



ĐẶC ĐIỂM CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Lê Thị Thùy¹, Phan Mỹ Hạnh¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại gan mật - Tiêu hóa và Ung bướu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại gan mật - Tiêu hóa và Ung bướu, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

Kết quả và kết luận: 100% bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan đều được theo dõi dấu hiệu sinh tồn đầy đủ, thời gian trung tiện $2,06 \pm 0,7$ ngày, thời gian ăn trở lại sau phẫu thuật $2,85 \pm 1,3$ ngày, thời gian nằm viện trung bình là $19,21 \pm 11$ ngày, 100% bệnh nhân được ngồi dậy tại giường vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Kết quả chăm sóc tốt chiếm tỷ lệ 97,0%. Kết quả cho thấy việc chăm sóc toàn diện bệnh nhân sau phẫu thuật. Đặc biệt, chăm sóc dinh dưỡng và tập vận động sớm đóng vai trò rất quan trọng trong kết quả điều trị bệnh. Cần có thêm các nghiên cứu trên đối tượng này để cải thiện tốt tình trạng dinh dưỡng và góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khóa: Chăm sóc bệnh nhân, phẫu thuật cắt gan, ung thư biểu mô tế bào gan, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại tổn thương thường gặp nhất trong các loại ung thư gan, nằm trong 6 loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và là một trong 3 loại ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam. UTBMTBG đứng đầu trong các nguyên nhân tử vong liên quan đến ung thư tại Việt Nam¹.

Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có nhiều phương pháp như: 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... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất^{4,5}. Phẫu thuật cắt gan trong điều trị UTBMTBG là một trong những phẫu thuật đặc biệt nặng ở đường tiêu hóa do gan có nhiều chức năng trong hoạt động sống

của cơ thể. Vì vậy, sau phẫu thuật điều dưỡng cần chăm sóc toàn diện bệnh nhân như: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, lượng dịch vào ra, lượng dịch dẫn lưu, quản lý tình trạng đau, vận động, dinh dưỡng... Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, phẫu thuật cắt gan, đặc biệt phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu đã được triển khai thường quy tại Khoa Ngoại gan mật - Tiêu hóa và Ung bướu từ tháng 6 năm 2022. Cho đến nay, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu bước đầu đã mang lại kết quả an toàn và đạt được hiệu quả điều trị ung thư cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các báo cáo của các bác sĩ trước đây, chủ yếu tập trung vào ứng dụng kỹ thuật, cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật, chưa có nghiên cứu nào của điều dưỡng về chăm sóc bệnh nhân sau mổ cắt gan điều trị UTBMTBG.

Việc chăm sóc, theo dõi phát hiện các biến chứng, tập vận động phục hồi chức năng, chăm sóc dinh dưỡng sớm sau phẫu thuật là một công việc vô cùng quan trọng của người điều dưỡng góp phần vào sự thành công của ca phẫu thuật, nâng cao hiệu quả điều trị, giảm các biến chứng sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Ngày nhận bài: 28/11/2024

Ngày phản biện xong: 02/12/2024

Ngày duyệt đăng: 09/3/2025

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Lê Thị Thùy,
Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0396603196. Email: lethuy.392@gmail.com

nghiên cứu này với mục tiêu: “Nhận xét đặc điểm chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG tại Khoa Ngoại gan mật - Tiêu hóa và Ung bướu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01/03/2023 đến 30/09/2013”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng:

Đối tượng nghiên cứu: 33 người bệnh được phẫu thuật mổ mở cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan tại khoa Ngoại Gan Mật - Tiêu Hóa và Ung Bướu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01/03/2023 đến 30/9/2013.

Tiêu chí lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2021 hoặc giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan.
- Được điều trị mổ mở để cắt gan.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Được theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ theo protocol thống nhất trong thời gian nằm viện.

Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân cắt gan không do ung thư biểu mô tế bào gan (như áp xe gan, chấn thương gan,...).
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu: 33 mẫu phù hợp tiêu chuẩn nêu trên.

Các biến số bao gồm:

- Thông tin chung: Tuổi, giới tính, tiền sử viêm gan B, viêm gan C.

- Đánh giá sau phẫu thuật: Dấu hiệu sinh tồn (tần suất đo, nhiệt độ), thời gian có trung tiện, nhu động ruột, thời gian rút thông dạ dày, thời gian rút thông tiểu, thời gian rút dẫn lưu, chăm sóc dinh dưỡng, chăm sóc vận động, số ngày nằm viện (tính từ ngày phẫu thuật đến ngày ra viện).

- Đánh giá kết quả chăm sóc: Tốt/khá/kém:

+ Mức độ tốt: Bệnh nhân sau mổ diễn biến ổn định, ra viện.

+ Mức độ vừa: Bệnh nhân sau mổ có biến chứng, điều trị bảo tồn, ra viện.

+ Mức độ kém: Bệnh nhân sau mổ có biến chứng phải can thiệp, mổ lại hoặc tử vong.

Công cụ thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập từ trực tiếp chăm sóc người bệnh, bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo bộ câu hỏi được thiết kế trước.

Phân tích số liệu: Nhập số liệu, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dựa trên sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện và sự tự nguyện tham gia nghiên cứu của người bệnh khi được giải thích rõ ràng. Người bệnh có thể dừng tham gia bất cứ lúc nào. Tất cả các thông tin cá nhân, câu trả lời của đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật không sử dụng mục đích nào khác ngoài mục tiêu nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi $\bar{x} \pm SD$ (GTNN - GTLN)		53,55 $\pm$ 13,06 (27 - 78)	
Giới tính	Nam	25	75,8
	Nữ	8	24,2
Tiền sử	Viêm gan B	23	69,7
		3	9,1

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,55 $\pm$ 13,06, người trẻ nhất là 27 tuổi và cao tuổi nhất là 78 tuổi, chủ yếu là nam giới với 75,8%. Đa số bệnh nhân có tiền sử viêm gan B chiếm 69,7%, chỉ có 9,1% bệnh nhân có tiền sử viêm gan C.



Đặc điểm chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan

Bảng 2. Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ

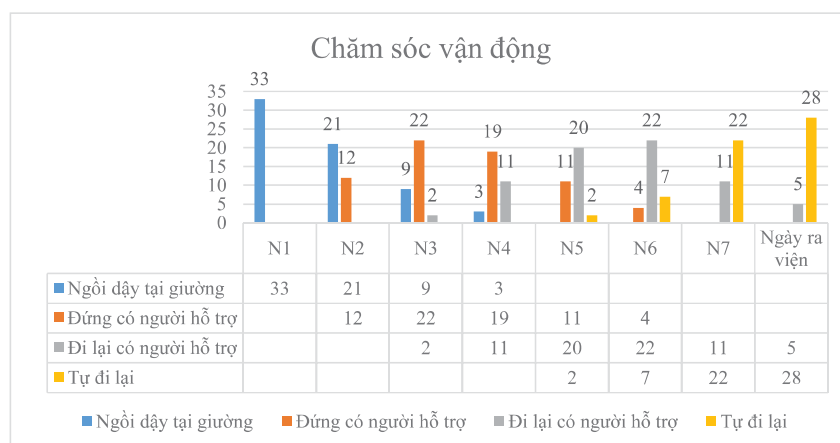
Tiêu chí			Giá trị n (%) / $\bar{x} \pm SD$ (GTNN - GTLN)
Dấu hiệu sinh tồn	Tần suất đo Lần/ngày	1	9 (27,3)
		≥ 2	24 (72,7)
		Tổng	33 (100,0)
	Sốt	Có	10 (30,3)
Thời gian có nhu động ruột (ngày)			$1,64 \pm 0,8$ (1-3)
Thời gian có trung tiện (ngày)			$2,06 \pm 0,7$ (1-3)
Thời gian ăn trở lại (ngày)			$2,85 \pm 1,3$ (1-6)
Thời gian rút thông tiểu (ngày)			1
Thời gian rút thông dạ dày (ngày)			1
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)			$7,9 \pm 1,2$ (7 - 11)
Thời gian nằm viện (ngày)			$19,21 \pm 11$ (9 - 60)
Kết quả chăm sóc	Tốt		32 (97,0)
	Vừa		1 (3,0)
	Tổng		33 (100,0)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi dấu hiệu sinh tồn ít nhất 1 lần/ngày sau phẫu thuật, có 30,3% bệnh nhân có sốt; thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình là $1,64 \pm 0,8$ ngày; trung bình sau $2,06 \pm 0,7$ ngày bệnh nhân có trung tiện; bệnh nhân được cho ăn trở lại sau phẫu thuật $2,85 \pm 1,3$ ngày. Tất cả bệnh nhân được rút thông tiểu và thông dạ dày vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật; dẫn lưu ổ bụng được rút trung bình sau $7,9 \pm 1,2$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $19,21 \pm 11$ ngày tính từ ngày bệnh nhân được phẫu thuật. Đánh giá chăm sóc sau phẫu thuật cắt gan cho thấy kết quả tốt chiếm đa số với 97,0%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Dinh dưỡng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6	Ngày 7
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tĩnh mạch	30 (90,9)	16 (48,5)	10 (30,3)	3 (9,1)	2 (3,0)	0	0
Uống nước đường, sữa	2 (6,1)	13 (39,4)	7 (21,2)	9 (27,3)	5 (15,2)	1 (3,0)	1 (3,0)
Ăn cháo	1 (3,0)	4 (12,1)	16 (48,5)	18 (54,5)	18 (54,5)	13 (39,4)	8
Ăn cơm	0	0	0	3 (9,1)	8 (24,2)	19 (57,6)	24 (72,7)
Tổng	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)	33 (100)

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy trong ngày thứ nhất đã có 6,1% bệnh nhân có thể uống sữa và 3,0% bệnh nhân ăn được cháo, tỷ lệ bệnh nhân ăn được tăng dần trong các ngày sau. Đến ngày thứ tư đã có 9,1% bệnh nhân ăn được cơm và tỷ lệ bệnh nhân ăn được cơm ở ngày thứ bảy là 71,7%.



Biểu đồ 2. Chăm sóc vận động

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân có thể ngồi dậy tại giường trong ngày đầu sau phẫu thuật, đến ngày thứ hai có 12/33 bệnh nhân có thể đứng dậy có người hỗ trợ, ngày thứ ba có 2/33 bệnh nhân có thể đi lại khi có người hỗ trợ, ngày thứ năm có 2/33 bệnh nhân có thể tự đi lại và có 28/33 bệnh nhân có thể tự đi lại khi ra viện.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,55 \pm 13,06$, người trẻ nhất là 27 tuổi và cao tuổi nhất là 78 tuổi, chủ yếu là nam giới với 75,8%. Đa số bệnh nhân có tiền sử viêm gan B chiếm 69,7%, chỉ có 9,1% bệnh nhân có tiền sử viêm gan C. Tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Trang (2021) trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị UTBMTBG là $56,5 \pm 12,8$ tuổi, nam giới chiếm 90,38%, tỷ lệ mắc viêm gan B là 78,8%⁶. Tác giả Ni (2018) kết luận tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,3 \pm 17,2$, nam giới chiếm 91,52%, viêm gan B là 94,92%⁷. Nguyên nhân tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm gan B trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Tuy nhiên, nhìn chung viêm gan B có thể coi là một yếu tố nguy cơ cao dẫn đến UTBMTBG và việc khai thác các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước mổ có vai trò quan trọng trong việc đưa ra kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở) trước, trong và sau phẫu thuật để đánh giá, phát hiện và xử trí kịp thời các bất thường nếu có. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hiền (2020), cũng có 100% bệnh nhân được thường xuyên được đo chỉ số sinh tồn với tần suất chủ yếu ≥ 2 lần/ngày⁸. Việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng quyết định kết quả điều trị của bệnh nhân, cụ

thể nếu sau phẫu thuật, mạch bệnh nhân tăng thì người điều dưỡng sẽ báo lại cho bác sĩ để tiến hành bù dịch, nếu bệnh nhân có sốt sẽ được hạ sốt và tìm nguyên nhân...

Thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,64 \pm 0,8$ ngày; trung bình sau $2,06 \pm 0,7$ ngày bệnh nhân có trung tiện; bệnh nhân được cho ăn trở lại sau phẫu thuật $2,85 \pm 1,3$ ngày. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Trang (2021) kết luận thời gian trung tiện là $2,0 \pm 0,9$ ngày, bệnh nhân được cho ăn sau $1,2 \pm 0,7$ ngày⁶. Tương tự với kết quả của tác giả Ni, thời gian trung tiện trung bình là $2,3 \pm 1,7$ ngày⁷. Thời gian cho ăn sau mổ $0,66 - 4,5$ ngày theo nghiên cứu của tác giả Yang⁹. Có sự khác biệt về thời gian ăn trở lại trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của các tác giả khác. Theo khuyến cáo ERAS, bệnh nhân nên được khởi động dinh dưỡng bằng đường miệng sớm từ ngày thứ nhất sau phẫu thuật. Tuy nhiên, các bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi thường bắt đầu ăn từ ngày thứ 2 - 3, điều này có thể do tâm lý bệnh nhân sợ ăn sớm sẽ ảnh hưởng đến vết mổ, từ đó thấy được rằng công tác tư vấn giáo dục kiến thức cho bệnh nhân vẫn chưa đạt hiệu quả cao. Tất cả bệnh nhân được rút thông tiểu và thông dạ dày vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật; dẫn lưu ổ bụng được rút trung bình sau $7,9 \pm 1,2$ ngày. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Trang (2021) và Ni (2018) lần lượt là $4,8 \pm 2,0$ và $5,5$ ngày^{6,7}.



Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $19,21 \pm 11$ ngày tính từ ngày bệnh nhân được phẫu thuật đến khi ra viện. Khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả khác, thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi dài hơn, cụ thể tác giả Nguyễn Hồng Trang (2021) thấy rằng, thời gian nằm viện trung bình là $8,8 \pm 2,8$ ngày, tác giả Ni và Yang lần lượt là $6,6 \pm 2,3$ và $6,32 - 14,45$ ngày^{6,7,9}. Sự khác biệt này có thể là do phương thức phẫu thuật của chúng tôi là mổ mở và đa số bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo, do đó cần thời gian hồi phục và điều trị ổn định bệnh lý nền trước khi xuất viện.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thường bắt đầu ăn vào ngày thứ 2 - 3, do đó phác đồ điều trị thường kết hợp giữa dinh dưỡng tĩnh mạch và dinh dưỡng bằng đường miệng (nước đường) từ ngày thứ nhất để đảm bảo cung cấp đầy đủ năng lượng cho bệnh nhân. Giai đoạn sau cắt gan, quá trình tái tạo tế bào gan diễn ra mạnh mẽ, nên thường gây mất cân bằng glucose nếu không được cung cấp phù hợp. Vì vậy, hỗ trợ dinh dưỡng trong giai đoạn này là vô cùng quan trọng. Trong ngày thứ nhất đã có 6,1% bệnh nhân có thể uống sữa và 3,0% bệnh nhân ăn được cháo, tỷ lệ bệnh nhân ăn được tăng dần trong các ngày sau. Đến ngày thứ tư đã có 9,1% bệnh nhân ăn được cơm và tỷ lệ bệnh nhân ăn được cơm ở ngày thứ bảy là 71,7%.

Tất cả bệnh nhân có thể ngồi dậy tại giường trong ngày đầu sau phẫu thuật, đến ngày thứ hai có 12/33 bệnh nhân có thể đứng dậy có người hỗ trợ, ngày thứ ba có 2/33 bệnh nhân có thể đi lại khi có người hỗ trợ, ngày thứ năm có 2/33 bệnh nhân có thể tự đi lại và có 28/33 bệnh nhân có thể tự đi lại khi ra viện. Nhiều tác giả khuyến cáo vận động sớm giúp giảm tình trạng mất cơ và tỷ lệ biến chứng như viêm phổi và huyết khối tĩnh mạch sâu, hơn nữa, vận động sớm với sự hỗ trợ của giảm đau có thể thúc đẩy đánh thức sự phục hồi của đường tiêu hóa, tăng khả năng hấp thu chất dinh

dưỡng, giảm các triệu chứng đầy bụng, cải thiện các kích thích phó giao cảm của cơ quan tiêu hóa và tăng cường lưu thông tiêu hóa¹⁰. Thực tế tại Khoa Ngoại gan mật - Tiêu hóa và Ung bướu của chúng tôi, các bác sĩ và điều dưỡng đã giải thích, tư vấn về tầm quan trọng và sự cần thiết của việc vận động sớm từ đó khuyến khích, động viên bệnh nhân và người nhà tập vận động dưới sự hướng dẫn và giám sát của nhân viên y tế. Điều này đã góp phần vào thành công và hiệu quả của quá trình điều trị.

Đánh giá chăm sóc sau phẫu thuật cắt gan cho thấy kết quả tốt chiếm đa số với 97,0%, cao hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Hồng Trang (2021) là 92,3%⁶. Kết quả chăm sóc được cho là tốt khi bệnh nhân diễn biến ổn định, không có biến chứng và được ra viện trong tình trạng ổn định.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm chăm sóc bệnh nhân cắt gan điều trị UTBMTBG tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương cho thấy:

- 100% bệnh nhân được theo dõi dấu hiệu sinh tồn sau phẫu thuật, thời gian trung tiện $2,06 \pm 0,7$ ngày, thời gian ăn trở lại sau phẫu thuật $2,85 \pm 1,3$ ngày, thời gian nằm viện trung bình là $19,21 \pm 11$ ngày.
- 100% bệnh nhân được ngồi dậy tại giường vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Kết quả chăm sóc tốt chiếm 97,0%.

KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Việc chăm sóc toàn diện bệnh nhân sau phẫu thuật, đặc biệt chăm sóc dinh dưỡng và tập vận động sớm đóng vai trò rất quan trọng trong kết quả điều trị bệnh. Cần có thêm các nghiên cứu ở đối tượng này để cải thiện tốt tình trạng dinh dưỡng và góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Sơn. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Published online 2020.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
3. Cancer Today. Accessed November 14, 2024. <https://gco.iarc.who.int/today/>
4. Mai Hồng Bằng. Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng các phương pháp can thiệp qua da. Nhà xuất bản Y học; 2016.
5. Mai Hồng Bằng. Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng các phương pháp can thiệp qua đường động mạch. Nhà xuất bản Y học; 2016.
6. Trang NH, Linh LC, Hiền NT, Long ĐS, Thành LV, Quang VV. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *J 108 - Clin Med Pharmacy.* Published online December 12, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i8.980.
7. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, et al. Early enforced mobilization after liver resection: A prospective randomized controlled trial. *Int J Surg Lond Engl.* 2018;54(Pt A):254-258. doi:10.1016/j.ijssu.2018.04.060.
8. Hiền NT, Vinh TH. Kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *J 108 - Clin Med Pharmacy.* Published online November 9, 2020. Accessed November 14, 2024. <https://tcydls108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/1499>.
9. Yang R, Tao W, Chen YY, et al. Enhanced recovery after surgery programs versus traditional perioperative care in laparoscopic hepatectomy: A meta-analysis. *Int J Surg Lond Engl.* 2016;36(Pt A):274-282. doi:10.1016/j.ijssu.2016.11.017.
10. Wang L, Li J, Xi R, Guo R. The effect of comprehensive nursing on the postoperative recovery and quality of life of patients undergoing hepatectomy. *Int J Clin Exp Med.* 2020;13(7):4750-4757.

CHARACTERISTICS OF POST-OPERATIVE CARE FOR PATIENTS AFTER HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATMENT AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES IN 2023

Objectives: To describe the characteristics of post-operative care for patients undergoing hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC) at the Hepatobiliary Surgery - Gastroenterology and Oncology Department.

Subjects and methods: This is a cross-sectional descriptive study involving 33 patients who underwent hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Hepatobiliary Surgery - Gastroenterology and Oncology Department, Central Tropical Disease Hospital, from March 2023 to September 2023.

Results and conclusions: 100% of patients who underwent hepatectomy for HCC treatment had their vital signs monitored, with the mean time for passing gas being 2.06 ± 0.7 days, the mean time to resume eating after surgery being 2.85 ± 1.3 days, and the average hospital stay being 19.21 ± 11 days. All patients were able to sit up on the first day after surgery. The care outcomes were rated as good in 97.0% of the cases. The results indicate that comprehensive post-operative care, especially nutritional support and early mobilization, plays a crucial role in the treatment outcome. Further studies are needed to improve nutritional status and enhance the quality of care.

Key words: Patient care, hepatectomy, hepatocellular carcinoma, National Hospital of Tropical Diseases.