GÂY MÊ HỒI SỨC
PHẪU THUẬT VỀ TRONG NGÀY
(NGOẠI TRÚ)

NỘI DUNG

- Đại cương
- Quy trình – Chọc lọc
- Thông tin cho BN – Khám tiền mê
- Chọn lựa phương pháp vô cảm
- Tỉnh mê – xuất viện
- Chậm trễ xuất viện – Tái nhập viện

ĐẠI CƯƠNG

- GMHS dành cho phẫu thuật (PT) về trong ngày
  - Khái niệm về TỔ CHỨC trong chăm sóc sức khỏe
  - Bệnh nhân là trung tâm
  - Nằm trong tổ chức của “Bệnh viện trong ngày”
- Bệnh viện trong ngày
  - BN xuất viện cùng ngày nhập viện, không qua đêm
  - Can thiệp chẩn đoán, điều trị nội – ngoại khoa

ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật (PT) về trong ngày
  - Can thiệp ngoại khoa chẩn đoán – điều trị
  - Đòi hỏi chất lượng trong chăm sóc
  - Đòi hỏi tổ chức tốt
  - Thời gian nằm viện ngắn
  - Tiết kiệm về kinh tế

ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật (PT) về trong ngày
  - Tiết kiệm khoảng 1,6 tỷ USD/năm 2005 tại Mỹ

Sự phát triển của phẫu thuật về trong ngày tại Mỹ[1,2]

Năm	%
1979	< 10
Đầu thập niên 1980	16 – 18
1987	40 – 45
1990	50
1997	60 – 70
2000	> 70
2005	> 80

1: Johnson TK et al, *Healthcare Finance Management,* 2000
2: Lichtor JL, in *Anesthesiology, (*Chap. 67) 2008

ĐẠI CƯƠNG

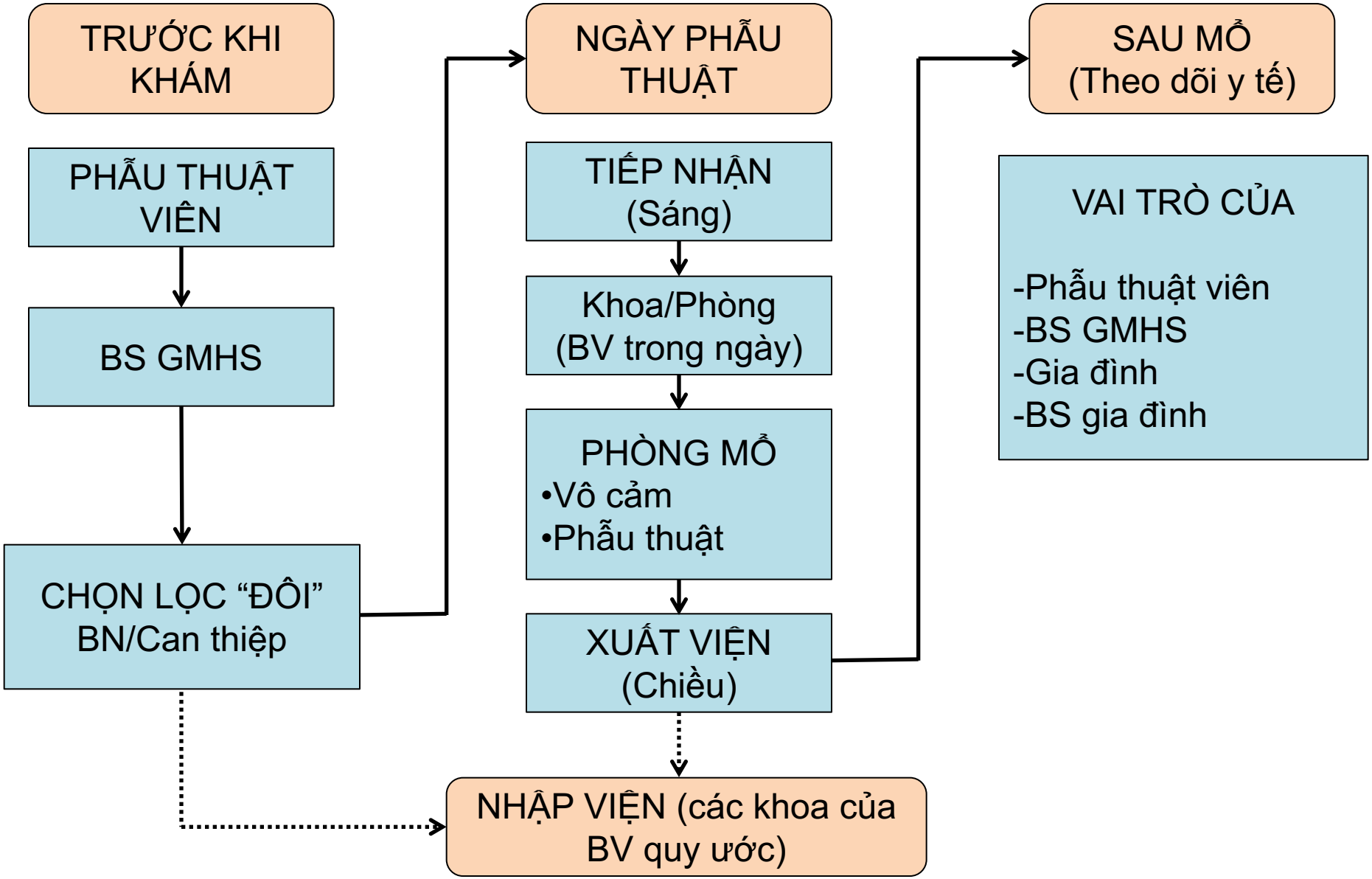
- Phẫu thuật (PT) về trong ngày
  - Tăng từ 5% lên 27% vào cuối thập niên 1990
  - Bệnh nhân đủ lứa tuổi
    - Phổ biến: 1 – 4 tuổi và 35 – 64 tuổi
  - Loại can thiệp
    - Phẫu thuật (55%)
    - Nội soi tiêu hóa (37%)
    - Thủ thuật sản phụ khoa (5%)

Laxenaire et al, *AFAR,* 1998

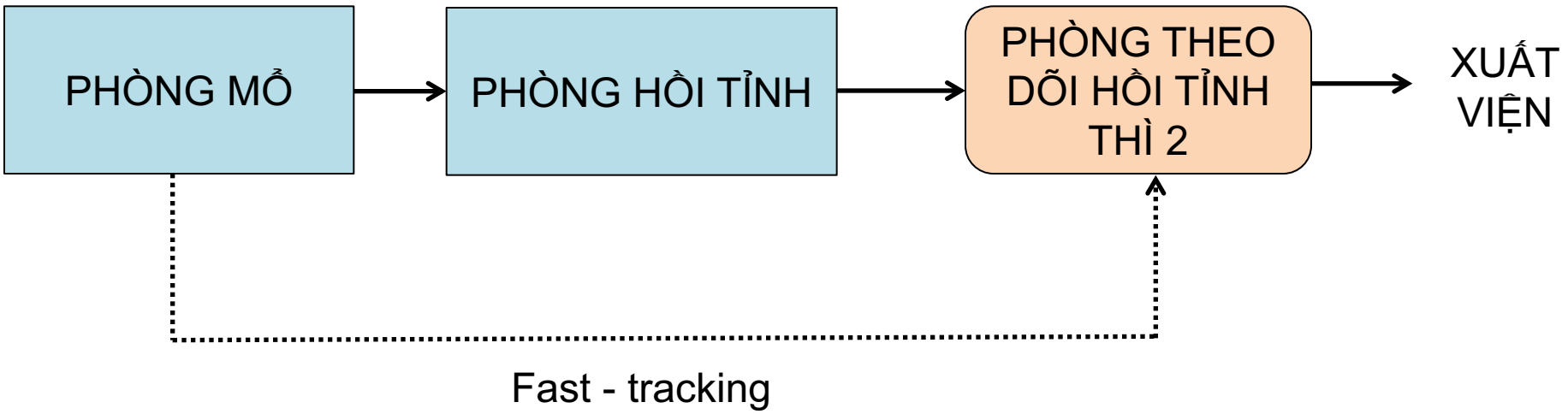
ĐẠI CƯƠNG

- GMHS dành cho PT về trong ngày
  - Thực hiện trong điều kiện an toàn của phòng mổ - hồi tỉnh
  - Nhiều phương pháp vô cảm khác nhau
  - Quá trình theo dõi sau mổ kéo dài đủ cho phép BN xuất viện trong ngày mà không gây nguy cơ lớn.

QUY TRÌNH


TRƯỚC KHI KHÁM
PHẪU THUẬT VIÊN
BS GMHS
CHỌN LỌC "ĐÔI" BN/Can thiệp
NGÀY PHẪU THUẬT
TIẾP NHẬN (Sáng)
Khoa/Phòng (BV trong ngày)
PHÒNG MỔ
•Vô cảm
•Phẫu thuật
XUẤT VIỆN (Chiều)
NHẬP VIỆN (các khoa của BV quy ước)
SAU MỔ (Theo dõi y tế)
VAI TRÒ CỦA
-Phẫu thuật viên
-BS GMHS
-Gia đình
-BS gia đình

QUY TRÌNH FAST-TRACKING



PHÒNG THEO DÕI THÌ 2
FAST-TRACKING

- Phòng theo dõi hồi tỉnh thì 2
  - Tiếp nhận BN từ phòng hồi tỉnh
  - Theo dõi đến khi BN có thể tự ăn uống, đi lại …
  - BN rời PM với điểm số hồi tỉnh cao có thể chuyển trực tiếp, không qua phòng hồi tỉnh (= fast-tracking)
  - Biện pháp giảm chi phí y tế
  - Thiết lập hay không tùy thuộc tổ chức của khoa, của BV trong ngày

CHỌN LỌC

- Chọn lọc theo can thiệp ngoại khoa
  - Thời gian ngắn (< 90 phút)
  - Nguy cơ thấp (chảy máu, hô hấp)
  - Theo dõi sau mổ đơn giản, không gây mất chức năng vận động kéo dài
  - Ít đau (có thể cho thuốc giảm đau dùng tại nhà)
  - Không có nguy cơ làm mất bù bệnh lý sẵn có (đái tháo đường …)

→ TRAO ĐỔI THÔNG TIN VỚI PHẪU THUẬT VIÊN

CHỌN LỌC

- Chọn lọc theo can thiệp ngoại khoa

  TRAO ĐỔI THÔNG TIN VỚI PHẪU THUẬT VIÊN

  – Hội chẩn
  – Thống nhất trong chọn lọc
  – Thông báo cần thiết (hoãn mổ, thay đổi bệnh lý trong khi chờ mổ)

CHỌN LỌC

- Danh mục các loại PT về trong ngày
  - Nên do chính khoa GMHS thiết lập
  - Phù hợp với
    - Tổ chức khoa phòng
    - Trình độ nhân lực
    - Liên kết với hệ thống hành chính (giờ làm việc v…v…)

CHỌN LỌC

- Chọn lọc theo bệnh nhân
  - Tình trạng BN
    - Ưu tiên ASA 1 và 2
    - Hiện tại: Mở rộng chỉ định PT về trong ngày cho BN ASA 3 với điều kiện:
      - Tình trạng ổn định
      - Nguồn gốc bệnh tật không ảnh hưởng quá trình sau mổ và xuất viện
      - BN phải được trải qua đánh giá và theo dõi cẩn thận

CHỌN LỌC

- Chọn lọc theo bệnh nhân
  - Tình trạng BN
    - Nguy cơ hay tiền căn đặt NKQ khó → Ưu tiên cho chăm sóc theo quy ước do có thể hoãn mổ do thất bại hoặc quá trình kiểm soát đường thở kéo dài.
    - Đái tháo đường, động kinh, bệnh lý hô hấp, gan, thận ổn định, kiểm soát tốt không phải là chống chỉ định NHƯNG phải đảm bảo:
      - Bệnh lý ổn định với điều trị phù hợp
      - Không tương tác với can thiệp ngoại khoa (hoặc không đáng kể)
      - Đồng thuận giữa PTV và BS GMHS

CHỌN LỌC

- Chọn lọc theo bệnh nhân
  - Tình trạng BN
    - Hiểu rõ và tuân thủ thông tin y tế cung cấp
    - Có thể tiếp cận nơi chăm sóc y tế phù hợp gần nhất (< 1 giờ)
    - Điều kiện vệ sinh và nhà ở tương đương các khoa/phòng bệnh của BV quy ước
    - Ít nhất một người có khả năng chăm sóc, đưa đón và ở chung nhà BN trong đêm ngày mổ và ngày sau đó
    - Có thể nghe/gọi điện thoại nhanh chóng

CHỌN LỌC

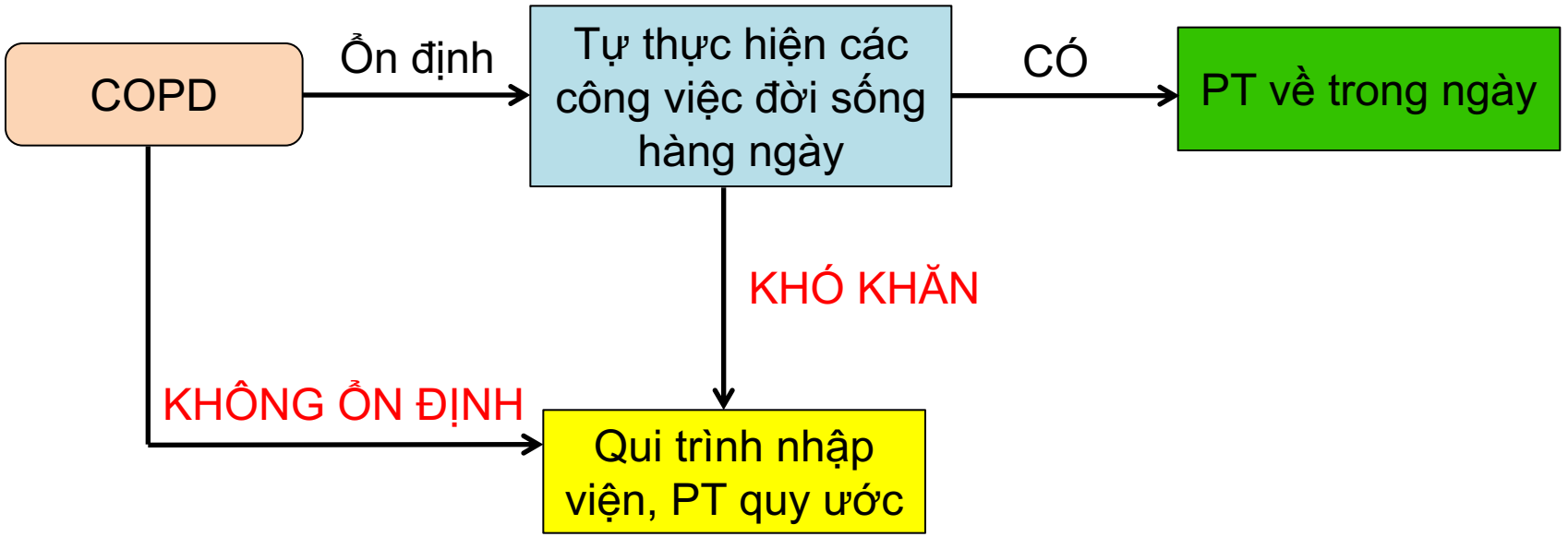
- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Béo phì
    - Tiếp cận đường thở, bệnh lý đi kèm, quá khổ so với bàn mổ, di chuyển BN v…v…
    - Dễ gặp biến chứng hô hấp sau mổ
    - Định nghĩa mức BMI chống chỉ định PT về trong ngày: Vai trò của khoa GMHS/BV trong ngày
    - Pháp: BMI > 35 kg/m^2 là CCĐ.

CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Tuổi
    - Trẻ nhỏ (< 6 tháng – 1 tuổi), tiền căn sinh non có nguy cơ ngưng thở cao → Lưu ý đặc biệt
    - Định nghĩa mức tuổi CCĐ PT về trong ngày của trẻ em: Vai trò của khoa GMHS/BV trong ngày
    - BN lớn tuổi: Bệnh đi kèm mới là yếu tố loại trừ chỉ định PT về trong ngày

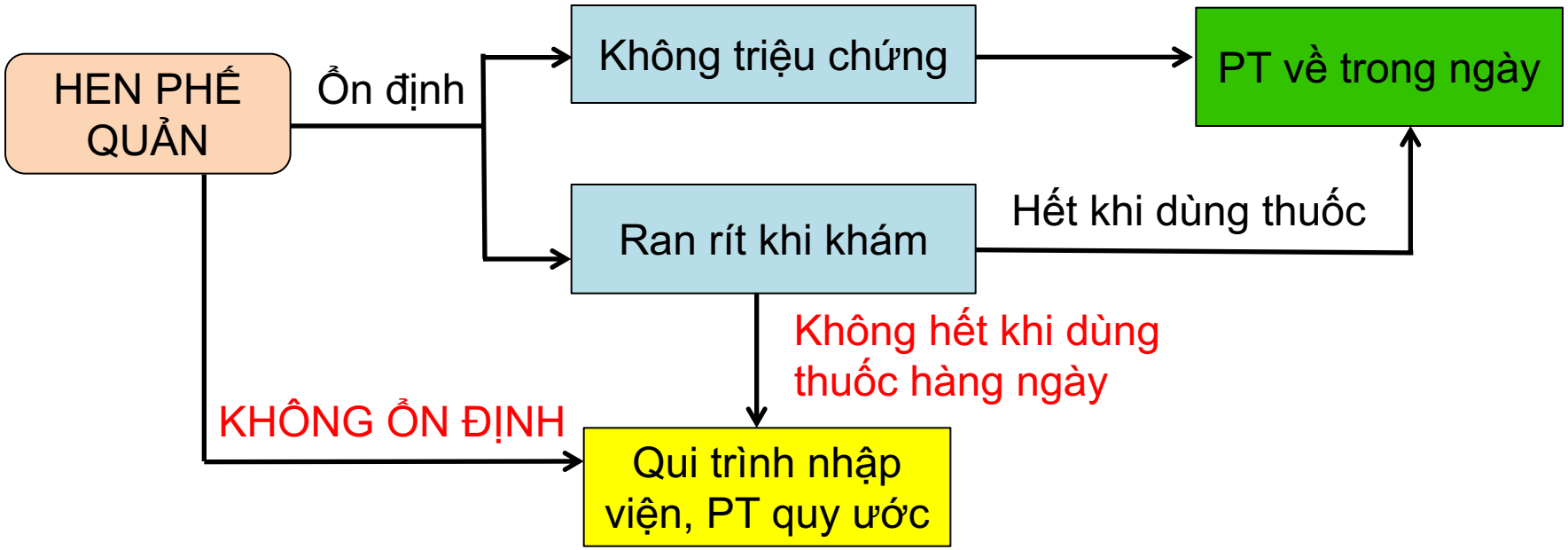
CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
    - COPD còn bù tốt: Tỷ lệ gặp biến cố hô hấp sau mổ cao nhưng dễ kiểm soát



CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Hen phế quản
    - BN hen phế quản ổn định, không triệu chứng, không nghe ran rít khi khám → Vẫn có tỷ lệ biến cố hô hấp chu phẫu cao nhưng dễ kiểm soát



CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Bệnh mạch vành
    - BN có tiền căn bệnh mạch vành và điều trị hợp lý có thể trải qua PT về trong ngày
    - 2 điều kiện: Không có triệu chứng mới/tăng nặng và chức năng tim tốt
    - BN có stent mạch vành: Có thể phải trì hoãn PT chương trình tùy theo loại stent
    - Lưu ý việc sử dụng thuốc tim mạch (ức chế beta, chống kết tập tiểu cầu…)

CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Suy tim
    - Suy tim sung huyết là yếu tố nguy cơ độc lập của biến cố tim mạch sau mổ
    - BN suy tim sung huyết là CCĐ của PT về trong ngày
    - BN có tiền căn suy tim gần đây cần tổng kê chức năng tim + đánh giá tim mạch đầy đủ trước khi được chọn lọc lên chương trình PT về trong ngày

CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - BN mang thiết bị chống loạn nhịp
    - Khoa/BV trong ngày phải có khả năng điều chỉnh/tái lập chương trình cho các thiết bị này
    - Phải có đánh giá chi tiết + hội chẩn chuyên khoa trước mổ

CHỌN LỌC

- Một số tình huống LS đặc biệt
  - Đái tháo đường
    - Luôn là bệnh lý gây ảnh hưởng lên PT và GMHS
    - Dễ gặp biến chứng sau mổ: Tim mạch, thận…
    - HbA1c > 8,6 → Kiểm soát đường huyết kém, cần chuyển sang thăm khám và điều trị Nội Tiết trước PT
    - Cần kiểm soát đường huyết chu phẫu (Bài GMHS và bệnh ĐTĐ)

THÔNG TIN CHO BỆNH NHÂN

- Thông tin cho BN
  - Thực hiện nhiều ngày trước ngày mổ (khi khám tiền mê)
  - Các khuyến cáo tiền mê (nhịn ăn uống, các thay đổi điều trị)
  - Quá trình vô cảm sẽ thực hiện
  - Các nguy cơ trong/sau mổ (dù khả năng thấp)
  - Các điều kiện cho phép xuất viện (BN không tự lái xe, thân nhân đi kèm)
  - Thông tin = văn bản + giải thích bằng lời nói

THÔNG TIN CHO BỆNH NHÂN

- Thông tin cho BN
  - Kê toa thuốc tiền mê (nếu cần)
  - Dự kiến (± kê toa) sau mổ: giảm đau, thay đổi thuốc kháng đông/chống kết tập tiểu cầu …
  - Cách xử trí nếu gặp vấn đề tại nhà
  - Ký vào bản cam kết + bản thông tin trước mổ = Chấp nhận các quy định và thông tin đã truyền đạt

THÔNG TIN CHO BỆNH NHÂN

Discrete Variable	Total No. of Patients with Variable	No. of Dissatisfied Patients with Variable (% of patients with variable)	*P* Value†
Univariate model			
Dissatisfaction with anesthesia	31	9 (29)	<0.001
Dissatisfaction with nursing care	17	3 (18)	<0.001
PACU events	259	14 (5.4)	0.002
Inadequate preoperative information	112	10 (8.9)	<0.001
Inadequate information on time of procedure	42	5 (12)	<0.001
Presence of postoperative symptoms	1,949	59 (3)	0.006
Presence of >3 postoperative symptoms	353	25 (7)	<0.001
Need for postoperative analgesics	1,216	45 (3.7)	<0.001

2730 bệnh nhân

Tong et al., Anesthe*siology,* 1997

Chất lương trong thông tin cho bệnh nhân là một trong các yếu tố mang lại sự hài lòng

KHÁM TIỀN MÊ

- MỤC TIÊU
  - Xác định BN có thể tiếp nhận chăm sóc về trong ngày hay không
  - Xác định chiến lược chăm sóc GMHS trước, trong và sau mổ
  - Ghi nhận và giải quyết các yếu tố ảnh hưởng lên việc lên chương trình (dị ứng latex, nhịn ăn uống, thời gian chăm sóc sau mổ)
  - Tiên lượng khả năng tự lập của BN tại thời điểm xuất viện và tại nhà sau mổ

KHÁM TIỀN MÊ

- THỰC HIỆN
  - Thông qua hỏi bệnh và thăm khám (Bài Khám tiền mê)
  - Hội chẩn với PTV
  - Tham khảo BS gia đình (nếu có)
  - Tham khảo/hội chẩn chuyên khoa (nếu cần)
  - Đánh giá lợi ích – nguy cơ
  - Lên kế hoạch chăm sóc và lên chương trình (trước ngày N-1)

KHÁM TIỀN MÊ

- THUỐC TIỀN MÊ
  - Thuốc chống lo âu hiếm khi cần sử dụng
  - Giảm lo âu = **THÔNG TIN + GIẢI THÍCH RÕ RÀNG**
  - Nếu gây mê toàn diện : Có thể dùng kháng Histamine H2 dạng viên sủi cimetidine 200mg 2 viên (hay raniditin 300mg 2 viên) trong 30ml nước.
  - Thay đổi điều trị cơ bản của BN theo phẫu thuật (tạm ngưng thuốc, thay thuốc)

KHÁM TIỀN MÊ

- THĂM KHÁM LẠI
  - Bắt buộc theo Luật qui định tại Pháp (Khoản 94-1050 ra ngày 5/12/1994)
  - Thực hiện và ghi nhận hồ sơ bởi BS GMHS thực hiện vô cảm
  - **Khi tiếp nhận BN tại BV trong ngày (Trước mổ một vài giờ)**
  - **XÁC NHẬN LẠI** khả năng có thể thực hiện chăm sóc về trong ngày + sự đồng ý của BN

- Trong phẫu thuật về trong ngày, điều quan trọng là phải đảm bảo vô cảm chắc chắn và hiệu quả với tác dụng phụ tối thiểu để không làm chậm việc bệnh nhân xuất viện

White PF, *Anesthesiology,* 2000

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Nhân viên y tế tiếp xúc với BN phải có khả năng giải thích và đánh giá rằng BN hiểu các quy trình chuẩn bị trước mổ
- Quản lý thuốc sử dụng trước mổ: tim mạch, kháng kết tập tiểu cầu, đái tháo đường, hen phế quản…
- Nhịn ăn uống:
  - Dung dịch trong: 2 giờ
  - Sữa mẹ: 4 giờ
  - Sữa khác sữa mẹ: 6 giờ
  - Bữa ăn nhẹ: 6 giờ
  - Bữa ăn nặng: 8 giờ

CHỐNG LO ÂU/NHẬN BỆNH

- Có thể cần thiết phải cho thuốc chống lo âu trong gđ tiền mê
- Diazepam 5mg (uống) thích hợp để chống lo âu cho BN người lớn
  - Sử dụng buổi tối ngày trước mổ
  - ± dùng ngày mổ (tránh lo lắng khi đặt đường truyền TM) nếu không có CCĐ
- Midazolam
  - Trẻ em: 0,25mg/kg giúp an thần và chống lo âu tốt
  - Người lớn: Có thể dùng đường uống hoặc tiêm TM
  - **Midazolam + Fentanyl tiêm TM** dùng chống lo âu có thể khiến BN **buồn ngủ kéo dài > 8 giờ**
- Cần cho BN thở Oxy + theo dõi SpO_2 liên tục khi dùng benzodiazepine đường TM

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM
  - Gây mê toàn diện
    - Bổ sung với gây tê thấm vết mổ (PT thoát vị …)
  - Gây tê trục TK trung ương (ưu tiên tê tuỷ sống)
  - Gây tê TK ngoại biên (± an thần kèm theo)
  - Gây tê tại chỗ (± an thần kèm theo)
  - Gây tê quanh nhãn cầu (PT mắt)

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM: Chọn lựa theo
  - Loại PT thực hiện
  - Tình trạng và mong muốn của BN
  - Trao đổi giữa PTV và BS GMHS
  - Chi phí y tế

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

GÂY TÊ VÙNG HAY GÂY MÊ ???

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Phẫu thuật trĩ (Li et al, *Anesthesiology,* 2000)

	Gây tê tuỷ sống	Gây mê toàn diện
Thời gian vô cảm (phút)	72 ± 17	75 ± 19
Thời gian lưu bệnh (phút)	266 ± 112	247 ± 65
Hài lòng -Rất hài lòng -Hài lòng	 18 (58%) 13 (42%)	 12 (39%) 19 (61%)
Tổng chi phí (USD)	103,68 ± 18,13	145,02 ± 25,31

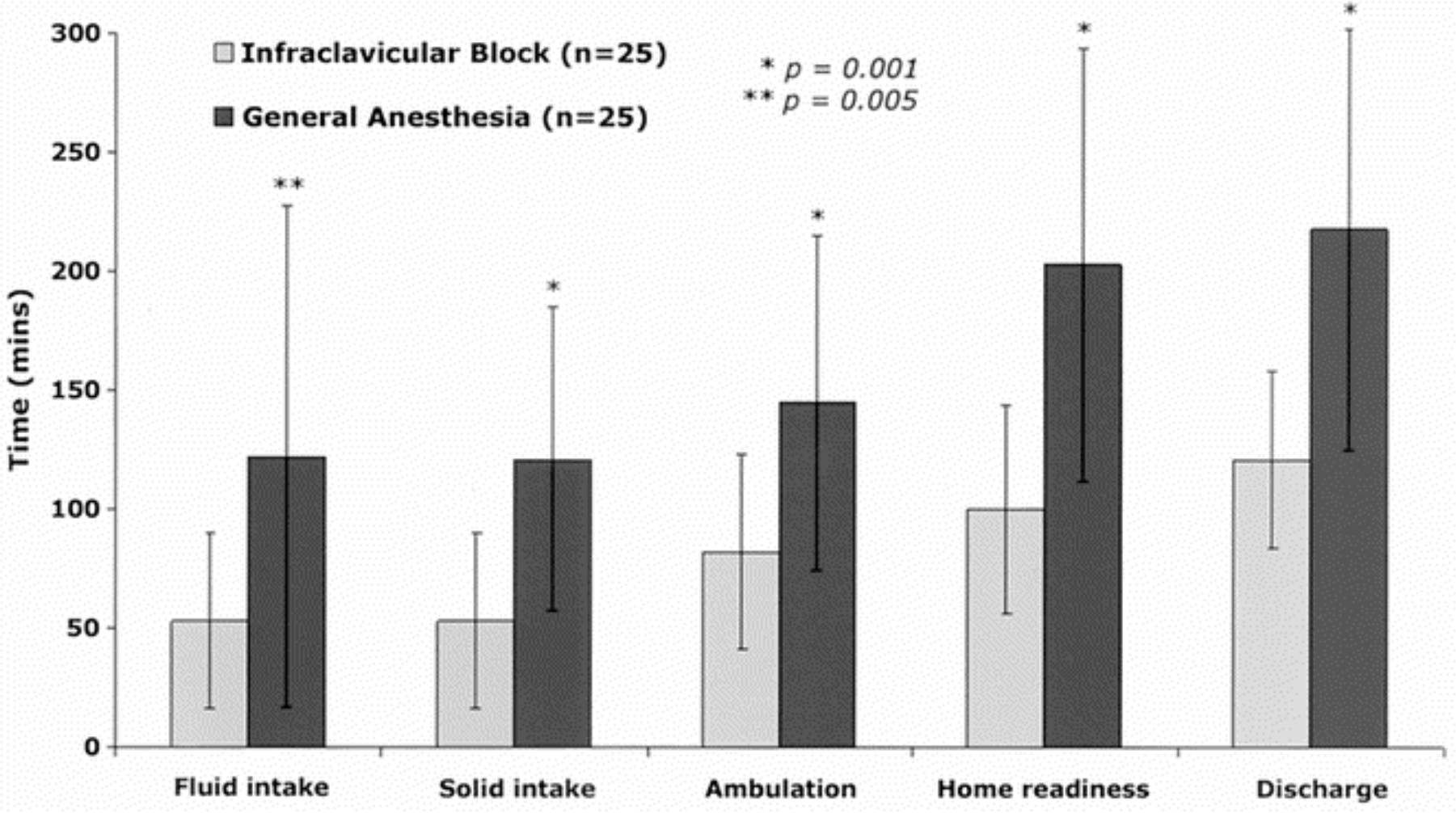
CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Phẫu thuật bàn tay (McCartney, *Anesthesiology,* 2004)

	Gây tê vùng (n = 50)	Gây mê toàn diện (n = 50)	p
Thời gian tính đến khi cần liều giảm đau đầu tiên (phút)	97,6 ± 50,2	29,9 ± 22,8	< 0,001
Fentanyl TM tại phòng hồi tỉnh (µg)	7	77,5	< 0,001
Morphine uống sử dụng tại phòng hồi tỉnh (mg)	7,3	22,8	< 0,01
Buồn nôn và nôn ói tại phòng hồi tỉnh (bệnh nhân)	3	12	< 0,05

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Phẫu thuật bàn tay và cẳng tay (Hadzic, *Anesthesiology,* 2000)



CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Phẫu thuật gối (Hadzic, *Anesth Analg,* 2003)

	Gây tê TKNB BN (%)	Gây mê toàn diện BN (%)	p
Điểm đau -Không – tối thiểu (0-2) -Trung bình (3-7) -Nặng (8-10)	 21 (84) 3 (12) 1 (4)	 13 (52) 8 (32) 4 (16)	 0,02
Cần dùng thuốc giảm đau	4 (16)	8 (32)	Không khác biệt
Tần suất đau họng	7 (28)	15 (60)	0,045
Thời gian (phút) tính đến lúc -Uống -Ăn	 62 ± 6 69 ± 46	 113 ± 55 125 ± 51	 0,001 0,001
Thời gian tính đến lúc sẵn sàng xuất viện (phút)	131 ± 62	205 ± 84	0,002
Thời gian tính đến lúc xuất viện thực sự (phút)	162 ± 71	226 ± 96	0,009
Buồn nôn -Không -Trung bình -Trung bình-nặng	 8 (32) 14 (56) 3 (12)	 4 (15) 6 (23) 16 (62)	 0,001
Cần dùng ondansetron TM	3 (12)	15 (60)	0,01

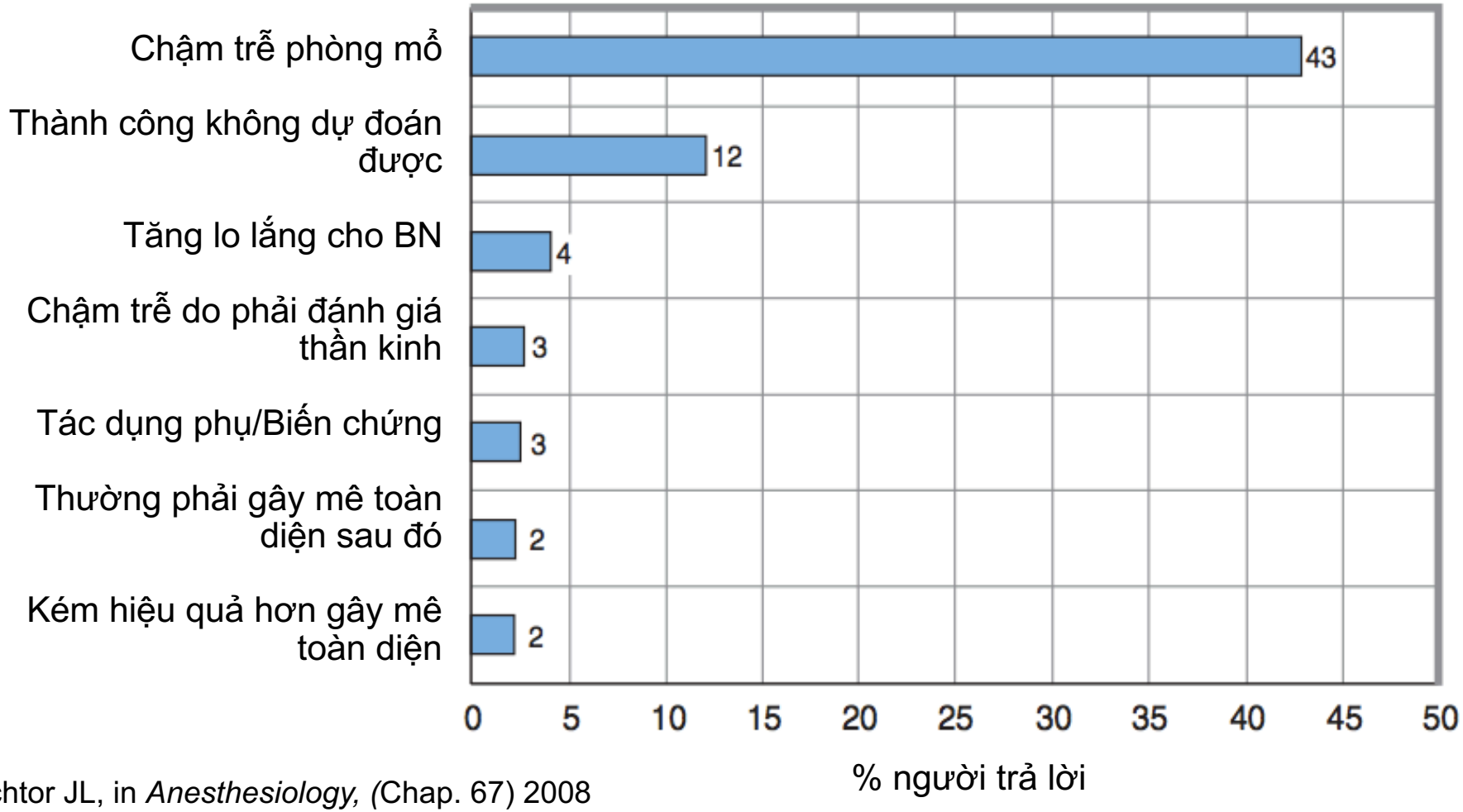
CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Ưu điểm của gây tê vùng so với gây mê toàn diện:
  - Giảm đau tốt
  - Ăn uống và vận động sau mổ sớm
  - Giảm buồn nôn/nôn ói sau mổ
  - Xuất viện sớm
  - Giảm chi phí

NHƯỢC ĐIỂM ???

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Lý do các BS CTCH không ủng hộ gây tê vùng



Lichtor JL, in *Anesthesiology, (*Chap. 67) 2008

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Nhược điểm của gây tê vùng :
  - Thời gian thực hiện lâu hơn gây mê toàn diện
  - Phục hồi chức năng TK sau gây tê có thể lâu
  - Đau đầu (gây tê tủy sống)
  - Bí tiểu (gây tê tuỷ sống) → Kiểm tra trước khi xuất viện
  - Tỷ lệ thất bại KHÔNG phải là yếu tố chính để ưu tiên gây mê toàn diện

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Gây tê trục TK trung ương: Tê tủy sống
  - PT chi dưới, tầng sinh môn, thoát vị bẹn…
  - Bupivacaine 4 – 8mg (< 10mg)
  - Hiếm khi cần pha thêm thuốc phiện (nguy cơ bí tiểu)
  - PT 1 bên, tầng sinh môn → Tư thế tê
  - Thông tin cho BN về biến chứng (đau đầu) + điều trị (blood patch)

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Gây tê thần kinh ngoại biên
  - PT chi (gây tê đám rối, sợi TK)
  - Thoát vị bẹn (gây tê cạnh cột sống)
  - Vùng cổ, mặt (tê đám rối cổ nông/sâu)
  - Bupivacaine, Levobupivacaine, Ropivacaine: liều lượng tùy theo loại PT
  - Sử dụng an thần kèm theo trong mổ có thể cần thiết
  - Giảm đau sau mổ rất tốt + kéo dài → Thông tin chi tiết về việc điều trị khi bắt đầu đau/tại nhà

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Gây mê toàn diện: Thuốc lý tưởng
  - Thời gian tiềm phục ngắn
  - Thời gian tác dụng ngắn
  - Thải trừ thuốc nhanh
  - Ít tác dụng phụ
  - Không có tác dụng tồn lưu

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Gây mê toàn diện: N_2O ?
  - NC năm 2007: PT ngoại tổng quát
  - 2050 BN
  - N_2O : 23% buồn nôn nặng/nôn ói sau mổ
  - Không N_2O : 10% buồn nôn nặng/nôn ói sau mổ
  - $p < 0,001$

Myles et al, *Anesthesiology,* 2007

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Gây mê toàn diện: Phối hợp nào ?

Khởi mê/duy trì mê	Nam	Nữ
Thiopental/ Isoflurane	196 ± 12	200 ± 11
Propofol/ Isoflurane	181 ± 7	187 ± 6
Propofol/ Desflurane	186 ± 11	192 ± 10
Propofol/ Propofol	186 ± 12	**161 ± 7**

Thời gian nhập viện (phút)

Pavlin, *Anesth Analg,* 1998

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

- Gây mê toàn diện: Khởi mê
  - Ưu tiên: Propofol, Sevoflurane, Remifentanil/Sufentanil
  - Thiopental: Không khuyến cáo do $T_{1/2}$ đào thải = 8-10 giờ (so với 1-3 giờ của Propofol)
  - Dãn cơ: Không cần thiết trong những trường hợp PT ngắn
  - Có thể dùng atracurium (ngoại lệ)
  - Succinylcholine: Chỉ định nếu đặt NKQ khó (lưu ý tăng thân nhiệt ác tính và bệnh lý TK cơ (trẻ em))

CHỌN LỰA PP VÔ CẢM

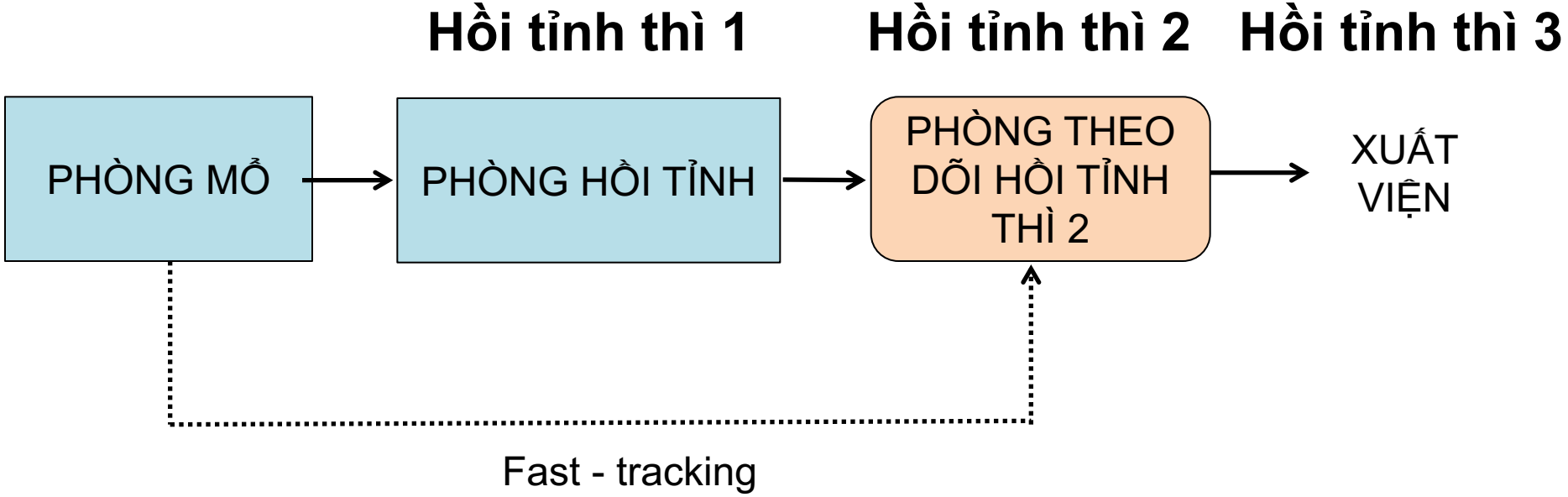
- Gây mê toàn diện: Duy trì mê
  - Khái niệm “phác đồ gây mê fast-track”
  - Thời gian tỉnh tương đương giữa khí mê và gây mê TM toàn diện (TIVA)
  - TIVA ít gây buồn nôn/nôn ói sau mổ hơn
  - Giảm đau đa mô thức trước khi tỉnh mê: NSAIDs, paracetamol, liều nhỏ thuốc phiện tác dụng ngắn, tê thấm …

HỒI TỈNH

- Các giai đoạn tỉnh mê
  - Thì 1 (hồi tỉnh sớm): Chấm dứt chăm sóc gây mê trong mổ và phục hồi các phản xạ sinh tồn
  - Thì 2 (hồi tỉnh trung gian): kết thúc = “Home ready”, có thể thực hiện tại phòng theo dõi thì 2
  - BN có thể bỏ qua theo dõi thì 1 (fast-tracking) với sự đánh giá của BS GMHS (do các đặc thù của gây mê về trong ngày)
  - Thì 3 (hồi tỉnh muộn) = “Street ready” hay là hồi phục hoàn toàn các chức năng sinh lý trước mổ (xảy ra sau xuất viện)

HỒI TỈNH

- Các giai đoạn tỉnh mê



HỒI TỈNH

- Tiêu chuẩn bỏ qua thì 1 (fast-tracking)

Tiêu chuẩn	Điểm
Tri giác	0-2 (Aldrete)
Vận động (tự thân hay theo y lệnh)	0-2 (Aldrete)
Huyết áp	0-2 (Aldrete)
Hô hấp	0-2 (Aldrete)
Độ bão hòa Oxy	0-2 (Aldrete)
Đánh giá đau sau mổ -VAS 0 – 3 -VAS 4 – 6 -VAS 7 – 10	 2 1 0
Buồn nôn/nôn ói sau mổ -Nhẹ: Không điều trị -Trung bình: Điều trị có đáp ứng -Năng: Điều trị không đáp ứng	 2 1 0
FAST-TRACKING	**≥ 12 và không có điểm nào = 0**

THANG ĐIỂM ALDRETE CẢI BIÊN (1)

Tự vận động hay làm theo y lệnh	Điểm
4 chi 2 chi Bất động	2 1 0
Hô hấp	
Thở sâu và ho được Thở khó, thở nông Ngưng thở	2 1 0
Tri giác	
Tỉnh táo hoàn toàn Thức tỉnh khi đánh thức Không đáp ứng	2 1 0

THANG ĐIỂM ALDRETE CẢI BIÊN (2)

Huyết áp ĐM: chênh lệch so với trước mổ	Điểm
≤ 20mmHg 20 – 50mmHg ≥ 50mmHg	2 1 0
Độ bão hòa Oxy	
SpO2 > 92% với khí trời Cần thở Oxy để SpO2 > 90% SpO2 < 90% với thở Oxy	2 1 0
TIÊU CHUẨN CHUYỂN TỪ THÌ 1 → THÌ 2	**≥ 9**

HỒI TỈNH – XUẤT VIỆN

- Các tiêu chuẩn LS của xuất viện (ra khỏi BV trong ngày)
  - Tâm thần kinh: Tỉnh táo, có định hướng
  - DH sinh tồn: Ổn định
  - Đau: Kiểm soát được với thuốc giảm đau uống
  - Buồn nôn/nôn ói sau mổ: Kiểm soát được
  - Đi lại: Không chóng mặt
  - Chảy máu: Không chảy máu bất thường
  - Hành chính: Y lệnh lời + hồ sơ cho xuất viện
  - BN: sẵn sàng xuất viện
  - Thân nhân đi kèm: Đồng ý xuất viện + chịu trách nhiệm chăm sóc BN

XUẤT VIỆN – CHUNG SCORE (1)

- Thang điểm Chung – PADS (PostAnesthesia Discharge Score)

Dấu hiệu sinh tồn (thay đổi so với trước mổ)	Điểm
Trong vòng 20% mức trước mổ Trong vòng 20 – 40% mức trước mổ > 40% mức trước mổ	2 1 0
Hoạt động	
Sẵn sàng hay ngang mức trước mổ Cần hỗ trợ Không thể đi đứng	2 1 0
Buồn nôn và nôn ói	
Nhẹ: Không điều trị Trung bình: Điều trị có đáp ứng Năng: Điều trị không đáp ứng	2 1 0

XUẤT VIỆN – CHUNG SCORE (2)

- Thang điểm Chung – PADS (PostAnesthesia Discharge Score)

Đau	Điểm
VAS 0 – 3 VAS 4 – 6 VAS 7 – 10	2 1 0
Chảy máu vùng mổ	
Nhẹ: Không cần thay băng Trung bình: Cần thay băng đến 2 lần Nặng: Vẫn còn chảy máu sau thay băng lần 3	2 1 0
TIÊU CHUẨN CHUYỂN TỪ THÌ 2 → XUẤT VIỆN	**≥ 9**

NGUYÊN NHÂN KHÔNG THỂ VỀ TRONG NGÀY – TÁI NHẬP VIỆN

- BUỒN NÔN/NÔN ÓI → cách giải quyết
  - Xác định các yếu tố nguy cơ của buồn nôn/nôn ói sau mổ
  - Lên kế hoạch vô cảm ít gây nôn nhất (TIVA, gây tê vùng, tê tại chỗ)
  - Phòng ngừa đa mô thức
  - Tối thiểu là ondansetron + dexamethasone (hiệu quả tức thì và kéo dài sau xuất viện)
  - Bù nước đủ cho BN
  - Xuất viện với toa có thuốc chống nôn

NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP LÀM CHẬM XUẤT VIỆN – TÁI NHẬP VIỆN

- ĐAU
  - Nguyên nhân hàng đầu gây tái nhập viện
  - Giảm đau tốt đòi hỏi
    - Kế hoạch vô cảm và PT cẩn thận
    - Giảm đau đa mô thức
    - Đánh giá và điều trị đau tại nhà
  - Tê thấm vết mổ + gây tê TKNB rất có ích

NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP LÀM CHẬM XUẤT VIỆN – TÁI NHẬP VIỆN

- CHỨC NĂNG BÀI TIẾT
  - BN phải được đánh giá chức năng bài tiết trước khi xuất viện
  - BN nguy cơ bí tiểu cao (PT niệu-sinh dục, bàng quang căng, gây tê trục TK trung ương): tiểu được trước khi xuất viện
  - ± sonde tiểu lưu khi xuất viện (phải đảm bảo chăm sóc tại nhà)
  - Hướng dẫn cụ thể nếu bí tiểu/tại nhà

NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP LÀM CHẬM XUẤT VIỆN – TÁI NHẬP VIỆN

- ĂN UỐNG
  - Yếu tố LS đang được xem xét lại
  - Cố gắng cho ăn trước khi xuất viện có thể tăng nguy cơ buồn nôn/nôn ói sau mổ
  - Chấp nhận BN chỉ cần uống được khi xuất viện → Giảm nguy cơ buồn nôn/nôn ói sau mổ

BIẾN CHỨNG – TỬ VONG

- Biến chứng nhẹ
  - Tỷ lệ tái nhập viện dao động từ 0,28% - 1,5%
  - Tái nhập viện trong vòng 30 ngày lên tới 3%
  - Nguyên nhân: Đau, biến chứng PT và chảy máu, buồn nôn/nôn ói …
  - Các khoa/BV trong ngày cần đánh giá tỷ lệ + nguyên nhân để cải thiện chăm sóc và đánh giá đúng chi phí y tế

Douglas BM, *Longnecker's Anesthesiology, Chap. 68,* 2012

BIẾN CHỨNG – TỬ VONG

- Biến chứng nặng – tử vong
  - Warner et al, *JAMA*, 1993: 38000 BN với 45000 lần gây mê
  - NC trong 2 năm sau gây mê
  - Biến cố: Tử vong, NMCT, TBMMN, thuyên tắc phổi, suy hô hấp
  - KQ
    - 2 tử vong do tai nạn giao thông
    - 2 tử vong do NMCT
    - 14 NMCT; 7 TBMMN; 5 thuyên tắc phổi; 5 suy hô hấp = 31 trường hợp, trong đó 27 TH không liên quan đến các can thiệp về trong ngày
  - Tính toán dịch tễ học: Nguy cơ biến chứng nặng và tử vong tương đương dân số không phẫu thuật

Douglas BM, *Longnecker's Anesthesiology, Chap. 68,* 2012

KẾT LUẬN

- Gây mê về trong ngày = Khái niệm quan trọng về tổ chức
- Tổ chức quy trình và hoạt động +++++
- Đánh giá trước mổ của GM về trong ngày = Đánh giá trước mổ thường quy + Khả năng BN có thể xuất viện trong ngày
- Không có chuẩn “vô cảm tốt nhất”. Vô cảm phụ thuộc BN (sinh lý và ý muốn), loại PT, PTV, BS GMHS, cơ sở vật chất
- Biến chứng nặng hiếm gặp, tuy nhiên các vấn đề thường gặp là buồn nôn/nôn ói, đau sau mổ vẫn gây nhiều trở ngại
- Tiếp cận đa mô thức với buồn nôn/nôn ói sau mổ
- Giảm đau đa mô thức trong và sau mổ (tại BV và tại nhà)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Protocole d'Anesthésie 2010, DAR Kremlin-Bicêtre, MAPAR
- Lichtor JL, Longnecker *Anesthesiology,* (Chap. 67), 2008
- Douglas BM, Longnecker *Anesthesiology*, (Chap. 68), 2012