

V. KẾT LUẬN

Qua tổng kết số liệu từ 178 bệnh nhân VNTMNK được điều trị tại Viện Tim trong các năm 2012-2023, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm về chẩn đoán và điều trị. Các xét nghiệm cận lâm sàng nước tiểu và yếu tố thấp cũng như việc tầm soát thuyên tắc mạch là thiết yếu trong chẩn đoán VNTMNK. Trong điều trị, việc áp dụng phác đồ kháng sinh trị liệu theo khuyến cáo của Hội Tim châu Âu vào điều kiện Việt Nam là phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Momtazmanesh S, Saeedi Moghaddam S, Malakan Rad E, et al. Global, regional, and national burden and quality of care index of endocarditis: the global burden of disease study 1990-2019. Eur J Prev Cardiol 2022;29:1287-1297.
2. Delgado V, Marsan NA, de Waha S, et al. 2023 guidelines for the management of infective endocarditis. Developed by the Task Force on the management of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193>
3. Nguyễn thị Thu Hoài, Phạm Minh Tuấn, Trần Bá Hiếu và cộng sự. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Bạch Mai, 2012-2017. Tạp chí Tim mạch học 2019;87:48-54. <https://jvc.vnha.org.vn/tmh/article/view/377>

4. Nguyễn Sinh Hiền, Nguyễn Hữu Phong, Lê Quang Thiện. Kết quả điều trị phẫu thuật viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn van tim bên trái tại bệnh viện Tim Hà Nội. Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam số đặc biệt – tháng 12/2021, 124-137.
5. Hoàng Văn Sỹ, Trần Công Duy. Tỷ lệ biến chứng và tử vong ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam 2023; 530 (1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1.6606>
6. Giannitsioti E, Pefanis A, Gogos C, et al. Evolution of epidemiological characteristics of infective endocarditis in Greece. Intern J Infect Dis 2021;106:213-220.
7. Becher PM, Gobling A, Fluschnik N, et al. Temporal trends in incidence, patient characteristics, microbiology and in-hospital mortality in patients with infective endocarditis: a contemporary analysis of 86,469 cases between 2007 and 2019. Clin Res Cardiol 2022. <https://doi.org/10.1007/s00392-022-02100-4>
8. Bohbot Y, Habib G, Laroche C, et al. Characteristics, management, and outcomes of patients with left-sided infective endocarditis complicated by heart failure: a substudy of the ESC-EORP EURO-ENDO (European infective endocarditis) registry. Eur J Heart Fail 2022;24: 1253-1265.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Chinh¹, Phạm Thế Anh¹, Phạm Việt Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu (NC) mô tả cắt ngang 120 người bệnh (NB) được phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** dấu hiệu sinh tồn tương đối ổn định, tỷ lệ người bệnh có sốt ở ngày 1, 3, 5 lần lượt là 12,5%, 5% và 2,5%. Tỷ lệ tụ dịch vết mổ ngày 1, 3, 5 lần lượt là 30,8%, 25,0% và 15,8%. Đau nhiều gặp ở 12,5% người bệnh vào ngày 1 sau mổ, đến ngày 5 thì đa số người bệnh có đau ít (90%). 75,8% người bệnh được thay băng vết mổ ≥ 2 lần/ngày trong ngày 1, đến ngày thứ 5 thì đa số người bệnh được thay băng hàng ngày (90,0%). Đa số người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch vào ngày 1 (93,3%), đến ngày 5 thì đa số người bệnh được ăn

thức ăn lỏng (90,0%). 95,0% người bệnh được hướng dẫn vận động sớm vào ngày 1 sau mổ. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy chăm sóc người bệnh sau cắt gan điều trị UTBMTBG 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, cắt gan, ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

RESULTS OF PATIENT CARE AFTER LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THE DEPARTMENT OF HEPATOBILIARY AND PANCREATIC SURGERY, K HOSPITAL

Objective: Evaluation of postoperative care outcomes in patients undergoing hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma (HCC). **Subjects and methods:** This cross-sectional descriptive study involved 120 patients who underwent hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic the Surgery, K Hospital, from February to August 2024. **Results:** Vital signs were relatively stable. The rates of fever on postoperative days (POD) 1, 3, and 5 were 12.5%, 5%, and 2.5%, respectively. The incidence of wound

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

fluid accumulation on POD 1, 3, and 5 were 30.8%, 25.0%, and 15.8%, respectively. Severe pain was reported by 12.5% of patients on the first postoperative day, decreasing to mild pain in the majority (90%) by POD 5. Wound dressing changes were performed ≥ 2 times/day for 75.8% of patients on POD 1, with the majority (90.0%) receiving daily changes by POD 5. Most patients received intravenous nutrition on POD 1 (93.3%), transitioning to liquid food by POD 5 (90.0%). Early mobilization was guided for 95.0% of patients on the first postoperative day.

Conclusion: The study highlights the importance of postoperative care in patients undergoing hepatectomy for hepatocellular carcinoma, emphasizing the detection of complications, pain management, and rapid recovery, contributing to the overall success of the surgery.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại u gan thì ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát là thường gặp nhất. Theo GLOBOCAN (2022), có tới 866.136 trường hợp UTBMTBG mắc mới trong năm 2022, là nguyên nhân gây tử vong cho 758.725 bệnh nhân, đứng thứ 3 về nguyên nhân tử vong do ung thư trên toàn thế giới, chỉ đứng sau ung thư phổi và ung thư đại trực tràng. 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, năm 2022 có 23.333 người tử vong do UTBMTBG, đứng đầu trong các loại ung thư tại nước ta [1].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG: 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. Các nghiên cứu 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 trướng, tắc mạch... [2]. Nghiên cứu của Chen và cộng sự (2023) chỉ ra: những người bệnh được điều dưỡng chăm sóc toàn diện trước và sau phẫu thuật giúp giảm đau sau mổ, giảm gánh nặng tâm lý và cải thiện chất lượng cuộc sống [3].

Điều dưỡng là lực lượng chính cung cấp các dịch vụ chăm sóc người bệnh tại bệnh viện, đóng vai trò chủ đạo trong các hoạt động hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn, uống, ngủ, nghỉ, bài tiết, vận động, vệ sinh cá nhân, chăm sóc tâm lý. Vì vậy, muốn nâng cao chất lượng dịch vụ y tế phải nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng [4].

Tại Việt Nam, các thống kê tập trung chủ yếu vào kết quả các phương pháp điều trị

UTBMTBG, chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh được phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2024, tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- 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, dinh dưỡng, vận động. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale).

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 120 NB được phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 40 tuổi	12	10,0
	41 – 60 tuổi	61	50,8
	Trên 60 tuổi	47	39,2
	X \pm SD (min-max)	55,1 \pm 11,8	(28-77)
Giới tính	Nam	100	83,3
	Nữ	20	16,7
Tuyên bảo hiểm	Đúng tuyến	112	93,3
	Trái tuyến	3	2,5
	Tự nguyện	5	4,2
Bệnh kèm theo	Viêm gan B	79	65,5
	Tăng huyết áp	8	6,7
	Viêm gan C	7	5,8
	Đái tháo đường	6	5,0
	Xơ gan do rượu	3	2,5
	Khác	4	3,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của NB nghiên cứu là 55,1 \pm 11,8 tuổi, nam giới chiếm đa số (83,3%). Phần lớn các NB có bảo hiểm đúng tuyến: 93,3%. Tỷ lệ người bệnh mắc viêm gan B cao 65,5%.

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

Bảng 2. Đặc điểm về dấu hiệu sinh tồn của người bệnh sau mổ

Dấu hiệu sinh tồn		Ngày 1 n (%)	Ngày 3 n (%)	Ngày 5 n (%)
Nhiệt độ	Thấp	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,7%)
	Bình thường	105 (87,5%)	114 (95,0%)	117 (97,5%)
	Cao	15 (12,5%)	6 (5,0%)	3 (2,5%)
Mạch	Bình thường	51 (42,5%)	58 (48,3%)	65 (54,2%)
	Nhanh	69 (57,5%)	62 (55,4%)	55 (45,8%)
Nhịp thở	Chậm	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Bình thường	30 (33,3%)	96 (80,0%)	115 (95,8%)
	Nhanh	90 (66,7%)	24 (20,0%)	5 (4,2%)
Huyết áp	Thấp	3 (2,5%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)
	Bình thường	110 (91,7%)	112 (93,3%)	117 (97,5%)
	Cao	7 (5,8%)	5 (4,2%)	1 (0,8%)

Nhận xét: Các dấu hiệu của người bệnh cải thiện rõ ràng qua thời gian từ ngày điều trị thứ 1 đến ngày điều trị thứ 5 sau mổ. Trong các dấu hiệu sinh tồn sau 5 ngày, đa số người bệnh có dấu hiệu sinh tồn ổn định.

3.3. Chăm sóc đau

Bảng 3. Tình trạng đau thang điểm VAS

Mức độ đau	Ngày 1 n (%)	Ngày 3 n (%)	Ngày 5 n (%)
Đau ít (1 – 3đ)	4 (3,3%)	64 (53,3%)	110 (90,0%)
Đau vừa (4 – 7đ)	101 (84,5%)	56 (46,7%)	12 (10,0%)
Đau nhiều (8 – 10đ)	15 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: Ngày thứ nhất sau phẫu thuật 100% người bệnh có biểu hiện đau, đau nhiều gặp ở 12,5% người bệnh. Đến ngày 5 thì đa số người bệnh có đau ít (90%).

3.4. Chăm sóc vết mổ

Bảng 4. Chăm sóc vết mổ

Chăm sóc vết mổ		Ngày 1 n (%)	Ngày 3 n (%)	Ngày 5 n (%)
Tình trạng vết mổ	Khô	65 (54,2%)	85 (70,8%)	101 (84,2%)
	Tụ dịch	37 (30,8%)	30 (25,0%)	19 (15,8%)
	Nề đỏ	18 (15,0%)	5 (4,2%)	0 (0%)
Số lần thay băng	1 lần/ngày	22 (18,3%)	102 (85,0%)	108 (90,0%)
	≥ 2 lần/ngày	98 (81,7%)	18 (15,0%)	12 (10,0%)

Nhận xét: Ngày 1 có 30,8% NB có tụ dịch vết mổ, 15% NB có nề đỏ vết mổ. Đến ngày 5, đa số NB có vết mổ khô (84,2%). Ngày 1 đa số NB được thay băng ≥ 2 lần/ngày (81,7%), đến ngày 5 thì đa số NB được thay băng 1 lần/ngày chiếm 90%.

3.5. Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng

Bảng 5. Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng

Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng		Ngày 1 n (%)	Ngày 3 n (%)	Ngày 5 n (%)
Số lượng	Bình thường	109 (90,8%)	117 (97,5%)	119 (99,2%)
	≥500 ml/ngày	11 (10,2%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)
Thay băng chân dẫn lưu	Không	2 (1,7%)	2 (1,7%)	5 (4,2%)
	1 lần/ngày	28 (23,3%)	105 (87,5%)	107 (89,1%)
	≥ 2 lần/ngày	90 (75,0%)	13 (10,8%)	8 (6,7%)

Nhận xét: Tất cả 120 người bệnh được cắt gan đều được đặt dẫn lưu ổ bụng. Số lượng dịch dẫn lưu giảm dần qua các ngày, đến ngày 5 chỉ có 1 người bệnh có lượng dịch dẫn lưu ≥500 ml/ngày. Ngày 1, đa số người bệnh được thay băng 2 lần/ngày: 75%, đến ngày 5 đa số bệnh nhân được thay băng 1 lần/ngày (89,1%).

3.6. Chăm sóc dinh dưỡng và vận động

Bảng 3.6. Tình trạng dinh dưỡng và vận động của người bệnh sau mổ

Tình trạng dinh dưỡng		Ngày 1 n (%)	Ngày 3 n (%)	Ngày 5 n (%)
Dinh dưỡng	Ăn lỏng	2 (1,7%)	33 (27,5%)	108 (90,0%)
	Ăn qua sonde	6 (5,0%)	11 (9,2%)	3 (2,5%)
	Nuôi dưỡng tĩnh mạch	112 (93,3%)	76 (63,3%)	9 (7,5%)

Vận động	Có	114 (95,0%)	118 (98,3%)	120 (100%)
	Không	6 (5,0%)	2 (1,7%)	0 (0%)

Nhận xét: Đa số người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch vào ngày 1 (93,3%), đến ngày 5 thì đa số người bệnh được ăn thức ăn lỏng (90,0%). Ngày 1 có 95% NB được hướng dẫn vận động sớm, tỷ lệ này tăng lên 100% vào ngày 5.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu 120 người bệnh được phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG cho thấy tuổi trung bình: $55,1 \pm 11,8$ tuổi, nhỏ nhất là 28 tuổi và lớn nhất là 77 tuổi, đa số thuộc nhóm 41-60 tuổi chiếm 50,8%; nam giới chiếm đa số (83,3%) (bảng 1). Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Phạm Thế Anh (2024) với tuổi trung bình: $52,2 \pm 13,6$ tuổi, nam chiếm đa số (96,7%) [5].

Phần lớn các NB có bảo hiểm đúng tuyến: 93,3%, chỉ có 6,7% NB có bảo hiểm trái tuyến hoặc không có bảo hiểm. Nhận thấy tỷ lệ sử dụng BHYT ngày càng gia tăng; người dân có ý thức hơn về việc tham gia BHYT tự nguyện giúp đảm bảo chi phí điều trị và ổn định tâm lý người bệnh. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2020): có đến 96,52% người bệnh có bảo hiểm y tế (BHYT) chỉ có 3,48% người bệnh không có thẻ BHYT [6].

Các bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe, khả năng đáp ứng với điều trị và phục hồi sau phẫu thuật. Có tới 65,5% NB trong nghiên cứu mắc viêm gan B, kết quả này trong nghiên cứu của Phạm Thế Anh (2024) là 81,3% [7].

4.2. Theo dõi chức năng sống. Dấu hiệu sinh tồn là chỉ số giúp đánh giá và theo dõi tình trạng bệnh, tiến triển và biến chứng của bệnh. Theo dõi sự thay đổi của dấu hiệu sinh tồn giúp người điều dưỡng có những nhận định đúng, phù hợp, kịp thời phát hiện những biến chứng nguy hiểm. Tất cả người bệnh 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. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2020): NB có sốt vào chiều ngày thứ 2 sau phẫu thuật và sáng ngày thứ 3 có 05 người bệnh chiếm 4,34%; đến khi ra viện các người bệnh đều thân nhiệt bình thường với nhiệt độ trung bình là $36,64 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có sốt ở ngày 1, 3, 5 lần lượt là 12,5%, 5% và 2,5%; 100% NB được đo chỉ số sinh tồn với tần suất chủ yếu là ≥ 2 lần/ngày (bảng 2). Việc theo dõi các chỉ số chức năng sống góp phần nâng cao hiệu quả trong quá trình chăm sóc.

4.3. Chăm sóc đau. Điều trị giảm đau sau mổ rất quan trọng nhằm giúp cho bệnh nhân cải thiện chức năng hô hấp và tập vận động sớm. Opioid (morphine, hydromorphone và fentanyl) và một số thuốc hỗ trợ cho opioid như acetaminophen tiêm tĩnh mạch thường được sử dụng rộng rãi, liều tối đa là 2g/ngày cho bệnh nhân chức năng gan suy giảm. Giảm đau ngoài màng cứng phối hợp tiêm opioid tĩnh mạch, giúp làm giảm các biến chứng ở phổi và kiểm soát cơn đau tốt hơn so với dùng opioid đơn thuần [8]. Trong NC của chúng tôi, 100% NB đều được làm giảm đau ngoài màng cứng trước mổ, sau mổ được giảm đau bằng paracetamol truyền tĩnh mạch kết hợp với diclofenac đặt hậu môn. Ngày thứ nhất sau phẫu thuật 100% người bệnh có biểu hiện đau, đau nhiều gặp ở 12,5% người bệnh; đến ngày 5 thì đa số người bệnh có đau ít (90%) (bảng 3). Nghiên cứu Nguyễn Thị Hiền (2020), NB được dùng giảm đau sau mổ bằng (paracetamol + nefopam) truyền tĩnh mạch: sau ngày phẫu thuật thì 100% người bệnh 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% người bệnh còn đau nhẹ [3]. 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 so với các loại thuốc giảm đau khác; mức đau trung bình trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ở $2,12 \pm 1,45$ điểm VAS [9].

4.4. Chăm sóc vết mổ. Người bệnh nhiễm khuẩn vết mổ có biểu hiện: sốt, đau vùng mổ, số lượng bạch cầu tăng, vết mổ có dịch mủ. Một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ: dẫn lưu đường mật trước mổ, mất máu nhiều, thời gian mổ kéo dài, béo phì. Một số biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn vết mổ như: vận động sớm, kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt trước trong và sau mổ, thay băng vết mổ đảm bảo đúng kỹ thuật [9]. Do đó, chăm sóc vết mổ sau cắt gan điều trị UTBMTBG rất quan trọng. Trong NC của chúng tôi, ngày 1 có 30,8% NB có tụ dịch vết mổ, 15% NB có nề đỏ vết mổ; đến ngày 5, đa số NB có vết mổ khô (84,2%). Ngày 1 đa số NB được thay băng ≥ 2 lần/ngày (81,7%), đến ngày 5 thì đa số NB được thay băng 1 lần/ngày chiếm 90% (bảng 4). Nghiên cứu Nguyễn Thị Hiền (2020): tình trạng vết mổ ngày thứ 1 có 10,43% người bệnh bị nề đỏ và 0,87% người bệnh có vết mổ đọng dịch; đến ngày thứ 5 có đến 99,13% người bệnh vết mổ khô, không có người bệnh nào vết mổ nề đỏ hay

động dịch; 100% người bệnh có vết mổ khô. Tỷ lệ người bệnh được thay băng vết mổ 1 lần/ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 82,61% [1].

4.5. Chăm sóc dẫn lưu. Tất cả bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu dưới gan hoặc diện cắt sau mổ, chủ trương này được nhiều tác giả trong và ngoài nước ủng hộ: Vũ Văn Quang (2018), Phạm Thế Anh (2024),...đều thống nhất quan điểm này, các tác giả cho rằng cần đặt dẫn lưu sau mổ cắt gan. Ngoài việc dẫn lưu dịch và các chất tồn dư, việc theo dõi số lượng, màu sắc dịch, máu qua dẫn lưu giúp phát hiện sớm các biến chứng như chảy máu và rò mật, để can thiệp kịp thời còn giúp phát hiện [7], [10]. Ngoài ra vệ sinh, sát khuẩn quanh chân ống dẫn lưu cần được thực hiện thường xuyên [8]. Nghiên cứu của chúng tôi, tất cả NB đều được đặt dẫn lưu ổ bụng, số lượng dịch dẫn lưu giảm dần qua các ngày, đến ngày 5 chỉ có 1 NB có lượng dịch dẫn lưu ≥ 500 ml/ngày. Ngày 1, đa số người bệnh được thay băng 2 lần/ngày: 75%, đến ngày 5 đa số bệnh nhân được thay băng 1 lần/ngày (89,1%) (bảng 5). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2020): 80% người bệnh có dẫn lưu dưới gan; số lượng dịch trung bình dẫn lưu giảm dần theo các ngày, ngày 1 là $135,37 \pm 49,41$ ml; màu đỏ sẫm ngày đầu là 96,81% và ngày thứ 5 là 80,65%; 97,87% người bệnh có chân dẫn lưu khô; người bệnh được thay băng 2 lần/ngày chiếm tỷ lệ lớn 68,08% [2].

4.6. Chăm sóc dinh dưỡng và vận động. Giai đoạn sau cắt gan được đặc trưng bởi trạng thái dị hóa, khi cơ thể cố gắng cung cấp nhu cầu cao của gan để tái tạo, thường gây mất cân bằng glucose và điện giải. 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. Cần lập kế hoạch dinh dưỡng sau mổ cho từng người bệnh dựa trên tình trạng dinh dưỡng và chức năng gan. Với những người bệnh không xơ gan, có tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật đầy đủ, có thể bắt đầu chế độ ăn qua đường miệng sớm ngay từ ngày đầu sau mổ [8]. Trong nghiên cứu, đa số người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch vào ngày 1 (93,3%), đến ngày 5 thì đa số người bệnh được ăn thức ăn lỏng (90,0%) (bảng 6). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2020) 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% [7].

Vận động sớm góp phần giảm nguy cơ nhiễm khuẩn, nguy cơ tắc mạch do huyết khối,

từ đó làm tăng cường hiệu quả điều trị [10]. Trong nghiên cứu, ngày 1 có 95% NB được hướng dẫn vận động sớm, tỷ lệ này tăng lên 100% vào ngày 5 (bảng 6).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chăm sóc người bệnh sau cắt gan điều trị UTBMTBG rất quan trọng nhằm phát hiện sớm các biến chứng, giúp người bệnh giảm đau, phục hồi nhanh, góp phần cho sự thành công của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al.** Global cancer observatory: cancer today. Lyon: International agency for research on cancer 2020;20182020.
2. **Nguyễn Thị Xuân Linh NTKD, Nguyễn Hồng Trang, Nguyễn Thị Hiền.** Đánh giá kết quả cho bệnh nhân ăn sớm sau cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 2022;17:161-164.
3. **Chen P, Zhang L, Sun J, Xing Q, Shi D.** Pre-and post-operative comprehensive nursing care versus conventional nursing care: an evaluation of quality of life, postoperative pain, adverse effects, and treatment satisfaction of patients who underwent surgeries and interventional therapies for liver cancer. Medicine 2023;102:e34643.
4. **Nguyễn Thị Thanh Mai.** Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan tại Khối ngoại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam 2023;2:522.
5. **Anh The Pham, Cuong Manh Truong, Phuong Huy Trinh, Chinh Thi Nguyen, My Hoan Pham, Quoc Hoang Dang.** Right anatomical hepatectomy using extrahepatic glissonean pedicle approach combined liver hanging for hepatocellular carcinoma: surgical approach in a developing country. Annals of Medicine and Surgery 2024;86:3724-3729.
6. **Nguyễn Thị Hiền THV.** Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 2020;Tập 15.
7. **Phạm Thế Anh TMC.** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp chí Y học Việt Nam 2024;537.
8. **Wrighton LJ, O'bosky KR, Namm JP, Senthil M.** Postoperative management after hepatic resection. Journal of gastrointestinal oncology 2012;3:41.
9. **Liu Y, Song X, Sun D, Wang J, Lan Y, Yang G, et al.** Evaluation of intravenous parecoxib infusion pump of patient-controlled analgesia compared to fentanyl for postoperative pain management in laparoscopic liver resection. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research 2018;24:8224.
10. **Vũ Văn Quang.** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cường Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; 2019.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Nguyễn Xuân Thiêm¹, Nguyễn Hữu Thắng², Nguyễn Thanh Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành quan sát kết hợp với nghiên cứu hồ sơ bệnh án của những người bệnh sau phẫu thuật ≥ 3 ngày đang điều trị nội trú tại các khoa khối Ngoại của Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 03/2021 đến 09/2021. **Kết quả:** Trong 155 người bệnh, có 12 người bệnh nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ 7,7%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ lần lượt là: khoa Ngoại tiêu hóa với 19,5%, Ngoại thần kinh 9,1%, Ngoại thân 7,6%, Chấn thương chỉnh hình 2,4%, Phụ Sản không có ca nhiễm khuẩn vết mổ. Trong tổng số 12 ca nhiễm khuẩn vết mổ, có 8 trường hợp chỉ định cấy vi khuẩn chiếm 67,7% và tìm thấy 4 tác nhân chính bao gồm: Escherichia coli chiếm tỷ lệ 37,5%; Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae đều chiếm tỷ lệ 25% và Staphylococcus epidermidis chiếm tỷ lệ 12,5%. 50% P. aeruginosa phân lập được kháng Levofloxacin và Piperacilin, 100% kháng Ticarcillin/Clavulanic và Cefotaxime. 50% E. coli phân lập được kháng với kháng Cefotaxime, 100% kháng Penicillin G và Aztreonam. 100% Staphylococcus epidermidis phân lập được kháng Erythromycin, Levofloxacin, Oxacillin, Trimethoprim/sulfameth, Ciprofloxacin. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2021 ở mức trung bình (7,7%). Phân lập được 04 tác nhân chính gây nhiễm khuẩn vết mổ tại đây là: Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, và Staphylococcus epidermidis. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn vết mổ; Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

SUMMARY

SITUATION OF SURGICAL SITE INFECTION AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Objectives: This study aims to describe the situation of surgical site infections at Ha Dong General Hospital in 2021. **Material and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted through observation combined with medical record analysis of patients who had undergone surgery for ≥ 3 days and were being treated in the surgical departments at Ha Dong General Hospital from March 2021 to September 2021. **Results:** Among 155 patients, 12 cases of surgical site infections were identified, accounting for 7.7%. The surgical site infection rates were as follows:

Gastrointestinal Surgery Department with 19.5%, Neurosurgery 9.1%, Urology 7.6%, Orthopedic Surgery 2.4%, and no cases were found in the Obstetrics and Gynecology Department. Out of the 12 surgical site infection cases, 8 (67.7%) had bacterial isolation performed, and four main pathogens were identified: Escherichia coli (37.5%), Pseudomonas aeruginosa (25%), Klebsiella pneumoniae (25%), and Staphylococcus epidermidis (12.5%). P. aeruginosa showed 50% resistance to Levofloxacin and Piperacillin, and 100% resistance to Ticarcillin/Clavulanic and Cefotaxime. E. coli showed 50% resistance to Cefotaxime and 100% resistance to Penicillin G and Aztreonam, Staphylococcus epidermidis exhibited 100% resistance to Erythromycin, Levofloxacin, Oxacillin, Trimethoprim/sulfamethoxazole, and Ciprofloxacin. **Conclusion:** The rate of surgical site infection at Ha Dong General Hospital in 2021 was moderate (7.7%). No infections were detected in the Obstetrics and Gynecology Department. Four main pathogens were isolated: Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, and Staphylococcus epidermidis.

Keywords: Surgical site infection; Ha Dong General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là tình trạng nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật, xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật đối với phẫu thuật không cấy ghép và lên đến 1 năm đối với phẫu thuật có cấy ghép. Nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 20 - 30% - là một trong bốn loại nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến nhất tại các cơ sở y tế [1]. Tại Mỹ và Tây Âu, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ dao động từ 2 - 15% trong khi tại các nước châu Á như Ấn Độ, Thái Lan, Việt Nam, con số này dao động từ 8,8% - 17,7% [2].

Nhiễm khuẩn vết mổ gây hậu quả nặng nề cho người bệnh, một nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy nhiễm khuẩn vết mổ kéo dài thời gian nằm viện 8,2 ngày, làm tăng gấp đôi chi phí điều trị [3]. Vì vậy, nhiễm khuẩn vết mổ ngày nay đã trở thành thách thức mang tính thời đại và toàn cầu. Tuy nhiên, theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), 30% các nhiễm khuẩn bệnh viện có thể phòng ngừa được nếu thực hiện tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện [4].

Bệnh viện Đa khoa Hà Đông là bệnh viện đa khoa hạng 1 thuộc sở y tế Hà Nội, quy mô 650 giường kế hoạch có công suất sử dụng giường bệnh trên 100%. Trong năm 2020, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn có tiến hành điều tra tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và ghi nhận tỷ lệ nhiễm

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thiêm

Email: xuanthiem82@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024