



HENRI JEAN PHILIPPE

GIÁO SƯ

Hội hành động vì sức khỏe phụ nữ (ASF)

Trưởng khoa Sức khỏe sinh sản và Y học thai nhi

Khoa Y

Đại học Y khoa Paris Descartes (Pháp)

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG
LẦN THỨ
TP. HỒ CHÍ MINH, 19 & 20/5/2016



Phục hồi nhanh 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

Cải thiện phục hồi chức năng sau phẫu thuật

Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật

Phương pháp nhằm mục tiêu tăng tốc và cải thiện sự hồi phục sau phẫu thuật.

Hai Gs khởi xướng :

Gs Nicoll / BMJ 1909 khoảng 10 000 can thiệp phẫu thuật thông thường

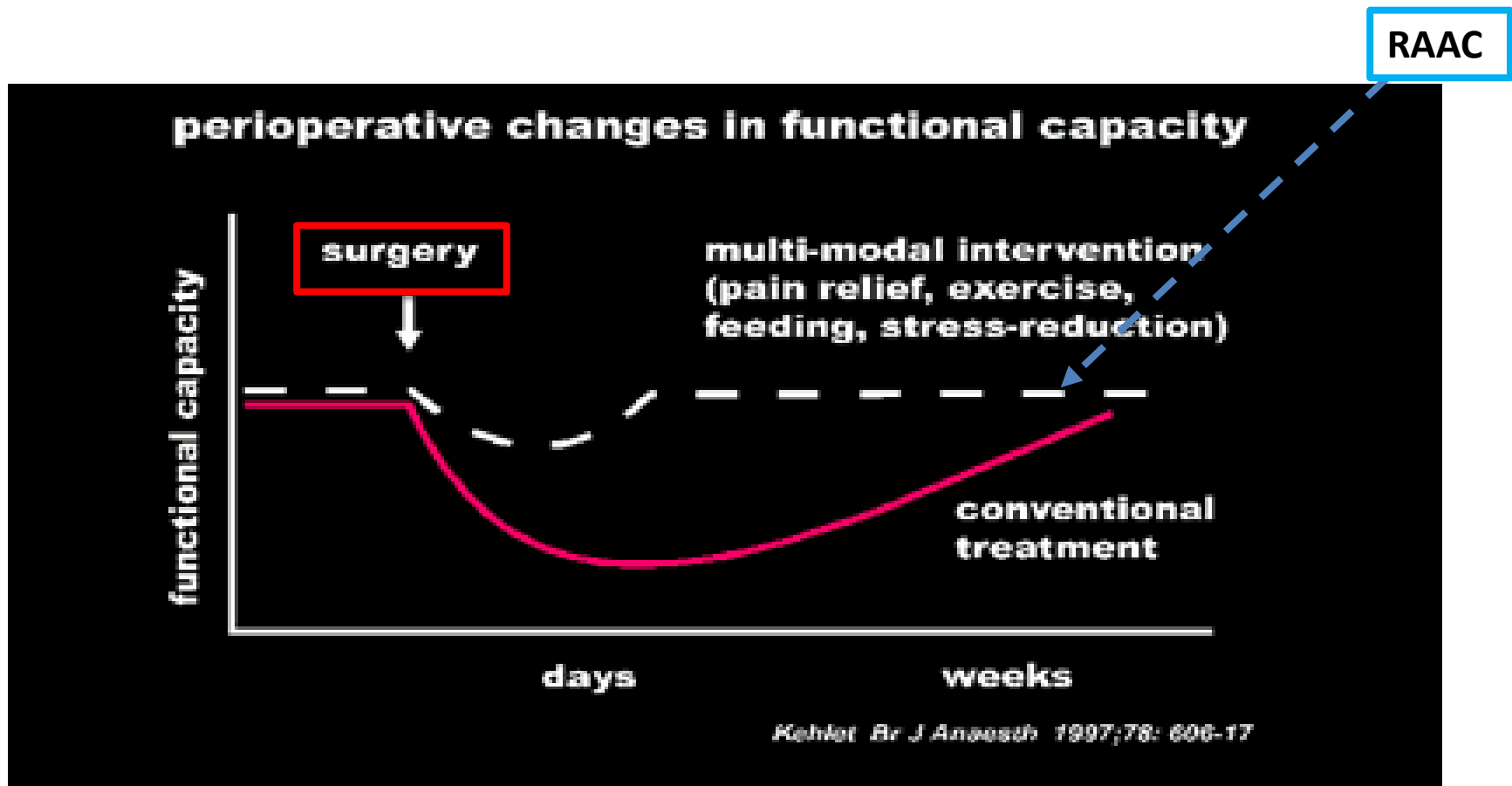
« Những trẻ em được nghỉ ngơi và cảm thấy tốt hơn trong vòng tay người mẹ thì thông minh hơn là ở nơi khác, đặc biệt là ở bệnh viện »

Gs Kehlet 1997 với các các can thiệp phẫu thuật lớn

Một câu hỏi đặt ra một cách hệ thống: “ Tại sao các bệnh nhân ở bệnh viện trong ngày hôm nay?”

Cần thiết chương trình RAAC ?

“Phẫu thuật là đủ chấn thương để gây ra các thay đổi nội tiết, chuyển hóa và sinh lý quan trọng”



Tại sao sự phục hồi sau phẫu thuật là muộn?

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

=> Ở bệnh viện

Nguyên tắc chung :

1. **Giảm căng thẳng phẫu thuật** ⇔ Kỹ thuật xâm lấn tối thiểu và hạn chế dẫn lưu.
2. **Giảm đau** ⇔ dự đoán điều trị
3. **Tránh nôn** ⇔ không gián đoạn chức năng tiêu hóa: thức ăn, không đặt sonde
4. **Giảm nguy cơ bí tiểu và nhiễm trùng tiểu** ⇔ loại bỏ ống thông tiểu
5. **Trở lại một cuộc sống bình thường** ⇔ vận động và trở lại các thói quen

=> Ở nhà



Khuyến cáo

- **Xây dựng phác đồ đa ngành**
gây mê, phẫu thuật viên, chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng, dược sĩ, vật lý trị liệu
- **3 giai đoạn :**
 - Trước phẫu thuật
 - Trong phẫu thuật
 - Sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật

- 1. Thông tin chính xác và hoàn chỉnh cho bệnh nhân**
- 2. Duy trì các chức năng tiêu hóa:**
 - Ăn đến trước mổ 6 h
 - Uống đến trước mổ 2 h
- 3. Tránh rối loạn tiêu hóa: không chuẩn bị ruột**
- 4. Duy trì năng lượng**
 - 100g Carbohydrate ngày hôm trước và 50g 2 giờ trước vào phòng mổ

Trong khi mổ

- 1. Giảm đau đa phương thức thuận lợi với gây tê tại chỗ vùng**
- 2. Giảm chấn thương phẫu thuật:**
 - PT với đường rạch hạn chế thậm chí xâm lấn tối thiểu
 - Tránh dẫn lưu
- 3. Phòng tránh buồn nôn**
- 4. Dịch truyền phù hợp với nhu cầu và kiểm soát ĐH**
- 5. Sưởi ấm bệnh nhân và kiểm soát nhiệt độ**
- 6. Giảm stress bằng dexamethasone 8mg**
- 7. Xem xét Thromboprophylaxie và kháng sinh dự phòng**
- 8. Nhỏ giọt gây tê tại chỗ thành bụng**

Sau phẫu thuật

- 1. Giảm đau đa phương thức và nhanh chóng bằng đường uống**
- 2. Uống 1-2 giờ và ăn <6 giờ**
- 3. Hạn chế dịch truyền TM**
- 4. Rút sớm sonde tiểu**
- 5. Vận động sớm ngày 0**
- 6. Hướng dẫn kỹ càng trước khi xuất viện**
- 7. Liên hệ sau khi xuất viện ngày 2**

Những bằng chứng!

Trước mổ

Tác dụng có lợi của corticoid trên phục hồi chức năng sau phẫu thuật ổ bụng

Preoperative Glucocorticoid Use in Major Abdominal Surgery

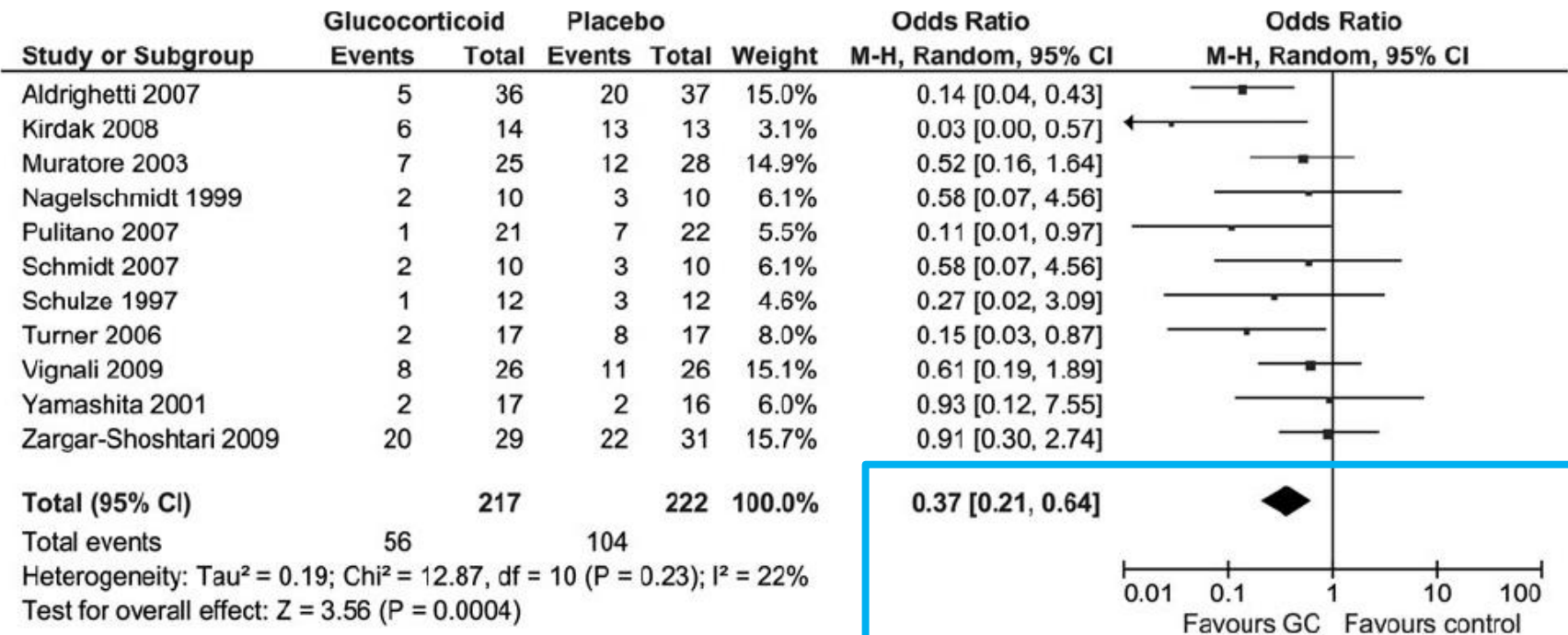
Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials

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

Liều tiêm duy nhất
trước khi phẫu thuật

(*Ann Surg* 2011;254:183–191)

Giảm đáng kể các biến chứng sau phẫu thuật



Trước phẫu thuật

Tác dụng có lợi của corticoid trên phục hồi chức năng sau phẫu thuật ổ bụng

Preoperative Glucocorticoid Use in Major Abdominal Surgery

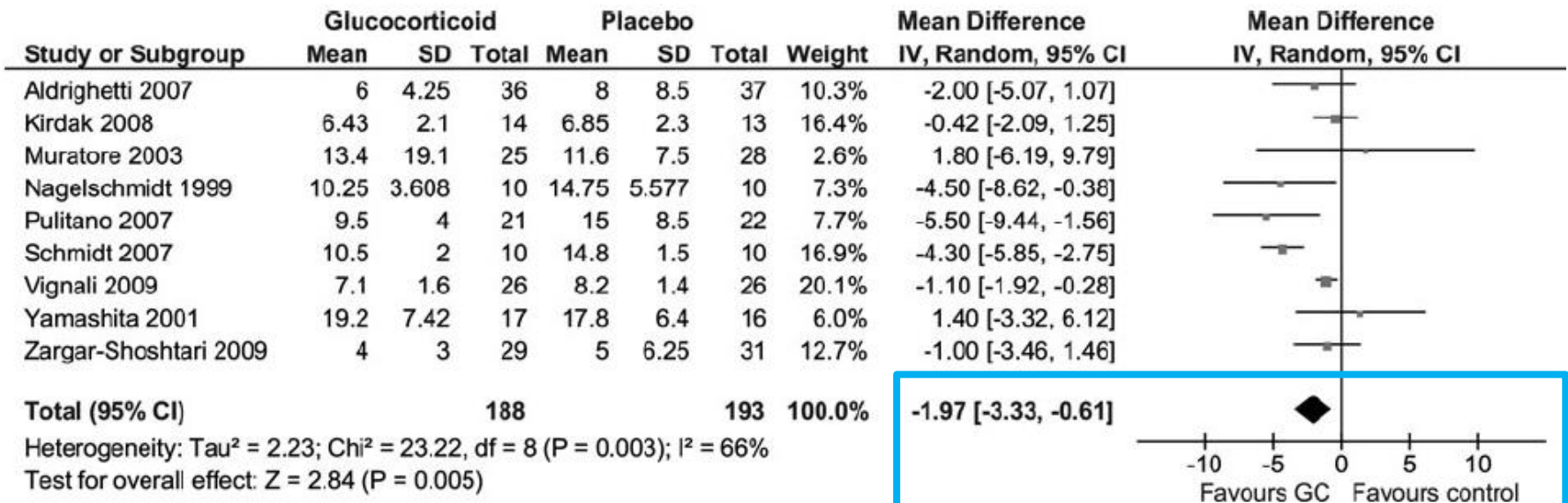
Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials

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

Liều tiêm duy nhất
Trước khi phẫu thuật

(*Ann Surg* 2011;254:183–191)

Giảm đáng kể thời gian nằm viện



Trong phẫu thuật

Lợi ích của gây tê tại chỗ trên cải thiện phục hồi chức năng sau phẫu thuật

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)

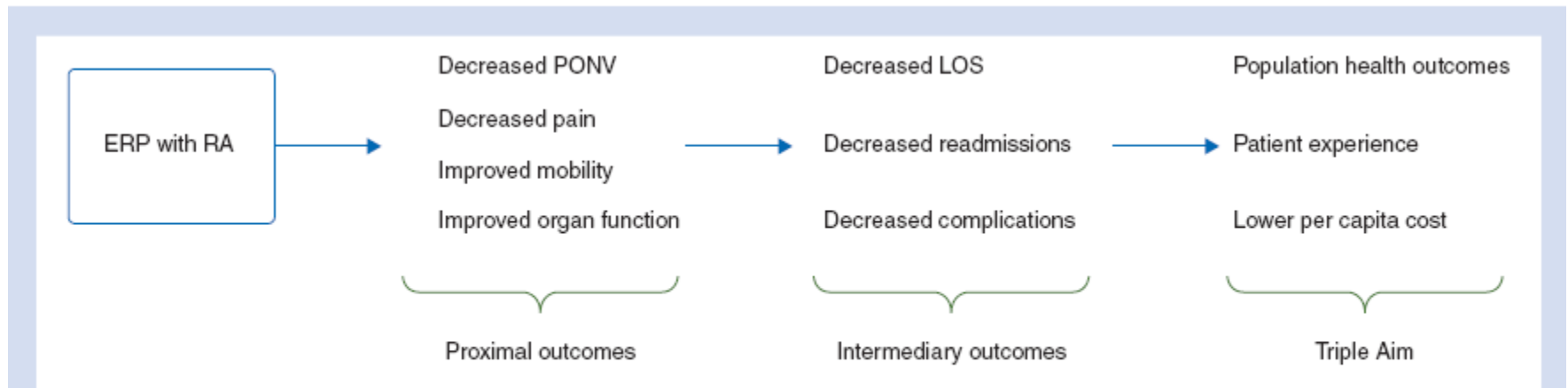


Fig 1 Hypothesized causal pathway by which regional anaesthesia may improve healthcare value in enhanced recovery. ERP, enhanced recovery pathway; LOS, length of stay; PONV, postoperative nausea and vomiting; RA, regional analgesia.

Trong phẫu thuật

Hạ thân nhiệt sau phẫu thuật : một biến cố quan trọng

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 phẫu thuật

Phòng ngừa hạ thân nhiệt : thực hành lâm sàng tốt

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 phẫu thuật

Đồ đầy tuần hoàn và bệnh lý trong khi phẫu thuật

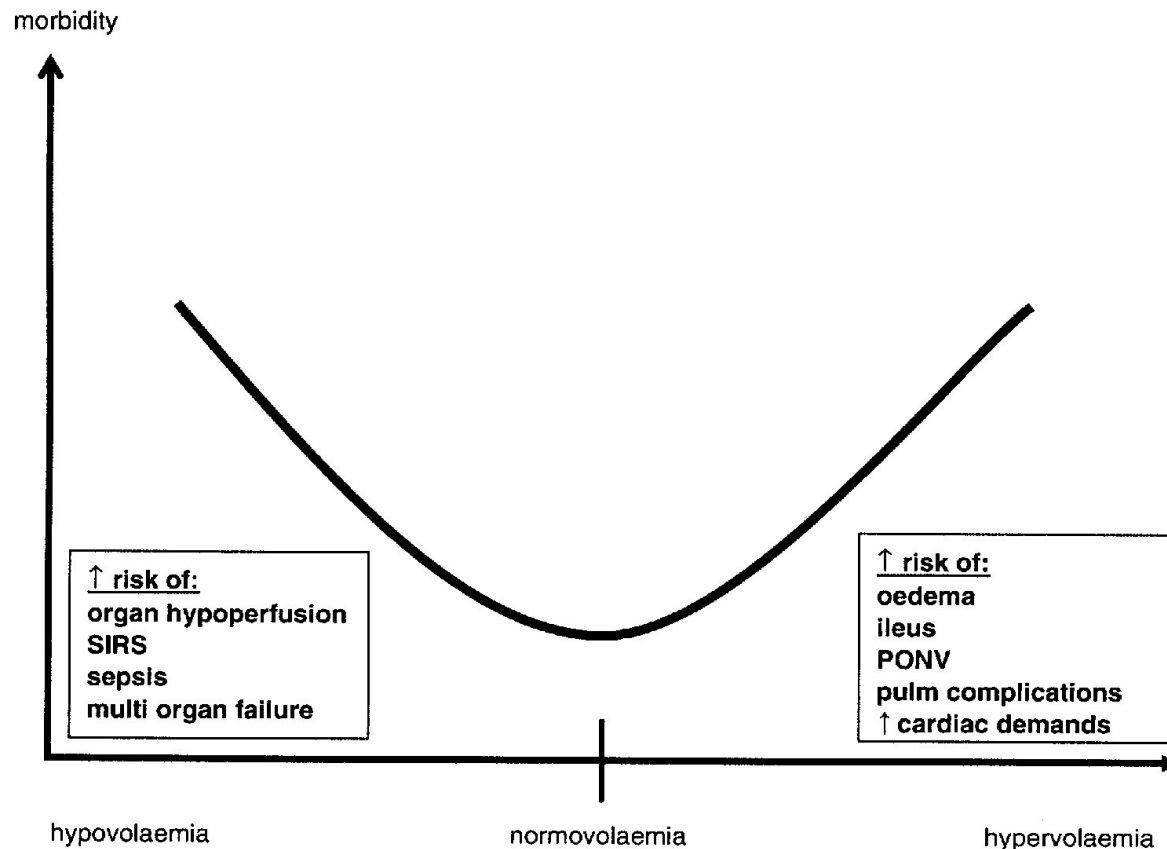
Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 843–851
Printed in Singapore. All rights reserved

© 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 phẫu thuật

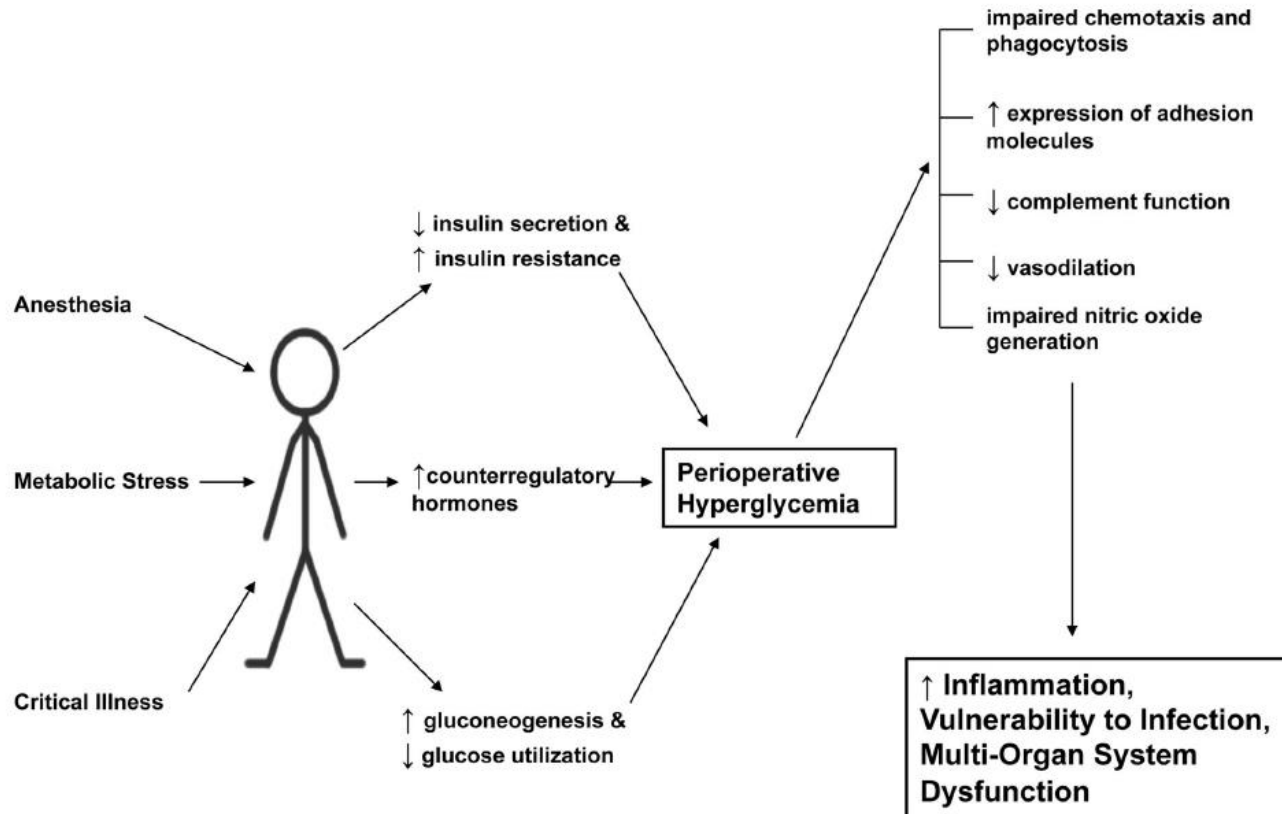
Kiểm soát đường huyết trong lúc mổ và các biến chứng sau phẫu thuật

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 chương trình RAAC trong phụ khoa

Thời gian nằm viện

- *Dickson Gynecol Obstet Investig 2012*
 - 400 trường hợp cắt TC ngã bụng
 - Cách thức : tư vấn, gây tê tủy sống, vận động sớm, cho ăn sớm
 - Nằm viện 3 ngày => 1 ngày không thay đổi lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và các biến chứng

Đau

- *Wodlin Acta Obstet Gynecol Scand 2011*
- *Kroon Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010*
- Hiệu quả cao về giảm đau đa phương thức kết hợp với morphine tiêm trong tủy sống và gây tê liều thấp

Các biến chứng và nhập viện trở lại

- *Nilson Austr N Z Obstet Gynaecol 2012*
- Cắt TC ngã bụng
- 25% các biến chứng nhẹ, 9,7% biến chứng nặng và 2,5% phải nhập viện lại
- Giống như nghiên cứu ở Phần Lan 2006 trên 5279 trường hợp cắt TC
- *Relph Int J Health Plann Manag 2014*
- Nhập viện lại : 0% so với 6,7% nhưng phải khám hậu phẫu vì một số vấn đề nhỏ 15,6% so với 0%

Sự hài lòng

- *Yoong J Minim Invasive Gynecol 2014*
- Điểm 4 tuần sau cắt TC ngã âm đạo
- 8/10 sự hài lòng trong mỗi nhóm
- 65% số điểm > 9/10 trong mỗi nhóm RAAC

Chất lượng cuộc sống

- *Wodlin Acta Obstet Gynecol Scand 2011*
- 180 bệnh nhân cắt bỏ TC ngã bụng
- Chất lượng cuộc sống tốt nhanh chóng hơn
- Cảm giác bị bệnh ngắn hơn

Trong ung bướu phụ khoa

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

Đặc thù sản khoa

- **2 yếu tố** liên quan đến chất lượng phục hồi sau mổ lấy thai:
 - Những yếu tố liên quan đến phẫu thuật vùng bụng
 - Những yếu tố liên quan đến sản khoa nghĩa là liên quan của người mẹ (hoặc cha)- con và cho con bú.



**Khuyến cáo
với sự phối hợp đa ngành
bác sĩ gây mê, bác sĩ sản phụ khoa,
hộ sinh, bác sĩ nhi khoa, chuyên
gia dinh dưỡng, điều dưỡng,
dược sĩ**

Trước khi mổ

giống như nhau

- 1. Thông tin chính xác bệnh nhân**
- 2. Duy trì các chức năng tiêu hóa:**
 - ăn đến trước phẫu thuật 6 tiếng
 - uống đến trước phẫu thuật 2 tiếng
- 3. Duy trì năng lượng**
 - 100g Carbohydrate ngày hôm trước và 50g 2 giờ trước khi vào phòng mổ
- 4. Tránh rối loạn tiêu hóa: không chuẩn bị ruột**

Trong khi mổ

1. **Ưu tiên gây tê tại chỗ vùng** với morphine tiêm trong tử giới hạn liều 100mg hoặc ít hơn
2. **Giảm chấn thương phẫu thuật:**
 - Phương pháp Misgav-Ladach
 - Không dẫn lưu
3. **Chống buồn nôn**
4. **Không truyền dịch một cách hệ thống**
5. **Sưởi ấm bệnh nhân và kiểm soát nhiệt độ**
6. **Carbetocine** thay thế cho oxytocine (duy trì 4-5 giờ)
7. **Xem xét Thromboprophylaxie và kháng sinh dự phòng**
8. **Nhỏ giọt gây tê vùng**

Sau khi mổ

1. Da kề da « ngay lập tức »
2. Cho bú sớm
3. Giảm đau đa phương thức và nhanh chóng bằng đường uống
4. Uống 1-2 giờ và ăn <6 giờ
5. Hạn chế dịch truyền TM
6. Rút sonde tiểu sớm
7. Vận động sớm ngày 0
8. Hướng dẫn kỹ càng trước khi nhập viện
9. Liên hệ sau khi xuất viện 2 ngày

Kết luận

- 1. Phương pháp RAAC** : một quan niệm mới trong chăm sóc phẫu thuật
- 2. Lợi ích cho bệnh viện:** thời gian nằm viện ngắn
- 3. Lợi ích cho ê kíp phẫu thuật:** làm việc với nhiều chuyên ngành và hài lòng hơn về danh tiếng.
- 4. Lợi ích cho bệnh nhân:** tốt hơn và hồi phục nhanh hơn