

# HIỆU QUẢ CỦA MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP DỊCH CHUYỂN SỰ CHÚ Ý LÊN SỰ HỢP TÁC CỦA TRẺ EM TRƯỚC GÂY MÊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đào Thị Huyền Trang<sup>1,✉</sup>, Phạm Quang Minh<sup>1,2</sup>, Lưu Xuân Võ<sup>1</sup>  
Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Trần Hồng Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Linh<sup>1</sup>  
Vũ Hoàng Phương<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hữu Tú<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Gây mê hồi sức cho trẻ em luôn là một thách thức lớn với các bác sĩ. Sau phẫu thuật trẻ em có nguy cơ gặp các biến chứng liên quan đến sức khỏe tâm thần, các biến chứng này có thể dẫn đến rối loạn tâm lý kéo dài. Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên 50 trẻ em được chỉ định phẫu thuật khe hở môi vòm. Các trẻ này được chăm sóc theo một phần của chương trình “tăng cường hồi phục sau phẫu thuật” với trọng tâm là cho trẻ uống dung dịch giàu carbohydrate và sử dụng các biện pháp dịch chuyển sự chú ý trước phẫu thuật như khuyến khích trẻ tự tìm hiểu các thông tin hay hướng dẫn gia đình tương tác với trẻ... Kết quả thu được rất khả quan, 100% trẻ hợp tác khi vào phòng mổ, 90% trẻ hợp tác với kíp gây mê. Kết luận: một số phương pháp dịch chuyển sự chú ý làm tăng sự hợp tác của trẻ, các phương pháp này bước đầu mang lại hiệu quả tốt, an toàn và nên được áp dụng rộng rãi cho trẻ em trước khi gây mê phẫu thuật theo chương trình.

**Từ khóa:** Khe hở môi vòm miệng, giảm lo âu, ERAS, phẫu thuật nhi.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi trẻ nhập viện để phẫu thuật, kể cả với phẫu thuật theo chương trình và được chuẩn bị trước cùng cha mẹ, trẻ vẫn sẽ phải đối mặt với các nguy cơ có thể gây sang chấn, sợ hãi như xa cha mẹ, môi trường hoàn toàn xa lạ với các thiết bị máy móc, âm thanh chưa từng được gặp trước đây hay đau đớn do các thủ thuật xâm lấn.<sup>1,2</sup> Một nghiên cứu tổng quan trên đối tượng trẻ em và người trưởng thành trong độ tuổi 1 đến 21 tuổi, đã từng có thời gian nằm tại bệnh viện để phẫu thuật nhi.<sup>3</sup> Các tác giả đã chỉ ra rằng trên 13% trẻ sau phẫu thuật có triệu chứng rối loạn căng thẳng, 6 đến 8% có triệu chứng trầm cảm và lo âu, 25% trẻ có

biểu hiện triệu chứng cả trong suy nghĩ và thể hiện ra bên ngoài. Trong vài thập kỷ qua, các phương pháp gây mê và chăm sóc hậu phẫu đã có những bước tiến rất nhanh, giúp tăng tỉ lệ thành công và giảm tỷ biến chứng sau phẫu thuật, cùng với đó ngày càng nhiều phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe tinh thần của trẻ em đã được quan tâm áp dụng.<sup>4</sup> Tuy nhiên, tại Việt Nam cũng như các nước đang phát triển khác, việc chăm sóc sức khỏe tinh thần cho trẻ em trước trong và sau phẫu thuật bắt đầu muộn và chưa phát triển. Các hướng dẫn cụ thể về phương pháp chăm sóc tiền phẫu, hậu phẫu cho trẻ em để giảm căng thẳng ngoài sử dụng thuốc còn thiếu và chưa cụ thể. Hướng dẫn chung về tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) cho trẻ em nhấn mạnh vai trò điều phối viên (thường là điều dưỡng) trong chăm sóc ngoài phòng mổ: điều dưỡng viên có vai trò làm cầu nối giữa phẫu thuật viên,

Tác giả liên hệ: Đào Thị Huyền Trang

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: trangdaosdh@gmail.com

Ngày nhận: 20/09/2024

Ngày được chấp nhận: 04/11/2024

bác sĩ gây mê và gia đình.<sup>1,5</sup> Năm 2023, lần đầu tiên Bệnh viện Đại học Y Hà Nội phối hợp với tổ chức Northern Cleft Foundation, Vương quốc Anh điều trị cho nhóm trẻ em bị di tật khe hở môi vòm. Trong quá trình hợp tác, nhóm chuyên gia điều dưỡng từ Vương quốc Anh đã phối hợp cùng nhân viên điều dưỡng của bệnh viện triển khai một số can thiệp không dùng thuốc giúp chuyển hướng sự quan tâm của trẻ từ trạng thái mệt mỏi, đói, khát nước sang trạng thái vui chơi. Với mục tiêu tổng kết và đánh giá hiệu quả của một số can thiệp dịch chuyển sự chú ý lên sự hợp tác của trẻ trong quá trình chuẩn bị phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu, nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện và bảo vệ tâm lý cho trẻ nhỏ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Bước đầu nhận xét kết quả của một số phương pháp dịch chuyển sự chú ý lên sự hợp tác của trẻ em trước gây mê tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Tất cả trẻ em được chẩn đoán khe hở môi vòm miệng có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

### 1. Đối tượng

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Bố mẹ trẻ hoặc người giám hộ đồng ý cho trẻ tham gia các hoạt động của nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Đang có các bệnh lý hô hấp, tim mạch cấp tính, trẻ có bệnh tâm thần bẩm sinh.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

#### **Cỡ mẫu**

Tất cả các trẻ em có khe hở môi vòm miệng có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Khoa Gây mê Hồi sức và Chống đau, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 3 đến tháng 5/2023.

#### **Biến số nghiên cứu**

Tuổi (tháng), giới tính, cân nặng, thời gian nhịn ăn, thời gian nhịn uống, thời gian chờ phẫu thuật, chẩn đoán, loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ hợp tác khi chuyển từ buồng chờ vào phòng mổ, tỷ lệ hợp tác khi làm đường truyền tĩnh mạch, tỷ lệ hợp tác khi bắt đầu gây mê, tỷ lệ quấy khóc dữ dội khi ra buồng hậu phẫu

#### **Phương pháp tiến hành:**

##### **Trước mổ:**

- Điều dưỡng tiếp xúc với trẻ và đảm bảo trẻ được chăm sóc theo đúng kế hoạch đã đề ra. Theo đó, thứ tự mổ và thời gian mổ ước tính trong khoảng chênh lệch 60 phút đã được sắp xếp từ tối ngày trước phẫu thuật và bàn giao cho nhân viên chăm sóc để lên chế độ nhịn ăn phù hợp với từng trẻ: các trẻ em có lịch phẫu thuật cần nhịn ăn đồ ăn cứng 8h trước phẫu thuật, đồ ăn lỏng mềm cần nhịn 6h, sữa công thức cần nhịn 4h, sữa mẹ nhịn 2h trước phẫu thuật. Trong thời gian nhịn ăn, trẻ sẽ được nhân viên cho uống dung dịch giàu carbohydrate theo nhu cầu đến trước phẫu thuật dự kiến 60 phút. Điều dưỡng viên giải thích trình tự quy trình chuẩn bị mổ cho người nhà và trẻ, đặt ra các mốc thời gian cho các mục tiêu nhịn ăn, nhịn uống cụ thể.

- Điều dưỡng viên quản lý thuốc dùng trước phẫu thuật, số lượng và thời điểm được ăn uống.

- Điều dưỡng viên và gia đình cho trẻ uống dung dịch giàu Carbohydrate (Maltodextrin 12,5%): dung dịch giàu Carbohydrate phức (polysaccharide) được pha trong ngày theo

công thức 50g Carbonhydrate pha trong 400ml nước lọc (dung dịch này cung cấp 200kcal trong 400ml dung dịch).

- Điều dưỡng cung cấp không gian và các vật dụng cần thiết để cùng bố mẹ, người chăm sóc trẻ chuyển sự chú ý của trẻ từ mệt mỏi, giới hạn khu vực vận động tại khu chờ mổ sang sự háo hức khi được tổ chức một số trò chơi:

+ Khuyến khích trẻ tự tìm hiểu thông tin qua các tranh ảnh, poster, tranh chuyện mô phỏng quy trình phẫu thuật và kiên nhẫn trả lời các thắc mắc khi trẻ có nhu cầu tìm hiểu.

+ Khuyến khích trẻ mang điện thoại, tai nghe nhạc, đồ chơi... để thư giãn khi ở khu vực chờ phẫu thuật (Hình 1).

+ Hướng dẫn gia đình tăng tương tác với trẻ qua các trò chơi: tô màu, chơi cờ... (Hình 2).

+ Thông báo cho trẻ rằng người thân sẽ

được vào phòng phẫu thuật cùng trẻ.

#### **Khi vào phòng mổ:**

- Kíp gây mê tiếp tục cho trẻ chơi với các đồ chơi đủ tiêu chuẩn: bóng bay bằng găng tay, dùng monitoring làm robot, sticker bằng điện tim...

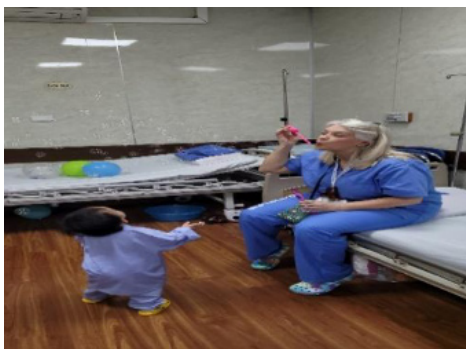
- Bác sỹ Gây mê dựa theo độ tuổi trao quyền chủ động cho trẻ tham gia quyết định về cơ thể trẻ: vị trí rạch da, các tổn thương có thể để lại sau phẫu thuật, thảo luận về vị trí đặt đường truyền tĩnh mạch.

- Chủ động điều hướng suy nghĩ của trẻ: “Con muốn được làm một cổng tiêm cho tất cả mọi lần tiêm hay là mỗi lần tiêm một nhát”, “Cho con cầm quả bóng thổi như phi công” (Hình 3).

- Hạn chế các thủ thuật xâm lấn không cần thiết cho trẻ như sonde dạ dày, sonde tiểu.



**Hình 1. Hình ảnh trẻ ở phòng chờ phẫu thuật**



**Hình 2. Tăng tương tác với trẻ qua các trò chơi**



**Hình 3. Chủ động điều hướng suy nghĩ của trẻ**

**Sau mổ:**

- Điều dưỡng hỗ trợ hoạt động cho trẻ.
- Khuyến khích trẻ ăn uống.
- Đánh giá để dừng đường truyền tĩnh mạch khi đủ điều kiện.
- Xác nhận trẻ an toàn, cảm thấy thoải mái và kiểm soát đau (Hình 4).
- Chuyển hướng trẻ đến các trò chơi giải trí để trẻ không tập trung vào vết thương.



**Hình 4. Xác nhận trẻ an toàn, cảm thấy thoải mái và kiểm soát đau**

**Các tiêu chí đánh giá và cách đánh giá sự hợp tác của trẻ:**

- Hợp tác khi chuyển vào phòng mổ: sau khi chuyển đến khu vực chờ mổ, trẻ được phát đồ chơi và tham gia một số hoạt động nhỏ. Khi gần đến giờ vào phòng mổ, trẻ sẽ được hỏi liệu có muốn đi sang khu vực khác (phòng mổ) để sửa môi/hàm hay không. Trẻ được tính là hợp tác

khi chuyển vào phòng mổ được đánh giá là trẻ sẵn sàng đi vào phòng mổ trong 5 - 10 phút kể từ khi được hỏi. Trẻ không chống lại, quấy khóc đòi đi hướng khác.

- Hợp tác làm đường truyền tĩnh mạch: trước khi làm đường truyền, trẻ được giải thích ngắn gọn về việc nhân viên sẽ lấy ven và vị trí lấy (tell - show - do). Trẻ được tính là hợp tác khi trẻ không rút tay/chân về khi nhân viên chạm vào tay/chân, làm ven.

- Hợp tác với kíp gây mê: Trẻ hợp tác khi ngồi hoặc nằm trên bàn mê, không quấy khóc, chạy trốn.

- Quấy khóc dữ dội tại phòng hậu phẫu: trẻ khóc quấy không dỗ được.

**Xử lý số liệu**

Các số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0, thể hiện dưới dạng: tỷ lệ %, trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn.

**3. Đạo đức nghiên cứu**

Người nhà bệnh nhân được cung cấp thông tin đầy đủ về lợi ích, rủi ro khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tình nguyện tham gia, trong quá trình nghiên cứu đối tượng có quyền bỏ cuộc nếu không muốn tham gia tiếp.

**III. KẾT QUẢ**

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung nhân khẩu học của trẻ**

Đặc điểm chung	n (%)	Trung bình tuổi (tháng)	Cân nặng (kg)
Tuổi (tháng)	50	43,98	15,5
Dưới 1 tuổi	16 (32)	5,7	8,2
Từ 1 - 3 tuổi	17 (34)	23	10,8
Từ 4 - 6 tuổi	5 (10)	60	14,6
Trên 7 tuổi	12 (24)	117	26

**Nhận xét:**

Độ tuổi trung bình của trẻ là 43,98 tháng và cân nặng trung bình là 15,25kg, Người bệnh

phân bố đa dạng nhóm tuổi, trong đó nhóm từ 1 - 3 tuổi có số lượng lớn nhất là 34% số trẻ, thấp nhất là nhóm từ 4 - 6 tuổi.

## 2. Đặc điểm về phẫu thuật và gây mê

**Bảng 2. Chẩn đoán trước mổ**

Chẩn đoán trước mổ	n	%
Khe hở môi	17	42,5
Khe hở vòm miệng	17	42,5
Khe hở môi vòm miệng	13	26
Sẹo xấu sau mổ khe hở môi vòm miệng	3	6

**Nhận xét:**

Đa số là các trẻ em mổ lần đầu chiếm 94%, có 3 trường hợp là mổ từ lần thứ 2 trở đi.

**Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Tạo hình môi	24	48
Tạo hình vòm miệng	17	34
Tạo hình môi vòm miệng	6	12
Sửa sẹo	3	6

**Nhận xét:**

Đa số là mổ tạo hình môi chiếm 48%, tạo hình vòm chiếm 34%.

**Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nhịn ăn uống**

Tuổi (tháng)	Thời gian mổ (phút)	Thời gian nhịn ăn (giờ)	Thời gian nhịn uống (phút)
Dưới 1 tuổi	110	10,83	71,6
Từ 1 - 3 tuổi	125,3	11,5	80,8
Từ 4 - 6 tuổi	116	12	75,5
Trên 7 tuổi	122,5	16	73,6
Trung bình	118,8 ± 42,07 (Min - Max: 50 - 230)	12,5 ± 3,3 (Min - Max: 8 - 18,4)	76,7 ± 9,45 (Min -Max: 65 - 100)

**Nhận xét:**

Thời gian nhịn ăn trung bình là 12,5 giờ, ngắn nhất là 8 giờ và trường hợp nhịn ăn lâu nhất là 18,4 giờ, Thời gian nhịn uống trung bình

là 76,7 phút (tương đương 1,28 giờ), ngắn nhất là 65 phút và dài nhất là 100 phút.

**3. Tỷ lệ trẻ hợp tác và tác dụng không mong muốn:**



**Bảng 5. Tỷ lệ trẻ hợp tác và tác dụng không mong muốn**

Đặc điểm	n	%
Hợp tác khi chuyển vào phòng mổ	50	50
Hợp tác làm đường truyền tĩnh mạch	36	72
Hợp tác với kíp gây mê	45	90
Quấy khóc dữ dội tại phòng đệm	1	2

**Nhận xét:**

Tỷ lệ trẻ hợp tác với kíp gây mê rất cao đến 90%. Chỉ có 1 cháu quấy khóc dữ dội trong giai đoạn hồi tỉnh (2%).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu được thực hiện trên 50 bệnh nhân có khe hở môi vòm miệng và có chỉ định phẫu thuật từ tháng 3 đến tháng 5/2023 tại Khoa Gây mê Hồi sức và Chống đau Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đa số các người bệnh được mổ trong nghiên cứu dưới 3 tuổi và là lần phẫu thuật đầu tiên, nhỏ nhất là 3 tháng và lớn nhất là 13 tuổi, kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Nguyễn Văn Giáp và cộng sự.<sup>6</sup> Trước đây để giảm thiểu nguy cơ trào ngược dịch dạ dày vào phổi, bệnh nhân thường trải qua quá trình nhịn ăn với thời gian nhịn ăn đối với thức ăn đặc là 8 giờ, sữa công thức và thức ăn tinh bột là 6 giờ, sữa mẹ là 4 giờ và dịch uống trong suốt là 2 giờ.<sup>6</sup> Tuy nhiên, do không có đủ nhân lực khi chăm sóc và tư vấn cho gia đình, việc trẻ bị bắt buộc nhịn ăn, nhịn uống hoàn toàn từ sau 10h đêm đến sau mổ 2 tiếng là rất phổ biến. Trong thời gian này, trẻ sẽ được chuyển sang khu vực chờ phẫu thuật và bị hạn chế về không gian hoạt động và các đồ vật giải trí. Kết quả là trẻ sẽ gặp căng thẳng, lo âu, quấy khóc dữ dội, cáu kỉnh, không hợp tác, do đó làm tăng rối loạn nước điện giải, tăng tiết dịch hầu họng làm tăng nguy cơ khi gây mê. Xa hơn, ở giai đoạn hồi tỉnh tỷ lệ trẻ gặp các phiền nạn của phẫu thuật như ám ảnh blouse trắng, giật mình

quấy khóc khi ngủ, cáu kỉnh, tè dầm... là khá cao. Để giảm thiểu sự khó chịu cho trẻ, gần đây một số hiệp hội của Mỹ, Canada và châu Âu đã đưa ra các khuyến cáo có thể cho trẻ uống dung dịch carbohydrate hơn 1 giờ trước khi gây mê sau khi có các nghiên cứu cho thấy việc uống trước 1 giờ không làm tăng nguy cơ trào ngược dịch dạ dày vào phổi so với uống trước 2 giờ dung dịch carbohydrate.<sup>7,8</sup>

Mục tiêu chính của dịch chuyển sự chú ý là giúp trẻ đạt được trạng thái vui vẻ và thoải mái trong thời gian đi mổ. Học viện nha khoa nhi khoa Hoa Kỳ đã xây dựng danh sách chiến lược giao tiếp với trẻ em như chỉ dẫn trước khi tác động vào trẻ (tell - show - do, giới thiệu - cho xem - tác động), giao tiếp phi ngôn ngữ, sử dụng giọng nói tích cực, dịch chuyển sự chú ý tích cực, đánh lạc hướng sự có mặt/biến mất của bố mẹ trẻ.<sup>9,10</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã sử dụng các phương pháp dịch chuyển sự chú ý cả chủ động (sử dụng đồ chơi tương tác, xem tranh nghe nhìn...) và bị động (quan sát các hoạt động của nhóm khác, xem video...). Sự hiệu quả của các phương pháp này thể hiện rõ khi tỷ lệ trẻ hợp tác khi đi vào phòng mổ và hợp tác với Kíp gây mê rất cao (trên 90%). Ngoài ra, tỉ lệ trẻ đồng ý cho nhân viên làm đường truyền, tỉ lệ hợp tác cũng đạt trên 70%. Làm đường truyền là một trong những thủ thuật gây đau và ám ảnh với trẻ, trong nghiên cứu này các trẻ đều được làm đường truyền hoặc lấy máu ít nhất một lần trước đây nhưng trẻ vẫn hợp tác với nhân viên, các tỷ lệ hợp tác

cao này thể hiện sự tin tưởng và thoải mái của trẻ đối với môi trường phòng mổ.

Như vậy, với sự cải tiến trong chăm sóc trước phẫu thuật, với hai trọng tâm là rút ngắn thời gian nhin uống trước phẫu thuật và tăng cường tổ chức các hoạt động gây sao nhăng trẻ, bước đầu đã nhận thấy trẻ hợp tác hơn với nhóm phẫu thuật và gia đình, ít quấy khóc hơn, giảm sự mệt mỏi với trẻ em và người chăm sóc trẻ. Mặc dù vậy, ngay cả khi có sự chăm sóc tích cực và dịch chuyển sự chú ý của nhóm điều dưỡng và gia đình, vẫn còn một tỷ lệ nhất định trẻ không hợp tác khi làm đường truyền tĩnh mạch và có một trẻ quấy khóc dữ dội tại khu vực hồi tỉnh. Có thể lý giải các trường hợp này như sau: làm đường truyền tĩnh mạch luôn gây ra những áp lực nhất định cho nhân viên y tế và gia đình trẻ nhỏ, hơn nữa trẻ em là đối tượng đặc biệt nhạy cảm dễ bị kích thích đặc biệt là trong môi trường lạ, trẻ dễ dàng nhận ra sự căng thẳng của mọi người và tránh cho mọi người sờ chạm vào mình.<sup>8</sup> Thứ hai, mặc dù hầu hết trẻ là mổ lần đầu và có độ tuổi thấp nhưng trẻ đã có lịch sử tiêm phòng, từ đó trẻ có sự cảnh giác và sợ hãi nhất định với nhân viên y tế. Thứ ba, sự căng thẳng ở trẻ biểu hiện trên quấy khóc và không hợp tác có thể là kết quả của việc giao tiếp không hiệu quả giữa nhân viên y tế, gia đình và trẻ. Trong chương trình phẫu thuật này, có rất nhiều bé là con của người dân tộc thiểu số, bố mẹ và trẻ có thể hiểu tiếng Kinh đơn giản nhưng vẫn khó khăn để nắm rõ hoàn toàn và phản hồi lại các thông tin nhân viên y tế trao đổi cùng gia đình. Đặc biệt, trong 50 trẻ phẫu thuật tại chương trình, một trẻ 3 tuổi được phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng có dấu hiệu tăng động giảm chú ý, trẻ này sống xa bố mẹ, đi mổ với sự chăm sóc của Ông Bà. Bà cháu có trao đổi, cháu kém tập trung và kém giao tiếp hơn so với các bạn, thích chơi một mình và không giao tiếp ánh mắt với người thân nhưng chưa đi khám

để chẩn đoán và điều trị. Trước mổ, trẻ đáp ứng tốt với các trò chơi, đồ chơi và tự chơi một mình. Tuy nhiên, giai đoạn sau phẫu thuật, trẻ quấy khóc dữ dội, không chấp nhận sự dỗ dành của Bà và nhân viên y tế, sau khi tối ưu giảm đau, an thần và cho trẻ ăn uống thêm, trẻ đã yên tĩnh hơn sau một giờ và không còn tình trạng này.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Các phương pháp dịch chuyển sự chú ý của trẻ tại phòng đệm khu phẫu thuật có kết quả tốt trên nhiều phương diện hợp tác của trẻ như hợp tác đi vào phòng mổ, hợp tác khi làm đường truyền tĩnh mạch, hợp tác với Kíp gây mê và giảm tỷ lệ trẻ quấy khóc dữ dội hậu phẫu. Kết quả bước đầu cho thấy các phương pháp này an toàn hiệu quả và có thể triển khai thường quy trên nhóm trẻ em có chỉ định phẫu thuật theo chương trình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marie, T., & Aouad. (2011). The psychological disturbances of the child undergoing surgery-from admission till beyond discharge. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 21(2).
2. Gulur, P., Fortier, M. A., Mayes, L. C., & et al. (2019). Perioperative behavioral stress in children. In *A practice of anesthesia for infants and children* (6th ed., pp. 25–34.e3).
3. Stanzel, A., & Sierau, S. (2022). Pediatric medical traumatic stress (PMTS) following surgery in childhood and adolescence: A systematic review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(3), 795-809. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00439-3>.
4. Rafeedqi, T., & Pearson, E. G. (2021). Enhanced recovery after surgery in children. *Translational Gastroenterology and Hepatology*, 6, 46. <https://doi.org/10.21037/tgh-20-159>.

5. Johnstone, J. (2020). How to provide preoperative care to patients. *Nursing Standard*. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11406>.

6. Văn Giáp, N., Thị Trang, N., Ngọc Tuyền, L., & cộng sự. (2022). Đặc điểm dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng ở trẻ em đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2019-2021. *Vietnam Medical Journal*, 514(1), 10, 51298.

7. Frykholm, P., Disma, N., Andersson, H., & et al. (2022). Pre-operative fasting in children: A guideline from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. *European Journal of Anaesthesiology*, 39(1).

8. Dobson, G., Chow, L., Filteau, L., & et al. (2021). Guidelines to the practice

of anesthesia—revised edition. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 68(1), 92. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01806-9>.

9. Asokan, S., Geetha Priya, P. R., & et al. (2021). Effectiveness of distraction techniques in the management of anxious children: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 38(4), 407–412. [https://doi.org/10.4103/JISPPD.JISPPD\\_435\\_20](https://doi.org/10.4103/JISPPD.JISPPD_435_20).

10. Khandelwal, M., Shetty, R. M., & et al. (2019). Effectiveness of distraction techniques in managing pediatric dental patients. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 12(1), 18–24. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1648>.

## Summary

### EFFECTIVENESS OF DISTRACTION TECHNIQUES ON PREOPERATIVE CHILDREN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Anesthesia and critical care for children always present significant challenges for doctors. Postoperatively, children are at risk of experiencing complications related to mental health, which can result in prolonged psychological disorders. This prospective descriptive study was conducted on 50 children scheduled for cleft lip and palate surgery. These children received care as a part of the “enhanced recovery after surgery” program, focusing on administering oral carbohydrate solution, using distraction techniques prior to surgery or guiding families to interact with children to reduce their stress and fear. The results were quite promising: 100% of the children cooperated when entering the operating room, and 90% cooperated with the anesthesia team. Conclusions: Diversion methods increased children's cooperation. Since these methods have been proven effective and safe, we recommend that they should be widely implemented to pediatric patients prior to scheduled surgery.

**Keywords:** Cleft Lip and Palate Surgery, stress relief, ERAS, pediatrics surgery.