

Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175

Short-term outcomes of anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at 175 Military Hospital

Nguyễn Văn Quỳnh*, Trịnh Văn Thảo,
Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Hoàng Gia,
Phan Văn Hậu và Lê Đức Trung

Bệnh viện Quân y 175

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 58 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $58,4 \pm 13,0$, độ tuổi ≥ 60 chiếm 51,7%. Nam giới chiếm 89,7%. Có 60,3% tình cờ phát hiện u gan. Tỷ lệ mắc viêm gan B: 82,8%, chỉ số AFP trung bình: $658,4 \pm 984,4$ ng/ml. Cắt lớp vi tính trước mổ: U đơn độc (81,0%), u < 5cm (46,6%), u > 5cm (53,4%), u > 10cm (13,8%), dịch ổ bụng (6,9%), huyết khối tĩnh mạch cửa (3,4%). Chức năng gan trước mổ: Child-Pugh A 100%. Cắt gan lớn 25,9%, cắt gan nhỏ 74,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình $164,7 \pm 38,3$ phút. Máu mất trong mổ $254,8 \pm 94,5$ ml, tỷ lệ truyền máu 41,4%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $9,7 \pm 4,4$ ngày. Biến chứng (46,6%) trong đó: Tràn dịch màng phổi (31,0%), cổ chướng (3,4%), rò mật (3,4%), nhiễm trùng vết mổ (3,4%), toác vết mổ (5,2%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (34,4%), II (3,4%), IIIa (3,4%), IIIb (5,2%). Không có trường hợp nào tử vong sau mổ. **Kết luận:** Kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175 cho thấy an toàn và cần được triển khai thường quy.

Từ khóa: Cắt gan theo giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan, Bệnh viện Quân y 175.

Summary

Objective: Short-term outcomes of anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at 175 Military Hospital. **Subject and method:** A descriptive, retrospective combined prospective study on 58 patients undergoing anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at 175 Military Hospital from 01/2022 to 5/2024. **Result:** Average age: 58.4 ± 13.0 years, age ≥ 60 accounted for 51.7%. 89.7% of patients were men. 60.3% cases were discovered liver tumors accidentally. The incidence of hepatitis B: 82.8%, average AFP index: 658.4 ± 984.4 ng/ml. Preoperative computed tomography: Solitary tumor (81.0%), tumor < 5cm (46.6%), tumor > 5cm (53.4%), tumor > 10cm (13.8%), abdominal fluid (6.9%), portal vein thrombosis (3.4%). Preoperative liver function: Child-Pugh A 100%. Major hepatectomy 25.9%, minor hepatectomy 74.1%. The mean operation time was 164.7 ± 38.3 minutes. The mean blood loss was 254.8 ± 94.5 ml, the need for blood transfusion was required in 41.4%. The average length of hospital stay was 9.7 ± 4.4 days. Postoperative complications (46.6%) included: Pleural effusion (31.0%),

Ngày nhận bài: 04/6/2024, ngày chấp nhận đăng: 26/6/2024

* Tác giả liên hệ: quynh44ahvqy@gmail.com - Bệnh viện Quân y 175

ascites (3.4%), bile leakage (3.4%), wound infection (3.4%), surgical wound dehiscence (5.2%). The classification of complications according to Clavien were: I (34.4%), II (3.4%), IIIa (3.4%), IIIb (5.2%). There was no perioperative mortality. *Conclusion:* Short-term outcomes of anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at 175 Military Hospital showed safety and should be performed routinely.

Keywords: Anatomical hepatectomy, hepatocellular carcinoma, 175 Military Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh lý ung thư thường gặp hiện nay. Theo Tổ chức Ung thư toàn cầu, năm 2018 ước tính có khoảng 841.080 trường hợp được chẩn đoán và 781.631 trường hợp tử vong, trong đó, khu vực Đông Á đứng đầu với 55,6% số ca được chẩn đoán và 54,7% số ca tử vong¹.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan: Phẫu thuật cắt gan, nút mạch hóa chất, tiêm cồn, đốt nhiệt cao tần, tắc mạch xạ trị, ghép gan... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan là lựa chọn đầu tiên và tiếp tục là phương pháp điều trị dành riêng cho giai đoạn sớm^{2,3}.

Cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan đã được nhiều tác giả trên thế giới thực hiện và cải tiến với nhiều phương pháp khác nhau như Langenbuch (1988), Tôn Thất Tùng (1939), Lortat Jacob (1952), Bismuth (1982).

Ở Việt Nam, trong khoảng 2 thập kỷ trở lại đây, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu đã được triển khai ở nhiều Bệnh viện trong nước như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ phẫu thuật mở đến nội soi, phẫu thuật cắt gan có sử dụng huỳnh quang ICG...

Tại Bệnh viện Quân y 175, phẫu thuật cắt gan được triển khai 3 năm trở lại đây, tuy nhiên chưa được nghiên cứu và đánh giá đầy đủ, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2024 tại Bệnh viện Quân y 175.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.1. Đánh giá trước phẫu thuật

Khám lâm sàng, xét nghiệm tiền phẫu cơ bản, nội soi dạ dày, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính có đo thể tích gan.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật

Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên:

Mở mổ: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng vuông góc, phẫu thuật viên đứng bên phải, phụ mổ 1 đứng bên trái, phụ mổ 2 đứng bên phải phụ mổ 1. Mổ nội soi: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân dạng, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân hoặc bên phải, phụ camera đứng ở 2 bên hoặc giữa 2 chân.

Các thì phẫu thuật:

Bước 1: Mở bụng.

Mở bụng theo đường chữ J hoặc đường trắng giữa trên rốn (cho các khối u thùy trái). Mổ nội soi: Đặt trocar rốn, đặt tiếp các trocar ở dưới sườn phải, mũi ức... tùy theo thói quen của phẫu thuật viên và vị trí u.

Bước 2: Kiểm tra ổ bụng.

Kiểm tra đánh giá ổ bụng, hạch cuống gan, tình trạng nhu mô gan, tổn thương đại thể khối u (vị trí, kích thước, số lượng). Các tổ chức hoặc các hạch nghi ngờ sẽ được lấy và gửi làm sinh thiết tức thì.

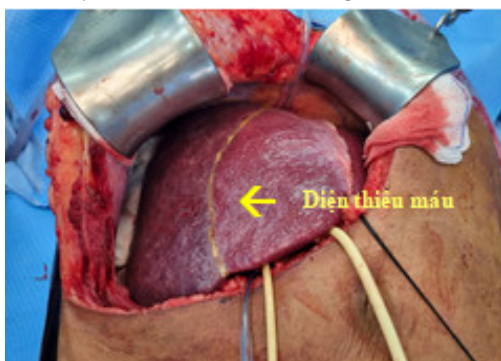
Bước 3: Giải phóng gan.

Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ. Trong trường hợp khối u dính vào cơ hoành, có thể cắt một phần cơ hoành sau đó tái tạo lại cơ hoành.

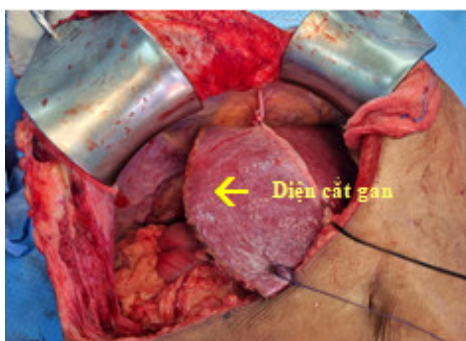
Bước 4: Kiểm soát, phẫu tích cuống Glisson.

Cắt túi mật. Đặt ga rô chờ ở cuống gan để làm thủ thuật Pringle.

Phẫu tích cuống gan bộc lộ động mạch gan, tĩnh mạch cửa nếu kiểm soát cuống theo Lortat-Jacob; hoặc phẫu tích vào rốn gan kiểm soát cuống Glisson phải, trái, phân thùy trước, phân thùy sau và hạ phân thùy nếu kiểm soát cuống theo Takasaki.



Hình 1. Kiểm soát cuống Glisson phải
 Nguồn: Bệnh nhân Hoàng Hải B., 72 tuổi, mã y tế 24009575



Hình 2. Diện cắt gan phải
 Nguồn: Bệnh nhân Hoàng Hải B., 72 tuổi, mã y tế 24009575

Bước 5: Cắt gan.

Cặp động mạch gan và tĩnh mạch cửa hoặc cặp các cuống Glisson để thấy rõ ranh giới thiếu máu. Đánh dấu diện cắt gan bằng dao điện đơn cực.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)		58,4 ± 13,0
Giới	Nam (n, %)	52 (89,7%)
	Nữ (n, %)	6 (10,3%)

Cắt nhu mô gan bằng dao siêu âm, kim Kelly hoặc dao CUSA. Kẹp và cắt các nhánh mạch máu trong nhu mô gan bằng clip mạch máu hoặc chỉ buộc. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, thời gian cặp mỗi lần 15 phút, giữa các lần cặp nghỉ 5 phút.

Sau khi nhu mô gan được cắt, động mạch gan, tĩnh mạch cửa hoặc cuống Glisson được bộc lộ rõ, tiến hành cặp và cắt.

Cầm máu diện cắt gan. Kiểm tra rò mật và che phủ diện cắt.

Bước 6: Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ mắc viêm gan B, viêm gan C, nồng độ AFP, đặc điểm u gan trên cắt lớp vi tính. Kiểm soát cuống Glisson, loại hình cắt gan, phương tiện cắt nhu mô gan. Thời gian phẫu thuật, máu mất trong mổ và truyền máu. Thời gian nằm viện sau mổ. Biến chứng sau mổ, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo.

2.2.4. Xử lý số liệu

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.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu. Quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng tới sức khỏe và tình trạng bệnh của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2024, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được thực hiện cho 58 bệnh nhân.

Đặc điểm		Giá trị
Đau bụng (n, %)		15 (25,9%)
Ăn kém (n, %)		2 (3,4%)
Gầy sút cân (n, %)		2 (3,4%)
Phát hiện tình cờ (n, %)		35 (60,3%)
HBsAg (+) (n, %)		48 (82,8%)
Anti HCV (+) (n, %)		6 (8,6%)
AFP trung bình (ng/ml)		658,4 ± 984,4
Đặc điểm cắt lớp vi tính	U đơn độc (n, %)	47 (81,0%)
	U < 5cm (n, %)	27 (46,6%)
	U > 5cm (n, %)	31 (53,4%)
	U > 10cm (n, %)	8 (13,8%)
	Dịch ổ bụng (n, %)	4 (6,9%)
	Huyết khối tĩnh mạch cửa (n, %)	2 (3,4%)
Chức năng gan trước mổ		Child-Pugh A: 100%

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,4 ± 13,0, nam giới chiếm đa số (89,7%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng (25,9%). Tỷ lệ mắc viêm gan B 82,8%, viêm gan C 8,6%. AFP trung bình: 658,4 ± 984,4ng/ml. Cắt lớp vi tính trước mổ: U đơn độc 81,0%, u < 5cm 46,6%, u > 5cm 53,4%, trong đó u > 10cm 13,8%, dịch ổ bụng 6,9%, huyết khối tĩnh mạch cửa 3,4%. Tất cả bệnh nhân có chức năng gan Child-Pugh A trước mổ.

3.2. Kỹ thuật cắt gan

Bảng 2. Kỹ thuật cắt gan

Chỉ số		Kết quả
Phẫu thuật	Mở (n, %)	57 (98,3%)
	Nội soi (n, %)	1 (1,7%)
Kiểm soát cuống	Takasaki (n, %)	46 (79,3%)
	Lotart Jacob (n, %)	2 (3,4%)
Loại cắt gan	Cắt gan lớn (n, %)	15 (25,9%)
	Cắt gan nhỏ (n, %)	43 (74,1%)
	Theo giải phẫu (n, %)	58 (100,0%)
	Phân thùy trước (n, %)	11 (19,0%)
	Gan trái (n, %)	9 (15,5%)
	Thùy trái (n, %)	9 (15,5%)
	Phân thùy sau (n, %)	6 (10,3%)
	Gan phải (n, %)	4 (6,9%)
	Trung tâm (n, %)	2 (3,4%)
	Hạ phân thùy (n, %)	17 (29,3%)
Phương tiện cắt nhu mô gan	Dao siêu âm	58 (100%)
	Kim Kelly	10 (17,2%)
	Dao CUSA	4 (6,9%)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật mở (98,3%). Kiểm soát cuồng Glisson theo Takasaki 79,3%, Lotart-Jacob 3,4%. Cắt gan lớn 25,9%, cắt gan nhỏ 74,1%. Cắt gan theo giải phẫu 100%, trong đó cắt phân thùy trước 19,0%, gan trái 15,5%, thùy trái 15,5%, phân thùy sau 10,3%, gan phải 6,9%, trung tâm 3,4%, hạ phân thùy 29,3%.

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Chỉ số		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)		164,7 ± 38,3
Máu mất trong mổ (ml)		254,8 ± 94,5
Tỷ lệ truyền máu (n, %)		24 (41,4%)
Biến chứng sau mổ	Tràn dịch màng phổi (n, %)	18 (31,0%)
	Cổ chướng (n, %)	2 (3,4%)
	Rò mật (n, %)	2 (3,4%)
	Nhiễm trùng vết mổ (n, %)	2 (3,4%)
	Toác vết mổ (n, %)	3 (5,2%)
	Tử vong	0 (0,0%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật là 164,7 ± 38,3 phút, máu mất trong mổ 254,8 ± 94,5ml, tỷ lệ truyền máu là 41,4%. Có 46,6% bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ, thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi, chiếm 13,3%. Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (34,4%), II (3,4%), IIIa (3,4%), IIIb (5,2%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình cao hơn tác giả Vũ Văn Quang (2018) là 52,16 ± 11,06 và tương đồng với Yamamoto (2001) là 60 ± 8,5^{4,5}. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 8,7/1, tương tự Dương Huỳnh Thiện (2016) là 8,3/1 và Vũ Văn Quang là 7,85/1^{6,4}.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (25,9%), nhiều bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, vào viện vì tình cờ phát hiện u gan khi đi khám bệnh. Thống kê của Vũ Văn Quang, đau hạ sườn phải chiếm 58,5%, 30,2% phát hiện tình cờ⁴; Dương Huỳnh Thiện: 68% đau bụng, 20% phát hiện tình cờ⁶.

Tỷ lệ viêm gan B trong nghiên cứu chiếm ưu thế với 82,8%, tương tự các tác giả Vũ Văn Quang (76,4%) và Lê Văn Thành (2013) là 71,9%^{4,7}. Nghiên cứu cũng cho thấy, nồng độ AFP trung bình là 658,4 ± 984,4ng/ml cao hơn của Vũ Văn Quang là 335,93 ± 638,07ng/ml⁴. Còn thống kê của Lê Văn Thành thấy nhóm bệnh nhân có nồng độ AFP từ 20-400ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất (44,1%)⁷.

Ở nghiên cứu, 81,0% bệnh nhân có u đơn độc, nhóm kích thước u > 5cm chiếm ưu thế với tỷ lệ 53,4%. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Quang, u đơn độc lớn hơn 5cm là 34,9%, kích thước trung bình các khối u là 5,22 ± 3,0cm⁴. Thống kê của Lê Văn Thành: U đơn độc > 5cm là 50%; kích thước trung bình khối u 7,2 ± 4,0cm⁷. Tại Nhật Bản, nghiên cứu của Yamamoto NC (2001) cho thấy bệnh nhân được chỉ định cắt gan có kích thước u trung bình nhỏ hơn là 2,6 ± 1,0cm⁵, có thể do việc sàng lọc và chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm hơn.

Trong nghiên cứu có 2 trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa (3,4%). Shehta (2021) cho rằng điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gan tiến triển với huyết khối tĩnh mạch cửa là khả thi, thời gian sống không bệnh tương đương nhưng khả

năng sống sót tổng thể kém hơn so với không có huyết khối⁸.

Trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chức năng gan là yếu tố rất quan trọng, liên quan đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Vì vậy, chức năng gan thường được các phẫu thuật viên đánh giá và xem xét kỹ lưỡng⁹. Ở nghiên cứu, 100% bệnh nhân cắt gan có chức năng gan phân loại Child-Pugh A. Kết quả này giống với nghiên cứu của Vũ Văn Quang⁴, Dương Huỳnh Thiện⁶.

4.2. Kỹ thuật cắt gan

Lựa chọn loại cắt gan dựa vào tình trạng bệnh nhân, vị trí, kích thước u và chức năng gan. Trong nghiên cứu, loại cắt gan được thực hiện chủ yếu là cắt gan nhỏ (74,1%), nhiều nhất là cắt gan phân thùy trước (19,0%) và cắt thùy trái (15,5%). Cắt gan lớn chiếm 25,9% trong đó: Cắt gan trái 15,5%, cắt gan phải 6,9%. Tương tự ở nghiên cứu của Vũ Văn Quang cắt gan nhỏ cũng chiếm chủ yếu với 79,3%, cắt gan lớn chiếm 20,7%⁴.

Trong 58 bệnh nhân có 57 bệnh nhân được phẫu thuật mở (98,3%) và chỉ có 1 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (1,7%), bởi trong thời gian đầu mới triển khai kỹ thuật chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm và chưa có đầy đủ dụng cụ để phẫu thuật nội soi. Kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki là chủ yếu với 79,3%, kiểm soát cuống theo Lotart-Jacob là 3,4% ở 2 trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa.

Cắt gan theo giải phẫu được xác định: Ngoài cắt bỏ khối u phải cắt tĩnh mạch cửa liên quan đến u và vùng gan tương ứng, do đó có thể hạn chế di căn và tái phát trong gan. Trong nghiên cứu tất cả bệnh nhân đều được cắt gan theo giải phẫu (100%). Tan (2017) thấy rằng: Tỷ lệ sống không bệnh sau 5 năm ở nhóm cắt gan theo giải phẫu tốt hơn so với nhóm cắt gan không theo giải phẫu¹⁰.

Trong nghiên cứu, phương tiện cắt nhu mô gan được sử dụng ở tất cả các trường hợp là dao siêu âm. Có 10 trường hợp phối hợp sử dụng kim Kelly (17,2%) và 4 trường hợp phối hợp với dao CUSA (6,9%).

4.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian cắt nhu mô và phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện

sử dụng để cắt nhu mô gan. Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình là $164,7 \pm 38,3$ phút cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Quang là $118,31 \pm 38,84$ phút⁴, là vì trong thời gian đầu mới tiếp cận kỹ thuật, kinh nghiệm và dụng cụ chưa đầy đủ nên thời gian phẫu thuật còn kéo dài.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là $254,8 \pm 94,5$ ml và có tới 41,4% bệnh nhân phải truyền máu, tỷ lệ này cao là vì trong thời gian mới triển khai kỹ thuật, việc lĩnh máu và truyền máu gần như thường quy mà không quan tâm đến lượng máu mất. Một số tác giả cho rằng máu mất trên 1500ml có nguy cơ làm giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân, do đó kỹ thuật cắt gan và việc phối hợp với gây mê trong mổ tốt là rất quan trọng để làm giảm lượng máu mất. Nghiên cứu của Vũ Văn Quang lượng máu mất trung bình là $238,96 \pm 206,71$ ml, 12,3% bệnh nhân phải truyền máu⁴. Thống kê của Dương Huỳnh Thiện, 14,6% bệnh nhân cần truyền máu, máu mất trung bình $353,3$ ml⁶.

Trong nghiên cứu, biến chứng tràn dịch màng phổi gặp 31,0%, chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này tương tự với nghiên cứu của Vũ Văn Quang và các tác giả khác^{4,7}. Các tác giả cho rằng có thể do quá trình giải phóng gan, cắt các dây chằng gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực hoặc do rối loạn chức năng gan sau mổ. Tràn dịch màng phổi thường gặp số lượng ít, phần lớn được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi.

Cổ chướng cũng là biến chứng hay gặp sau mổ cắt gan đặc biệt trong những trường hợp xơ gan. Tỷ lệ này ở nghiên cứu là 3,4% và nghiên cứu của Vũ Văn Quang gặp 3,8%, tất cả được điều trị ổn định bằng lợi tiểu, truyền huyết tương tươi, đạm gan và albumin⁴. Theo Steven (2018), cổ chướng mức độ nhiều hoặc tăng lên sau mổ dự báo về khả năng huyết khối tĩnh mạch cửa, hoặc suy gan có thể xảy ra sau đó, tác giả khuyến cáo không nên dẫn lưu dịch⁹.

Rò mật trong nghiên cứu gặp 3,4%, còn Vũ Văn Quang gặp 1,9%, toàn bộ đều được điều trị bằng đặt dẫn lưu qua da, không bệnh nhân nào phải phẫu thuật lại⁴.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu là $9,7 \pm 4,4$ ngày, tương tự thời gian nằm

viện trung bình của Vũ Văn Quang $10,7 \pm 3,4$ (5-22) ngày⁴, Dương Huỳnh Thiện: $10,4 \pm 2,4$ ngày⁶.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu qua 58 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho thấy: Cắt gan lớn chiếm 25,9%, cắt gan nhỏ chiếm 74,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $164,7 \pm 38,3$ phút. Máu mất trong mổ: $254,8 \pm 94,5$ ml, tỉ lệ truyền máu: 41,4%. Có 46,6% bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi, chiếm 31,0%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (34,4%), II (3,4%), IIIa (3,4%), IIIb (5,2%). Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $9,7 \pm 4,4$ ngày.

Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là an toàn, cần được triển khai thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sharma R (2020) *Descriptive epidemiology of incidence and mortality of primary liver cancer in 185 countries: Evidence from GLOBOCAN 2018*. Japanese Journal of Clinical Oncology 50: 1370-1379.
- Lu WP, Dong JH (2014) *Hepatectomy for hepatocellular carcinoma in the era of liver transplantation*. World J Gastroenterol 20: 9237-9244.
- Allaire M, Goumard C, Lim C, Le Cleach A, Wagner M, Scatton O (2020) *New frontiers in liver resection for hepatocellular carcinoma*. JHEP Reports 2: 1-14.
- Vũ Văn Quang (2018) *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 sỹ, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược học lâm sàng 108.
- Yamamoto M, Terasaki K (2001) *Effectiveness of systematized hepatectomy with Glisson's pedicle transection at hepatic hilus for small nodular hepatocellular carcinoma: Retrospective analysis*. Surgery Today 130: 443-448.
- Dương Huỳnh Thiện (2016) *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh 20, tr. 135-140.
- Lê Văn Thành (2013) *Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat-Jacob điều trị ung thư biểu mô tế bào gan*. Luận án Tiến sỹ, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108.
- Shehta A, Farouk A, Elghawalby AN, Elshobary M, Aboelenin A, Fouad A, Ali MA (2021) *Outcomes of Hepatic Resection for Hepatocellular Carcinoma Associated with Portal Vein Invasion*. Journal of Surgical Research 266: 269-283.
- Steven AC, Barnett CC, Abdalla EK (2018) *Surgical management of potentially resectable hepatocellular carcinoma*. www.wuptodate.com.
- Tan Y, Wei Zhang, Li Jiang et al (2017) *Efficacy and safety of anatomic resection versus nonanatomic resection in patients with hepatocellular carcinoma: A systemic review and metaanalysis*. PLoS ONE 12.