surg 2011;254:183–191)

Giảm đáng kể các biến chứng sau phẫu thuật



Trước phẫu thuật

Hiệu quả của corticoïdes trong phục hồi chức năng sau phẫu thuật bụng

Preoperative Glucocorticoid Use in Major Abdominal Surgery

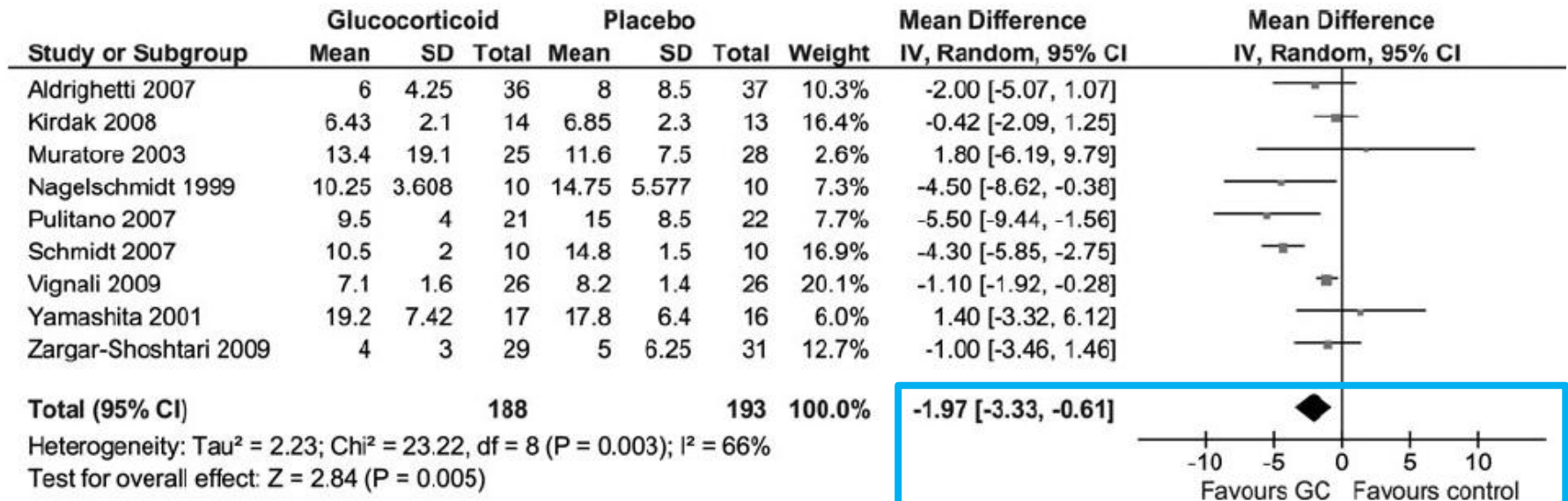
Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials

Sanket Srinivasa, MBChB, Arman A. Kahokehr, MBChB, Tzu-Chieh Yu, MBChB, and Andrew G. Hill, MD, FRACS, FACS

(*Ann Surg* 2011;254:183–191)

Tiêm liều duy nhất
trước phẫu thuật

Giảm thời gian điều trị



Trong mổ

Lợi ích của gây tê vùng – tại chỗ trong phục hồi chức năng sau mổ

Impact of including regional anaesthesia in enhanced recovery protocols: a scoping review

D. I. McIsaac^{1,2,3}, E. T. Cole¹ and C. J. L. McCartney^{1,2,3,*}

British Journal of Anaesthesia, 115 (S2): ii46–ii56 (2015)

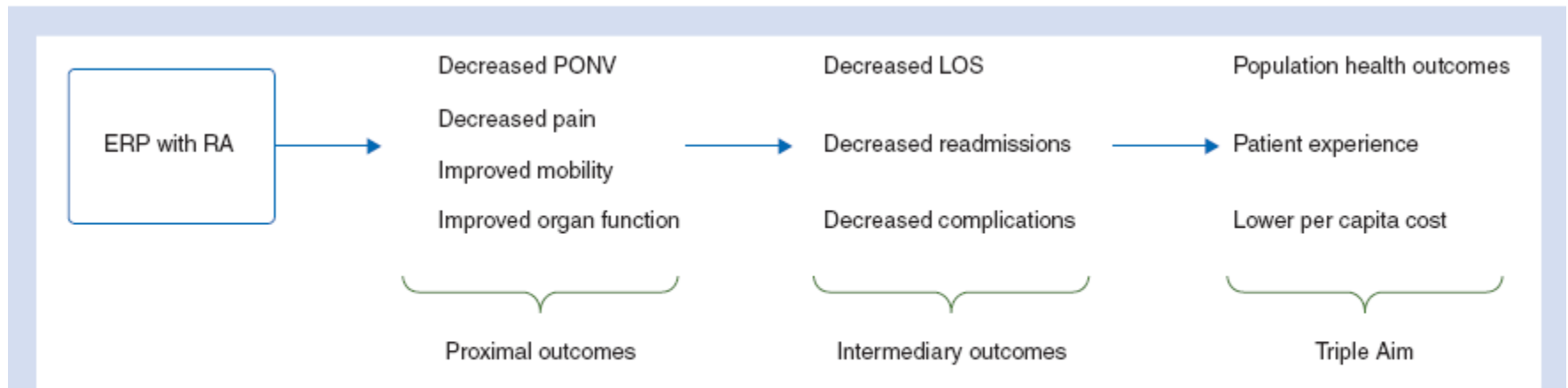


Fig 1 Hypothesized causal pathway by which regional anaesthesia may improve healthcare value in enhanced recovery. ERP, enhanced recovery pathway; LOS, length of stay; PONV, postoperative nausea and vomiting; RA, regional analgesia.

Trong mổ

Hạ nhiệt độ sau mổ: một dấu hiệu nặng

Perioperative thermoregulation and heat balance

Daniel I Sessler

Lancet 2016

	N	ΔT_{core} (°C)	Normothermic	Hypothermic	p value	Reference
Surgical wound infection	200	1.9	6%	19%	<0.01	Kurz et al ⁶⁹
Duration of stay in hospital	200	1.9	12.1 days (SD 4.4)	14.7 days (SD 6.5)	<0.01	Kurz et al ⁶⁹
Ventricular ectopy	300	1.3	2%	8%	<0.05	Frank et al ⁸⁶
Urinary excretion of nitrogen	12	1.5	728 mmol per day (SD 254)	1240 mmol per day (SD 558)	<0.05	Carli et al ⁸⁷
Duration of vecuronium	20	2.0	28 min (SD 4)	62 min (SD 8)	<0.001	Heier et al ⁸⁸
Duration of atracurium	6	3.0	44 min (SD 4)	68 min (SD 7)	<0.05	Leslie et al ⁷³
Plasma propofol concentration	6	3.0	100%	128%	<0.05	Leslie et al ⁷³
Duration of postanaesthetic recovery	150	1.9	53 min (SD 36)	94 min (SD 65)	<0.001	Lenhardt et al ⁷⁴
Change in plasma norepinephrine	9	1.3	-0.6 µg/mL (SD 1.0)	46 µg/mL (SD 5)	<0.05	Frank et al ⁸⁹
Thermal discomfort	74	2.6	50 mm VAS (SD 10)	18 mm VAS (SD 9)	<0.001	Kurz et al ⁹⁰

Only randomised trials of people are included. Subjective responses were evaluated by observers masked to treatment group and core temperature. N=total number of participants. ΔT_{core} =difference in core temperature between the treatment groups. VAS is a 100 mm long visual analogue scale (0 mm=intense cold, 100 mm=intense heat). Studies of blood loss and transfusion requirement are excluded because they are summarised in a meta-analysis.⁶⁸ Dozens of studies, not shown, demonstrate that hypothermia provokes postoperative shivering.

Table: Major in-vivo consequences of mild perioperative hypothermia in human beings

Trong mổ

Dự phòng hạ nhiệt độ: một hành động hiệu quả

Compliance with Surgical Care Improvement Project for Body Temperature Management (SCIP Inf-10) Is Associated with Improved Clinical Outcomes

Andrew V. Scott, B.S., Jerry L. Stonemetz, M.D., Jack O. Wasey, B.M., B.Ch., Daniel J. Johnson, B.S., Richard J. Rivers, M.D., Colleen G. Koch, M.D., M.S., Steven M. Frank, M.D.

(ANESTHESIOLOGY 2015; 123:116-25)

36,6 ± 0,5°C vs 35,5±0,5°C

	SCIP Compliant (n = 44,064), No. (%)	SCIP Noncompliant (n = 1,240), No. (%)	Univariable (Unadjusted) Effect for SCIP Compliance, OR (95% CI)	P Value
Any infection	3,312 (7.5)	160 (12.9)	0.55 (0.44–0.69)	<0.0001
<i>Clostridium difficile</i>	569 (1.3)	31 (2.5)	0.51 (0.32–0.82)	0.0008
Sepsis	1,350 (3.1)	93 (7.5)	0.39 (0.29–0.52)	<0.0001
Wound infection	1,673 (3.8)	44 (3.6)	0.93 (0.63–1.39)	0.7811
Drug-resistant infection	235 (0.5)	16 (1.3)	0.41 (0.21–0.80)	0.0016
Ischemic cardiovascular event	602 (1.4)	38 (3.1)	0.44 (0.28–0.68)	<0.0001
TIA or CVA	446 (1.0)	27 (2.2)	0.46 (0.29–0.72)	0.0005
MI	164 (0.4)	11 (0.9)	0.42 (0.21–0.84)	0.008
In-hospital mortality	617 (1.4)	60 (4.8)	0.28 (0.20–0.40)	<0.0001
Length of stay				
Mean LOS (d)	9.0 ± 19.1	13.6 ± 24.2		<0.0001
Median (IQR) LOS (d)	4 (2–8)	5 (2–14)		<0.0001

Trong mổ

Truyền dịch và những biến cố có thể gặp trong mổ

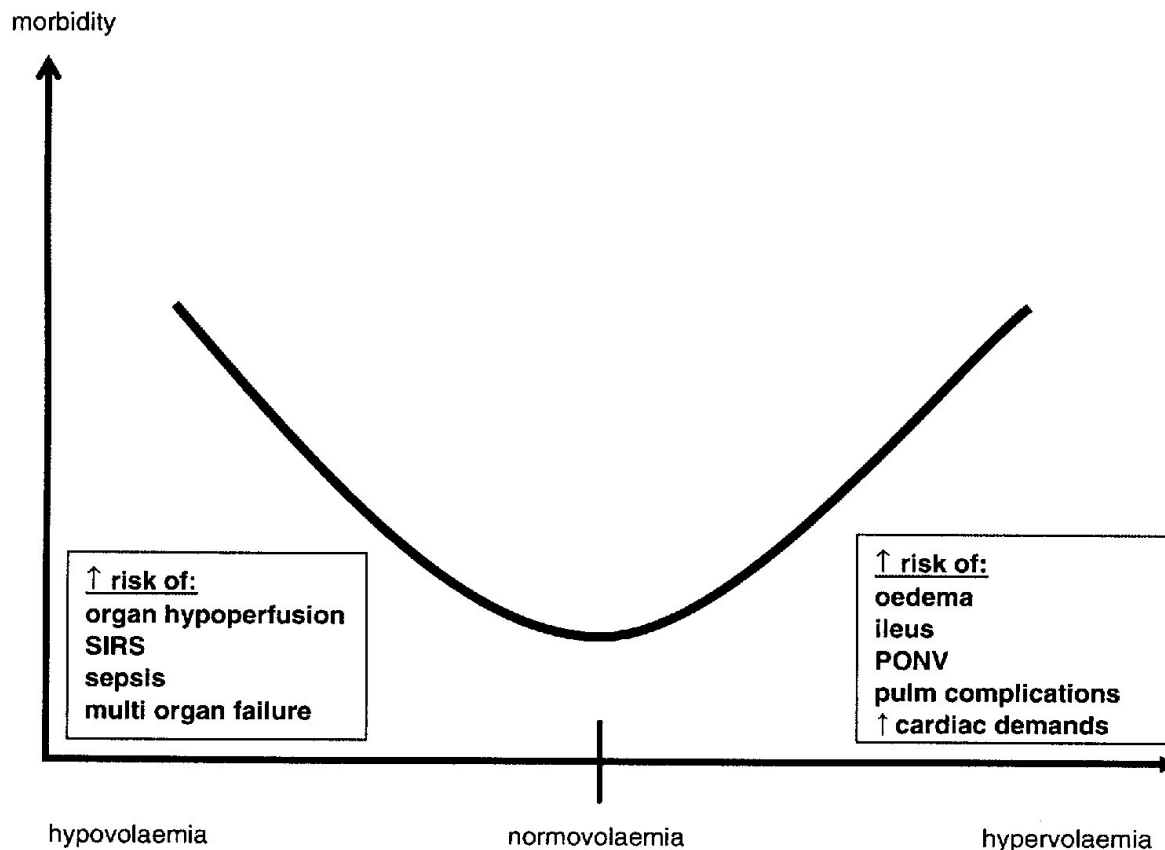
Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 843-851
Printed in Singapore. All rights reserved

© 2009 The Authors
Journal compilation © 2009 The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation
ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA
doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02029.x

Review Article

'Liberal' vs. 'restrictive' perioperative fluid therapy – a
critical assessment of the evidence

M. BUNDGAARD-NIELSEN^{1,2}, N. H. SECHER² and H. KEHLET¹
¹Section of Surgical Pathophysiology, and ²Department of Anaesthesia, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark



Trong mổ

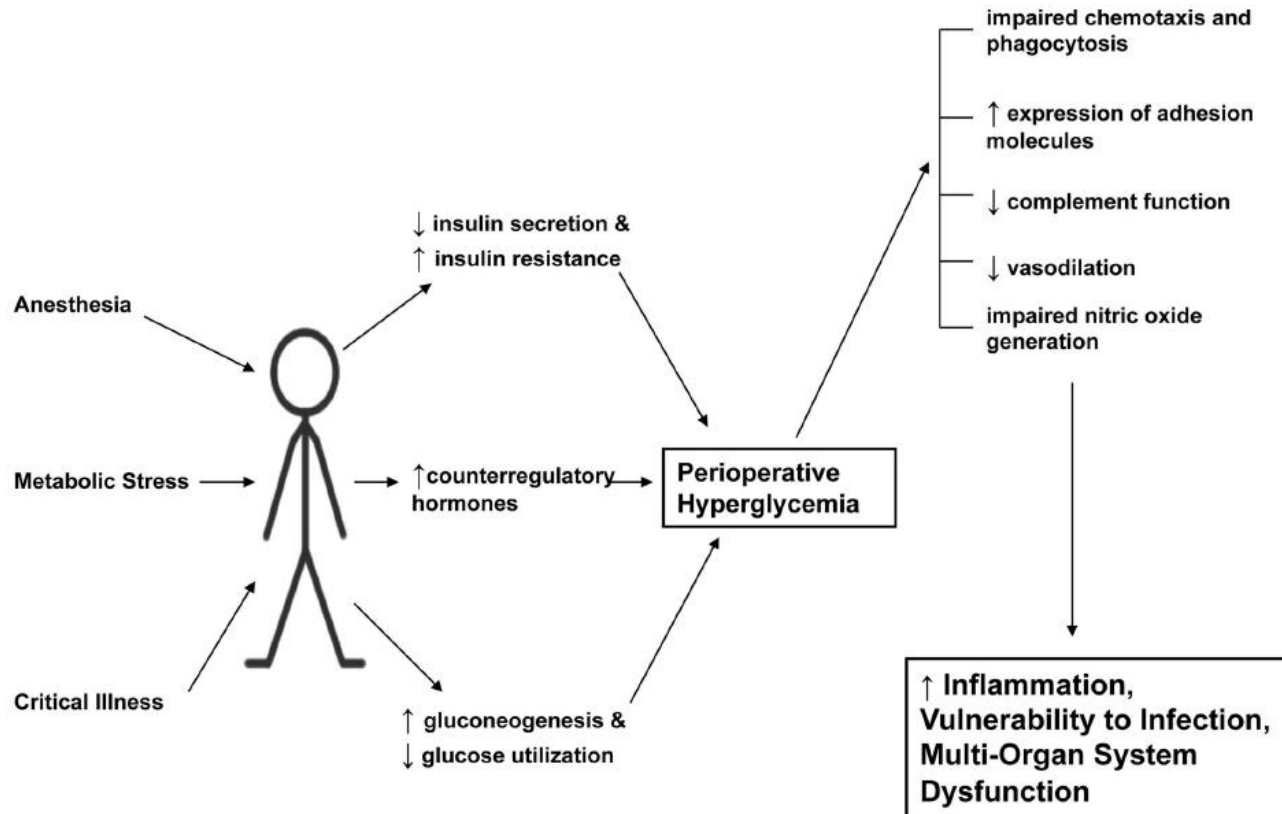
Kiểm soát đường máu trong mổ và biến chứng sau mổ

Perioperative Glycemic Control

An Evidence-based Review

Angela K. M. Lipshutz, M.D., M.P.H.,* Michael A. Gropper, M.D., Ph.D.†

Anesthesiology 2009; 110:408-21



Tác động của RAAC trong phụ khoa

Thời gian điều trị

- *Dickson Gynecol Obstet Investig 2012*
 - 400 Cắt tử cung đường bụng
 - Cách thức: tư vấn, tê tủy sống, đi lại sớm, ăn sớm
 - Thời gian nằm viện 3 ngày => 1 ngày, không thay đổi lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và biến chứng

Đau

- *Wodlin Acta Obstet Gynecol Scand 2011*
- *Kroon Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010*
- Hiệu quả cao của giảm đau đa phương thức kết hợp morphine tủy sống và gây mê tĩnh mạch liều thấp

Biến chứng và tái nhập viện

- *Nilson Austr N Z Obstet Gynaecol 2012*
- Cắt tử cung đường bụng
- 25% biến chứng nhẹ, 9,7% nặng và 2,5% tái nhập viện
- Giống nghiên cứu của Phần Lan 2006 trên 5279 ca cắt tử cung
- *Relph Int J Health Plann Manag 2014*
- Vào viện lại : 0% so với 6,7% nhưng số lần tái khám sau mổ nhiều hơn 15,6% so với 0%

Sự hài lòng

- *Yoong J Minim Invasive Gynecol 2014*
- Điểm cho 4 tuần sau cắt tử cung đường âm đạo
- Hài lòng 8/10 trong mỗi nhóm
- 65% điểm > 9/10 trong nhóm RAAC

Chất lượng cuộc sống

- *Wodlin Acta Obstet Gynecol Scand 2011*
- 180 bệnh nhân cắt tử cung đường bụng
- Chất lượng cuộc sống được cải thiện nhanh chóng
- Giảm cảm giác mắc bệnh

Trong ung thư phụ khoa

- *Chase Acta Obstet Gynecol Scand 2008* : đánh giá 880 bệnh nhân
 - Thời gian nằm viện trung bình: 2 ngày
 - Tái nhập viện: 5%
- *LU Cochrane 2012* : 3 thử nghiệm không ngẫu nhiên của ung thư buồng trứng
 - Thời gian nằm viện ngắn hơn
 - Không có sự khác biệt về các biến chứng, tử vong và tái nhập viện
- *Carter ISRN Surg 2012* : 389 bệnh nhân - 22 điểm trong chương trình ERAS
 - Nằm viện 3 ngày, xuất viện ngày 2: 10%=> 36%
 - Tái nhập viện 4%
 - Mổ lại 0,5%
- *Kalogera Obstet Gynecol 2013* : 241 bệnh nhân
 - Hồi lòng chung 95%
 - Thời gian trung tiện: – 1j
 - Thời gian nằm viện: - 4j
 - Tái nhập viện : tương tự
 - và -7600US\$

Đặc thù sản khoa

- **2 nhóm yếu tố** liên quan đến chất lượng phục hồi sau mổ lấy thai:
 - Can thiệp phẫu thuật vùng bụng
 - Thai sản: Mối liên hệ giữa mẹ (+cha) - con và sự cho con bú



**Khuyến nghị
với sự phát triển đa ngành
bao gồm
gây mê, bs phụ khoa, nữ hộ sinh,
bs nhi, nhà dinh dưỡng, điều
dưỡng, dược sĩ**

Trước mổ

Đồng nhất

- 1. Thông tin chính xác và đầy đủ cho bệnh nhân**
- 2. Duy trì chức năng tiêu hóa:**
 - Ăn đến 6h trước mổ
 - Uống đến 2h
- 3. Duy trì năng lượng**
 - 100g Carbohydrate trong đêm và 50g cho 2h
- 4. Tránh rối loạn tiêu hóa :** Không chuẩn bị về tiêu hóa

Trong mổ

- 1. Ưu tiên tê tại chỗ - vùng** với morphine ngoài màng cứng với liều 100mg thậm chí ít hơn
- 2. Giảm sang chấn phẫu thuật:**
 - Kỹ thuật Misgav-Ladach
 - Không dẫn lưu
- 3. Chống buồn nôn**
- 4. Không truyền 1 cách hệ thống**
- 5. Làm ấm bệnh nhân và kiểm soát nhiệt độ**
- 6. Carbetocine thay cho oxytocine (kéo dài 4-5h)**
- 7. Xem xét kháng sinh dự phòng và chống đông**
- 8. Nhỏ thuốc tê tại chỗ**

Sau mổ

1. Da kề da « ngay lập tức »
2. Bú mẹ sớm
3. Giảm đau đa phương thức và nhanh chóng đường uống
4. Uống 1-2h và ăn <6h
5. Giới hạn lượng dịch truyền
6. Rút sonde tiểu sớm (écho.)
7. Vận động sớm J0
8. Hướng dẫn chi tiết trước xuất viện
9. Liên hệ sau xuất viện J+2

Kết luận

- 1. Quy trình phục hồi chức năng sau phẫu thuật:**
1 quan điểm mới trong phẫu thuật
- 2. Lợi ích cho bệnh viện:** thời gian nằm viện ngắn
- 3. Lợi ích cho ê-kíp mổ:** làm việc đa chuyên ngành và sự hài lòng của bệnh nhân, nổi tiếng
- 4. Lợi ích cho bệnh nhân:** Phục hồi tốt và nhanh hơn