

Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

Evaluation of patient care outcomes after laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma

Nguyễn Hồng Trang, Lê Cẩm Linh,
Nguyễn Thị Hiền, Đỗ Sỹ Long
Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu về kết quả chăm sóc các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 04 năm 2021, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 52 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan với tuổi trung bình là $56,5 \pm 12,8$ năm, tỷ lệ nam/nữ: 9,4, phân độ ASA II chiếm đa số (82,7%), cắt gan nhỏ (69,2%), tỷ lệ biến chứng (11,4%), thời gian ăn trở lại $1,2 \pm 0,7$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ: $8,8 \pm 3,8$ ngày, không trường hợp tử vong sau mổ. **Kết quả chăm sóc:** Tốt (92,3%), vừa (7,7%). **Kết luận:** Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho kết quả tốt.

Từ khóa: Chăm sóc, phẫu thuật nội soi, cắt gan.

Summary

Objective: To evaluate of patient care outcomes after laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma. **Subject and method:** A retrospective review of patient care outcomes after laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma from January 2019 to April 2021 at 108 Military Central Hospital. **Result:** This study included 52 patients undergoing laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma, the mean age was 56.5 ± 12.8 years. The ratio of males and females was 9.4. ASA II was the largest share accounting for 82.7%. The percentage of minor resection was 69.2%. The mean duration time of the first diet after surgery was 1.2 ± 0.7 days. The postoperative length of hospital stay was 8.8 ± 3.8 days. The common postoperative complication proportion was 11.4%. There was no mortality case after surgery. The outcomes of taking care was: Good (92.3%) and moderate (7.7%). **Conclusion:** The outcomes of taking care of patients after laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma at 108 Military Central Hospital were good.

Keywords: Take care, liver resection.

Ngày nhận bài: 17/9/2021, ngày chấp nhận đăng: 11/10/2021

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh ác tính thường gặp, theo GLOBOCAN có tới 905.667 trường hợp mới mắc trong năm 2020, là nguyên nhân gây tử vong cho 830.180 bệnh nhân (BN), đứng thứ 2 trong các loại ung thư [1]. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất liên quan tới tình trạng nhiễm virus viêm gan B, năm 2020 có 26.418 người mới mắc và 25.272 người tử vong cho thấy việc kiểm soát và điều trị bệnh này còn hết sức khó khăn [1].

Phẫu thuật cắt gan hiện nay được coi là phương pháp điều trị triệt căn ung thư biểu mô tế bào gan. Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan được báo cáo từ những năm 1990, trải qua nhiều năm phát triển kỹ thuật, ngày nay được áp dụng rộng rãi tại các trung tâm ngoại khoa lớn trong đó có Việt Nam. Các nghiên cứu cho thấy ưu điểm của PTNS cắt gan so với mổ mở như: Giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, sẹo mổ nhỏ, tính thẩm mỹ cao, giảm lượng máu mất, tỷ lệ biến chứng chung thấp, bệnh nhân nhanh chóng trở lại hoạt động bình thường, giảm thời gian nằm viện [2], [3].

Chăm sóc bệnh nhân sau mổ đóng vai trò quan trọng trong quá trình hồi phục của người bệnh, ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả của điều trị. Trên thế giới, cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu về chăm sóc sau mổ bệnh nhân PTNS cắt gan, đặc biệt là áp dụng chương trình Chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery ERAS). Các báo cáo cho thấy: ERAS đem lại chăm sóc toàn diện bệnh nhân trong giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật nhằm giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng điều trị và giảm chi phí [3], [4].

Tại Việt Nam các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào ứng dụng kỹ thuật, cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chăm sóc bệnh nhân sau mổ cắt gan nội soi. Vì vậy, đề tài thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật nội soi cắt gan, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 04 năm 2021, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Quy trình chăm sóc bệnh nhân

Bệnh nhân được tư vấn giáo dục sức khỏe, nhịn ăn uống trước mổ 8 giờ, không cần chuẩn bị đại tràng. Sử dụng kháng sinh dự phòng, giảm đau ngoài màng cứng. Sau gây mê, bệnh nhân được rút sonde dạ dày và theo dõi tại buồng hậu phẫu trong vòng 24 giờ đầu, thở oxy hỗ trợ, lắp monitoring: Theo dõi tình trạng huyết động, hô hấp; thực hiện các y lệnh.

Theo dõi tình trạng chảy máu: Mạch, huyết áp, quan sát màu sắc da, niêm mạc và tinh thần của người bệnh, đánh giá tính chất dịch dẫn lưu ổ bụng về số lượng, màu sắc.

Đánh giá mức độ đau và hiệu quả việc kiểm soát cơn đau bằng các biện pháp giảm đau.

Vận động: Cho bệnh nhân vận động sớm ngay ngày thứ nhất sau mổ, hướng dẫn bệnh nhân vận động trên giường bệnh, tại phòng bệnh và ngoài hành lang.

Dinh dưỡng: Cho ăn sớm, uống một ít nước hoặc chất lỏng sau mổ 6 giờ, cho ăn lỏng bắt đầu ngày thứ nhất sau mổ.

Chăm sóc vết mổ, ống dẫn lưu, thông tiểu: Hàng ngày cần thay băng vết mổ, nặn dịch, phải ghi lại số lượng và tính chất; đổ dịch dẫn lưu, thông tiểu nhằm tránh nhiễm khuẩn.

Theo dõi các biến chứng sau mổ cắt gan: Rò mật, cổ chướng, rò dưỡng chất, suy gan, tràn dịch màng phổi... Đánh giá mức độ đau và hiệu quả việc kiểm soát cơn đau bằng các biện pháp giảm đau.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, BMI, Child-Pugh, ASA, lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ. Loại cắt gan, thời gian phẫu

thuật, tỷ lệ truyền máu. Biến động sau mổ: Mạch, huyết áp, nhiệt độ.

Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) thường được sử dụng để người bệnh tự đánh giá cơn đau của mình, được chia thành 10 điểm: 0 điểm: Không đau, từ 1 - 3 điểm: Đau nhẹ, từ 4 - 5 điểm: Đau vừa, từ 6 - 7 điểm: Đau nhiều, từ 8 - 10 điểm: Đau dữ dội.

Tỷ lệ biến chứng chung và tử vong sau mổ. Thời gian trung tiện, rút dẫn lưu, cho ăn đường miệng, vận động bình thường. Thời gian nằm viện.

Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ:

Tốt: Bệnh nhân sau mổ diễn biến ổn định, ra viện.

Vừa: Bệnh nhân sau mổ có biến chứng, điều trị bảo tồn, ra viện.

Kém: Bệnh nhân sau mổ có biến chứng phải can thiệp, mổ lại hoặc tử vong.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	56,5 ± 12,8 (22 - 76)
Nam/nữ	47/5
Chỉ số khối cơ thể (BMI, kg/m ²)	22,31 ± 2,87 (17,26 - 29,06)
Child-Pugh A	52 (100%)
Phân độ ASA I/II	9/43
Đau bụng, n (%)	34 (65,4%)
Ăn kém, n (%)	12 (23,1%)
Sút cân, n (%)	9 (17,3%)
HBsAg (+) (n, %)	41 (78,84%)
Tiểu cầu (G/L)	217,2 ± 55,8 (117 - 387)
Prothrombin trung bình (%)	98,85 ± 12,5 (72 - 132)
GOT (IU/L)	46,63 ± 35,3 (19 - 268)
GPT (IU/L)	50,85 ± 40,7 (10 - 211)
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	13,0 ± 5,7 (2,5 - 34,4)
AFP (ng/mL)	200,9 ± 498,6 (1,4 - 2100)
Kích thước trung bình u (mm)	35,4 ± 15,1 (13 - 69)

Nhận xét: Thống kê cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân (BN) trong nghiên cứu: 56,5 ± 12,8 (tuổi), nam chiếm đa số (90,4%). Chỉ số BMI trung bình: 22,31 ± 2,87, ASA II chiếm đa số (82,7%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (65,4%), viêm gan B (78,84%), AFP trung bình: 193,6 ± 490 (ng/ml); 100% Child-Pugh A; kích thước trung bình u: 35,4 ± 15,1mm.

3.2. Kết quả phẫu thuật**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm	Giá trị
Loại cắt gan, n (%):	
Cắt gan lớn	30,8%
Cắt gan nhỏ	69,2%
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	194,5 ± 66,2
Tỷ lệ truyền máu, n (%)	2 (3,8)
Số lượng máu truyền (ml)	625
Biến chứng, n (%):	6 (11,4%)
Rò mật	2 (3,8%)
Suy gan	1 (1,9%)
Tràn dịch màng phổi	2 (3,8%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	1 (1,9%)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy: Chủ yếu là cắt gan nhỏ (69,2%), thời gian phẫu thuật trung bình: 194,5 ± 66,2 phút, tỷ lệ truyền máu trong mổ: 3,8%. Biến chứng gặp nhiều nhất là rò mật (3,8%) và tràn dịch màng phổi (3,8%).

3.3. Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ**Bảng 3. Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ**

Đặc điểm	Giá trị	p
Biến động mạch, n (%)	7 (13,5)	
Biến động huyết áp, n (%)	13 (25)	
Sốt, n (%)	14 (26,9)	
Điểm VAS ngày thứ 1	3,42 ± 2,0	<0,01
Điểm VAS ngày thứ 3	2,10 ± 1,1	
Điểm VAS ngày thứ 5	1,42 ± 1,2	
Dẫn lưu ổ bụng:		
Đặt dẫn lưu, n (%)	36 (69,2%)	
Thời gian rút dẫn lưu bụng (ngày)	4,8 ± 2,0 (2 – 12)	
Thời gian trung tiện (ngày)	2,0 ± 0,9 (1 – 4)	
Thời gian ăn trở lại (ngày)	1,2 ± 0,7 (0,5 – 3)	
Thời gian rút thông tiểu (ngày)	2,1 ± 0,9 (1 – 4)	
Thời gian vận động bình thường (ngày)	6,2 ± 1,0 (4 – 10)	
Thời gian nằm viện (ngày)	8,8 ± 3,8 (5 – 30)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy: Sau mổ ghi nhận 26,9% BN sốt, điểm VAS cao nhất ngày thứ 1 sau mổ (3,42 ± 2,0) và giảm dần tới ngày thứ 5; thời gian trung tiện 2,0 ± 0,9 ngày; BN được cho ăn sau mổ 1,2 ± 0,7 ngày; thời gian vận động bình thường 6,2 ± 1,0 ngày; thời gian nằm viện sau mổ 8,8 ± 3,8 ngày.

Bảng 4. Đánh giá kết quả chăm sóc sau phẫu thuật nội soi cắt gan

Kết quả	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Tốt	48	92,3
Vừa	4	7,7
Kém	0	0
Tổng	52	100

Nhận xét: Đánh giá chăm sóc sau PTNS cắt gan cho thấy kết quả tốt chiếm đa số 92,3%, vừa 7,7% bao gồm các bệnh nhân có biến chứng phải chăm sóc dài ngày như: Rò mật (2 BN), suy gan (1 BN), nhiễm khuẩn vết mổ (1 BN).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Phẫu thuật nội soi cắt gan đã được ứng dụng rộng rãi và phát triển mạnh mẽ trong hai thập kỷ gần đây. Do sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, dụng cụ phẫu thuật, kỹ thuật mổ, hồi sức và chăm sóc toàn diện sau mổ, PTNS cắt gan ngày càng thu được kết quả tốt hơn với tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong giảm một cách đáng kể và trở thành một phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan [2].

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,5 \pm 12,8$ tuổi, nam giới chiếm đa số (90,38%), triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng (65,4%), ăn kém và gầy sút cân chiếm tới 40,4%. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh (78,8%). Kích thước trung bình của u: $35,4 \pm 15,1$ mm. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu là $22,31 \pm 2,87$ kg/m², kết quả thu được cũng tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước [5], [6], [7].

Nghiên cứu của Trần Công Duy Long [2] về PTNS cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, cho thấy: Tuổi trung bình bệnh nhân là $55,88 \pm 11,7$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3/1, viêm gan B, C (82,69%), ASA II (76,2%), kích thước trung bình khối u: 39mm.

Nghiên cứu của tác giả Liang [6], cho thấy: Tuổi trung bình 59 tuổi, tỷ lệ nữ nhiều hơn so với nam (63,93%), ASA II chiếm đa số (78,7%), viêm gan B (36,1%), 100% Child-Pugh A. Tác giả Ni [8], tuổi trung bình là $51,3 \pm 17,2$ tuổi, nam chiếm phần lớn

(91,52%), kích thước trung bình u: $7,6 \pm 4,7$ cm, viêm gan B (94,92%).

Melloul [3] và Savikko [4] khuyến cáo: Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trước mổ có vai trò rất quan trọng, giúp điều dưỡng đưa ra kế hoạch chăm sóc sau mổ một cách phù hợp, hiệu quả và phục hồi nhanh.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả trong và sau mổ của phẫu thuật nội soi cắt gan có vai trò quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến kế hoạch chăm sóc và kết quả sau mổ.

Nghiên cứu cho thấy: Cắt gan nhỏ chiếm đa số với 69,2%, thời gian phẫu thuật trung bình: $194,5 \pm 66,2$ phút, tỷ lệ truyền máu chiếm 3,8%. Tác giả Trần Công Duy Long [2], thời gian phẫu thuật trung bình: $120 \pm 58,6$ phút, tương tự kết quả trong nghiên cứu. Theo Liang [6], cắt gan nhỏ (67,2%), thời gian phẫu thuật trung bình: 180 phút, tỷ lệ truyền máu khá cao (19,7%).

Thống kê cho thấy tỷ lệ biến chứng gặp 11,4% bao gồm: Rò mật (3,8%), tràn dịch màng phổi (3,8%), suy gan và nhiễm khuẩn vết mổ (1,9%). Theo báo cáo tác giả Trần Công Duy Long [2]: Tỷ lệ biến chứng 5% bao gồm: Cổ chướng (1,54%), rò mật (0,77%), tràn dịch màng phổi (1,15%).

Nghiên cứu của Liang [6] gặp các biến chứng: Rò mật (4,9%), suy gan: 13,1%, tràn dịch màng phổi: 6,6%, chảy máu (1,6%), tắc mạch phổi: 1,6%, áp xe ổ bụng: 3,3%. Tác giả Ni [8]: Đánh giá kết quả chăm sóc cho 59 BN mổ cắt gan cho thấy: Suy gan (1,7%), rò mật (8,47%), nhiễm khuẩn vết mổ (1,7%), áp xe ổ bụng (1,7%). Thời gian phẫu thuật: $137,0 \pm 66,9$, tỷ lệ truyền máu (18,64%).

Tác giả Wang [9], nghiên cứu so sánh về tỷ lệ các biến chứng giữa nhóm được chăm sóc toàn diện và chăm sóc thông thường cho thấy tỷ lệ biến chứng

thấp hơn rõ rệt ở nhóm được chăm sóc toàn diện, tác giả đưa ra kết luận: Chăm sóc toàn diện có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gan.

Nghiên cứu của Tufts và cộng sự [10] phát hiện ra rằng nhiễm khuẩn vết mổ là nguyên nhân hàng đầu làm tăng tỷ lệ biến chứng, tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe. Bệnh nhân được chăm sóc toàn diện có thể làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, điều này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu.

4.3. Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ

Tất các bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gan trong nghiên cứu được chăm sóc toàn diện trong suốt thời gian điều trị. Những chăm sóc của điều dưỡng về tâm lý, chế độ ăn uống hàng ngày, vận động sớm sau phẫu thuật cho bệnh nhân, nhằm cải thiện tâm lý và chất lượng cuộc sống sau mổ, cũng như mức độ hài lòng của bệnh nhân và gia đình của họ [3], [8], [9].

Một số nghiên cứu cho thấy: Chăm sóc toàn diện trên bệnh nhân xơ gan và ung thư gan không thể cải thiện tiên lượng, nhưng có thể giảm biến chứng, tăng khả năng phục hồi, chất lượng cuộc sống tốt hơn và bệnh nhân có mức độ hài lòng với điều dưỡng cao hơn [5], [9].

Melloul và cộng sự [3] cho rằng: Đau là triệu chứng phổ biến nhất mà bệnh nhân sau phẫu thuật thường phàn nàn với nhân viên y tế khiến bệnh nhân lo lắng và có các cảm xúc tiêu cực khác, dẫn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm sút rõ rệt.

Kiểm soát đau sau mổ tốt là cách giúp cho bệnh nhân cảm giác thoải mái, hồi phục sớm sau mổ và rút ngắn thời gian nằm viện và chi phí. Phương pháp giảm đau thường được sử dụng là kết hợp đa phương thức bao gồm: Gây tê ngoài màng cứng, dùng các thuốc không steroid. Nghiên cứu cho thấy: Điểm VAS ngày đầu tiên sau mổ: $3,42 \pm 2,0$ và giảm dần vào ngày thứ 5 sau mổ với VAS: $1,42 \pm 1,2$. Nghiên cứu của Liang [6] cho thấy: Điểm VAS ngày thứ 1 ($3,1 \pm 1,2$) và điểm VAS ngày thứ 5 ($2,1 \pm 1,0$). Thống kê của Ni [8] cho thấy: Điểm VAS ngày thứ 1

($3,1 \pm 2,6$), điểm VAS ngày thứ 3 ($3,4 \pm 1,8$), điểm VAS ngày thứ 5 ($3,1 \pm 1,1$).

Nghiên cứu của tác giả Wang [9], khi so sánh các bệnh nhân được chăm sóc toàn diện và chăm sóc thông thường sau phẫu thuật cắt gan: Điểm số VAS ở bệnh nhân được chăm sóc toàn diện thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân được chăm sóc thông thường ($1,02 \pm 0,45$ so với $2,98 \pm 0,89$). Tác giả kết luận: Chăm sóc toàn diện có thể làm giảm cường độ đau sau phẫu thuật và giảm căng thẳng về thể chất và tâm lý.

Chăm sóc toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm đóng vai trò quan trọng trong thành công chung của bệnh nhân. Trong số đó, vận động sớm là một phần không thể thiếu và có thể làm giảm tình trạng mất cơ và tỷ lệ biến chứng như viêm phổi và huyết khối tĩnh mạch sâu, giảm bớt đau đớn và gánh nặng kinh tế cho bệnh nhân, tăng sự thoải mái, giảm khối lượng công việc của điều dưỡng và thúc đẩy bệnh nhân hồi phục [9].

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được vận động sớm ngay sau mổ ngày thứ 1 và vận động bình thường trở lại sau: $6,2 \pm 1,0$ ngày.

Nghiên cứu của tác giả Liang [6]: Bệnh nhân được vận động tại giường sau 6 giờ phẫu thuật và đi bộ quanh phòng bệnh ít nhất 2 giờ vào ngày thứ 2. Thời gian phục hồi để bệnh nhân vận động bình thường trở lại (8,5 ngày).

Bệnh nhân sẽ được giải thích về tầm quan trọng và sự cần thiết của việc phục hồi sớm sau mổ. Sự giúp đỡ của nhân viên y tế để hỗ trợ bệnh nhân vận động sớm có thể làm giảm đáng kể các tác động tâm lý tiêu cực như lo lắng, trầm cảm và sợ hãi, nâng cao sự tự tin và tuân thủ của bệnh nhân. Trước khi vận động, phải đánh giá tình trạng chung như: (1) Bệnh nhân tỉnh, các dấu hiệu sinh tồn ổn định. (2) Cho bệnh nhân ngồi trên giường 5 phút với sự trợ giúp, nếu ổn định thì cho đứng tại chỗ 1 - 3 phút thấy bình thường; sau đó mới tiếp tục cho đi bộ với sự trợ giúp nhân viên y tế. Nếu bệnh nhân cảm thấy mệt, chóng mặt hoặc các triệu chứng khác không thể chịu đựng được, thì cho bệnh nhân dừng vận động ngay.

Kết quả nghiên cứu cho thấy vận động sớm sẽ giúp hồi phục chức năng tiêu hóa sau phẫu thuật nhanh hơn trung bình là 2,0 ngày. Nghiên cứu của Ni [8] thấy: Thời gian trung tiện trung bình là $2,3 \pm 1,7$ ngày. Như vậy, kết quả này tương tự như thống kê của các tác giả khác [7], [8], [9].

Melloul và cộng sự [3], Wang và cộng sự [9], cho rằng: Vận động sớm sau phẫu thuật với sự hỗ trợ của giảm đau có thể thúc đẩy đáng kể sự phục hồi đường tiêu hóa, cũng như sự phục hồi chức năng của các cơ quan, tăng khả năng hấp thu dinh dưỡng, giảm và cải thiện các triệu chứng đầy bụng và đau bụng, cũng như chức năng thần kinh tự chủ của các cơ quan và cải thiện các kích thích phó giao cảm của cơ quan tiêu hóa và tăng cường lưu thông tiêu hóa [3], [9].

Do khối u và quá trình phẫu thuật, một lượng lớn thrombin ngoại sinh có thể tồn tại trong cơ thể sau khi phẫu thuật, đây là một trong những yếu tố nguy cơ nguy hiểm nhất đối với huyết khối tĩnh mạch. Đồng thời, sự thoái hóa mạch máu, giảm sức căng cơ và nằm lâu trên giường sẽ làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu. Vận động tích cực có thể cải thiện tốc độ dòng chảy của máu trong cơ thể, tránh hình thành huyết khối sau phẫu thuật. Ngoài ra, huyết khối tĩnh mạch cửa thường xảy ra sau khi cắt gan vì xơ gan hoặc huyết khối do u, và chức năng tiêu hóa phục hồi sớm cũng có thể làm tăng lưu lượng máu qua tĩnh mạch cửa, do đó làm giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch cửa [3], [8], [9].

Nghiên cứu tác giả Ni [8]: Cho thấy vận động sớm sau phẫu thuật có thể tăng đáng kể thời gian ngủ của bệnh nhân, cải thiện chất lượng giấc ngủ, giảm các triệu chứng lo lắng, giảm đau và nâng cao sự tự tin và hạnh phúc của bệnh nhân với quá trình hồi phục sau phẫu thuật. Thời gian ngủ ban ngày giảm, tăng thời gian ngủ vào ban đêm, gián tiếp thúc đẩy phục hồi sau phẫu thuật.

Việc đặt dẫn lưu hay không sau PTNS cắt gan vẫn còn là vấn đề tranh luận, tùy vào từng bệnh nhân, kinh nghiệm phẫu thuật viên và các trung tâm. Một số nghiên cứu và chương trình ERAS gợi ý rằng không đặt dẫn lưu thường quy có thể làm giảm thời gian nằm viện [3], [6]. Một số tác giả khác cho

rằng: Dẫn lưu thường quy vẫn quan trọng để theo dõi rò mật, chảy máu và nhiễm khuẩn ổ bụng. Điều này cho thấy không có kết luận chắc chắn nào về việc có đặt hay không đặt dẫn lưu. Trong nghiên cứu có 69,2% BN đặt dẫn lưu. Hiện nay, theo khuyến cáo dẫn lưu ổ bụng nên được rút sớm khi dịch ra $< 30\text{ml/ngày}$ [9]. Kết quả thống kê cho thấy thời gian rút dẫn lưu trung bình là $4,8 \pm 2,0$ ngày.

Thống kê của Liang [6] cho thấy: Hầu hết bệnh nhân (50/58 BN) không có dẫn lưu ổ bụng và nếu đặt thì rút bỏ sớm (dưới 3 ngày). Nghiên cứu của Ni [8] thấy: Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là 5,5 ngày.

Hầu hết các bệnh nhân mổ cắt gan đều có xơ gan kèm theo, sau mổ albumin và protein trong máu sẽ giảm. Vì vậy, sau mổ nên cho ăn đường miệng sớm có thể 6 giờ sau phẫu thuật. Nghiên cứu cho thấy thời gian cho ăn sau mổ trung bình: $1,2 \pm 0,7$ ngày. Trong thống kê của tác giả Yang [5]: Thời gian cho ăn sớm sau mổ là 0,66 - 4,5 ngày.

Các nghiên cứu đã chứng minh rằng: Ăn sớm bằng đường miệng có thể làm giảm căng thẳng, tiêu hao năng lượng và các triệu chứng như buồn nôn, nôn hoặc liệt ruột cơ năng [3], [9]. Việc quản lý dịch truyền vào rất quan trọng giúp: Giảm biến chứng phổi, tránh quá tải cho tim, phù nề ruột, rút ngắn thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu trung bình là $8,8 \pm 3,8$ ngày, kết quả này tương tự thống kê của Ni [8]: $6,6 \pm 2,3$ ngày, cũng như thống kê của Yang [5]: 6,32 - 14,45 ngày.

Kết quả chăm sóc sau mổ phẫu thuật nội soi cắt gan cho thấy: Tốt chiếm đa số (92,3%), vừa (7,7%). Các bệnh nhân có kết quả vừa là do có biến chứng, đặc biệt là rò mật và nhiễm khuẩn vết mổ đã điều trị nội khoa bảo tồn và ra viện trong tình trạng ổn định. Tuy nhiên, thời gian nằm viện kéo dài và chi phí tăng cao.

Theo tác giả Liang [6]: Giáo dục sức khỏe, tư vấn giải thích chi tiết về cuộc phẫu thuật và chăm sóc toàn diện giúp bệnh nhân hợp tác tốt, giảm lo lắng và căng thẳng. Điều này góp phần vào thành công, cũng như hiệu quả của cuộc phẫu thuật.

Melloul và cộng sự cũng như nhiều tác giả thống nhất: Giáo dục sức khỏe trước phẫu thuật cắt gan nội soi, hỗ trợ dinh dưỡng, ít dẫn lưu, kháng sinh dự phòng, dự phòng huyết khối, giảm đau bằng nhiều biện pháp, vận động sớm là rất quan trọng, giúp giảm tỷ lệ biến chứng, nhanh hồi phục, giảm thời gian nằm viện và chi phí [3], [4], [9].

5. Kết luận

Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho thấy: Tốt (92,3%), vừa (7,7%). Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (1,9%), thời gian trung tiện: $2,0 \pm 0,9$ ngày, thời gian ăn trở lại: $1,2 \pm 0,7$ ngày, thời gian vận động bình thường: $6,2 \pm 1,0$ ngày, thời gian nằm viện: $8,8 \pm 3,8$ ngày.

Tài liệu tham khảo

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al (2020) *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 68(6): 394-424.
2. Trần Công Duy Long (2016) *Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. Melloul E, Hußner M, Scott M et al (2016) *Guidelines for perioperative care for liver surgery: Enhanced recovery after surgery (eras) society recommendations*. World J Surg 40: 2425-2440.
4. Savikko J, Vikatmaa L, Hiltunen AM, Mallat N et al (2020) *Enhanced recovery protocol in laparoscopic liver surgery*. Surgical Endoscop. Pulished online: 27.
5. Yang R, Tao W, Chen YY et al (2016) *Enhanced recovery after surgery programs versus traditional perioperative care in laparoscopic hepatectomy: A meta-analysis*. Int J Surg 36: 274-282.
6. Liang X, Ying H, Wang H et al (2018) *Enhanced recovery care versus traditional care after laparoscopic liver resections: A randomized controlled trial*. Surg Endosc 32(6): 2746-2757.
7. Li L, Chen J, Liu Z et al (2017) *Enhanced recovery program versus traditional care after hepatectomy: A meta-analysis*. Medicine (Baltimore) 96(38): 8052.
8. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H, Huang XX, Yang Y, Li HF, Zhou WP (2018) *Early enforced mobilization after liver resection: A prospective randomized controlled trial*. International Journal of Surgery 54: 254-258.
9. Wang L, Li J, Xi R, Guo R (2020) *The effect of comprehensive nursing on the postoperative recovery and quality of life of patients undergoing hepatectomy*. Int J Clin Exp Med 13(7): 4750-4757.
10. Tufts LS, Jarnagin ED, Flynn JR, Gonen M, Guillem JG, Paty PB, Nash GM, Smith JJ, Wei IH, Pappou E, D'Angelica MI, Allen PJ, Peter Kingham T, Balachandran VP, Drebin JA, Garcia Aguilar J, Jarnagin WR and Weiser MR (2019) *A perioperative multidisciplinary care bundle reduces surgical site infections in patients undergoing synchronous colorectal and liver resection*. HPB (Oxford) 21: 181-186.