

lệ tái phát 5%, dẫn lưu vùng thái dương là 33%, dẫn lưu vùng chẩm là 36%, cao nhất khi đặt dẫn lưu vùng đỉnh là 38%.

Không có biến chứng tử vong, các triệu chứng lâm sàng đều giảm, trong đó 5 BN trước mổ có tri giác giảm sau mổ đều cải thiện tri giác. Không có trường hợp nào có biến chứng máu tụ cấp tính phải can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu nhóm 82 BN máu tụ dưới màng cứng mạn tính chúng tôi thấy rằng phương pháp bơm rửa và dẫn lưu máu tụ là phương pháp an toàn, hiệu quả ít tai biến biến chứng có thể thực hiện ở nhiều đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weiming Liu, MD, NicoLaas A. Bakker, MD, Ph.D, Rob J. M. Groen, MD., Ph.D, 2014,

Chronic subdural hematoma: a systematic review and meta-analysis of surgical procedures, J Neurosurg / Volume 121 / September 2014.

2. Gurelik M, Aslan A, Gurelik B, Ozum U, Karadag O, Kars HZ, 2007 A safe and effective method for treatment of chronic sub- dural haematoma. Can J Neurol Sci 34:84–87
3. Ishibashi A, Yokokura Y, Adachi H: A comparative study of treatments for chronic subdural hematoma: burr hole drain- age versus burr hole drainage with irrigation. Kurume Med J 58:35–39, 2011
4. Zakaraia AM, Adnan JS, Haspani MS, Naing NN, Abdullah JM, 2008, Outcome of 2 different types of operative techniques practiced for chronic subdural hematoma in Malaysia: an analysis. Surg Neurol 69:608–616
5. Nakaguchi H, Tanishima T, Yoshimasu N, 2000, Relationship be- tween drainage catheter location and postoperative recurrence of chronic subdural hematoma after burr-hole irrigation and closed-system drainage. J Neurosurg 93:791–795

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019 – 2023

Trần Xuân Công¹, Nguyễn Quang Nghĩa²,
Trần Bảo Long³, Nguyễn Huy Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) tại Trung tâm Ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 41 bệnh nhân (BN) UTBMTBG được điều trị bằng PTNS cắt gan tại Trung tâm Ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. **Kết quả của nghiên cứu:** Chủ yếu là khối U đơn độc (85,4%), kích thước trung bình khối u trên CT/MRI là 4,02 ± 1,91cm, vị trí u thường gặp nhất ở hạ phân thùy 6 (31,7%). Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child A (97,6%). Đa số được đánh giá là phẫu thuật có mức độ khó Cao (63,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình 192 ± 66,1 phút, chủ yếu là cắt gan nhỏ (78,0%). Tai biến trong mổ chủ yếu là chảy máu. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 9,8%. Thời gian nằm viện trung bình 6,95 ± 2,27 ngày, tỉ lệ biến chứng sau mổ từ độ IIIA trở lên là 5,4%, không có BN suy gan hay tử vong sau mổ. **Kết luận:** PTNS cắt gan điều trị UTBMTBG với nhiều

ưu điểm, là lựa chọn điều trị an toàn và khả thi.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt gan, Hệ thống tính điểm độ khó, Ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2019-2023

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma at Transplantation Center, Viet Duc University Hospital from 2019 to 2023. **Methods:** a retrospective of 41 HCC patients who underwent laparoscopic hepatectomy at Transplantation Center – Viet Duc University Hospital from January 2019 to December 2023. **Results:** Most tumours were solitary (85.4%) with a mean size on CT/MRI of 4.02 ± 1.91 cm. The most common tumor location was segment 6 (31.7%). Preoperative liver function was predominantly Child-Pugh A (97.6%). Most resections were classified as Advanced difficult level (63.4%). Mean operative time was 192 ± 66.1 minutes, and most surgeries were minor hepatectomy (78.0%). Intraoperative bleeding was the most common complication. The open conversion rate was 9.8%. The mean length of hospital stay was 6.95 ± 2.27 days, and the incidence of postoperative complications of grade IIIA or higher was 5.4%. There were no cases of postoperative liver failure or mortality. **Conclusions:** Laparoscopic hepatectomy for HCC

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Công

Email: drtranconghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

offers numerous advantages and is a safe and feasible treatment option.

Keywords: Laparoscopic hepatectomy, Difficulty Scoring System, Hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan (UTG) là một bệnh lý ác tính phổ biến và vẫn là một thách thức sức khỏe toàn cầu với tỉ lệ mắc bệnh đang gia tăng trên toàn thế giới với ước tính tỉ lệ tử vong tăng hơn 50% vào năm 2040. Tại Việt Nam, UTG đứng vị trí thứ nhất về số ca mắc mới và số ca tử vong. Có nhiều phương pháp điều trị triệt căn UTBMTBG được áp dụng tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất. PTNS cắt gan trong điều trị UTBMTBG đã được khẳng định giá trị về mặt điều trị ung thư tương đương với mổ mở và ý nghĩa của phẫu thuật ít xâm hại. Tuy nhiên PTNS cắt gan vẫn là một phẫu thuật khó. Bài báo nhằm đánh giá kết quả áp dụng kỹ thuật này trong điều trị BN UTBMTBG tại Trung tâm Ghép tạng Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2019-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN chẩn đoán UTBMTBG, được PTNS cắt gan tại Trung tâm Ghép tạng - BV Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 đến 12/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện

Phương pháp lấy số liệu: Từ sổ lưu của phần mềm quản lý BN của Trung tâm Ghép tạng - BV HN Việt Đức, tìm những BN u gan đã được mổ có xác nhận giải phẫu bệnh là HCC, sau đó lập danh sách BN được điều trị bằng PTNS, loại trừ các BN không thỏa mãn tiêu chuẩn, rút hồ sơ tại kho bệnh án.

2.3. Một số khái niệm và chỉ tiêu nghiên cứu; - Dựa trên kết quả phẫu thuật, các BN được chia làm 2 nhóm: Thành công: được PTNS hoàn toàn hoặc PTNS hỗ trợ bàn tay bằng đường mổ nhỏ. Thất bại: chuyển mổ bụng lớn để hoàn thành phẫu thuật.

- Các BN trong hai nhóm được đánh giá các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật cũng như kết quả sớm sau mổ.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm Jamovi 2.3.28.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong thời gian 5 năm từ 01/2019 – 12/2023 tại Trung tâm Ghép tạng có 41 BN HCC được PTNS

cắt gan. Tuổi trung bình là $56,8 \pm 12$ tuổi. Nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới, tỉ lệ nam/nữ là 5,8. Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Chủ yếu được phát hiện bệnh qua khám sức khỏe định kỳ. Tỉ lệ nhiễm viêm gan B là 78,0%. Không có BN nào béo phì (BMI>30). Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child-Pugh A (97,6%) và ALBI độ 1 (80,5%). AFP trước mổ đa số <20ng/mL. Có 13 BN được xét nghiệm PIVKA-II trước mổ. Chiếm phần lớn là nhóm PIVKA II ≥ 40 mAU/ml với tỉ lệ 53,9%. (Bảng 1)

Trong NC chủ yếu là U đơn độc (85,4%). Kích thước U trung bình là $4,02 \pm 1,91$ cm trong đó tỉ lệ u có kích thước >5cm là 24,4%. Vị trí U hay gặp nhất ở HPT 6. Hầu hết các khối U có hình ảnh rửa thuốc (wash-out) trên CT/MRI với tỉ lệ 92,7%. (Bảng 2)

Kết quả phẫu thuật. Có 37 BN được điều trị bằng PTNS thành công (90,2%). Chủ yếu là cắt gan nhỏ với tỉ lệ 78,0% trong đó phổ biến nhất là cắt HPT 6 và cắt phân thùy sau (cùng chiếm tỉ lệ 18,9%). Có 3 BN tai biến trong mổ, tất cả đều liên quan đến chảy máu. Tỉ lệ truyền máu trong mổ là 18,9%. Có 3 BN cắt tạng kèm theo trong đó có 2 BN cắt cơ hoành và 1 BN cắt thận Phải (Bảng 3)

Kết quả sớm sau mổ. Trong NC của chúng tôi BN trung tiện sau mổ ngày 2,6 và bắt đầu ăn uống lại từ ngày 2,7. Thời gian nằm viện trung bình là $6,95 \pm 2,27$ ngày. Biến chứng sau mổ từ độ III trở lên theo Clavien-Dindo chiếm 5,4% (2 BN). Không có BN nào suy gan và tử vong sau mổ. Giải phẫu bệnh mô học sau mổ chủ yếu là biệt hoá vừa. Khoảng rìa diện cắt trung bình là 1,09 cm.

Mối tương quan giữa điểm độ khó của phẫu thuật với một số yếu tố. Chúng tôi sử dụng hệ thống tính điểm độ khó cho PTNS cắt gan của Ban Daisuke (Iwate).¹ Bảng 4 cho thấy điểm độ khó của phẫu thuật có tương quan dương mức độ cao với số lượng máu truyền trong mổ và tổng thời gian mổ; tương quan dương mức độ vừa với tỉ lệ tử vong và không có tương quan với tỉ lệ biến chứng và tái phát sau mổ.

Đặc điểm nhóm thất bại. Có 4 trường hợp thất bại (tỉ lệ 9,8%). Tất cả đều là nam giới có BMI trong giới hạn bình thường. Phần lớn BN được can thiệp TACE/RFA trước mổ (75%). Tất cả BN đều có chức năng gan Child-Pugh A, phần lớn có thang điểm ALBI 1 và có hình ảnh xơ gan trên CT/MRI (75%). Kích thước U trung bình $5,0 \pm 1,79$ cm. Đánh giá trước mổ theo thang điểm Iwate tất cả đều thuộc nhóm phẫu thuật có mức độ khó Cao. Tỉ lệ thành công ở 2 nhóm cắt gan lớn và nhỏ tương đương nhau 93,8% với 77,8%

(X²(1) = 2,04; p = 0,154).

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm BN

Biểu số		n	Tỉ lệ
Lí do vào viện	Đau tức bụng	6	14,6 %
	Khám sức khoẻ định kỳ	34	82,9 %
	Gầy sút cân	1	2,4 %
	Chán ăn mệt mỏi	0	0 %
	Xuất huyết tiêu hoá	0	0 %
Điểm PS	0	35	85,4 %
	1	6	14,6 %
Cân nặng (kg)	60,5 ± 7,78 (49 - 89)		
Chiều cao (m)	1,64 ± 0,75 (1,43 - 1,75)		
BMI	22,4 ± 2,12 (19,3 - 29,1)		
Phân độ Child – Pugh	A	40	97,6%
	B	1	2,4%
Thang điểm ALBI	1	33	80,5%
	2	8	19,5%
	3	0	0%
AFP (ng/ml) (n=41)	< 20	26	63,4 %
	20-400	8	19,5 %
	400-1000	1	2,4 %
	>1000	6	14,6 %
PIVKA-II (mAU/ml) (n=13)	< 40	6	46,2 %
	40-200	5	38,5 %
	≥ 200	2	15,4 %
Bilirubin TP	13,06 ± 5,22 µmol/L		
Albumin	41,44 ± 3,48 g/L		

Bảng 2. Đặc điểm khối u trên hình ảnh CT/MRI

Đặc điểm		n	Tỉ lệ	
Số lượng u	U đơn độc	35	85,4%	
	2 - 3 U	5	12,2%	
	>3 U	1	2,4%	
Kích thước khối u (cm)	Trung bình: 4,02 ± 1,91 cm			
	≤ 5 cm	≤ 2	4	9,8%
		2 < U ≤ 3	11	26,8%
		3 < U ≤ 5	16	39,0%
	> 5cm	10	24,4%	
Vị trí khối u	HPT 1	0	0%	
	HPT 2	1	2,4%	
	HPT 3	2	4,9%	
	HPT 4	4	9,8%	
	HPT 5	6	14,6%	
	HPT 6	13	31,7%	
	HPT 7	3	7,3%	
	HPT 8	2	4,9%	
	Phân thùy sau	3	7,3%	
	Phân thùy trước	0	0%	
	Phân thùy bên	4	9,8%	
	HPT 4, 5	3	7,3%	
wash-out	Có	38	92,7%	

Bảng 3. Đặc điểm trong mổ nhóm thành công

Loại	Mức độ cắt gan	n	Tỉ lệ	
Cắt gan nhỏ (n=30)	1 HPT (n=13)	Cắt wedge	1	2,7%
		HPT 4b	1	2,7%
		HPT 5	3	8,1%
		HPT 6	7	18,9%
	2 HPT (n=17)	HPT 8	1	2,7%
		Phân thùy sau	7	18,9%
		Phân thùy bên	6	16,2%
		HPT 5, 6	4	10,8%
Cắt gan lớn (n=7)	3 HPT (n=5)	Cắt gan trái	4	10,8%
		PT sau mở rộng	1	2,7%
	>3 HPT (n=2)	Cắt gan phải	1	2,7%
		Gan Trái mở rộng	1	2,7%
Tai biến trong mổ		3	8,1%	
Truyền máu trong mổ	200 – 500 ml	2	18,9%	
	> 500 ml	5		
Cắt tạng kèm theo		3	8,1%	
Dẫn lưu OMC		1	2,7%	
Thời gian phẫu thuật: 192 ± 66,1 phút				

Bảng 4. Môi trường quan giữa điểm độ khó của phẫu thuật với một số yếu tố

Các yếu tố	r	df	p
Lượng máu truyền trong mổ	0,811	5	0,027
Thời gian phẫu thuật	0,623	35	<0,001
Biến chứng theo Clavien	-0,151	35	0,373
Tái phát	0,112	34	0,516
Tử vong	0,365	34	0,029

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng. Trong NC của chúng tôi có 41 BN với độ tuổi trung bình là 56,8 ± 12,9 (nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất là 74 tuổi) và nam giới chiếm ưu thế, tương tự với một số NC trong nước và quốc tế.^{2,3} Dân cư thành thị chiếm ưu thế so với nông thôn phản ánh sự khác nhau về yếu tố nguy cơ, thói quen chăm sóc sức khoẻ và các trở ngại trong tiếp cận chăm sóc y tế.

Trong NC của chúng tôi có 78,0% trường hợp nhiễm viêm gan B và có đến 26,8% BN lần đầu tiên phát hiện dương tính với HBsAg trong đó có 8 BN trong nhóm khám định kỳ. Như vậy ý thức kiểm tra tình trạng nhiễm viêm gan virus và hiểu biết về nguy cơ phát triển UTBMTBG của người dân chưa thực sự cao, ngay cả ở nhóm cư dân thành thị có khám sức khoẻ định kỳ.

Trong NC của chúng tôi kích thước khối U trung bình là 4,02cm, tương tự với các NC của TCD Long (2016) là 3,9cm và ND Hiếu (2024) là 4,6cm;^{2,3} nhưng lớn hơn so với NC của Yoon (Hàn Quốc, 2017) là 3,31cm; Yamamoto (Nhật Bản, 2019) là 1,70cm và Ghielmetti (Thụy Sĩ, 2021) là 2,56 cm. Kích thước khối u nhỏ hơn ở các nước Đông Á và châu Âu có thể do phát hiện sớm nhờ chăm sóc sức khoẻ ban đầu và tầm soát ung thư tốt hơn.

CLVT hay MRI có thể nhận thấy các dấu hiệu xơ gan như bờ gan không đều, gan teo, các dấu hiệu gián tiếp của tăng áp cửa. Trong NC của chúng tôi cho thấy có sự tương quan dương mạnh giữa mức độ xơ gan trên giải phẫu bệnh và hình ảnh xơ gan trên CLVT/MRI trước mổ ($r(39) = 0,5$; $p = 0,002$). Như thế CLVT hay MRI có thể là công cụ hữu ích, phối hợp với các phân độ chức năng gan khác giúp đánh giá chính xác chức năng gan và mức độ xơ gan trước phẫu thuật. Xơ gan là yếu tố tăng thêm mức độ khó của phẫu thuật.¹

Đánh giá độ khó của PTNS cắt gan. PTNS cắt gan với nhiều ưu điểm đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Tuy nhiên đây vẫn là một kỹ thuật khó và nhiều tác giả đã đề xuất mô hình lượng hoá độ khó bằng các thang điểm như Halls, Hasegawa, Kawaguchi và Iwate. Các thang điểm đã xác nhận khả năng tiên lượng cuộc mổ, chẳng hạn như mất máu, thời gian mổ và các yếu tố khác. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm của Ban Daisuke (Iwate) để đánh giá do dễ sử dụng, thuận tiện và hiệu quả.

Trong NC của chúng tôi, tất cả các BN đều có mức độ khó từ Trung bình trở lên, phần lớn được đánh giá mức độ khó Cao (63,4%). Tỷ lệ thất bại của nhóm được đánh giá mức độ khó Cao là 15,4%. Đáng chú ý tất cả các trường hợp thất bại đều được đánh giá mức độ khó Cao. Điều này chứng tỏ sự hữu ích của thang điểm đo độ khó trong đánh giá tiên lượng cuộc mổ về thời gian, biến chứng trong mổ (Bảng 4) và tiên đoán khả năng thành công của phẫu thuật, qua đó giúp phẫu thuật viên có chiến lược điều trị tối ưu, phù hợp với đường cong học tập của bản thân.

Kết quả phẫu thuật. Trong NC này chủ yếu là cắt gan nhỏ trong đó cắt gan phân thùy sau và cắt HPT 6 chiếm tỉ lệ lớn nhất (Bảng 3). Tỉ lệ cắt HPT 6 của chúng tôi cũng tương tự của TCD Long (2016) với tỉ lệ 19,6%.² Trong NC của chúng tôi có 1 BN được PTNS cắt u gan HPT 8 và cắt thận Phải. Điểm đặc biệt của Trung tâm Ghép tạng là kỹ thuật lấy mảnh ghép thận qua nội soi đã hoàn thiện nên phẫu thuật viên đã quyết định thực hiện cắt bỏ cả u gan và u thận Phải trong cùng 1 thì. PTNS cắt thận Phải được thực hiện trước với tư thế nằm nghiêng sang trái có gối đệm vùng sườn lưng. Sau đó BN được chuyển lại tư thế nằm ngửa và tiếp tục nội soi cắt gan HPT 8. Bệnh phẩm thận và gan được lấy ra theo đường rạch vị trí nếp ben Phải.

Chúng tôi phân loại tai biến trong mổ theo Satava cải tiến do Halls và cộng sự đề xuất 2018. Ngưỡng bình thường chảy máu trong mổ cắt gan là 775ml.⁴ Có 3 trường hợp tai biến

trong mổ, tất cả đều là tai biến liên quan chảy máu. 2 trường hợp có tổn thương tĩnh mạch trên gan Trái khi phẫu tích trong đó 1 trường hợp được xử lý thành công hoàn toàn bằng nội soi, 1 trường hợp cần mở nhỏ hỗ trợ để khâu lại tĩnh mạch. Tỉ lệ tai biến trong mổ của chúng tôi tương đương với TCD Long (2016) là 5% và Tsai (Đài Loan - 2019) là 9,8%.^{2,5}

Có 7 BN truyền máu trong mổ (18,9%). Số lượng máu truyền trong mổ trung bình là 735,7 ml. Katz và cộng sự (Hoa Kỳ - 2009) cho biết tỉ lệ mất máu trong mổ >1000ml là 37% tuy nhiên tỉ lệ BN cần truyền máu trong mổ chỉ là 18%.⁶

Thời gian mổ trong NC chúng tôi trung bình là 192 phút tương đương với các tác giả trong nước, Nhật Bản, Hàn Quốc, Đài Loan và châu Âu.

Các trường hợp thất bại. Có 4 BN PTNS thất bại cần chuyển mổ mở, tỉ lệ thất bại là 9,8% tương đương nhiều tác giả trong nước và quốc tế. Dính nhiều dẫn đến khó khăn trong quá trình phẫu tích là nguyên nhân chuyển mổ mở chủ yếu ở thì giải phóng nhu mô gan và kiểm soát cuống. Nhiều NC trên thế giới cho thấy nguyên nhân chuyển mổ mở nhiều nhất là do chảy máu như Soubrane (2014) với tỉ lệ 31,1%; của Halls (2018) với tỉ lệ 36,5% và do dính là 18,9%; trong khi Nakada (2023) tỉ lệ do chảy máu là 18,8%; do dính là 25,0% và do tiên lượng không đảm bảo về mặt ung thư học là 43,8%.^{4,7}

Ở nhóm thất bại, thời gian mổ trung bình là 304 phút; số ngày nằm viện sau mổ trung bình là $13,0 \pm 5,48$ ngày, kém hơn so với nhóm thành công có ý nghĩa thống kê, lần lượt với $p = 0,004$ và $p < 0,001$.

Kết quả sau mổ. Trong NC của chúng tôi BN trung tiện sau mổ ngày 2,6 và bắt đầu ăn uống lại từ ngày 2,7. Thời gian nằm viện trung bình là 6,95 ngày, ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 14 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ khác nhau theo địa phương, tùy thuộc vào điều kiện chăm sóc y tế của mỗi nơi nhưng các trung tâm đều ghi nhận BN sau PTNS cắt gan hồi phục nhanh và có thể xuất viện sớm hơn so với mổ mở.

Trong NC của chúng tôi kích thước khối U trên GPB trung bình là $4,7 \pm 2,5$ cm, lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với kích thước U đo được trên CT/MRI ($p = 0,005$). Các khối U phần lớn là giai đoạn TNM IB và II với tỉ lệ theo thứ tự 37,8% và 43,2%. Không có khối U nào giai đoạn từ IIIB trở lên. Kết quả chúng tôi cũng tương tự kết quả của Tsai (2019) với tỉ lệ giai đoạn I là 52,3%.⁵

Biến chứng sau mổ. Có 1 BN chảy máu vào ngày thứ 3 sau mổ (tỉ lệ 2,7%) tuy nhiên chỉ cần truyền máu, không cần mổ lại. BN này cũng là BN phục hồi lưu thông ruột sau mổ chậm nhất

(4 ngày). 1 BN (2,7%) độ IIIB phải gây mê toàn thân để thực hiện đóng lại vết mổ thành bụng do bục vào ngày thứ 6. BN là nam giới, 73 tuổi có tiền sử mổ mở sỏi mật cũ, đã được PTNS cắt gan hỗ trợ và cũng là BN duy nhất được dẫn lưu ống mật chủ trong mổ. Đây cũng là BN có số ngày nằm viện sau mổ dài nhất (14 ngày). Russel (2016) tổng kết tỉ lệ biến chứng chung sau mổ cắt gan ở Hoa Kỳ là 22,6% và tỉ lệ mổ lại do biến chứng là 5,2%, trong đó các nguyên nhân phổ biến nhất là sepsis, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu và nhiễm khuẩn tạng ở vị trí mổ.⁸

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt gan đã và đang được triển khai tại nhiều trung tâm trên thế giới. NC này cho thấy nhiều ưu điểm và tính khả thi với thời gian nằm viện trung bình 6,95 ngày và tỉ lệ PTNS thành công là 90,2%. Thang điểm độ khó của PTNS cắt gan theo Ban Daisuke có giá trị trong tiên lượng cuộc mổ giúp đưa ra chiến lược phẫu thuật phù hợp với đường cong học tập của phẫu thuật viên, cùng việc lựa chọn BN kỹ lưỡng là các yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả của kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban D, Tanabe M, Ito H, et al.** A novel difficulty scoring system for laparoscopic liver resection. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014;21(10):745-753. doi:10.1002/jhbp.166

2. **Trần Công Duy Long.** Đánh Giá Vai Trò Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Gan Điều Trị Ung Thư Tế Bào Gan. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2016.
3. **Nguyễn Đình Hiệu, Nguyễn Quang Nghĩa, Phạm Văn Bình.** Ứng dụng phẫu thuật cắt gan nội soi điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *VMJ.* 2024;536(1B). doi:10.51298/vmj.v536i1B.8822
4. **Halls MC, Berardi G, Cipriani F, et al.** Development and validation of a difficulty score to predict intraoperative complications during laparoscopic liver resection. *Br J Surg.* 2018;105(9):1182-1191. doi:10.1002/bjs.10821
5. **Tsai KY, Chen HA, Wang WY, Huang MT.** Long-term and short-term surgical outcomes of laparoscopic versus open liver resection for hepatocellular carcinoma: might laparoscopic approach be better in early HCC? *Surg Endosc.* 2019; 33(4):1131-1139. doi:10.1007/s00464-018-6372-0
6. **Katz SC, Shia J, Liao KH, et al.** Operative blood loss independently predicts recurrence and survival after resection of hepatocellular carcinoma. *Ann Surg.* 2009;249(4):617-623. doi:10.1097/SLA.0b013e31819ed22f
7. **Nakada S, Otsuka Y, Ishii J, et al.** The Outcome of Conversion to Hand-Assisted Laparoscopic Surgery in Laparoscopic Liver Resection. *J Clin Med.* 2023;12(14):4808. doi:10.3390/jcm12144808
8. **Russell MC.** Complications Following Hepatectomy. *Surgical Oncology Clinics of North America.* 2015;24(1): 73-96. doi:10.1016/j.soc.2014.09.008

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG DAO ĐIỆN LỬNG CỰC TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2021-2024

Nguyễn Triều Việt¹, Trần Minh Hạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, có nhiều kỹ thuật cắt amidan như: dao điện lưỡng cực, dao điện lưỡng cực, laser... đang được thực hiện với những ưu và nhược điểm khác nhau, và cũng chưa có một kỹ thuật nào được xem là tối ưu nhất khi giải quyết tình trạng viêm mạn tính của amidan. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực đã được thực hiện cho tất cả các ca phẫu thuật cắt amidan do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để theo dõi đánh giá hiệu quả cũng như rút ra các kinh nghiệm liên quan đến việc thực hiện kỹ thuật này.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm amidan mạn tính được chỉ định phẫu thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021- 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 03/2024 với 110 trường hợp được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và được chỉ định phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực. **Kết quả:** 110 bệnh nhân. Nam (47 bệnh nhân, 42,5%) và nữ (63, 57,5%). Độ tuổi trung bình là 31,23 ± 6,95. Amidan quá phát chiếm tỷ lệ 72,5%. Amidan quá phát độ II chiếm 37/110 trường hợp. Lượng máu mất trung bình là 3,25 ± 1,32 mL. Có 1,7% trường hợp chảy máu muộn sau phẫu thuật. Điểm đau trung bình ngày 14 sau phẫu thuật là 0,05 ± 0,21. Thời gian trung bình làm việc lại là 7,24 ± 1,31 ngày. **Kết luận:** khi dùng dao điện lưỡng cực cắt amidan mang lại nhiều kết quả tốt như: mất máu ít, ít đau sau cắt và có thể sử dụng ở bệnh nhân có các

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024