

BÁO CÁO 52 CA THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN CÙNG ĐOÀN OPERATION WALK FLORIDA (HOA KỲ) TẠI BỆNH VIỆN CHÍNH HÌNH VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Tạ Đức Luận¹, Ngô Anh Tuấn², Nguyễn Văn Hậu²

TÓM TẮT

Mở đầu: Báo cáo này trình bày 52 trường hợp thay khớp háng toàn phần được thực hiện an toàn tại Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh (Bệnh viện 1A) trong điều kiện số phòng mổ và nguồn lực hạn chế, đồng thời chia sẻ mô hình tổ chức áp dụng ERAS trong thực hành lâm sàng.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thay khớp háng tại Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng TP.HCM và thực hành ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) trong phẫu thuật thay khớp háng, đồng thời chia sẻ cách tổ chức dự án trong điều kiện nguồn lực hạn chế.

Đối tượng: 52 bệnh nhân thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện 1A trong tháng 8 năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Kết quả: Trong 52 ca phẫu thuật, 51 bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tủy sống và 1 bệnh nhân gây mê nội khí quản. Số ca truyền máu là 9 (17,31%); 57,69% bệnh nhân không đặt thông tiểu, số ca đặt cũng rút ngay sau khi được chuyển khoa; 9,62% bệnh nhân đặt dẫn lưu vết mổ; 100% kháng sinh là dự phòng với 3 liều mỗi 8 giờ;

¹ Khoa Y, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

² Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh

Người phản hồi: Tạ Đức Luận, Email: bsluan.gmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/12/2024

Ngày phản biện: 10/6/2025

hầu hết bệnh nhân sử dụng giảm đau sau mổ với bupivacaine tiêm ổ khớp, celecoxib, gabapentin và paracetamol; thời gian vận động sau mổ: $7,98 \pm 2,98$ giờ; thời gian ăn uống sau mổ: $7,66 \pm 1,59$ giờ; thời gian nằm viện trung bình là $13,18 \pm 2,88$ ngày. Không ghi nhận biến chứng sớm trong 24 giờ đầu sau mổ. Và cuối cùng, 100% bệnh nhân xuất viện an toàn.

Kết luận: Các bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng đều được đảm bảo an toàn khi được vô cảm tê tủy sống kết hợp với chương trình ERAS trong điều kiện nguồn nhân lực và trang thiết bị hạn chế. Kết quả này là cơ sở cho việc tiếp tục hoàn thiện và mở rộng mô hình ERAS trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần; ERAS; kiểm soát đau sau mổ; vận động sớm.

REPORT ON 52 CASES OF TOTAL HIP REPLACEMENT WITH THE OPERATION WALK FLORIDA (USA) AT HO CHI MINH CITY ORTHOPEDIC AND REHABILITATION HOSPITAL

ABSTRACT

Introduction: This report presents 52 total hip replacement (THR) cases performed safely at Ho Chi Minh City Orthopedic and Rehabilitation Hospital (1A Hospital) under limited operating room and resource conditions and shares an organizational model for ERAS implementation in clinical practice.

Objectives: To assess the outcomes of hip replacement surgery implemented at Ho Chi Minh City Orthopedic and Rehabilitation Hospital, focusing on the application of the ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol in hip arthroplasty, and to share the organizational strategies adopted under constrained resources.

Subjects: Fifty-two patients undergoing total hip replacement at 1A Hospital in August 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study with analytical components.

Results: Among the 52 cases, 51 patients underwent general spinal anesthesia. Blood transfusions were required in 9 cases (17.31%). A total of 57.69% of patients did not require urinary catheterization, and for those who did, the catheter was removed immediately after being transferred to the ward. Surgical drains were used in 9.62% of cases. Antibiotics were administered as prophylaxis in all cases, with 3 doses every 8 hours. Post-operative pain management primarily included intra-articular bupivacaine injection, aspirin, celecoxib, gabapentin, and paracetamol. The mean time to mobilization

after surgery was 7.98 ± 2.98 hours, and the mean time to resume oral intake was 7.66 ± 1.59 hours. The average hospital stay was 13.18 ± 2.88 days. No early complications were recorded within the first 24 hours of post-surgery. Finally, 100% of patients were discharged safely.

Conclusions: Patients undergoing total hip arthroplasty were safely treated with spinal anesthesia in conjunction with the ERAS protocol, despite limitations in personnel and equipment. These findings support the ongoing development and wider adoption of ERAS in routine clinical settings.

Keywords: Total hip replacement; ERAS; postoperative pain control; early mobilization.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp háng là bệnh lý thường gặp, với nhiều nguyên nhân khác nhau, và ngày càng trẻ hóa [1]. Bệnh tiến triển kéo dài, và thường phải dẫn đến phẫu thuật thay khớp, một khi điều trị bảo tồn không còn hiệu quả [2]. Thay khớp háng toàn phần là một phẫu thuật lớn, với rất nhiều khâu chuẩn bị, từ phẫu thuật viên, đến gây mê hồi sức [3].

Chương trình ERAS được phát triển nhằm tối ưu hóa chăm sóc chu phẫu, với các nguyên tắc như: vận động và ăn uống sớm, giảm thiểu can thiệp không cần thiết, kiểm soát đau đa mô thức và sử dụng kháng sinh dự phòng hợp lý. Các nghiên cứu gần đây cho thấy việc áp dụng ERAS trong phẫu thuật chỉnh hình giúp rút ngắn thời gian nằm viện, giảm biến chứng hậu phẫu và cải thiện kết quả phục hồi [4,5].

Tuy nhiên, bên cạnh việc tuân thủ các nguyên lý lâm sàng, yếu tố then chốt quyết định hiệu quả ERAS là khâu tổ chức phẫu thuật, đặc biệt trong điều kiện hạn

chế như số phòng mổ ít, nhân sự giới hạn, nhưng yêu cầu xử lý nhiều ca mổ trong thời gian ngắn. Việc bố trí hợp lý phòng mổ, phân công nhân sự khoa học, phối hợp liên ngành hiệu quả chính là điều kiện tiên quyết để thực hiện ERAS thành công.

Tháng 8 vừa qua, chúng tôi đã tiến hành vô cảm cho 52 trường hợp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho đoàn phẫu thuật Operation Walk Florida (OWF), một tổ chức phi lợi nhuận đến từ Mỹ trong 3 ngày, với sự an toàn cao.

Chúng tôi báo cáo 52 ca thay khớp này không hẳn là vấn đề vô cảm, hay rộng ra là vấn đề của gây mê hồi sức. Mà chúng tôi muốn nhấn mạnh đến cách thức tổ chức, sự phối hợp giữa các bộ phận, từ chuẩn bị bệnh nhân, đến chăm sóc ở phòng hồi tỉnh, phòng hồi sức, phòng hậu phẫu, cũng như các khâu trong chuẩn bị, xử lý dụng cụ, trợ cụ tại một nơi mà trang thiết bị và nhân lực còn khá hạn chế. Ở mỗi vị trí ấy, các chuyên gia, các tình nguyện viên đã được huấn luyện để đảm trách một

khâu trong chuỗi công việc chung, để đảm bảo sự an toàn của bệnh nhân.

Trong báo cáo này, chúng tôi muốn nhấn mạnh khâu tổ chức và tập phục hồi chức năng sau mổ, mà chúng tôi nghĩ, ERAS đã được đưa vào một cách sinh động nhất. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: “*Đánh giá kết quả ban đầu của dự án và thực hành ERAS trong phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, đồng thời chia sẻ cách tổ chức dự án trong điều kiện nguồn lực hạn chế*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

52 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 19 đến 21/08/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. *Phương pháp thu thập và phân tích dữ liệu:* Lập phiếu thông tin theo dõi từng bệnh nhân. Các thông tin thu thập bao gồm đặc điểm tuổi, giới, BMI (Body Mass Index), ASA (American Society of

Anesthesiologists), phương pháp vô cảm, thay khớp háng một bên hay cả hai bên, thời gian phẫu thuật, sử dụng thuốc và truyền máu trong mổ, đặt thông tiểu và dẫn lưu vết mổ, sử dụng kháng sinh và giảm đau, thời gian vận động và ăn uống sau mổ, các biến chứng sớm trong 24 giờ đầu sau mổ và thời gian nằm viện.

2.2.3. *Xử lý số liệu:* Số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0, tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá kết quả ban đầu của thay khớp háng toàn phần

3.1.1 Đặc điểm bệnh nhân

Nghiên cứu bao gồm 52 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm 80,77% (42 trường hợp) và nữ giới chiếm 19,23% (10 trường hợp). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $50,04 \pm 10,67$ tuổi, dao động từ 24 đến 74 tuổi. Cân nặng trung bình đạt $60,51 \pm 10,03$ kg, chiều cao trung bình là $161,27 \pm 7,19$ cm, với chỉ số BMI trung bình $23,27 \pm 3,56$ kg/m². Phân loại ASA cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm ASA II (92,31%), trong khi chỉ 7,69% bệnh nhân thuộc nhóm ASA III.

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	42	80,77
	Nữ	10	19,23
Tuổi (năm)	Trung bình	$50,04 \pm 10,67$	

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Cân nặng (kg)		60,51 ± 10,03	
Chiều cao (cm)		161,27 ± 7,19	
BMI (kg/m2)		23,27 ± 3,56	
ASA	II	48	92,31
	III	4	7,69

BMI (kg/m²): chỉ số khối của bệnh nhân, ASA: phân loại bệnh nhân theo tiêu chuẩn của Hội Gây mê Hồi sức Hoa Kỳ trước phẫu thuật

3.1.2 Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2: Một số đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thay 1 bên	50	96,15
Thay 2 bên	2	3,85
Thời gian phẫu thuật (phút)	82,75 ± 15,88	

Trong 52 trường hợp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, có 50 ca thay khớp háng một bên và 2 ca thay khớp háng cả 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 82,75 ± 15,88 phút, cho thấy quy trình phẫu thuật được thực hiện trong thời gian tương đối ngắn, phù hợp với các tiêu chuẩn tối ưu hóa phẫu thuật trong điều kiện thực tế.

3.1.3. Đặc điểm vô cảm

Bảng 3: Đặc điểm vô cảm

Phương pháp vô cảm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tê tủy sống Marcaine Heavy: 13-14 mg Fentanyl: 25 mcg	51	98,08
Mê nội khí quản	1	1,92

Có 51 ca được gây tê tủy sống bằng Marcaine Heavy với liều từ 13–14 mg phối hợp Fentanyl 25 mcg và không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm. Một ca còn lại được gây mê nội khí quản do bệnh nhân từ chối gây tê tủy sống và mong muốn được gây mê.

3.1.4. Sử dụng thuốc và truyền máu trong phẫu thuật

Bảng 4: Sử dụng thuốc và truyền máu

Thuốc/Truyền máu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thuốc	Số ca sử dụng ephedrine	16	30,77
	Số ca sử dụng atropin	3	5,77
Số ca truyền máu	1 đơn vị hồng cầu lắng	6	11,54
	2 đơn vị hồng cầu lắng	3	5,77

Trong quá trình phẫu thuật, 16 bệnh nhân (30,77%) được sử dụng ephedrine để điều chỉnh hạ huyết áp và 3 bệnh nhân (5,77%) được sử dụng atropin để xử trí nhịp tim chậm. Các trường hợp tụt huyết áp đều được kiểm soát hiệu quả bằng 1–2 liều ephedrine. Về truyền máu, 6 bệnh nhân (11,54%) cần truyền 1 đơn vị hồng cầu lắng và 3 bệnh nhân (5,77%) cần truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng. Kết quả cho thấy tình trạng huyết động và mất máu trong phẫu thuật được kiểm soát tốt, đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

3.1.5. Thông tiểu và dẫn lưu vết mổ

Bảng 5: Thông tiểu và dẫn lưu vết mổ

Thông tiểu/Dẫn lưu vết mổ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số ca đặt/số ca không đặt thông tiểu	22/30	42,31/57,69
Số ca đặt dẫn lưu vết mổ	5	9,62

Trong 52 trường hợp, có 22 ca được đặt thông tiểu (42,31%) và 30 ca không đặt thông tiểu (57,69%), cho thấy việc hạn chế đặt thông tiểu trong đa số các ca phẫu thuật. Có 5 ca (9,62%) đặt dẫn lưu vết mổ, và những ca được đặt dẫn lưu này cũng được rút sớm sau khi chuyển lên khoa. Điều này phản ánh sự tuân thủ các nguyên tắc ERAS nhằm giảm thiểu các can thiệp không cần thiết, góp phần thúc đẩy quá trình vận động sớm sau mổ và giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu.

3.1.6. Vận động và ăn uống sau mổ

Tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật đều được hướng dẫn vận động và ăn uống ngay sau khi hết tê chân. Thời gian trung bình bắt đầu vận động sau mổ là $7,98 \pm 2,98$ giờ, và thời gian bắt đầu ăn uống là $7,66 \pm 1,59$ giờ.

Bảng 6: Vận động và ăn uống sau mổ

Vận động/Ăn uống sau mổ	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Thời gian vận động sau mổ (giờ)	$7,98 \pm 2,98$
Thời gian ăn uống sau mổ (giờ)	$7,66 \pm 1,59$

3.1.7. Tai biến

Trong toàn bộ các ca thay khớp, chỉ ghi nhận một ca trật khớp sau mổ và đã được xử lý kịp thời bằng gậy mê để thay lại chỏm khớp. Không có trường hợp nào gặp tai biến hoặc biến chứng liên quan đến vô cảm như đau đầu, bí tiểu, nôn ói, hay lạnh run.

3.1.8. Kết quả xuất viện

Tất cả bệnh nhân đều hồi phục ổn định và được xuất viện an toàn sau 1 tuần theo dõi hậu phẫu. Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 2 tuần để đánh giá kết quả điều trị và hồi phục. Kết quả này khẳng định hiệu quả của quy trình chăm sóc hậu phẫu và các biện pháp hỗ trợ hồi phục được áp dụng.

3.2. Đánh giá hiệu quả của chương trình ERAS

Chương trình ERAS được thiết kế để tối ưu hóa quy trình chăm sóc phẫu thuật, giảm biến chứng và đẩy nhanh quá trình hồi phục của bệnh nhân. Dưới đây là phân tích về các yếu tố chính của ERAS đã được thực hiện, dựa trên cách thức tổ chức và sự phối hợp giữa các bộ phận trong quy trình thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh.

3.2.1. Vận động sớm sau mổ

Vận động sớm là nguyên tắc quan trọng của ERAS và đã được áp dụng hiệu quả tại bệnh viện. Trong nghiên cứu này, thời gian vận động trung bình sau mổ là $7,98 \pm 2,98$ giờ, vượt trội so với một số nghiên cứu trước đây. Nhờ không đặt thông tiểu và dẫn lưu vết mổ thường quy, bệnh nhân có thể vận động sớm hơn, từ đó giảm nguy cơ nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch sâu và cải thiện quá trình phục hồi.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Smith và cộng sự (2018), khi vận động sớm sau phẫu thuật giúp cải thiện đáng kể kết quả hậu phẫu với thời gian vận động trung bình từ 12–24 giờ [6]. McCarthy và Lee (2016) cũng nhấn mạnh vai trò của việc không đặt dẫn lưu và vận động sớm trong việc giảm thời gian nằm viện và nguy cơ biến chứng, với thời gian trung bình khoảng 16 giờ [4].

Việc tối ưu hóa quy trình không đặt thông tiểu thường quy và rút sớm các ống dẫn lưu đã giúp bệnh nhân vận động sớm hơn đáng kể, tăng cường tuần hoàn, giảm biến chứng và thể hiện rõ hiệu quả của ERAS ngay cả trong điều kiện nguồn lực hạn chế.

3.2.2. Ăn uống sớm

Bệnh nhân sau phẫu thuật được khuyến khích ăn uống sớm (trong vòng 6 giờ sau mổ), điều này giúp cải thiện chức năng tiêu hóa, cung cấp năng lượng cần thiết cho quá trình hồi phục, và giảm thiểu thời gian nằm viện. Việc tổ chức tốt giữa các bộ phận từ phòng hồi tỉnh đến Đơn vị điều trị tích cực đã giúp bệnh nhân có thể bắt đầu ăn uống trở lại sớm mà không gặp các vấn đề về tiêu hóa hay biến chứng hậu phẫu.

Kết quả này nổi bật hơn so với các nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của Smith và cộng sự (2018), thời gian ăn uống trung bình sau phẫu thuật trong chương trình ERAS là khoảng 12 giờ [6]. Tương tự, McCarthy và Lee (2016) ghi nhận bệnh nhân bắt đầu ăn uống trong vòng 10–12 giờ sau phẫu thuật [4]. Thời gian ăn uống sớm hơn trong nghiên cứu này cho thấy sự hiệu quả của việc tối ưu hóa quy trình chăm sóc hậu phẫu tại bệnh viện, đặc biệt trong điều kiện hạn chế về nguồn lực.

Việc rút ngắn thời gian bắt đầu ăn uống không chỉ hỗ trợ quá trình hồi phục mà còn giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu liên quan đến tiêu hóa, khẳng định vai trò quan trọng của việc áp dụng các nguyên tắc ERAS vào thực tiễn.

3.2.3. Sử dụng kháng sinh dự phòng hợp lý

Tất cả các bệnh nhân đều được chỉ

định dùng 3 liều kháng sinh cefazolin, mỗi liều cách nhau 8 giờ. Việc tuân thủ đúng thời gian sử dụng kháng sinh (trước khi rạch da 30-60 phút và sau đó mỗi 8 giờ) giúp ngăn ngừa nhiễm trùng hậu phẫu mà không tạo ra tình trạng kháng thuốc [7].

3.2.4. Kiểm soát đau hiệu quả

Kiểm soát đau là yếu tố then chốt trong chương trình ERAS và đã được thực hiện một cách toàn diện tại bệnh viện thông qua các phương pháp giảm đau đa mô thức [5]. Các loại thuốc giảm đau như paracetamol, celecoxib và gabapentin được sử dụng nhằm giảm đau một cách toàn diện mà không cần phụ thuộc quá nhiều vào opioid. Điều này giúp bệnh nhân tránh được các tác dụng phụ của opioid như buồn nôn, táo bón, và giữ cho bệnh nhân tỉnh táo hơn, dễ dàng vận động sớm hơn.

Đặc biệt, trong một số ca, phẫu thuật viên tiêm 20 ml Bupivacaine 0.25% kết hợp adrenalin 1:200.000 vào vùng quanh ổ khớp để kéo dài thời gian giảm đau, từ đó giảm nhu cầu dùng opioid sau mổ. Việc này đã được tổ chức và phối hợp tốt giữa các phẫu thuật viên và đội ngũ gây mê, đảm bảo bệnh nhân được giảm đau hiệu quả trong suốt quá trình hậu phẫu.

3.2.5. Truyền máu hạn chế

Trong tổng số 52 ca phẫu thuật, chỉ có 9 ca cần truyền máu trong mổ (17.31%), cho thấy mức độ kiểm soát mất máu tốt. Việc dự trữ sẵn 1-2 đơn vị hồng

cầu lắng trước mổ đảm bảo đáp ứng nhu cầu khi cần thiết mà không lạm dụng việc truyền máu.

Chương trình ERAS đã được triển khai thành công tại Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh nhờ sự phối hợp chặt chẽ giữa các bộ phận, từ đội ngũ gây mê, phẫu thuật đến hồi sức sau mổ. Các yếu tố như vận động sớm, kiểm soát đau hợp lý, sử dụng kháng sinh dự phòng và hạn chế truyền máu đã tuân thủ nguyên tắc ERAS, giúp rút ngắn thời gian hồi phục và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân trong điều kiện nguồn lực hạn chế.

3.3. Phân tích cách thức tổ chức dự án thay khớp háng toàn phần trong hoàn cảnh số phòng mổ và nhân lực hạn chế

Qua quá trình theo dõi và phân tích 52 ca phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, chúng tôi nhận thấy sự phối hợp chặt chẽ giữa các bộ phận là yếu tố quan trọng đảm bảo thành công của các ca mổ, đặc biệt là trong bối cảnh nguồn lực hạn chế. Tất cả các bộ phận từ chuẩn bị bệnh nhân, phẫu thuật, gây mê hồi sức, đến chăm sóc hậu phẫu đều hoạt động nhịp nhàng, tuân thủ quy trình chuẩn.

Kế hoạch tổ chức: Bệnh nhân được khám và nhập viện 4 ngày trước phẫu thuật để thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu, tầm soát và ổn định các bệnh nội khoa. Đoàn OWF sẽ đến thăm khám

và chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật 1 ngày cùng với hoạt động trao đổi chuyên môn cho từng ca bệnh, bao gồm cả kế hoạch tập phục hồi chức năng trước và sau phẫu thuật. Phẫu thuật sẽ diễn ra liên tục trong 2,5 ngày với 52 bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần tại 4 phòng mổ chính và 1 phòng mổ gối đầu. Đoàn sẽ tái khám cho toàn bộ bệnh nhân vào ngày thứ 4 trước khi về nước và mọi bất thường trong quá trình điều trị, chăm sóc bệnh nhân sau đó sẽ được các bác sĩ của bệnh viện 1A trao đổi liên tục với đoàn OWF.

Quá trình thực hiện cụ thể:

Trước mổ

Vào buổi tối trước ngày phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được ngừng ăn uống để đảm bảo an toàn cho quá trình gây mê. Việc chuẩn bị da sẽ được thực hiện bằng cách rửa với dung dịch chlorhexidine. Để sẵn sàng cho phẫu thuật, tất cả các ca thay khớp háng đều được dự trù 1-2 đơn vị hồng cầu lắng.

Tại khu vực chờ trước phẫu thuật, kháng sinh cefazolin sẽ được tiêm trong vòng 1 giờ trước khi rạch da. Bệnh nhân cũng được chỉ định sử dụng các thuốc giảm đau như celecoxib, paracetamol và gabapentin nhằm tăng cường hiệu quả kiểm soát đau. Nếu cần, lông chân tại vị trí phẫu thuật sẽ được cắt tỉa cẩn thận để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng.

Trước mổ, tất cả các bệnh nhân đều được hướng dẫn thực hiện các bài tập

phục hồi chức năng, giúp cơ thể sẵn sàng cho quá trình hồi phục sau mổ. Ngoài ra, các nhân viên y tế cũng được tập huấn cách chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp, đảm bảo quy trình chăm sóc hậu phẫu được thực hiện đúng cách và hiệu quả.

Trong mổ

Các ca phẫu thuật được lên kế hoạch cẩn thận với tổng cộng 52 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật thay khớp háng toàn phần trong 2,5 ngày: 19 ca vào ngày đầu tiên, 20 ca vào ngày thứ hai, và 13 ca vào buổi sáng ngày thứ ba.

Hệ thống phòng mổ được tổ chức gồm 5 phòng mổ, trong đó 4 phòng được bố trí cho 4 ê-kíp phẫu thuật hoạt động đồng thời, và 1 phòng mổ gói đầu (phòng mổ số 5) được sắp xếp để hỗ trợ gói đầu cho phòng mổ số 4. Phòng mổ số 4 do phẫu thuật viên trưởng đoàn OWF phụ trách, một phẫu thuật viên có trình độ chuyên môn cao, kỹ năng phẫu thuật thành thạo và khả năng hoàn thành các ca mổ nhanh chóng, đảm bảo tối ưu hóa quy trình phẫu thuật. Ngoài ra, một phòng hồi tỉnh được bố trí để quản lý và chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật.

Nhân sự gồm 2 bác sĩ gây mê hồi sức chính, 1 bác sĩ gây mê hồi sức phụ, 1 bác sĩ gây mê hồi sức phụ trách phòng hồi tỉnh, 5 cử nhân gây mê và 7 điều dưỡng phòng mổ. Ngoài ra, các tình nguyện viên của đoàn OWF cũng tham gia hỗ trợ từ khâu chuẩn bị trợ cụ, tham gia dụng cụ

vòng ngoài đến công tác chăm sóc bệnh nhân sau mổ, đảm bảo tính liên tục và an toàn trong suốt quá trình diễn ra dự án.

Mỗi ngày, vào lúc 6 giờ sáng, cả bốn phòng mổ đồng loạt tiến hành gây tê tùy sống cho bệnh nhân. Mỗi bác sĩ gây mê chính chịu trách nhiệm theo dõi hai phòng mổ liên kế, trong khi mỗi cử nhân gây mê được phân công phụ trách một phòng mổ cụ thể. Bác sĩ gây mê phụ hỗ trợ tất cả các phòng mổ và chịu trách nhiệm ghi chép số liệu phục vụ nghiên cứu khoa học. Khi phòng mổ số 4 sắp hoàn tất ca phẫu thuật, phòng mổ số 5 bắt đầu tiến hành gây tê cho bệnh nhân tiếp theo, đảm bảo quy trình hoạt động liên tục và hiệu quả. Trong các ca thay khớp háng, bệnh nhân được gây tê tùy sống ở tư thế nằm nghiêng. Không thực hiện đặt thông tiểu thường quy. Đặc biệt, gần cuối cuộc mổ, một số bệnh nhân được tiêm Bupivacaine quanh ổ khớp để kiểm soát đau sau mổ. Tất cả các ca phẫu thuật đều là thay khớp háng toàn phần.

Sau mổ

Sau phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được chuyển đến phòng hồi tỉnh 6 giường. Tại đây, một bác sĩ gây mê của bệnh viện 1A cùng với đội ngũ y tế của đoàn OWF sẽ theo dõi bệnh nhân trong 60-90 phút trước khi chuyển bệnh nhân sang bộ phận Điều trị tích cực để tiếp tục theo dõi. Tại đây, bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ từ 3-12 giờ tùy theo tình trạng cụ thể của từng người bệnh.

Sau khi được theo dõi đủ thời gian tại bộ phận Điều trị tích cực, bệnh nhân được chuyển lên trại, nơi họ bắt đầu chương trình phục hồi chức năng ngay lập tức, bao gồm các bài tập tại giường và tập đi với sự hỗ trợ của bác sĩ và kỹ thuật viên phục hồi chức năng. Các ống dẫn lưu cũng sẽ được rút sớm nhất có thể để giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng và giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Kháng sinh Cefazolin sẽ được tiếp tục trong 24 giờ đầu, dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu với aspirin sẽ được duy trì trong suốt quá trình hậu phẫu, tùy thuộc vào nguy cơ của từng bệnh nhân.

Về kiểm soát đau, bệnh nhân sẽ được sử dụng thuốc giảm đau tùy theo mức độ đau. Nếu đau nặng, có thể tiêm Morphine Sulfate 2 mg qua đường tĩnh mạch mỗi 5-10 phút cho đến khi đạt hiệu quả giảm đau. Các loại thuốc giảm đau bổ sung bao gồm [7]:

- Paracetamol 1000 mg uống mỗi 8 giờ.
- Tramadol 50 mg (1-2 viên) uống mỗi 6 giờ khi cần.
- Celecoxib 200 mg uống mỗi sáng.
- Gabapentin 100 mg uống trước khi đi ngủ để giảm đau thần kinh.
- Nefopam 20 mg truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ khi cần.

Bằng cách tổ chức chặt chẽ và phối hợp tốt giữa các bộ phận, từ khâu chuẩn bị trước mổ, thực hiện phẫu thuật,

đến chăm sóc sau mổ, tất cả các ca phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện 1A đều diễn ra an toàn và thành công. Quá trình tổ chức hiệu quả không chỉ giúp đảm bảo chất lượng điều trị mà còn hỗ trợ bệnh nhân hồi phục nhanh chóng trong điều kiện nguồn lực hạn chế.

4. KẾT LUẬN

Trong 52 ca phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng TP.HCM, tỷ lệ truyền máu thấp (17,31%), phần lớn bệnh nhân không cần đặt thông tiểu hoặc được rút sớm, chỉ 9,62% có dẫn lưu vết mổ. Thời gian vận động và ăn uống sau mổ trung bình khoảng 8 giờ, không ghi nhận biến chứng sớm, và các bệnh nhân đều xuất viện an toàn. Việc triển khai chương trình ERAS trong phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng TP.HCM cho thấy tính an toàn và hiệu quả bước đầu, ngay cả trong điều kiện hạn chế về nhân lực và trang thiết bị. Các can thiệp theo nguyên lý ERAS như vận động sớm, kiểm soát đau đa mô thức, sử dụng kháng sinh dự phòng hợp lý và hạn chế truyền máu đã được thực hiện đồng bộ. Mô hình tổ chức khoa học, phối hợp chặt chẽ giữa các bộ phận chuyên môn là yếu tố then chốt giúp đảm bảo hiệu quả lâm sàng và an toàn cho người bệnh. Kết quả này góp phần làm cơ sở cho việc áp dụng và mở rộng mô hình ERAS tại các cơ sở y tế có điều kiện tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Tuấn, Phạm Minh Tuấn, Lê Ngọc Hưng. Nghiên cứu tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019;476(3):45-50.
2. Tài liệu hướng dẫn chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, sau mổ của đoàn Operation Walk Florida.
3. Smith A. J., & Dowsey M. M. (2018). Hip Osteoarthritis in Younger Adults: An Emerging Concern. *Journal of Arthroplasty*.
4. McCarthy J. C., & Lee J. A. (2016). Natural History of Hip Osteoarthritis. *Clinical Orthopedics and Related Research*.
5. Smith AJ, Dowsey MM. Hip osteoarthritis in younger adults: an emerging concern. *Journal of Arthroplasty*. 2018;33(3):450-458.
6. McCarthy JC, Lee JA. Natural history of hip osteoarthritis. *Clinical Orthopedics and Related Research*. 2016;474(2):432-440.
7. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, et al. Enhanced Recovery After Surgery: A consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery. *Arch Surg*. 2012;147(3):303-309.