

RESULTS OF CARE OF PATIENTS AFTER LIVER RESECTION SURGERY DUE TO KLATSKIN TUMOR AT THE DEPARTMENT OF HEPANCREATIC BILITARY SURGERY, K HOSPITAL

Pham The Anh, Nguyen Thi Chinh*, Truong Manh Cuong

Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Hang Bong Ward, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/04/2025

Revised: 29/04/2025; Accepted: 09/05/2025

ABSTRACT

Abstract: This retrospective descriptive study was conducted at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery in K Hospital from January 2017 to October 2024 to evaluate post - operative care outcomes for patients undergoing liver resection due to Klatskin tumors. The study included 22 patients diagnosed and surgically treated for hilar cholangiocarcinoma (types IIIa, IIIb, and IV) with comprehensive medical records. Results showed a higher prevalence in males (68.18%) compared to females (31.82%), with a mean age of 63.1 ± 9.2 years. The primary reasons for hospital admission were jaundice (59.1%) and right upper quadrant pain (36.4%). Most patients underwent preoperative biliary drainage (81.8%) and major liver resections (59.1%), with an average incision length of 23.5 ± 7.9 cm and a mean operative duration of 241.5 ± 61.1 minutes. Post - operative care activities were thoroughly implemented, with 100% of patients monitored for vital signs and wound care at least twice daily during the first three days. The average duration of antibiotic use was 11.70 ± 4.31 days, and the average time for abdominal drain removal was 9.07 ± 2.89 days. Common early post - operative complications included ascites (22.7%), liver failure (13.6%), and bile leakage (9.1%). Pre - discharge evaluations indicated that 63% of patients had good care outcomes. The study highlights the critical role of nursing in close monitoring and comprehensive care for patients after liver resection due to Klatskin tumors to ensure early detection and timely management of complications.

Keywords: Klatskin tumor, hepatectomy, postoperative care, care outcomes, nursing.

*Corresponding author

Email: chinhbvn2387@gmail.com **Phone:** (+84) 976767838 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2390**

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN DO U KLATSKIN TẠI KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh, Nguyễn Thị Chinh*, Trương Mạnh Cường

Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Hàng Bông, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2025

Chỉnh sửa ngày: 29/04/2025; Ngày duyệt đăng: 09/05/2025

TÓM TẮT

Tóm tắt: Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện tại khoa Ngoại Gan mật tụy Bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 10/2024 nhằm nhận xét kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt gan do u Klatskin. Nghiên cứu bao gồm 22 người bệnh được chẩn đoán và phẫu thuật cắt gan do u đường mật rốn gan (típ IIIa, IIIb và IV) có bệnh án ghi chép đầy đủ. Kết quả cho thấy tỉ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới (68,18% so với 31,82%), với độ tuổi trung bình là $63,1 \pm 9,2$ tuổi. Lý do vào viện chủ yếu là vàng da (59,1%) và đau bụng hạ sườn phải (36,4%). Đa số người bệnh được dẫn lưu đường mật trước mổ (81,8%) và phẫu thuật cắt gan lớn (59,1%) với chiều dài vết mổ trung bình $23,5 \pm 7,9$ cm và thời gian phẫu thuật trung bình $241,5 \pm 61,1$ phút. Các hoạt động chăm sóc sau mổ được thực hiện đầy đủ, với 100% người bệnh được theo dõi dấu hiệu sinh tồn và chăm sóc vết mổ ít nhất 2 lần/ngày trong 3 ngày đầu. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $11,70 \pm 4,31$ ngày, thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là $9,07 \pm 2,89$ ngày. Biến chứng sớm sau mổ thường gặp là cổ trướng (22,7%), suy gan (13,6%) và rò mật (9,1%). Đánh giá trước khi ra viện cho thấy 63% người bệnh có kết quả chăm sóc tốt. Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò quan trọng của điều dưỡng trong việc theo dõi sát và chăm sóc toàn diện người bệnh sau phẫu thuật cắt gan do u Klatskin để phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng.

Từ khóa: U Klatskin, cắt gan, chăm sóc sau mổ, kết quả chăm sóc, điều dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật (UTĐM) rốn gan là bệnh lý ác tính xuất phát ở biểu mô đường mật từ chỗ hợp lưu của ống gan phải và ống gan trái đến hết ống gan chung, là bệnh lý hiếm gặp chiếm 3% ung thư đường tiêu hóa. UTĐM được chia thành UTĐM trong gan và UTĐM ngoài gan. Ung thư đường mật vùng rốn gan chiếm tỷ lệ 50 - 60% trong nhóm ung thư đường mật ngoài gan và đứng thứ hai sau ung thư gan nguyên phát [1].

Năm 1890 Fardel là người đầu tiên mô tả khối u ác tính nguyên phát của đường mật ngoài gan, năm 1957 Altemeier và cộng sự mô tả 3 người bệnh ung thư ngã ba đường mật [2]. Năm 1965 Klatskin lần đầu tiên mô tả 13 người bệnh ung thư đường mật rốn gan với những đặc điểm lâm sàng đặc biệt mà theo ông không nổi ống mật chủ (OMC) với hồng tràng được mà phải nối đường mật ngoại vi với hồng tràng còn gọi là u Klatskin [3]. UTĐM rốn gan ban đầu thường có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn nên người bệnh thường không đề ý và khó phát hiện. Vì vậy người bệnh thường đến khám khi đã ở giai đoạn muộn. Phẫu thuật triệt căn cắt u nạo vét hạch là phương pháp điều trị tối ưu tuy nhiên phẫu thuật rất khó khăn vì u có thể xâm lấn vào tĩnh mạch

cửa, động mạch gan. Đối với phẫu thuật cắt gan do u Klatskin, ngoài việc cắt một phần gan, người bệnh còn phải kèm theo miệng nối mật - ruột, do đó làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng sau phẫu thuật. Năm 2015, Đỗ Hữu Liệt đã nghiên cứu 46 trường hợp ung thư đường mật rốn gan được phẫu thuật triệt căn tỷ lệ thành công 84,8%; tỷ lệ tai biến và biến chứng 60,9%; tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 8,4% [4]. Tại bệnh viện Việt Đức, Nguyễn Tiến Quyết báo cáo 200 trường hợp ung thư đường mật ngoài gan (2001 - 2005), trong đó 29 trường hợp (14,5%) phẫu thuật triệt căn nhưng có đến 12 trường hợp tử vong và nặng xin về (41,37%) [5]. Vì vậy, càng đòi hỏi vai trò của điều dưỡng trong việc chăm sóc, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt gan nói chung, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào phẫu thuật cắt gan do u Klatskin. Tại khoa Ngoại Gan mật tụy – Bệnh viện K, phẫu thuật cắt gan do u Klatskin được thực hiện thường quy. Vì vậy, nghiên cứu “*Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt gan do u Klatskin tại khoa Ngoại Gan mật tụy Bệnh viện K từ tháng 01/2017*”

*Tác giả liên hệ

Email: chinhbvn2387@gmail.com Điện thoại: (+84) 976767838 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2390>

đến tháng 10/2024” được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng chăm sóc và kết quả đạt được, từ đó đề xuất các kiến nghị để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

22 trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan do U Klatskin tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 10/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Chức năng gan: xếp loại Child – Pugh A.
- + Người bệnh được phẫu thuật cắt gan.
- + Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: ung thư biểu mô tuyến của đường mật.
- + Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh đang trong tình trạng nặng, nguy kịch.
- + Người bệnh không có khả năng giao tiếp trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Chọn mẫu thuận tiện.
- Thu thập số liệu: Lập danh sách người bệnh được phẫu thuật cắt gan do U Klatskin, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan. Lấy hồ sơ bệnh án tại kho hồ sơ. Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của người bệnh.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Các dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án bao gồm đặc điểm chung (tuổi, giới, BMI, bệnh mạn tính kèm theo), đặc điểm lâm sàng (lý do vào viện, dấu hiệu sinh tồn, đặc điểm vết mổ, các biểu hiện khác), đặc điểm cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa máu trước và sau mổ), đặc điểm phẫu thuật (dẫn lưu đường mật trước mổ, đường mổ, loại cắt gan, thời gian phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật), các hoạt động chăm sóc sau phẫu thuật (theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chăm sóc tinh thần, giảm đau, vết mổ, sonde tiểu, dẫn lưu, giấc ngủ, phòng loét tỳ đè, chế độ ăn, phục hồi nhu động ruột, chăm sóc buồn nôn/nôn, theo dõi chương bụng, hướng dẫn vận động), thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện, điều trị sau phẫu thuật (truyền máu, truyền đạm, truyền albumin, truyền dịch dinh dưỡng, kháng sinh), và đánh giá trước khi ra viện.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26, sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để tính giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua, đảm bảo tính trung thực, chính xác của số liệu và bảo mật thông tin cá nhân của người bệnh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

- Nam giới chiếm 68,18% (n = 15), nữ giới chiếm 31,82% (n = 7).
- Tuổi trung bình là $63,1 \pm 9,2$ tuổi (dao động từ 40 đến 75 tuổi).
- Chỉ số BMI: 77,3% (n = 17) người bệnh có chỉ số BMI bình thường.
- Bệnh mạn tính kèm theo: viêm gan B (13,6%), tăng huyết áp (9,1%), đái tháo đường (9,1%).

3.1.1. Phân bố giới tính

Bảng 1. Phân bố giới tính (n = 22)

Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	15	68,18
Nữ	7	31,82

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ nam chiếm 68,18%, nữ chiếm tỷ lệ ít hơn với 31,82%.

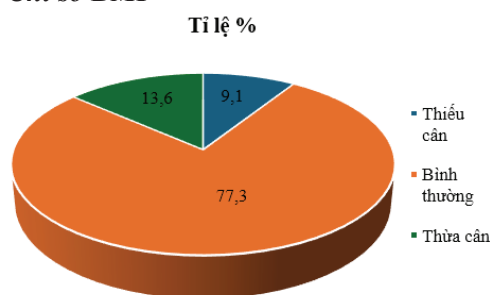
3.1.2. Phân bố tuổi

Bảng 2. Phân bố tuổi (n = 22)

Tuổi trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
$63,1 \pm 9,2$	75	40

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,14 \pm 9,24$ tuổi, lớn nhất là 75 tuổi, nhỏ nhất là 40 tuổi.

3.1.3. Chỉ số BMI



Biểu đồ 1. Đặc điểm chỉ số BMI

Nhận xét: Có 17 người bệnh chỉ số BMI bình thường, chiếm tỉ lệ cao nhất (77,3%).

3.1.4. Bệnh mạn tính kèm theo

Bảng 3. Bệnh mạn tính kèm theo

Bệnh mạn tính	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Viêm gan B	3	13,6
Tăng huyết áp	2	9,1
Đái tháo đường	2	9,1

Nhận xét: Viêm gan B là bệnh lý mạn tính thường gặp nhất (13,6%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Lý do vào viện: vàng da (59,1%), đau bụng hạ sườn phải (36,4%), khám sức khỏe phát hiện u gan (4,5%).

- Dấu hiệu sinh tồn: tình trạng tỉnh táo được duy trì ở tất cả người bệnh sau mổ. Các dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở) có xu hướng cải thiện rõ rệt từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 5 sau phẫu thuật.

- Đặc điểm vết mổ: tình trạng đau vết mổ giảm dần. Đến ngày thứ 5 sau phẫu thuật, 90,9% người bệnh chỉ còn đau ít và 95,5% có vết mổ khô.

- Các biểu hiện khác: giấc ngủ cải thiện dần, với 45,5% người bệnh ngủ được 6 - 8 giờ/ngày vào ngày thứ 5. Chỉ có 1 trường hợp bị loét tỷ đè vào ngày thứ 5 (4,5%). 90,9% người bệnh được vận động sớm từ ngày thứ 3 sau mổ.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Xét nghiệm sinh hóa máu sau mổ ngày 5 (n = 22)

Các chỉ số	Trung bình	Min	Max
Albumin máu (g/l)	31,29 ± 5,52	29,6	33,2
Creatinine máu (μmol/l)	77,35 ± 13,22	62	110,3
Ure máu (mmol/l)	5,23 ± 1,44	2,2	8,9
Bilirubin máu toàn phần (μmol/l)	113 ± 52,1	10,5	225,6
Bilirubin máu trực tiếp (μmol/l)	22,8 ± 10,8	10,1	163,5

Nhận xét: Chỉ số Albumin trung bình là 31,29 ± 5,52 g/l. Chỉ số trung bình Creatinin là 77,35 ± 13,22 μmol/l. Chỉ số Ure trung bình là 5,23 ± 1,44 mmol/l. Chỉ số Bilirubin cao nhất là 225,6 μmol/l.

3.4. Đặc điểm phẫu thuật

- Dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật: 81,8% (n = 18) người bệnh.

- Loại cắt gan: cắt gan lớn (59,1%), cắt gan nhỏ (40,9%).

- Chiều dài vết mổ: ≥ 20 cm (86,4%), với chiều dài trung bình là 23,5 ± 7,9 cm.

- Thời gian phẫu thuật: ≥ 120 phút (95,5%), với thời gian trung bình là 241,5 ± 61,1 phút.

- Biến chứng sau phẫu thuật: cổ trướng (22,7%), suy gan (13,6%), rò mật (9,1%), áp xe tồn dư (0%), chảy máu (0%), bực thành bụng (0%).

3.5. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: 100% người bệnh được theo dõi > 2 lần/ngày trong 3 ngày đầu.

- Chăm sóc tinh thần, tâm lý: tần suất chăm sóc giảm dần theo thời gian nằm viện.

- Chăm sóc đau: tần suất chăm sóc giảm dần theo thời gian nằm viện.

- Theo dõi, chăm sóc vết mổ: 100% người bệnh được theo dõi ≥ 2 lần/ngày trong 3 ngày đầu, sau đó giảm dần.

- Theo dõi, chăm sóc sonde tiểu: duy trì thường xuyên trong những ngày đầu sau mổ, thời gian rút sonde trung bình là 2,55 ± 1,23 ngày. Số lượng nước tiểu trung bình là 2200 ± 350 ml/ngày.

- Theo dõi, chăm sóc dẫn lưu: 100% người bệnh được theo dõi ≥ 2 lần/ngày trong những ngày đầu sau mổ, thời gian rút dẫn lưu trung bình là 9,07 ± 2,89 ngày. Dịch dẫn lưu có sự thay đổi màu sắc từ hồng nhạt sang vàng theo thời gian.

- Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình 11,70 ± 4,31 ngày.

- Thời gian sử dụng giảm đau: Bậc 1 trung bình 6,14 ± 3,18 ngày, bậc 2 trung bình 3,11 ± 1,38 ngày, không có trường hợp dùng giảm đau bậc 3.

- Thời gian nằm viện trung bình 16,23 ± 5,89 ngày (từ 9 đến 30 ngày).

- Chăm sóc dịch truyền: 100% người bệnh được truyền đậm và nuôi dưỡng tĩnh mạch sau mổ. 13,6% người bệnh được truyền huyết tương tươi đông lạnh do suy gan sau mổ.

- Đánh giá trước khi ra viện: loại tốt (63%), loại khá (23%), loại trung bình (14%), loại xấu (0%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy đặc điểm dịch tễ học của u Klatskin tại Bệnh viện K tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63,14 ± 9,24, người bệnh có độ tuổi lớn nhất là 75 tuổi, người bệnh có tuổi nhỏ nhất

là 40 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 15:7. Theo các tác giả Đức, Hồng Kông, UTDM thường gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ xấp xỉ 1,5 lần và thường gặp ở người lớn tuổi (tuổi trung bình từ 50 đến 60 tuổi) [6]. Tỷ lệ thừa cân/béo phì là 13,6%, gầy là 9,1%. Như vậy, số người bệnh có BMI dạng thừa cân béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Trang, chỉ có 4,1% người bệnh có BMI > 24 [7], nghiên cứu của Lê Văn Thành chỉ số BMI của nhóm cắt gan mỡ là $22,1 \pm 2,3$ và chỉ có 4,7% người bệnh có BMI ở mức thừa cân, béo phì [8].

Lý do vào viện chủ yếu là do các triệu chứng tắc mật như vàng da, phù hợp với đặc điểm lâm sàng thường gặp của bệnh. Tỷ lệ người bệnh được dẫn lưu đường mật trước mổ cao (81,8%) cho thấy tầm quan trọng của việc giải áp đường mật trước phẫu thuật để cải thiện chức năng gan và giảm nguy cơ nhiễm trùng, như đã được đề cập trong các nghiên cứu khác.

Phẫu thuật cắt gan lớn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu (59,1%), điều này phù hợp với mức độ xâm lấn thường gặp của u Klatskin. Nghiên cứu của Phạm Thế Anh (2024) trên 207 người bệnh UTBMTBG được cắt gan lớn tại Bệnh viện K có tỷ lệ biến chứng là 20% [9]. Loại cắt gan ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả chăm sóc của điều dưỡng.

Thời gian phẫu thuật kéo dài (trung bình 241,5 phút) phản ánh sự phức tạp của phẫu thuật này. Tỷ lệ biến chứng sau mổ (cổ trướng 22,7%, suy gan 13,6%, rò mật 9,1%) tương đương với các báo cáo trên thế giới. Suy gan là một biến chứng nghiêm trọng sau cắt gan lớn, và việc theo dõi sát chức năng gan sau mổ là vô cùng quan trọng. Trong nghiên cứu 613 người bệnh sau mổ cắt gan của Okuda K. (1984), thì nguyên nhân gây tử vong tới 45% là do suy gan [9]. Dự phòng suy gan sau mổ là một vấn đề quan trọng trong phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan lớn [10]. Gia tăng các biến chứng sau phẫu thuật kéo theo tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, ảnh hưởng đến kết quả điều trị và quá trình chăm sóc người bệnh của điều dưỡng.

Kết quả chăm sóc người bệnh cho thấy sự nỗ lực của điều dưỡng trong việc theo dõi và thực hiện các can thiệp chăm sóc toàn diện.

Việc theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và tình trạng vết mổ được thực hiện thường xuyên trong những ngày đầu sau mổ. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo giờ hoặc theo tình trạng của người bệnh là rất quan trọng trong công tác chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật. Những thay đổi về hô hấp, tuần hoàn hay vấn đề tâm lý, đau sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn đều được thể hiện thông qua chỉ số sinh tồn. Sự biến động về chỉ số sinh tồn có thể liên quan đến nhiều yếu tố như: tác dụng phụ của thuốc gây mê giảm đau, đau sau phẫu thuật, sốt, lo lắng hoặc tập vận động sau phẫu thuật đều có thể làm cho mạch tăng, huyết áp cao và tăng nhiệt độ. Để giải thích có điều này, có lẽ người bệnh được chăm sóc, nuôi dưỡng sát sao, kết hợp can thiệp các y lệnh điều trị thuốc như truyền

dịch,... sẽ giúp cơ thể người bệnh hồi phục dần và lấy lại được chức năng cơ thể cũng đúng với lẽ tự nhiên.

Thời gian sử dụng kháng sinh và giảm đau phù hợp với diễn biến lâm sàng của người bệnh. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình (9,07 ngày) cho thấy sự thận trọng trong việc theo dõi dịch dẫn lưu để phát hiện sớm các biến chứng như chảy máu hoặc rò mật. Hoạt động và chất lượng chăm sóc dẫn lưu không thể đánh giá dựa trên số lần chăm sóc dẫn lưu đơn thuần, mà cần phù hợp với diễn biến hậu phẫu, cũng như lộ trình điều trị và chăm sóc nói chung. Kết quả của tác giả Đoàn Văn Khương năm 2022 tại bệnh viện C Thái Nguyên cho thấy người bệnh được CS dẫn lưu ≥ 2 lần/ngày ở các ngày 3 và 4 sau phẫu thuật (khoảng 50%). Các ngày còn lại chủ yếu người bệnh được CS dẫn lưu 1 lần/ngày.

Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc tốt trước khi ra viện là 63%, đây là một kết quả đáng khích lệ, tuy nhiên vẫn cần tiếp tục cải thiện chất lượng chăm sóc để giảm tỷ lệ biến chứng và nâng cao kết quả điều trị. Kết quả chăm sóc tốt trước khi ra viện trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Trang (2021) là 92% [7].

Nghiên cứu này có một số hạn chế như số lượng mẫu còn nhỏ và thiết kế hồi cứu, do đó cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế tiền cứu để khẳng định các kết quả này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật và nhận xét kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt gan do u Klatskin tại khoa Ngoại Gan mật tụy Bệnh viện K. Kết quả cho thấy các hoạt động chăm sóc sau mổ được thực hiện đầy đủ, đặc biệt là theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn và tình trạng vết mổ, giúp làm tăng tỷ lệ kết quả chăm sóc tốt trước khi ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] José María Huguet, Miriam Lobo, José Mir Labrador, et al (2019). Diagnostic-therapeutic management of bile duct cancer. World journal of clinical cases. 7 (14), 1732.
- [2] WILLIAM A ALTEMEIER, Edward A Gall, Max M Zininger, et al (1957). Sclerosing carcinoma of the major intrahepatic bile ducts. AMA archives of surgery. 75 (3), 450-461.
- [3] Gerald Klatskin (1965). Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis: an unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. The American journal of medicine. 38 (2), 241-256.
- [4] Đỗ Hữu Liệt (2015). Vai trò phẫu thuật triệt để trong điều trị ung thư đường mật vùng rốn gan. Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [5] Trần Đình Thơ, Nguyễn Tiên Quyết, Nguyễn

- Quang Nghĩa (2008). Kết quả điều trị ung thư đường mật ngoài gan. Tạp chí Y Học Việt Nam.
- [6] D Castaing. Les cholangiocarcinomes biliaires: Chirurgie du foie et des voies biliaires. Annales de chirurgie (Paris) 1998;177-181.
- [7] Nguyễn Hồng Trang và cộng sự (2021). Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 16 155-162.
- [8] Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang, Nguyễn Văn Quỳnh (2023). Mô tả biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi giữa 2 nhóm cắt gan mở và cắt gan nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 18 98-104.
- [9] Phạm Thế Anh, Trương Mạnh Cường (2024). 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. 527 (1B),
- [10] Kunio Okuda, Robert L Peters, Ian W Simson (1984). Gross anatomic features of hepatocellular carcinoma from three disparate geographic areas. Proposal of new classification. Cancer. 54 (10), 2165-2173.