

## Kết quả phẫu thuật ung thư phổi ở người bệnh cao tuổi có sử dụng tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS)

Nguyễn Đỗ Nhân

Bệnh viện Thống Nhất

### Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Đỗ Nhân,  
Bệnh viện Thống Nhất  
1 Đ. Lý Thường Kiệt, Phường 7,  
Tân Bình, Hồ Chí Minh  
Điện thoại: 0982 220 994  
Email: bsnguyendonhan@gmail.com

**Ngày nhận bài: 24/01/2025**

**Ngày chấp nhận đăng:  
13/3/2025**

**Ngày xuất bản: 27/6/2025**

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật điều trị ung thư phổi ở người bệnh cao tuổi là phẫu thuật lớn, nguy cơ cao. Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS) có hiệu quả trong các phẫu thuật phức tạp, nhưng có ít nghiên cứu đánh giá kết quả áp dụng trong phẫu thuật ung thư phổi ở người bệnh cao tuổi.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả các trường hợp phẫu thuật ung thư phổi  $\geq 60$  tuổi có áp dụng ERAS, từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2024 tại Bệnh viện Thống Nhất.

**Kết quả:** Nghiên cứu thu thập 37 trường hợp. Nam giới là 62,1%, nữ giới là 37,9% ( $p = 0.38$ ) Tuổi trung bình là 65,9. Giai đoạn IIA (theo TNM) là 32,4%. Mô bệnh học Adenocarcinoma là 64,8%. Thời gian phẫu thuật là 192,73 + 31,62 phút. Phẫu thuật VATS: có 30 trường hợp, phẫu thuật mở: có 07 trường hợp. Rút thông tiểu ngày N0 là 93,3%. Vận động giờ thứ 25, rút dẫn lưu trong khoảng 48 giờ. Biến chứng: viêm phổi là 18,9%, rò khí > 5 ngày là 10,8%, nhiễm trùng là 10,8%. Không có tử vong liên quan phẫu thuật.

**Kết luận:** Áp dụng ERAS trong phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn sớm tại Bệnh viện Thống Nhất cho kết quả khả quan, triển vọng áp dụng cho người cao tuổi mắc bệnh.

**Từ khóa:** Hồi phục sớm sau phẫu thuật, ung thư phổi, người cao tuổi.

## Outcomes of surgery for lung cancer in elderly patients with Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

Nguyen Do Nhan

Thong Nhat Hospital

### Abstract

**Introduction:** Lung cancer surgery in elderly patients is a major procedure with significant risks. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols have been shown to improve outcomes in complex surgeries.

However, their effectiveness in elderly lung cancer patients, who often face considerable perioperative challenges, remains to be fully evaluated.

**Patients and Methods:** A cross-sectional study was conducted on lung cancer patients aged  $\geq 60$  years who underwent surgery with ERAS implementation at Thong Nhat Hospital from June 2019 to June 2024.

**Results:** A total of 37 cases were analyzed, with males accounting for 62.1% and females for 37.9% ( $p = 0.38$ ). The mean age was 65.9 years. Stage IIA (according to the TNM classification) was observed in 32.4% of cases. Histopathological analysis revealed adenocarcinoma in 64.8% of cases. The mean operative time was  $192.73 \pm 31.62$  minutes. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) was performed in 30 cases, while open thoracotomy was required in 7 cases. Postoperative management outcomes included urinary catheter removal on postoperative day 0 in 93.3% of cases, early mobilization within 25 hours, and chest drain removal within 48 hours. Postoperative complications included pneumonia (18.9%), prolonged air leak ( $> 5$  days) (10.8%), and surgical site infection (10.8%). No surgery-related mortality was reported.

**Conclusions:** Implementating ERAS in early-stage lung cancer surgery at Thong Nhat Hospital has demonstrated favorable outcomes, supporting its role in optimizing perioperative recovery and improving treatment efficacy in elderly patients.

**Key words:** Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), lung cancer, elderly.

## Đặt vấn đề

Phẫu thuật triệt để trong điều trị ung thư phổi có giá trị cao và thường mang tính quyết định. Tuy nhiên, ở người cao tuổi, bệnh đồng mắc diễn tiến và các biến chứng chu phẫu tác động tiêu cực đến kết quả cũng như quyết định chỉ định phẫu thuật. ERAS – Enhanced Recovery After Surgery: hồi phục sớm sau phẫu thuật [1], [2], là phương pháp tiếp cận đa ngành và đã được chứng minh là cải thiện kết quả ngắn hạn liên quan đến phẫu thuật. Ung thư phổi là ung thư phổ biến nhất trên thế giới và cũng là ung thư gây tử vong nhiều nhất [3]. Phẫu thuật mở chuyển sang phẫu thuật nội soi xâm lấn tối thiểu với video hỗ trợ (VATS) đã tiến một bước dài trong điều trị triệt để, nhưng vẫn còn biến chứng chu phẫu nặng [2]. Với thực trạng đó, áp dụng ERAS có nhiều giá trị cho phẫu thuật ở người bệnh cao tuổi. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm: đánh giá kết quả phẫu thuật người bệnh cao tuổi ung thư phổi có áp dụng ERAS.

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Các trường hợp phẫu thuật ung thư phổi áp dụng ERAS tại Bệnh viện

Thống Nhất từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2024.

**Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh  $\geq 60$  tuổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IA-IIIa, áp dụng ERAS. **Tiêu chuẩn loại trừ:** người bệnh không đồng ý áp dụng ERAS.

## Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

$$Cỡ\ mẫu\ n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần; P: Tỷ lệ mẫu ước tính;  $\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể;  $Z(1-\alpha/2)$ : Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Với mục tiêu chính là kết quả và biến chứng chu phẫu, theo [4] là từ 9,2% - 32,4%. Chúng tôi chọn  $p = 0,1$ ,  $d = 0,1$ . Với  $\alpha = 0,05$ ,  $Z = 1,96$ . Thay thế vào công thức,  $n = 34,57$ .

## Quy trình, đánh giá

**Quy trình:** Nội soi cắt phổi với video hỗ trợ (VATS): mê nội phế quản chọn lọc, nằm nghiêng. Đặt scope 10 mm liên sườn VII nách giữa, trocar 5 liên sườn VII và mở ngực nhỏ 3 - 5 cm qua liên sườn 4,5. Phẫu tích, cắt bằng Stapler hoặc khâu cột

mạch máu phổi, phế quản. Nạo hạch rốn phổi và trung thất hệ thống. *Phẫu thuật mở*: Mê chọn lọc, nằm nghiêng. Rạch da 15cm gian sườn 4,5 bên u vào khoang màng phổi, cắt trọn thùy phổi u, nạo hạch, đặt dẫn lưu màng phổi. đóng vết mổ theo lớp.

*Quy trình áp dụng ERAS (rút gọn [1]): Chuẩn bị* (tư vấn bệnh - nguy cơ, dinh dưỡng): Bác sĩ giải thích bệnh và nguy cơ phẫu thuật. *Giai đoạn tiền phẫu* (kiểm soát bệnh liên quan, dinh dưỡng): Ổn định đường máu, huyết áp 24 giờ trước phẫu thuật, kháng đông (ngừng thuốc kháng kết tập tiểu cầu 05 ngày trước phẫu thuật). Ăn cháo ít xơ, ăn nhẹ hoặc sữa trước 24 giờ. Nạp carbonhydrat đến 02 giờ trước phẫu thuật. Hội chẩn dinh dưỡng. Bổ sung khi BMI < 18.5. *Phẫu thuật*: (Kháng sinh dự phòng, Phẫu thuật ít xâm lấn, Số lượng dẫn lưu ngực, Duy trì thân nhiệt, Giảm đau): Cefazolin 2g, trước phẫu thuật 30 phút, Nội soi cắt phổi với video hỗ trợ (VATS), Dùng 01 dẫn lưu hố mổ, Bàn sưởi và san mổ, 37 độ, Paracetamol 1g/truyền TM. *Hậu phẫu* (Rút thông tiểu, Vận động sớm, Tập thở, Rút dẫn lưu màng phổi, Ăn uống quan miêng, Ngưng dịch truyền, Dự phòng huyết khối): Hậu phẫu N0: rút thông tiểu. Ngày N1: ngồi dậy, vận động tại giường, tập thở, hít thở sâu, sữa (công thức), súp, cháo. Ngày 02: tập với dụng cụ, rút dẫn lưu màng phổi khi dịch dẫn lưu 100ml/ngày, hết xì khí. Ngày N3: ngưng dinh dưỡng tĩnh mạch hỗ trợ. Đánh giá mỗi ngày, bổ sung khi có chỉ định.

*Đánh giá kết quả*: Miệng cắt không tế bào ung thư, tỉ lệ biến chứng (tại chỗ, toàn thân), thời gian nằm viện, tử vong phẫu thuật.

**Thu thập và xử lý số liệu**

Các biến số liên quan phẫu thuật: Tuổi, giới, bệnh kết hợp, thời gian phẫu thuật, nằm viện, biến chứng, tử vong, theo dõi 06 tháng. Biến số liên quan ERAS gồm các bước rút gọn áp dụng cho phẫu thuật phổi [1]. Số liệu thu thập và xử lý bằng các phép kiểm thích hợp.

**Khía cạnh y đức**

Mọi thông tin được thu thập qua hỏi cứu hồ sơ, bảo mật. Nghiên cứu được Hội đồng Y đức - Bệnh viện Thống Nhất thông qua theo quyết định số 08/2024/CN-BVTN-HĐĐĐ.

**Kết quả**

**Đặc điểm của dân số nghiên cứu**

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

| Đặc điểm                     | n = 37 | Tỉ lệ % | p    |
|------------------------------|--------|---------|------|
| <b>Giới tính</b>             |        |         |      |
| Nam                          | 23     | 62,1    | 0,38 |
| Nữ                           | 14     | 37,9    |      |
| <b>Tuổi trung bình (năm)</b> |        |         |      |
| ≥ 60 - 70                    | 17     | 45,9    | 0,42 |
| ≥ 70 - 80                    | 13     | 35,1    |      |
| ≥ 80                         | 07     | 18,9    |      |
| <b>Triệu chứng lâm sàng</b>  |        |         |      |
| Ho dai dẳng                  | 10     | 27,1    | 0,61 |
| Sụt cân                      | 06     | 16,2    |      |
| Ho ra máu                    | 02     | 05,4    |      |
| Tức ngực                     | 04     | 10,8    |      |
| <b>Giai đoạn cTNM</b>        |        |         |      |
| IA                           | 03     | 08,1    | 0,28 |
| IB                           | 09     | 24,3    |      |
| IIA                          | 12     | 32,4    |      |
| IIB                          | 06     | 16,2    |      |
| IIIA                         | 07     | 18,9    |      |
| <b>Mô bệnh học</b>           |        |         |      |
| Adenocarcinoma               | 24     | 64,8    | 0,19 |
| Squamous cell                | 11     | 29,7    |      |
| Khác                         | 02     | 05,4    |      |

Tuổi trung bình 65,9. Nam là 62,1%, nữ là 37,9% (p = 0.38). Triệu chứng ho dai dẳng là 27,1%. Giai đoạn IIA (theo TNM) là 32,4%. Mô bệnh học Adenocarcinoma là 64,8%.

**Kết quả phẫu thuật và áp dụng ERAS**

*Thời gian phẫu thuật*: Trung bình 192,73 ± 31,62 phút, ngắn nhất 90 phút, dài nhất 232 phút. *Thời gian hậu phẫu hồi sức*: 01,43 ± 01,35 ngày. *Thời gian nằm viện*: 08,12 ± 03,52 ngày.

Phẫu thuật VATS: 30 trường hợp, cắt hình chêm 02 trường hợp, cắt thùy phổi 28 trường hợp; chuyển

phẫu thuật mở 02 trường hợp, nạo hạch trong phẫu thuật. Phẫu thuật mở: 07 trường hợp, cắt thùy phổi, nạo hạch N1 và N2. Miệng cắt không tế bào ung thư ở các phương pháp phẫu thuật.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật có áp dụng ERAS

| Yếu tố khảo sát<br>(n = 37, 100%)        | Phương pháp phẫu thuật |                           | P    |
|--|------------------------|---------------------------|------|
|  | VATS<br>(n = 30)       | Phẫu thuật mở<br>(n = 07) |      |
| <b>Tiền phẫu (n, tỉ lệ %)</b>            |                        |                           |      |
| Không rượu, thuốc lá                     | 27 (90,1)              | 07 (100)                  | 0,72 |
| BMI ≥ 18,5                               | 25 (83,3)              | 06 (85,7)                 |      |
| Đường máu < 7 mmol/L                     | 29 (96,7)              | 07 (100)                  |      |
| Uống carbohydrat                         | 30 (100)               | 07 (100)                  |      |
| <b>Phẫu thuật (n, tỉ lệ %)</b>           |                        |                           |      |
| 01 dẫn lưu màng phổi                     | 29 (96,7)              | 06 (85,7)                 | 0,48 |
| Rút thông tiểu sau phẫu thuật            | 28 (93,3)              | 04 (57,1)                 |      |
| <b>Hậu phẫu (giờ)</b>                    |                        |                           |      |
| Ngồi dậy, vận động                       | 25,1 ± 12,6            | 38,3 ± 08,1               | 0,27 |
| Tập thở với dụng cụ                      | 48,5 ± 05,6            | 59,1 ± 05,1               |      |
| Rút dẫn màng phổi                        | 48,1 ± 12,2            | 62,3 ± 21,5               |      |
| Ăn uống qua miệng                        | 53,3 ± 03,1            | 57,9 ± 11,6               |      |
| Cát dinh dưỡng tĩnh mạch                 | 95,7 ± 21,3            | 118,7 ± 21,3              |      |
| <b>Biến chứng phẫu thuật (n, tỉ lệ%)</b> |                        |                           |      |
| Viêm phổi                                | 4 (10,8)               | 3 (08,1)                  | 0,12 |
| Rò khí > 24 giờ                          | 2 (05,4)               | 2 (05,4)                  |      |
| Rò khí > 05 ngày                         | 2 (05,4)               | 2 (05,4)                  |      |
| Chảy máu                                 | 1 (02,7)               | 2 (05,4)                  |      |
| Nhiễm trùng                              | 2 (05,4)               | 1 (02,7)                  |      |
| Rung nhĩ                                 | 2 (05,4)               | 00                        |      |
| Tử vong                                  | 00                     | 00                        |      |

Tỉ lệ BMI ≥ 18,5 là 83,8%. Ngưng rượu, thuốc lá trước phẫu thuật 91,2%. Tỉ lệ phẫu thuật theo phương pháp nội soi cắt phổi (VATS) là 81,1%. Rút dẫn lưu màng phổi vào giờ thứ 48 nhóm VATS và giờ 62 ở nhóm phẫu thuật mở. Rút thông tiểu sớm

ngày 0 93,3%. Vận động sớm giờ thứ 25, rút dẫn lưu giờ 48, ăn uống thường giờ 53.

Viêm phổi 18,9%, rò khí > 5 ngày là 10,8%, chảy máu (03): có 02 trường hợp chảy máu động mạch tại miệng cắt khi dùng Stapler, 01 chảy máu bề mặt nhu mô do gỡ dính, mổ lại cầm máu, bù dịch và yếu tố đông máu. Nhiễm trùng 10,8%, rung nhĩ 05,4%. Không tử vong phẫu thuật.

**Bàn luận**

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 65,9 tuổi. Nhiều nghiên cứu cung cấp số liệu ung thư phổi có tỉ lệ chủ yếu ở người cao tuổi. Hiện nay còn có sự dịch chuyển độ tuổi mắc ung thư đến 70 tuổi [5]. Người bệnh từ 70 tuổi trở lên chiếm 47% tổng số ca ung thư phổi. Hơn 50% các trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) tiến triển được chẩn đoán ở những người bệnh trên 65 tuổi [6]. Nghiên cứu của Đỗ Kim Quế (2018) [7], độ tuổi trung bình UTPKTBN giai đoạn sớm là 56 tuổi, trong đó > 70 tuổi là 37,4%.

Trước một phẫu thuật lớn, tình trạng tim và phổi luôn được đánh giá kĩ lưỡng. ERAS giúp tối ưu hóa kiểm soát nguy cơ tiền phẫu. Chúng tôi đánh giá siêu âm tim, đo công năng hô hấp và các xét nghiệm chuyên biệt nếu cần thiết (holter nhịp tim, siêu âm mạch vành, nghiệm pháp gắng sức). Trong mọi trường hợp có bệnh lý tim phổi, đều được phối hợp đánh giá bởi các chuyên gia tim mạch và hô hấp. ERAS khuyến cáo, đánh giá trước phẫu thuật về chức năng tim phổi, tập thể dục trước phẫu thuật, kháng sinh dự phòng và việc sử dụng thuốc hô hấp có thể cải thiện đáng kể chức năng phổi của người bệnh có nguy cơ cao và tăng cường khả năng chịu đựng phẫu thuật [1], [8], do đó làm giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở mức độ lớn hơn. Muehling đã thực hiện phân tích nhóm nhỏ những người bệnh có FEV1% < 75% vào năm 2008 cho kết quả tương tự [9].

Phẫu thuật cho kết quả khả quan. Lợi ích lớn nhất của phẫu thuật nội soi lồng ngực với video hỗ trợ (VATS) là giảm đau sau phẫu thuật. Đau sau phẫu thuật được ghi nhận lên tới 50 - 70% vào thời

điểm sau mổ 2 tháng ở những trường hợp phẫu thuật có dùng băng ngực. Đau có thể gây ra các biến chứng sau phẫu thuật [7]. Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là  $192,73 \pm 31,62$  phút, ngắn nhất 90, dài nhất 232, thời gian hồi sức tích cực khoảng 1 ngày và người bệnh sinh hoạt tự thân vào ngày 02 hậu phẫu. Tương tự, phương pháp nội soi ngực góp phần làm giảm chấn thương phẫu thuật, bảo tồn cơ học thành ngực, giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong sau phẫu thuật, tình trạng mê sảng sau phẫu thuật và cho phép giảm nhu cầu thuốc gây mê và cuối cùng là thúc đẩy thời gian phục hồi nhanh hơn [10].

Một trong các tiêu chí quan trọng của ERAS liên quan phẫu thuật phổi là khả năng giảm thiểu các nguy cơ và ERAS xem phẫu thuật VAST là một trong những tiêu chí quan trọng. Pierre E.F năm 2015 nghiên cứu 28.771 người bệnh cho kết quả VAST ít biến chứng hơn phẫu thuật mở [4]. Julie Hallet năm 2023 nghiên cứu có theo dõi trung hạn phẫu thuật ung thư phổi người cao tuổi VATS và phẫu thuật mở cũng cho kết quả tương tự [11]. Trong nghiên cứu chúng tôi, áp dụng VAST là 81,1%. Trong các lĩnh vực phẫu thuật khác, phẫu thuật ít xâm lấn đóng vai trò là yếu tố chính của chương trình ERAS [1], [2]. Người ta đã chứng minh rằng VATS làm giảm các biến chứng sau khi cắt bỏ phổi và rút ngắn hiệu quả thời gian nằm viện [4] và áp dụng ERAS trong VAST góp phần gia tăng hiệu quả phục hồi ở người bệnh cao tuổi. Theo Rongyang Li, tổng cộng có 21 nghiên cứu với 6.480 người bệnh được đưa vào phân tích. Tổng hợp chỉ ra rằng người bệnh trong nhóm ERAS có nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật giảm đáng kể (RR = 0,64; 95% CI: 0,52 đến 0,78) và thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn (SMD = -1,58; 95% CI: -2,38 đến -0,79) với tính không đồng nhất đáng kể. Phân tích phân nhóm cho thấy nguy cơ biến chứng phổi (RR = 0,58; 95% CI: 0,45 đến 0,75), tim mạch (RR = 0,73; 95% CI: 0,59 đến 0,89), tiết niệu (RR = 0,53; 95% CI: 0,32 đến 0,88) và phẫu thuật (RR = 0,64; 95% CI: 0,42 đến 0,97) thấp hơn đáng kể ở nhóm ERAS. Không thấy có sự giảm đáng kể nào về tỷ lệ tử vong trong bệnh viện

(RD = 0,00; 95% CI: -0,01 đến 0,00) và tỷ lệ tái nhập viện (RR = 1,00; 95% CI: 0,76 đến 1,32) [2].

Sau phẫu thuật ung thư phổi, có thể gặp biến chứng viêm phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, loạn nhịp tim, suy hô hấp khạc đờm không đủ sau phẫu thuật, tích tụ đờm và thời gian đặt ống dẫn lưu ngực kéo dài [12]. Trong nghiên cứu chúng tôi, viêm phổi 18,9%, rò khí dai dẳng (rò khí > 5 ngày) là 10,8%, chảy máu 03 trường hợp: có 02 trường hợp chảy máu động mạch tại miệng cắt khi dùng 1 Stapler cắt 02 động mạch cùng lúc. 01 trường hợp chảy máu bề mặt nhu mô do gỡ dính, mổ lại cầm máu, bù dịch và yếu tố đông máu. Nhiễm trùng 10,8%, rung nhĩ 05,4%. Không có trường hợp tử vong phẫu thuật. Từ các biến chứng và sự khó khăn, phức tạp trong phẫu thuật, việc tăng cường phục hồi chu phẫu là rất cần thiết đối với người bệnh cao tuổi. Phân tích tổng hợp các biến chứng sau phẫu thuật nói chung cho thấy tính không đồng nhất cao ( $I^2 = 63\%$ ;  $P < 0,001$ ) [2]. Kết quả nghiên cứu của Gao (2015) [13] trong 142 người bệnh nguy cơ cao (người hút thuốc nhiều, tăng phản ứng đường thở, chức năng phổi giảm), tỷ lệ biến chứng của nhóm đối chứng là 83,31%, cao gấp 5 lần so với nhóm ERAS (16,9%), vượt xa kết quả của các nghiên cứu khác. Xác suất xảy ra biến chứng sau phẫu thuật cao hơn nhiều đối với người bệnh có nguy cơ cao so với những người bệnh có nguy cơ bình thường do chức năng phổi suy giảm, vi khuẩn xâm nhập nhiều hơn vào đường hô hấp và khả năng miễn dịch thấp.

Vận động, ăn uống qua miệng sớm và có tổ chức là một phần không thể thiếu trong tất cả các hướng dẫn của ERAS [1], [2]. Suy mòn ở người bệnh ung thư luôn xảy ra [3], [7], [14]. Nằm lâu hậu phẫu có thể dẫn đến mất cơ, viêm phổi ứ đọng, kháng insulin và tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Để tránh những vấn đề này, người bệnh nên được khuyến khích đi lại sớm trong giai đoạn hậu phẫu. Chúng tôi tập vận động thụ động và chủ động với các hạn mục tăng dần mỗi ngày hậu phẫu tùy theo tình trạng lâm sàng của người bệnh: ngồi dậy, tập vận động có hỗ trợ vật lý trị liệu, đi lại trong phòng bệnh, khu tập vận động của khoa. Vận động chủ động sớm

góp phần tái hoạt nhu động ruột, tạo điều kiện nuôi ăn sớm. Việc bắt đầu hỗ trợ dinh dưỡng sớm sau phẫu thuật là rất quan trọng, phục hồi chức năng và ngăn ngừa các biến chứng sau phẫu thuật liên quan đến suy dinh dưỡng. Vai trò hấp thu và chuyển hóa của ruột tạo nên chu trình hấp thu là sinh học nhất [1], [2], [14]. Chúng tôi cung cấp dinh dưỡng đường miệng sớm, (khởi từ ngày thứ N1 hậu phẫu với nước đường). Không chỉ vậy, cung cấp qua đường hạn chế các nhược điểm của dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch, có liên quan đến việc tăng tỷ lệ rối loạn chuyển hóa, tăng men gan và nhiễm trùng huyết.

### Kết luận

Bệnh viện Thống Nhất áp dụng được ERAS (các chỉ số khuyến nghị mạnh) trong phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn sớm, người bệnh phục hồi vận động sớm. Có một số biến chứng phẫu thuật với tỉ lệ thấp, có thể áp dụng ERAS cho phẫu thuật ung thư phổi ở người bệnh cao tuổi.

### Tài liệu tham khảo

1. Timothy J P Batchelor, Neil J Rasburn. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). Eur J Cardiothorac Surg. 2019 Jan 1;55(1):91-115.
2. Rongyang Li, Kun Wang, Chenghao Qu et al. The effect of the enhanced recovery after surgery program on lung cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. J Thorac Dis. 2021 Jun; 13(6): 3566–3586.
3. Freddie Bray, Mathieu Laversanne. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun; 74(3): 229-263.
4. Falcoz PE, Puyraveau M, Thomas PA, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery versus open lobectomy for primary non-small-cell lung cancer: a propensity-matched analysis of outcome from the European Society of Thoracic Surgeon database. Eur J Cardiothorac Surg. 2016; 49: 602-9.
5. Omar Lababede et al. The Eighth Edition of TNM Staging of Lung Cancer: Reference Chart and Diagrams. Oncologist. 2018 Jul; 23(7): 844–848.
6. Paolo Maione et al. Treating advanced non-small cell lung cancer in the elderly. Ther Adv Med Oncol. 2010 Jul; 2(4): 251–260.
7. Đỗ Kim Quốc. Điều trị phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm: phẫu thuật mở so với phẫu thuật nội soi lồng ngực. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 23 số 1, 2019.
8. Batchelor TJP, Rasburn NJ, Abdelnour-Berchtold E, et al. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). Eur J Cardiothorac Surg. 2019; 55: 91-115. 10.1093.
9. Muehling BM, Halter GL, Schelzig H, et al. Reduction of postoperative pulmonary complications after lung surgery using a fast track clinical pathway. Eur J Cardiothorac Surg. 2008; 34: 174-80.
10. Sylvain Gagné et al. Modifiable risk factors for patients undergoing lung cancer surgery and their optimization: a review. J Thorac Dis. 2018 Nov; 10(Suppl 32): S3761–S3772.
11. Julie Hallet, Mathieu Rousseau. Long-term Functional Outcomes Among Older Adults Undergoing Video-assisted Versus Open Surgery for Lung Cancer: A Population-based Cohort Study. Ann Surg. 2023 Jun 1; 277(6): e1348-e1354.
12. Choi SM, Lee J, Park YS, et al. Postoperative pulmonary complications after surgery in patients with interstitial lung disease. Respiration. 2014; 87: 287-93.
13. Gao K, Yu PM, Su JH, et al. Cardiopulmonary exercise testing screening and pre-operative pulmonary rehabilitation reduce postoperative complications and improve fast-track recovery after lung cancer surgery: A study for 342 cases. Thoracic Cancer. 2015; 6: 443-9.
14. Nguyễn Đỗ Nhân, Lê Đình Thanh. Đánh giá áp dụng phục hồi sớm (ERAS) trong phẫu thuật ung thư thực quản ngực tại Bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học Cộng đồng, tập 65 số 03. 2024.