

Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

Results of patient care after liver resection for hepatocellular carcinoma

Nguyễn Thị Hiền*,
Trần Hữu Vinh**

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Trường Đại học Thăng Long

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 115 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020. **Kết quả:** Các chỉ số sinh tồn ở mức độ cho phép, tỷ lệ bệnh nhân có sốt ở ngày thứ 2 và thứ 3 thấp chỉ có 4,34%. Tỷ lệ nề đỏ vết mổ ngày nhất là 10,43%, đọng dịch ngày hai là 6,09%; đến khi ra viện 100% vết mổ khô. 82,61% bệnh nhân được thay băng hằng ngày. Thời gian rút dẫn lưu chủ yếu là sau 72 giờ: 70,21%, 100% bệnh nhân đi bỏ khung trong ngày ra viện; tỷ lệ bệnh nhân ăn uống bình thường ngày thứ 4 và 5 sau mổ lần lượt là 83,48%, 94,78%. 10,43% bệnh nhân có nhiễm khuẩn vết mổ nông. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy chăm sóc người bệnh cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan rất quan trọng nhằm phát hiện các biến chứng, giúp người bệnh giảm đau, phục hồi nhanh, góp phần cho sự thành công của phẫu thuật.

Từ khóa: Chăm sóc hậu phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan.

Summary

Objective: To evaluate of patient care results after liver resection for hepatocellular carcinoma (HCC) at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery in 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A descriptive cross-sectional study on 115 HCC patients after hepatectomy at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, 108 Military Central Hospital from October 2019 to June 2020. **Result:** The vital signs of the patients in our study were acceptable, post-operative fever on the second and third day were low (4.34%). The rate of redness at the incision site on the first day after surgery was 10.43%, the rate of stagnant wound fluid point on the second post-operative day was 6.09%; the rate of dry incision when discharge was 100%. 82.61% of patients had daily dressing changes. The timing of drain removal was mainly after 72 hours, accounted for 70.21%. All patients in our study discharged from hospital without drain carrying. The rate of normal post-operative oral feeding on the fourth and fifth day were 83.48% and 94.78%, respectively. 10.43% of

Ngày nhận bài: 05/9/2020, ngày chấp nhận đăng: 05/11/2020

Người phản hồi: Nguyễn Thị Hiền, Email: duybinh0811@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

patients had superficial wound infections. *Conclusion:* The study shows that patient care after liver resection for HCC is very important; to detect complications, help patients with pain relief, fast recovery, and contribute to the success of surgery.

Keywords: Post-operative medical care, hepatocellular carcinoma, liver resection.

1. Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tế bào gan (UBTG) là bệnh lý thường gặp, hàng năm ước tính có 500.000 - 1.000.000 trường hợp mới mắc và 800.000 bệnh nhân tử vong. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất liên quan chặt chẽ tới tình trạng nhiễm virus viêm gan B, theo GLOBOCAN (2018), ung thư gan đứng thứ nhất về tỉ lệ mới mắc với 25.335 trường hợp và 25.4004 người tử vong/năm [7]. Tỉ lệ tử vong gần bằng tỉ lệ mới mắc cho thấy việc kiểm soát, điều trị và tiên lượng căn bệnh này còn hết sức khó khăn.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan: Tiêm cồn, nút mạch hóa chất, đốt nhiệt cao tần, tắc mạch với hạt vi cầu tải hóa chất, tắc mạch xạ trị, ghép gan... Trong đó, phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân (BN) không được chăm sóc, hướng dẫn và theo dõi cẩn thận của điều dưỡng sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị, gây những biến chứng nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, làm kéo dài thời gian và tăng chi phí điều trị.

Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau mổ đóng vai trò hết sức quan trọng, góp phần không nhỏ vào sự thành công của phẫu thuật. Nghiên cứu của các tác giả cho thấy tỉ lệ tử vong sau mổ khoảng 1 - 3%, tỉ lệ biến chứng: 10 - 30% bao gồm: Chảy máu, rò mật, suy gan, viêm phổi, tràn dịch màng phổi, cổ chướng, tắc mạch ... [8].

Tại Việt Nam, các thống kê tập trung chủ yếu vào kết quả các phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chưa có nghiên cứu cơ bản nào trình bày kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cắt gan điều trị

ung thư biểu mô tế bào gan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả người bệnh được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020, tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện TWQĐ 108.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Dữ liệu được thu thập từ trực tiếp chăm sóc người bệnh, bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

Các biến số bao gồm: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, đối tượng, theo dõi chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở), dẫn lưu ổ bụng, vết mổ, ống thông tiểu, dinh dưỡng. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analog Scale) được sử dụng, trong đó 0 biểu thị không đau và 10 biểu thị đau liên tục, không thể chịu đựng được...

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

Nghiên cứu trên 115 người bệnh được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thấy độ tuổi trung bình $56,71 \pm 12,94$ tuổi.

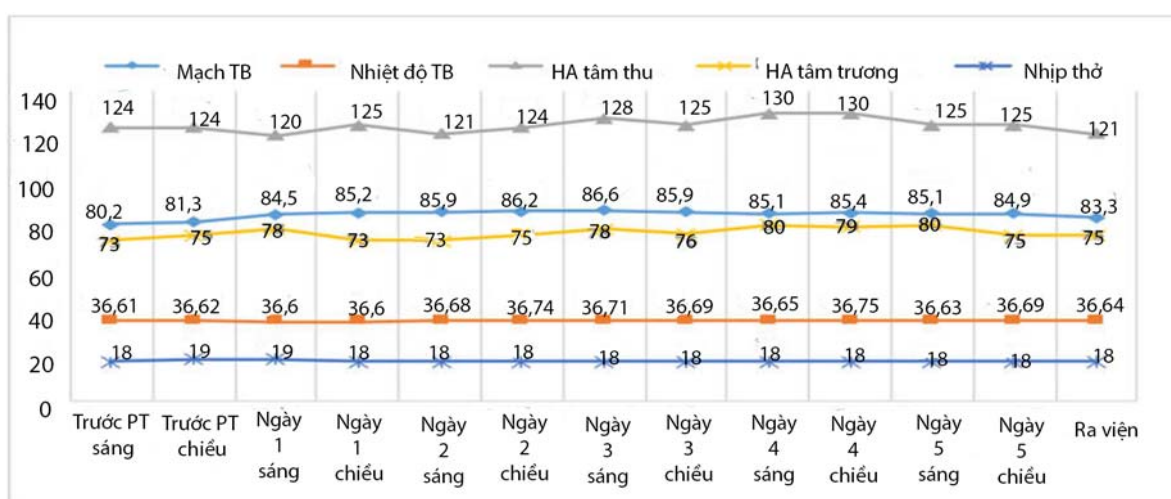
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	81	70,43
	Nữ	34	29,57
Nghề nghiệp	Viên chức	15	13,04
	Công nhân	10	8,70
	Hưu trí	31	26,96
	Nông dân	19	16,52
	Học sinh - sinh viên	2	1,74
	Lao động tự do	38	33,04
Đối tượng	Bảo hiểm quân	8	6,96
	Bảo hiểm thân nhân	5	4,35
	Bảo hiểm khác	98	85,22
	Dịch vụ	4	3,48
Bệnh kèm theo	Tiểu đường	13	11,30
	Dùng thuốc chống đông	1	0,87
Viêm gan	Viêm gan B	49	42,61
	Viêm gan C	6	5,22

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nam giới chiếm đa số (70,43%), lao động tự do đa số trong nghiên cứu (33,04%), sau đó đến các bệnh nhân hưu trí (26,96%). Phần lớn các BN có bảo hiểm chiếm: 96,52%, chỉ có 3,48 % là đối tượng dịch vụ. Tỷ lệ người bệnh mắc viêm gan B cao 42,61%.

3.2. Kết quả theo dõi chức năng sống: Mạch, nhiệt độ, huyết áp và tần số thở



Biểu đồ 1. Theo dõi chức năng sống của người bệnh

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy mạch và huyết áp của người bệnh trong giới hạn bình thường; tỉ lệ bệnh nhân sốt ở ngày thứ 2 và thứ 3: 4,34%. Tần số thở của người bệnh bình thường.

3.3. Chăm sóc giảm đau

Bảng 2. Tình trạng đau thang điểm VAS

Thời gian Tình trạng đau (n,%)	Trước phẫu thuật	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ra viện
Không đau	68 (59,13)	0	1 (0,87)	7 (6,09)	39 (33,91)	60 (52,17)	66 (57,39)
Đau nhẹ	44 (38,26)	55 (47,83)	9 (7,83)	30 (26,09)	28 (24,35)	30 (26,09)	49 (42,61)
Đau trung bình	3 (2,61)	58 (50,43)	105 (91,3)	78 (67,83)	48 (41,784)	25 (21,74)	0
Đau dữ dội	0	2 (1,74)	0	0	0	0	0

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy ngày thứ nhất sau phẫu thuật 100% bệnh nhân có biểu hiện đau; 1,74% có biểu hiện đau nhiều; 50,43% đau trung bình. Các ngày còn lại biểu hiện đau giảm dần và đến ngày ra viện 42,61% bệnh nhân đau nhẹ.

3.4. Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng

Bảng 3. Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng

Chăm sóc dẫn lưu		Số lượng BN (n = 9)	Tỷ lệ %
Chân dẫn lưu khô		92	97,87
Thay băng	1 lần/ngày	28	29,79
	2 lần/ngày	64	68,08
	3 lần/ngày	2	1,13
Thời gian rút dẫn lưu	24 giờ	0	0
	48 giờ	6	6,38
	72 giờ	22	23,40
	Sau 72 giờ	66	70,21

Nhận xét: Trong số 115 người bệnh được cắt gan thì chỉ có 92 người bệnh được đặt dẫn lưu, số còn lại không đặt dẫn lưu ổ bụng. Bảng 3 cho thấy: Chân dẫn lưu khô: 97,87%, người bệnh được thay băng 2 lần/ngày: 68,08%, thời gian rút dẫn lưu sau 72 giờ chiếm đa số: 70,21%.

3.5. Chăm sóc vết mổ

Bảng 4. Đánh giá tình trạng vết mổ

Thời gian Tình trạng vết mổ	Ngày 1		Ngày 2		Ngày 3		Ngày 4		Ngày 5		Ra viện	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Khô	102	88,70	98	85,22	112	97,39	113	98,26	114	99,13	115	100
Nổi đỏ	12	10,43	10	8,70	1	0,87	1	0,87	0	0	0	0
Động dịch	1	0,87	7	6,09	2	1,74	1	0,87	0	0	0	0

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy ngày thứ 1 có 10,43% bệnh nhân có vết mổ nề đỏ và 0,87% bệnh nhân có vết mổ đọng dịch; ngày thứ 2 tỷ lệ đọng dịch 6,09%; tuy nhiên đến ngày thứ 3, thứ 4 tỷ lệ này giảm dần đến khi ra viện 100% bệnh nhân có vết mổ khô.

3.6. Chăm sóc ống thông tiểu

Bảng 5. Chăm sóc ống thông tiểu

Thời gian Chăm sóc thông tiểu	Ngày 1		Ngày 2		Ngày 3		Ngày 4		Ngày 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đặt ống thông	83	72,17	52	45,22	9	7,83	4	3,48	3	2,61
Thời gian rút	39	33,91	59	51,30	9	7,83	1	0,87	3	2,61

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy số lượng người bệnh đặt thông tiểu là 83 (72,17%) bệnh nhân; 51,30% rút thông tiểu ngày 2. Tất cả các bệnh nhân không có biến chứng nhiễm khuẩn do đặt thông tiểu.

3.7. Chăm sóc dinh dưỡng

Bảng 6. Chăm sóc dinh dưỡng

Thời gian Dinh dưỡng	Ngày 1		Ngày 2		Ngày 3		Ngày 4		Ngày 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Truyền dịch	97	84,35	103	89,57	105	91,30	104	90,43	102	88,70
Ăn nhẹ	47	40,87	94	81,74	112	97,39	19	16,52	7	6,09
Ăn bình thường	1	0,87	1	0,87	20	17,39	96	83,48	109	94,78

Nhận xét: Bảng 6 cho thấy truyền dịch đến ngày thứ 5 là 88,70%, trong khi đó ăn nhẹ (cháo, sữa ...) theo chế độ dinh dưỡng của bệnh viện tăng dần ở ngày thứ 2 và thứ 3 theo tỷ lệ 81,74% và 97,39% và giảm xuống còn 6,09% ở ngày thứ 5. Người bệnh ăn uống bình thường đến ngày thứ 4, thứ 5 lần lượt là: 83,48% và 94,78%.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu 115 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho thấy tuổi trung bình: $56,71 \pm 12,94$ năm, nhỏ nhất là 12 tuổi và lớn nhất là 92 tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 52,17%; nam giới chiếm 70,43%; tỷ lệ nam/nữ chiếm 2,38/1 (Bảng 1). Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2019) với tuổi trung bình: $52,16 \pm 11,06$ năm (dao động từ 28 - 73 tuổi), thường gặp ở nhóm tuổi trung niên từ 40 - 59: 56,6%, trong khi đó, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 30,2%, < 40 chiếm 13,2% [3].

Nghiên cứu cho thấy phần lớn các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là hưu trí và lao động tự do là 2 nhóm đối tượng nghề nghiệp chính lần lượt là 26,96% và 33,04% (Bảng 1); các nhóm đối tượng trên 60 tuổi chiếm phần lớn là đã nghỉ hưu hoặc còn lao động tự do. Có 02 người bệnh là học sinh sinh viên, 01 bạn 12 tuổi đang là học sinh lớp 6 độ tuổi còn khá trẻ nhưng cũng đã được chẩn đoán ung thư gan. Đối tượng tham gia nghiên cứu có đến 8 bệnh nhân là quân nhân chiếm 6,96%, có đến 96,52% bệnh nhân có bảo hiểm y tế (BHYT) chỉ có 3,48% bệnh nhân không có thẻ BHYT; nhận thấy tỷ lệ sự dụng BHYT ngày càng gia tăng; người dân có ý thức hơn về việc tham gia BHYT tự nguyện (tỷ lệ chiếm 85,22%) việc tham gia bảo hiểm ảnh hưởng đến chi phí, kinh tế và tâm lý người bệnh. Tỷ lệ mắc Viêm gan B ảnh hưởng đến chi phí, thời gian điều trị và phục hồi sức khỏe người bệnh.

4.2. Theo dõi chức năng sống

Tất cả các bệnh nhân được theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp (chỉ số sinh tồn) từ trước phẫu thuật,

trong và sau quá trình phẫu thuật để điều dưỡng có những báo cáo cho bác sĩ điều trị; chỉ số mạch trung bình ở mức bình thường. Bệnh nhân sau mổ thường nhịp tim nhanh đặc biệt trong cắt gan lớn và sẽ trở về bình thường mà không có bất kỳ biến chứng nào. Tuy nhiên, nếu nhịp tim > 100 chu kỳ/phút cần được kiểm tra kỹ để phát hiện và xử trí kịp thời như tình trạng: Giảm thể tích tuần hoàn, đau, chảy máu đang diễn ra (dịch máu qua dẫn lưu, hemoglobin giảm) hoặc rối loạn nhịp tim [5], [8].

Người bệnh có sốt vào chiều ngày thứ 2 sau phẫu thuật và sáng ngày thứ 3 có 05 bệnh nhân chiếm 4,34%; đến khi ra viện các bệnh nhân đều thân nhiệt bình thường với nhiệt độ trung bình là $36,64 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$. Chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại bệnh viện là một thành tố quan trọng của chất lượng dịch vụ y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các bệnh nhân thường xuyên được đo chỉ số sinh tồn; với tần suất chủ yếu là ≥ 2 lần/ngày, so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thùy Trâm việc tuân thủ các quy trình điều dưỡng như đo chỉ số sinh tồn của tác giả chỉ có 71,4% hoàn thành [4]. Việc theo dõi các chỉ số chức năng sống góp phần nâng cao hiệu quả trong quá trình chăm sóc.

4.3. Chăm sóc giảm đau

Các nghiên cứu cho thấy: Sau mổ cắt gan bệnh nhân thường đau nhiều, do đường mổ lớn, do vậy giảm đau sau mổ là một thách thức đối với chăm sóc sau mổ, khi giảm đau tốt giúp người bệnh vận động sớm, cải thiện chức năng hô hấp [5], [8]. Trước ngày phẫu thuật có 47 bệnh nhân đau; trong đó 38,26% bệnh nhân đau nhẹ và 2,61% bệnh nhân đau trung bình (3 - 6 điểm theo thang điểm VAS). Sau ngày phẫu thuật thì 100% bệnh nhân có biểu hiện đau và chỉ có 1,74% có biểu hiện đau dữ dội. Các ngày còn lại biểu hiện đau giảm dần và đến ngày ra viện chỉ còn 42,61% bệnh nhân còn đau nhẹ. 100% người bệnh được sử dụng giảm đau ngoài màng cứng kết hợp giảm đau bằng đường tĩnh mạch (paracetamol + nefofam) đại đa số người bệnh có cảm giác đỡ đau rất nhiều và vận động rất sớm cảm giác hồi phục rất nhanh. Yufeng Liu và cộng sự đã chỉ ra rằng việc giảm đau bằng parecoxib truyền tĩnh mạch mang lại hiệu quả vượt trội và ít tác dụng phụ hơn; mức đau

trung bình trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ở $2,12 \pm 1,45$ điểm VAS [10], tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi; từ đó có thể thấy việc sử dụng parecoxib truyền tĩnh mạch có thể mang lại hiệu quả giảm đau tốt hơn so với (paracetamol + nefofam) truyền tĩnh mạch đang được dùng thường quy tại bệnh viện.

4.4. Chăm sóc dẫn lưu

Dẫn lưu để thấp hoặc hút liên tục tùy yêu cầu phẫu thuật và phải đảm bảo thông suốt, dẫn lưu dịch, máu một chiều từ trong ổ bụng ra ngoài. Theo dõi số lượng màu sắc dịch, máu qua dẫn lưu, khi có dấu hiệu bất thường tìm nguyên nhân để can thiệp kịp thời. Ngoài ra vệ sinh, sát khuẩn quanh chân ống dẫn lưu cần được thực hiện thường xuyên [8]. Nghiên cứu cho thấy 94 bệnh nhân có dẫn lưu dưới gan; số lượng dịch trung bình dẫn lưu giảm dần theo các ngày, ngày 1 là $135,37 \pm 49,41\text{ml}$. Màu đỏ sẫm ngày đầu là 96,81% và ngày thứ 5 là 80,65%. Tỷ lệ rút dẫn lưu tăng theo các ngày, ngày thứ 2 là 9,57% và ngày thứ 5 là 64,52%. Có 02 bệnh nhân tụt dẫn lưu dẫn đến chân dẫn lưu chảy máu trong quá trình thay băng chiếm 2,13%, đã tiến hành khâu cầm máu. 97,87% bệnh nhân có chân dẫn lưu khô. Bệnh nhân được thay băng 2 lần/ngày chiếm tỷ lệ lớn 68,08%. Thời gian rút dẫn lưu chủ yếu là sau 72 giờ chiếm 70,21%; bệnh nhân rút sớm sau 48 giờ là 6,38%. 100% bệnh nhân được vượt dẫn lưu. Nghiên cứu của Cheng-Yuan Hsia cũng đã chỉ ra "thời gian rút dẫn lưu càng chậm dẫn đến nằm viện càng dài" sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [6]. Theo dõi số lượng và màu sắc dịch qua dẫn lưu giúp cho việc phát hiện biến chứng chảy máu sau mổ, đó là 1 trong những nguyên nhân gây tăng tỷ lệ tử vong; từ đó có sự điều chỉnh thích hợp trong quá trình chăm sóc.

4.5. Chăm sóc vết mổ

Chăm sóc vết mổ nhằm chống nhiễm khuẩn sau cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan rất quan trọng. Theo tác giả Ashok Thirat [5] và Lindsay JW [8] nhấn mạnh một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ: Dẫn lưu mật, cắt gan lớn mất máu nhiều, bệnh kết hợp và một số tác giả cũng nêu một số

biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn vết mổ như: Vận động sớm, áp dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt... 100% người bệnh được làm sạch vết mổ bằng dung dịch lifoscrub tối hôm trước, sáng hôm sau và tại thời điểm trước khi rạch da và sử dụng vành đai vết mổ thì tỷ lệ nhiễm khuẩn là 0%. Tình trạng vết mổ ngày thứ 1 có 10,43% bệnh nhân bị nề đỏ và 0,87% bệnh nhân có vết mổ đọng dịch. Đến ngày thứ 2 tỷ lệ đọng dịch tăng lên 6,09%; tuy nhiên đến ngày thứ 3, thứ 4 tỷ lệ này giảm dần; đến ngày thứ 5 có đến 99,13% bệnh nhân vết mổ khô, không có bệnh nhân nào vết mổ nề đỏ hay đọng dịch. Đến khi ra viện 100% bệnh nhân có vết mổ khô. Tỷ lệ bệnh nhân được thay băng vết mổ 1 lần/ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 82,61%.

4.6. Chăm sóc ống thông tiểu

Số lượng nước tiểu bình thường 1 - 1,4 lít/ngày, tỷ lệ tiểu tiện tự chủ tăng dần theo các ngày chăm sóc, ngày đầu là 32,17% ngày 5 là 97,39%. Cho thấy trong kết quả số lượng bệnh đặt ống thông giảm dần theo các ngày chăm sóc từ 72,17% ở ngày đầu giảm xuống 2,61%. 100% bệnh nhân ra viện tiểu tiện tự chủ. 100% bệnh nhân được chăm sóc ống thông tiểu cao hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Bình Minh và cộng sự tỷ lệ điều dưỡng chăm sóc ống thông tiểu, hỗ trợ vệ sinh hàng ngày chỉ có 46,2% [1] và nghiên cứu của Bùi Thị Bích Nga tỷ lệ chăm sóc này là 86,3% [2]. Điều đáng ghi nhận là tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã có sự phối hợp giữa điều dưỡng và hộ lý trong việc vệ sinh cá nhân cho bệnh nhân; sự phối hợp mang lại hiệu quả cao, một phần giảm tải công việc cho điều dưỡng, một phần giải quyết vấn đề nhân lực cho khoa phòng.

4.7. Chăm sóc dinh dưỡng

Nhiều tác giả cho rằng sau mổ nên cho ăn lại qua đường miệng trong vòng 24 giờ nếu không có chống chỉ định. Dinh dưỡng sớm sau mổ làm giảm rõ rệt tỷ lệ tử vong. Dinh dưỡng sớm duy trì hàng rào chất nhầy của lớp niêm mạc ở ruột, từ đó ngăn vi khuẩn xâm nhập vào máu qua đường tiêu hóa. Theo Ashok thorat và cộng sự cho rằng nếu không có chống chỉ định, các bệnh nhân nằm hồi sức phải thở máy, dùng

vận mạch cũng nên ăn lại bằng đường miệng sớm trong vòng 24 giờ qua sonde dạ dày [5], [9].

Suy dinh dưỡng thường gặp ở người bệnh bị bệnh lý về gan và có thể làm tăng các nguy cơ biến chứng sau mổ cắt gan. Giai đoạn sau cắt gan, quá trình tái tạo tế bào gan diễn ra mạnh mẽ được đặc trưng bởi trạng thái dị hóa và thường mất cân bằng glucose và điện giải. Vì vậy, hỗ trợ dinh dưỡng trong giai đoạn này là vô cùng quan trọng để đảm bảo tái tạo gan và phục hồi sau phẫu thuật. Đối với các bệnh nhân không có xơ gan tình trạng dinh dưỡng đầy đủ trước phẫu thuật có thể không cần can thiệp đặc biệt nào và nên bắt đầu chế độ ăn uống đường miệng sớm [5], [9]. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ truyền dịch đến ngày thứ 5 là 88,70%; trong khi đó ăn sớm ngày thứ 1 sau mổ: 40,87%, ăn nhẹ (cháo, sữa ...) theo chế độ dinh dưỡng của bệnh viện tăng dần ở ngày thứ 2 và thứ 3 lần lượt là: 81,74% và 97,39%.

Theo Richter và cộng sự tổng hợp 5 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh nuôi dưỡng tĩnh mạch và đường tiêu hóa sau mổ cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, cho thấy các biến chứng sau mổ giảm đáng kể ở nhóm đường tiêu hóa, các tác giả kết luận nuôi dưỡng sau mổ đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc người bệnh sau mổ cắt gan [9].

5. Kết luận

Nghiên cứu kết quả chăm sóc bệnh nhân sau cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho thấy: 100% chức năng sống của bệnh nhân bình thường; bệnh nhân đau trung bình vào ngày thứ 2 và 3 lần lượt là 50,43% và 91,3%; chân dẫn lưu ổ bụng khô: 97,87%; rút dẫn lưu ngày thứ 2: 81,3%; Khi ra viện 100% vết mổ khô; tỷ lệ cho người bệnh ăn sớm ngày thứ 1, 2 lần lượt là: 81,74% và 97,39%.

Tài liệu tham khảo

1. Dương Thị Bình Minh, Lê Văn Thạch, Nguyễn Thanh Hương (2013) *Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Hữu Nghị*. Báo Y học thực hành, tập 876, số 7, tr. 125-129.

2. Bùi Thị Bích Ngà (2011) *Thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương năm 2011*. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. Vũ Văn Quang (2019) *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108.
4. Nguyễn Thị Thùy Trâm (2014) *Thực trạng hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2014*. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng.
5. Ashok T and Wei-Chen L (2013) *Critical care issues after major hepatic surgery*. Chapter 4: 83-103.
6. Cheng-Yuan H, Gar-Yang C, Kuang-Liang K, Che-Chuan L, Wing-Yiu L, Chew-Wun W (2003) *Factors for prolonged length of stay after elective hepatectomy for hepatocellular carcinoma. The surgeon's role in the managed care era*. Hepatogastroenterology 50(51): 798-804.
7. GLOBOCAL IARC (2012) *Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide*.
8. Lindsay JW, Karen R O'Bosky, Jukes PN, Maheswari S (2012) *Postoperative management after hepatic resection*. J Gastrointest Oncol 3: 41-47.
9. Richter B, Schmandra TC, Golling M, Bechstein WO (2006) *Nutritional support after open liver resection: A systematic review*. Dig Surg 23: 139-145.
10. Yufeng Liu et al (2018) *Evaluation of intravenous parecoxib infusion pump of patient-controlled analgesia compared to fentanyl for postoperative pain management in laparoscopic liver resection*. Med Sci Monit 24: 8224-8231.