

TUÂN THỦ QUY TRÌNH HỒI PHỤC SỚM SAU MỔ Ở NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Thị Thu Hà[✉], Ngô Quang Duy, Trần Thị Nguyên Thủy,
Lâm Thị Ngọc Bích, Nguyễn Hoài Minh Châu, Nguyễn Thị Nguyên

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ áp dụng và một số yếu tố liên quan đến mỗi thành tố trước và sau phẫu thuật theo thực hành chương trình quy trình hồi phục sớm sau mổ (ERAS) trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng (ĐTT) tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2024 - 2025. Thiết kế mô tả cắt ngang, thu thập dữ liệu 100 người bệnh ung thư ĐTT được phẫu thuật nội soi cắt ĐTT theo ERAS từ tháng 03/2025 đến tháng 06/2025. Tuân thủ ERAS, thời gian nằm viện, và tỷ lệ biến chứng (Clavien-Dindo \geq II) được đánh giá qua hồ sơ bệnh án. Tỷ lệ tuân thủ ERAS tốt chung đạt 86,0% (n = 86). Thành tố có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là vận động sớm sau phẫu thuật (86,0%). Hai yếu tố giảm tuân thủ ERAS: ASA III ($OR_{hiệu\ chính} = 0,03$; $p < 0,001$) và suy dinh dưỡng trước mổ ($OR_{hiệu\ chính} = 0,29$; $p = 0,029$). Tuân thủ tốt có liên quan đến thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn ($p < 0,001$) và tỷ lệ biến chứng thấp hơn ($p = 0,007$). Bệnh hệ thống và tình trạng suy dinh dưỡng là rào cản với việc tuân thủ ERAS.

Từ khóa: Hồi phục sớm sau phẫu thuật, phẫu thuật đại trực tràng, tuân thủ, suy dinh dưỡng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng (ĐTT) là ung thư phổ biến thứ tư ở nam giới và thứ ba ở nữ giới, với 16.835 ca mắc mới và 8.454 ca tử vong trong năm 2022 và có xu hướng gia tăng.¹⁻³ Phẫu thuật nội soi cắt ĐTT vẫn là phương pháp điều trị quan trọng nhất đối với ung thư ĐTT giai đoạn tiến triển nhằm mục tiêu loại bỏ khối u, giảm nguy cơ di căn và kéo dài thời gian sống, nhưng lại kèm theo biến chứng sau mổ cao.^{4,5} Biến chứng khiến thời gian nằm viện kéo dài, tăng chi phí điều trị. Trên thế giới, mô hình “Quy trình hồi phục sớm sau mổ” (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) gồm 25 thành tố nhằm tối ưu hóa kết quả phẫu thuật đẩy nhanh quá trình phục hồi và giảm tỷ lệ biến chứng.⁶ Nghiên cứu cho thấy áp dụng

ERAS đúng cách có thể giúp bệnh nhân xuất viện chỉ sau 1 - 3 ngày, giảm từ 3 đến 8 ngày nằm viện, ngay cả với phương pháp mổ mở.⁷

Bệnh viện Nhân dân Gia Định (BV NDGD) là một trong những bệnh viện thực hiện phẫu thuật cắt ĐTT điều trị ung thư ĐTT từ nhiều năm. Từ 2015, ERAS đã được triển khai tại BV NDGD. Theo Lê Huy Lưu và cộng sự vào năm 2018, 18 bệnh nhân tại BV NDGD cho thấy tỷ lệ tuân thủ chung với chương trình ERAS đạt 84%, tỷ lệ tuân thủ trước phẫu thuật là 67%, tỷ lệ tuân thủ trong phẫu thuật 86%, và giai đoạn sau phẫu thuật đạt 100%.⁸ Sau nhiều năm triển khai, chưa có nghiên cứu tái đánh giá toàn diện về tình trạng sự duy trì ERAS trong phẫu thuật nội soi cắt ĐTT tại BV NDGD. Do đó, nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ áp dụng mỗi thành tố trước và sau phẫu thuật theo thực hành chương trình ERAS trong phẫu thuật nội soi cắt ĐTT ở người bệnh ung thư ĐTT tại BV NDGD, năm 2024 - 2025; tìm hiểu các yếu tố

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hà

Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Email: thuha020383@gmail.com

Ngày nhận: 12/01/2026

Ngày được chấp nhận: 16/01/2026

liên quan đến việc không tuân thủ trước và sau phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng ở người bệnh ung thư ĐTT trong quy trình ERAS tại BV NDGD, năm 2024 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả các người bệnh được đưa vào nghiên cứu phải thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: được chẩn đoán xác định là ung thư ĐTT, có chỉ định phẫu thuật nội soi triệt để, được phân loại từ ASA I đến III, và đồng ý tham gia chương trình ERAS và nghiên cứu. Các trường hợp bị loại trừ bao gồm: phẫu thuật cấp cứu, phẫu thuật có cắt phối hợp các tạng lớn khác, phẫu thuật mang tính giảm nhẹ, có rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát, hoặc từ chối tham gia. Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, liên tiếp cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian

Từ tháng 03/2025 đến tháng 06/2025.

Địa điểm

Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, với giả định tỷ lệ tuân thủ thành tố thấp nhất từ nghiên cứu trước đó là 67%, mong muốn độ chính xác là 10% và độ tin cậy 95%, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 95 người bệnh sau khi đã tính đến 10% mất mẫu.⁸

Biến số nghiên cứu

Kết cục chính của nghiên cứu là mức độ tuân thủ quy trình ERAS, được đánh giá dựa trên một bộ 21 thành tố.⁹ Mức độ tuân thủ chung được phân loại nhị giá thành “tuân thủ tốt” (đạt

> 80% các thành tố được áp dụng) và “chưa tuân thủ tốt” ($\leq 80\%$). Các kết cục phụ bao gồm:

(1) thời gian nằm viện sau phẫu thuật, tính từ ngày phẫu thuật đến ngày xuất viện;

(2) tỷ lệ biến chứng chung, định nghĩa là bất kỳ biến chứng nào từ độ II trở lên theo phân loại Clavien-Dindo;

(3) thời gian có trung tiện lại; và

(4) tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày.

Các biến số độc lập được thu thập bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, các chỉ số nhân trắc, phân loại ASA, tình trạng dinh dưỡng trước mổ và các bệnh lý nền đi kèm.

Phân tích dữ liệu

Dữ liệu được thu thập tiến cứu bởi nhóm nghiên cứu viên đã được đào tạo, sử dụng một biểu mẫu thu thập dữ liệu được chuẩn hóa. Thông tin được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử và được bổ sung bằng các cuộc phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật để đảm bảo tính đầy đủ và chính xác. Toàn bộ dữ liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm thống kê Stata, phiên bản 17.0. Các phương pháp thống kê mô tả (trung bình và độ lệch chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị cho biến liên tục; tần số và tỷ lệ phần trăm cho biến định danh) được sử dụng để trình bày đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu. Để so sánh các đặc điểm giữa nhóm “tuân thủ tốt” và “chưa tuân thủ tốt”, chúng tôi sử dụng các phép kiểm Chi-square, Fisher’s exact, t-test, hoặc kiểm định Mann-Whitney U tùy thuộc vào loại biến và phân phối dữ liệu. Hồi quy logistic đa biến được xây dựng để xác định các yếu tố tiên đoán độc lập cho việc tuân thủ tốt, với các biến được lựa chọn đưa vào mô hình dựa trên ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến ($p < 0,25$) và ý nghĩa lâm sàng. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$ cho tất cả các kiểm định hai phía.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện phê duyệt (Số 55/NDGD-HĐĐĐ), ngày 10/03/2025

và tất cả người bệnh tham gia đều đã cung cấp phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ**Bảng 1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu (n = 100)**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), trung bình (SD)	63,5 (11,8)
Từ 60 tuổi trở lên, n (%)	65 (65,0%)
Giới tính, n (%)	
Nam	56 (56,0%)
Nữ	44 (44,0%)
BMI (kg/m²), trung bình (SD)	21,9 (3,1)
Phân loại ASA, n (%)	
ASA I	5 (5,0%)
ASA II	45 (45,0%)
ASA III	50 (50,0%)
Suy dinh dưỡng trước mổ, n (%)	36 (36,0%)
Bệnh đồng mắc phổ biến, n (%)	
Tăng huyết áp	48 (48,0%)
Đái tháo đường	22 (22,0%)
Tình trạng thiếu máu trước mổ, n (%)	54 (54,0%)

Nghiên cứu bao gồm 100 người bệnh với độ tuổi trung bình là 63,5, trong đó phần lớn là người cao tuổi (65%). Đặc điểm lâm sàng nổi bật của đoàn hệ này là một gánh nặng bệnh tật

hệ thống ở mức độ cao, với 50% người bệnh được phân loại ASA III và hơn một phần ba (36%) có tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ.

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ các thành tố chính trong quy trình ERAS (n = 100)

Thành tố ERAS	Đạt n (%)
Mức độ tuân thủ chung	86 (86,0%)
Các thành tố tuân thủ cao nhất	
1. Cung cấp thông tin, giáo dục	100 (100%)
2. Dự phòng huyết khối tĩnh mạch	100 (100%)

Thành tố ERAS	Đạt n (%)
3. Kháng sinh dự phòng	99 (99,0%)
Các thành tố tuân thủ thấp nhất	
10. Uống carbohydrate đêm trước mổ	86 (86,0%)
9. Vận động sớm sau phẫu thuật	86 (86,0%)

Mức độ tuân thủ chung là tỷ lệ người bệnh có tuân thủ với trên 80% thành tố áp dụng thuộc quy trình ERAS đạt 86,0%. Các thành tố mang tính quy trình hóa do nhân viên y tế chủ động thực hiện đạt tỷ lệ tuân thủ rất cao ($\geq 99\%$).

Ngược lại, thành tố đòi hỏi sự tham gia tích cực của người bệnh và đối mặt với nhiều rào cản lâm sàng là vận động sớm sau phẫu thuật có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất (86,0%).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan cho việc tuân thủ tốt ERAS (n = 100)

Đặc điểm	OR _{hiệu chỉnh}	Khoảng tin cậy 95%	p-value
Phân loại ASA			
ASA II	1		
ASA III	0,03	0,01 – 0,12	< 0,001
Suy dinh dưỡng			
Không	1		
Có	0,29	0,10 – 0,88	0,029
Giới tính			
Nam	1		
Nữ	0,75	0,30 – 1,88	0,534

Sau khi hiệu chỉnh cho các yếu tố khác, phân tích hồi quy đa biến đã xác định hai yếu tố tiên đoán độc lập làm giảm khả năng tuân thủ tốt quy trình ERAS. Người bệnh được phân loại ASA III có khả năng tuân thủ tốt bằng 0,03 lần

so với người bệnh ASA I/II. Tương tự, người bệnh có suy dinh dưỡng trước mổ có tỷ lệ tuân thủ tốt bằng 0,29 lần so với người không suy dinh dưỡng.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ tuân thủ ERAS và các kết cục lâm sàng sau phẫu thuật (n = 100)

Kết cục lâm sàng	Tuân thủ tốt (n = 86)	Chưa tuân thủ (n = 14)	p-value
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày), trung vị (IQR) ¹	5 (4 – 6)	9 (7 – 12)	< 0,001²

Kết cục lâm sàng	Tuân thủ tốt (n = 86)	Chưa tuân thủ (n = 14)	p-value
Biến chứng chung (Clavien-Dindo \geq II), n (%)			
Không	80 (93,0%)	9 (64,3%)	
Có	6 (7,0%)	5 (35,7%)	0,007³

¹IQR: Khoảng tứ phân vị; ²kiểm định Mann-Whitney U; ³kiểm định chính xác Fisher.

Mức độ tuân thủ tốt quy trình ERAS có liên quan có ý nghĩa thống kê với các kết cục lâm sàng tích cực hơn. Nhóm tuân thủ tốt có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn (trung

vị 5 ngày so với 9 ngày; $p < 0,001$) và tỷ lệ biến chứng chung thấp hơn gần 5 lần (7,0% so với 35,7%; $p = 0,005$) so với nhóm chưa tuân thủ tốt.

Bảng 5. Phân loại ASA và suy dinh dưỡng với chưa tuân thủ ERAS tốt (n = 100)

Nhóm nguy cơ	Tổng số (n)	Số ca “Chưa Tuân thủ ERAS” (n)	Tỷ lệ “Chưa Tuân thủ ERAS” (%)
1. ASA I/II & Không suy dinh dưỡng	36	1	2,8%
2. ASA I/II & Có suy dinh dưỡng	14	1	7,1%
3. ASA III & Không suy dinh dưỡng	28	4	14,3%
4. ASA III & Có suy dinh dưỡng	22	8	36,4%

Tỷ lệ chưa tuân thủ ERAS tăng dần từ mức thấp nhất là 2,8% ở nhóm không có yếu tố nguy cơ nào (ASA I/II và Không suy dinh dưỡng), lên đến 36,4% ở nhóm có đồng thời cả hai yếu tố nguy cơ là ASA III và suy dinh dưỡng trước mổ.

IV. BÀN LUẬN

Chương trình ERAS được công nhận rộng rãi trên toàn cầu và dần trở thành một tiêu chuẩn chăm sóc dựa trên bằng chứng, không thể thiếu trong thực hành phẫu thuật ĐTT hiện đại.¹⁰ Tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, quy trình ERAS đã được chính thức triển khai từ năm 2015.⁸ Nghiên cứu này, cho phép chúng tôi đánh giá không chỉ hiệu quả mà còn cả tính bền vững của một chương trình đã trưởng thành sau gần 10 năm thực hành, đồng thời xác định một số yếu tố từ phía người bệnh có thể ảnh hưởng đến sự tuân thủ. Một mặt là sự thành

công trong việc duy trì mức độ tuân thủ chung ở mức cao, mặt khác là những thách thức cố hữu khi áp dụng quy trình cho các nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

Một trong những thước đo quan trọng về sự thành công của một chương trình ERAS là mức độ tuân thủ tổng thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người bệnh đạt mức tuân thủ tốt là 86,0%. Khi so sánh với dữ liệu ban đầu tại cùng cơ sở vào năm 2018 của Lê Huy Lưu và cộng sự (84%), con số này cho thấy một sự ổn định và có phần cải thiện nhẹ.⁸ Đây là một tín hiệu tích cực, gợi ý rằng chương trình đã vượt qua được giai đoạn triển khai ban đầu và không gặp phải hiện tượng “mệt mỏi với quy trình” - là sự suy giảm tuân thủ dần theo thời gian sau giai đoạn triển khai ban đầu của các quy trình an toàn người bệnh- mà đã được tích hợp thành công vào văn hóa thực hành

lâm sàng thường quy. Đặt trong bối cảnh các nghiên cứu khác tại Việt Nam, tỷ lệ 86,0% của chúng tôi có phần cao hơn so với các báo cáo gần đây, chẳng hạn như 74,9% tại Bệnh viện K (Nguyễn Hải Yến, 2023) hay 76% tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định (Nguyễn Thị Lệ Thủy, 2023).^{11,12} Sự khác biệt này có thể phản ánh kinh nghiệm tích lũy và sự chuẩn hóa quy trình sau nhiều năm tại một bệnh viện tuyến cuối.

Tuy nhiên, bức tranh này không hoàn toàn đồng nhất khi phân tích vào từng thành tố. Các can thiệp do nhân viên y tế chủ động kiểm soát như cung cấp thông tin, dự phòng huyết khối và kháng sinh dự phòng đạt tỷ lệ tuân thủ gần như tuyệt đối ($\geq 99\%$). Điều này tương đồng với các báo cáo khác, cho thấy các hạng mục dễ quy trình hóa thường được thực hiện tốt. Ngược lại, thành tố có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là vận động sớm sau phẫu thuật. Đây là một thách thức kinh điển trong các chương trình ERAS trên toàn cầu, như đã được hệ thống hóa trong tổng quan của Tazreean và cộng sự (2022).⁹ Các rào cản có thể đến từ nhiều phía: tâm lý lo sợ của người bệnh, cảm giác đau, và sự quá tải của đội ngũ điều dưỡng. Mặc dù tỷ lệ vận động sớm của chúng tôi có cao hơn so với một số báo cáo trong nước, nó vẫn còn một khoảng cách so với các trung tâm quốc tế có kinh nghiệm như của Pedrazzani và cộng sự (2018) tại Ý, nơi tỷ lệ đi lại vào ngày thứ hai sau mổ đạt 88%.¹³ Điều này xác định vận động sớm là một mục tiêu ưu tiên cho các can thiệp cải tiến chất lượng trong tương lai.

Phân tích hồi quy đa biến đã làm sáng tỏ các yếu tố từ phía người bệnh có liên quan độc lập đến việc không tuân thủ ERAS. Phân loại ASA III nổi lên như một yếu tố có mối liên quan mạnh ($OR_{\text{hiệu chỉnh}} = 0,03; p < 0,001$). Bên cạnh đó, suy dinh dưỡng trước mổ cũng là một yếu tố tiên đoán độc lập quan trọng ($OR_{\text{hiệu chỉnh}} = 0,29; p = 0,029$). Mối liên quan này có cơ sở y sinh

học vững chắc: tình trạng suy dinh dưỡng dẫn đến yếu cơ, suy giảm miễn dịch và chậm phục hồi chức năng ruột, tạo ra một vòng luẩn quẩn: suy dinh dưỡng làm cản trở việc tuân thủ ERAS (đặc biệt là vận động và nuôi ăn sớm), và việc không tuân thủ này lại làm tăng nguy cơ biến chứng, như đã được chỉ ra trong nghiên cứu của La Văn Phú và cộng sự (2024).¹⁴

Khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng, cần nhìn nhận rằng mối liên quan giữa thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng không chỉ đơn thuần là kết quả của việc tuân thủ hay không tuân thủ quy trình ERAS, mà còn chịu tác động sâu sắc từ nền tảng sinh lý của người bệnh. Mặc dù kết quả nghiên cứu khẳng định nhóm tuân thủ tốt có thời gian nằm viện ngắn hơn (5 ngày so với 9 ngày) và tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể, nhưng dữ liệu phân tầng tại Bảng 5 cũng chỉ ra rằng nhóm “chưa tuân thủ” lại tập trung chủ yếu ở những người bệnh có phân loại ASA III và tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ. Điều này gợi ý một tác động kép: gánh nặng bệnh tật hệ thống (ASA cao) và sự thiếu hụt dự trữ dinh dưỡng không chỉ đóng vai trò là rào cản khiến người bệnh không thể thực hiện các thành tố ERAS đòi hỏi thể lực (như vận động sớm), mà bản thân chúng còn là những yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, chậm liền vết thương và kéo dài thời gian hồi phục, bất kể mức độ can thiệp của y tế. Do đó, việc cải thiện kết cục sau mổ không chỉ dừng lại ở việc ép buộc tuân thủ quy trình một cách cơ học, mà phải bắt đầu từ việc tối ưu hóa bệnh nền và can thiệp dinh dưỡng tích cực ngay từ giai đoạn trước phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp bằng chứng về giá trị lâm sàng của việc tuân thủ quy trình. Việc tuân thủ tốt ERAS có mối liên quan trực tiếp đến việc cải thiện các kết cục hậu phẫu. Cụ thể, nhóm tuân thủ tốt có thời gian nằm viện sau phẫu thuật được rút ngắn

gần một nửa (trung vị 5 ngày so với 9 ngày) và tỷ lệ biến chứng chung giảm mạnh gần 5 lần (7,0% so với 35,7%). Kết quả về thời gian nằm viện của chúng tôi (trung vị, 5 ngày) không chỉ tốt hơn đáng kể so với nhiều trung tâm khác tại Việt Nam (8 - 11 ngày) mà còn tương đương với các trung tâm có kinh nghiệm tại châu Âu như của Pedrazzani và cộng sự (5,5 ngày).¹³ Tỷ lệ biến chứng 7,0% là khoảng dao động thấp, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế. Ngay cả trong một quần thể bệnh nhân có nguy cơ cao, việc nỗ lực duy trì mức độ tuân thủ ERAS cao sẽ mang lại những lợi ích lâm sàng tốt.

Nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, với thiết kế nghiên cứu cắt ngang và thực hiện tại một trung tâm, các kết quả của chúng tôi chỉ có thể xác định được mối liên quan chứ chưa thể khẳng định mối quan hệ nhân quả. Thứ hai, hơn nữa, tính khái quát hóa của kết quả có thể bị hạn chế do đây là nghiên cứu đơn trung tâm. Cuối cùng, việc phụ thuộc vào dữ liệu được ghi chép trong hồ sơ bệnh án là một hạn chế kinh điển của các nghiên cứu hồi cứu. Tỷ lệ tuân thủ được ghi nhận có thể không phản ánh hoàn toàn 100% thực tế lâm sàng, bởi một số can thiệp có thể đã được thực hiện nhưng không được ghi lại một cách đầy đủ.

Mặc dù có những hạn chế, các kết quả của nghiên cứu có tính ứng dụng cao. Bằng cách xác định được các nhóm bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao nhất (ASA III và có suy dinh dưỡng) nghiên cứu đã cung cấp một công cụ phân tầng lâm sàng hữu ích. Điều này mở ra hướng đi cho việc phát triển các “Phác đồ ERAS tăng cường” được cá thể hóa, tập trung nguồn lực chăm sóc chuyên sâu cho những người cần chúng nhất.

Từ các kết quả này, chúng tôi đề xuất như sau. Về mặt lâm sàng, cần tập trung vào các chiến lược để cải thiện tuân thủ ở nhóm nguy

cơ cao và đặc biệt là thành tố vận động sớm. Về mặt nghiên cứu, các bước tiếp theo nên bao gồm các nghiên cứu can thiệp tiến cứu để đánh giá hiệu quả của các phác đồ tăng cường, các nghiên cứu định tính để tìm hiểu sâu hơn về rào cản từ phía nhân viên y tế, và các nghiên cứu đa trung tâm để nâng cao tính khái quát hóa cho bối cảnh y tế Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau gần 10 năm triển khai, chương trình ERAS trong phẫu thuật nội soi cắt ĐTT tại BV NDGD đã đạt được mức độ tuân thủ chung cao và bền vững (86,0%), đồng thời việc tuân thủ này có liên quan trực tiếp đến việc rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ. Tuy nhiên, các yếu tố nội tại của người bệnh, cụ thể là gánh nặng bệnh tật hệ thống (ASA III) và tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ, đã được xác định là những rào cản có ý nghĩa đối với việc tuân thủ tối ưu quy trình. Các phát hiện này nhấn mạnh rằng, để tiếp tục nâng cao hiệu quả của một chương trình ERAS đã trưởng thành, các chiến lược cải tiến chất lượng trong tương lai cần chuyển hướng từ việc áp dụng đồng bộ sang các can thiệp cá thể hóa, tập trung vào việc nhận diện và hỗ trợ tăng cường cho các nhóm người bệnh có nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tran C. T, Nguyen MV, Tran MT, et al. Findings from the first colorectal cancer screening among 103542 individuals in Vietnam with systematic review of colorectal cancer screening programs in Asia-Pacific region. *Jpn J Clin Oncol*. Jul 8 2022; 52(7):pp. 707–715. doi:10.1093/jjco/hyac043.
2. Pham D. X, Phung AHT, Nguyen HD, et al. Trends in colorectal cancer incidence in Ho Chi Minh City, Vietnam (1996-2015): Joinpoint regression and age-period-cohort analyses.

Cancer Epidemiol. Apr 2022;77:pp. 102 – 113. doi:10.1016/j.canep.2022.102113.

3. Sung H, Siegel RL, Laversanne M, et al. Colorectal cancer incidence trends in younger versus older adults: an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet Oncol.* Jan 2025; 26(1): pp. 51–63. doi:10.1016/s1470-2045(24)00600-4.

4. Eng Cathy, Yoshino T, Ruíz-García E, et al. Colorectal cancer. *The Lancet.* 2024; 404(10449): pp. 294–310. doi:10.1016/S0140-6736(24)00360-X.

5. Andras D, Lazar AM, Crețoiu D, et al. Analyzing postoperative complications in colorectal cancer surgery: a systematic review enhanced by artificial intelligence. *Front Surg.* 2024; 11:pp. 1–10. doi:10.3389/fsurg.2024.1452223.

6. Mihăilescu A, Onisâi M, Alexandru A, et al. A Comparative Analysis between Enhanced Recovery after Surgery and Traditional Care in the Management of Obstructive Colorectal Cancer. *Medicina (Kaunas).* Aug 15 2024; 60(8): pp. 1–12. doi:10.3390/medicina60081319.

7. Kannan Vaishnavi, Ullah N, Geddada S, et al. Impact of “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) protocols vs. traditional perioperative care on patient outcomes after colorectal surgery: a systematic review. *Patient Safety in Surgery.* 2025/01/16 2025; 19(1):pp. 1–14. doi:10.1186/s13037-024-00425-9.

8. Lê Huy Lưu, Ngô Quang Duy, Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự. Kết quả ban đầu áp dụng quy trình phục hồi nhanh sau phẫu thuật cắt đại tràng. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2018; tập 22(6): tr. 127–132.

9. Tazreean R, Nelson G, Twomey R.

Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *J Comp Eff Res.* Feb 2022; 11(2): pp. 121–129. doi:10.2217/ce-2021-0258.

10. Elnour Maae, Radwan Ahmed RA, Elkhalifa A, Elrayah Omran ME, Osman Hamd MI, Ahmed Aboagla REM. Optimizing Postoperative Recovery in Colorectal Surgery: A Systematic Review on the Efficacy of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols. *Cureus.* Aug 2025; 17(8): pp. 1–11. doi:10.7759/cureus.90087.

11. Nguyễn Hải Yến, Nguyễn Toàn Thắng. Bước đầu đánh giá hiệu quả của các can thiệp theo hướng dẫn ERAS trong cắt thùy phổi nội soi tại Bệnh viện K Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 02/19 2023; 522(2): tr. 340 –345. doi:10.51298/vmj.v522i2.4383.

12. Nguyễn Thị Lệ Thủy, Nguyễn Thị Liên. Đánh giá chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật đại trực tràng áp dụng tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2022. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 07/19 2023; 6(04): 44-51. doi:10.54436/jns.2023.04.638.

13. Pedrazzani Corrado, Conti C, Mantovani G, et al. Laparoscopic colorectal surgery and Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program: Experience with 200 cases from a single Italian center. *Medicine.* 2018; 97(35): pp. 1–6. doi:10.1097/md.000000000012137.

14. La Văn Phú, Nguyễn Thị Nga, Lê Thanh Nhật Minh. Thời gian phục hồi và biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 06/05 2024; 539(1): tr. 188–192. doi:10.51298/vmj.v539i1.9722.

Summary

ADHERENCE TO ERAS PROTOCOL IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC COLORECTAL RESECTION AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL, 2024-2025

This study aimed to determine the adherence rate and identify factors associated with preoperative and postoperative elements of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol in colorectal cancer surgery at Gia Dinh People's Hospital (2024 - 2025). A cross-sectional descriptive design was employed, collecting data from 100 patients with colorectal cancer who underwent laparoscopic colorectal resection under the ERAS protocol between March 2025 and June 2025. ERAS adherence, length of hospital stay (LOS), and complication rates (Clavien-Dindo grade \geq II) were assessed via medical records. The overall rate of good ERAS adherence was 86.0% (n = 86). The component with the lowest adherence rate was early postoperative mobilization (86.0%). Two factors were identified as significantly reducing ERAS adherence: ASA physical status class III (adjusted OR = 0.03; $p < 0.001$) and preoperative malnutrition (adjusted OR = 0.29; $p = 0.029$). Good adherence was significantly associated with a shorter postoperative length of stay ($p < 0.001$) and a lower complication rate ($p = 0.007$). Systemic disease and malnutrition constitute significant barriers to ERAS adherence.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Colorectal surgery, Adherence, Malnutrition.