

kinh nghiệm của bác sĩ; kích thước và vị trí của tổn thương; các đường vào có thể sử dụng, tính sẵn có và chi phí của thiết bị. Trong đó bao gồm siêu âm và CT là hai phương pháp thường được sử dụng nhất. Với sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm với ưu điểm của nó bao gồm hình ảnh thời gian thực, khả năng đánh giá đa phương diện, tạo điều kiện thuận lợi cho các phương pháp tiếp cận góc phức tạp và không có bức xạ ion hóa. Các nhược điểm bao gồm việc định vị về các tổn thương sâu đặc biệt là các khối sau phúc mạc và thường bị che khuất do sự đan xen của các chất khí hoặc xương trong ruột. Ngoài ra, trường quan sát của siêu âm hạn chế hơn so với CT và điều này gây khó khăn cho việc kiểm soát kim cũng như tiên lượng vị trí đường vào⁸. CT được lựa chọn ưu tiên hơn siêu âm đối với sinh thiết các tổn thương sau phúc mạc vì nó cho phép phân biệt các cấu trúc trong khoang sau phúc mạc tốt hơn, phân định tốt hơn các cấu trúc sau phúc mạc, đặc biệt là các mạch máu. Ngày nay, sinh thiết có hướng dẫn CT chủ yếu được thực hiện bằng kỹ thuật đồng trục, cho phép lấy được nhiều mảnh bệnh phẩm mà chỉ cần chọc qua da và giảm thiểu thời gian làm thủ thuật, sự khó chịu của bệnh nhân và nguy cơ biến chứng. Tỷ lệ di căn theo đường sinh thiết chưa phát hiện trong nghiên cứu do thời gian nghiên cứu ngắn, cần có đánh giá theo thời gian dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết khối u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp không cần can thiệp điều trị, tất cả các mẫu bệnh phẩm đều đạt yêu cầu làm giải phẫu bệnh và có kết quả mô bệnh học chẩn đoán bản chất khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahrar K, Javadi S.** Biopsy Devices and Techniques. In: Ahrar K, Gupta S, eds. Percutaneous Image-Guided Biopsy. Springer New York; 2014:1-17. doi:10.1007/978-1-4614-8217-8_1
2. **Clinical Value of CT-Guided Needle Biopsy for Retroperitoneal Lesions - PMC.** Accessed August 27, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088852/>
3. **Das C, Sengupta M, Mukhopadhyay M, Saha AK.** Critical clinical appraisal of the role of computed tomography-guided minimally invasive aspiration cytology in evaluation of retroperitoneal masses. Indian J Med Paediatr Oncol Off J Indian Soc Med Paediatr Oncol. 2014;35(1):60-65. doi:10.4103/0971-5851.133723
4. **Chojniak R, Isberner RK, Viana LM, Yu LS, Aita AA, Soares FA.** Computed tomography guided needle biopsy: experience from 1,300 procedures. Sao Paulo Med J Rev Paul Med. 2006;124(1):10-14. doi:10.1590/s1516-31802006000100003
5. **An JY, Heo JS, Noh JH, et al.** Primary malignant retroperitoneal tumors: Analysis of a single institutional experience. Eur J Surg Oncol EJSO. 2007;33(3):376-382. doi:10.1016/j.ejso.2006.10.019
6. **Schiavon LH de O, Tyng CJ, Travesso DJ, Rocha RD, Schiavon ACSA, Bitencourt AGV.** Computed tomography-guided percutaneous biopsy of abdominal lesions: indications, techniques, results, and complications. Radiol Bras. 2018;51(3):141-146. doi:10.1590/0100-3984.2017.0045
7. **Sainani NI, Arellano RS, Shyn PB, Gervais DA, Mueller PR, Silverman SG.** The challenging image-guided abdominal mass biopsy: established and emerging techniques "if you can see it, you can biopsy it." Abdom Imaging. 2013; 38(4):672-696. doi:10.1007/s00261-013-9980-0
8. **Marcu RD, Diaconu CC, Constantiu T, et al.** Minimally invasive biopsy in retroperitoneal tumors. Exp Ther Med. 2019;18(6):5016-5020. doi:10.3892/etm.2019.8020

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016-2021

Lê Quang Thăng¹, Nguyễn Quang Nghĩa², Ninh Việt Khải², Trần Minh Tuấn²,
Trần Hà Phương², Hoàng Tuấn², Trần Đình Dũng², Đỗ Hải Đăng²

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thăng

Email: lequangthang96@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phân biệt khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật ghép gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên các BN được phẫu thuật ghép gan từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2021 tại BV Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả nghiên cứu:** 71 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, trong đó 47 BN (66,2%) ghép gan do ung thư gan nguyên phát (UTGNP) và 24 BN (33,8%) do xơ gan (XG). Tuổi trung bình là 50±15,6 tuổi, tỉ lệ nam:nữ là 6,9:1. Tỉ lệ viêm gan ở nhóm xơ gan là

54,2% và nhóm UTGNP là 85,1%. Về kết quả sớm sau mổ, hầu hết các BN được rút NKQ trong 24h đầu sau mổ (71,8%). Thời gian nằm hồi sức trung bình là 4,9 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 29,2 ngày. Chất lượng gan ghép cải thiện tốt sau mổ, giá trị bilirubin và men gan (AST/ALT) ngày đầu lần lượt là 102,8 μ mol/l; 749/480U/l giảm xuống 24,5 μ mol/l; 34/43U/l tại thời điểm ra viện. Biến chứng ngoại khoa hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi (29,6%) và chảy máu trong ổ bụng (7%). Tỷ lệ thải ghép cấp là 5,6%. Tỷ lệ biến chứng độ 1 theo Dindo là 21,1%, có 5 trường hợp tử vong sớm sau mổ. **Kết luận:** Ghép gan là một phương pháp tương đối an toàn và hiệu quả và cần được khuyến khích phát triển tại các trung tâm lớn tại Việt Nam.

Từ khóa: ghép gan, xơ gan, ung thư gan nguyên phát, kết quả sớm.

SUMMARY

EARLY OUTCOME AFTER LIVER TRANSPLANT SURGERY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING 2016-2021

Objective: To evaluate early results after liver transplant surgery at Viet Duc University Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive longitudinal, retrospective, and prospective study on patients undergoing liver transplant surgery from January 2016 to December 2021 at Viet Duc University Hospital. **Results:** 71 patients were eligible to participate in the study, of which 47 patients (66.2%) had liver transplantation due to primary liver cancer and 24 patients (33.8%) due to cirrhosis. The mean age was 50 \pm 15.6 years old, the male-to-female ratio was 6.9/1. The rate of hepatitis in the cirrhosis group was 54.2% and in the primary liver cancer group was 85.1%. Regarding the early results after surgery, most of the patients were extubated in the first 24 hours after surgery (71.8%). The average length of stay at the resuscitation unit was 4.9 days. The mean hospital stay was 29.2 days. The quality of the transplanted liver improved well after surgery, the values of bilirubin and liver enzymes (AST/ALT) on the first day were 102.8 μ mol/l and 749/480U/l respectively and dropped to 24.5 μ mol/l and 34/43U/l at the time of discharge. The most common complications were pleural effusion (29.6%) and intra-abdominal bleeding (7%). The acute rejection rate was 5.6%. The rate of grade 1 complications Dindo's 21.1%. There were 5 cases of death after surgery. **Conclusion:** Liver transplant is a relatively safe and effective method and should be encouraged to develop in large centers in Vietnam.

Keywords: liver transplant, cirrhosis, primary liver cancer, early results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phương pháp thay thế gan bệnh bằng một phần hay toàn bộ gan lành từ người cho, chỉ định cho các BN xơ gan, UTGNP hoặc một số bệnh lý gan cấp và mạn tính. Phẫu thuật ghép gan là một trong những phương pháp điều trị mới, một thành tựu to lớn của y học trong thế

ki 20,21. Số ca ghép gan trên toàn thế giới tính đến hết năm 2019 đã đạt mốc 36000 ca¹. Chỉ định điều trị ghép gan ngày càng được chuẩn hóa, cập nhật thường xuyên, số lượng bệnh nhân được tiếp cận với phương pháp này ngày càng tăng và chất lượng cuộc sống cho người được ghép ngày càng được nâng cao. Cho đến nay kiến thức và kỹ thuật ghép gan tại Việt Nam đang ngày càng phát triển, hoàn thiện, được thực hiện thường quy tại nhiều trung tâm lớn và BV Hữu nghị Việt Đức là một trong những trung tâm đi đầu trong lĩnh vực ghép gan. Kết quả điều trị sau phẫu thuật ghép gan ngày càng cải thiện tuy nhiên số lượng bệnh nhân tăng dẫn đến xuất hiện một số biến chứng mới mà các nghiên cứu trong nước trước đây chưa ghi nhận, các biến chứng nặng sau phẫu thuật có thể ảnh hưởng tới khả năng sống của BN. Đặt ra yêu cầu cần có nghiên cứu thống kê, hệ thống và phân tích sâu hơn về đặc điểm bệnh nhân được ghép gan và các kết quả sớm sau mổ xảy ra sau ghép. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật ghép gan cũng như tính an toàn và các biến chứng thường gặp sau ghép gan.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các BN UTGNP và xơ gan được chỉ định và phẫu thuật ghép gan tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn từ năm 2016-2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Chỉ định ghép gan trên nhóm bệnh nhân UTGNP²:

- Tiêu chuẩn Milan: Một u <5cm hoặc <3 u kích thước <3cm.

- Tiêu chuẩn UCSF: Một u <6,5cm hoặc 2-3 u kích thước <4,5cm và tổng đường kính 3 khối không quá 8cm.

Chỉ định ghép gan trên nhóm bệnh nhân xơ gan²:

- BN xơ gan Child-Pugh B hoặc C hoặc điểm MELD \geq 15.

- Ở những BN có điểm MELD \leq 14, có thể chỉ định ghép gan dựa trên từng BN cụ thể và dựa trên các yếu tố gây ra bởi bệnh gan (ví dụ: xuất huyết do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, cổ chướng khó điều trị, bệnh não gan hoặc BN đã đặt TIPS).

- Các rối loạn hoặc biến chứng của xơ gan cần được điều trị ngay lập tức. Nếu chức năng gan được cải thiện thì chỉ định ghép gan sẽ được đánh giá lại.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các BN có bệnh lý tim mạch hô hấp nặng kèm theo, tình trạng hôn mê gan, có bệnh lý nhiễm trùng mạn tính.

2.2. Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, tiền sử viêm gan, nguyên nhân, hình thái ghép, thời gian rút ống, nằm hồi sức, thời gian cho ăn, lượng dịch mật qua các ngày, các chỉ số xét nghiệm sau mổ.

Các biến chứng ngoại khoa hay gặp: Chảy máu sau mổ, các biến chứng mạch máu: tắc, hẹp ĐM gan; tắc, hẹp TM cửa; hẹp TM trên gan, biến chứng đường mật: rò mật, hẹp đường mật; các biến chứng khác: tràn dịch màng phổi, bục vết mổ, áp xe sau mổ.

Biến chứng nội khoa: Toàn thân: nhiễm trùng, nhiễm virus, suy thận, suy hô hấp; liên quan chức năng mảnh ghép: không chức năng nguyên phát (KCNNP), suy chức năng nguyên phát (SCNNP)³; liên quan miễn dịch: thải ghép cấp.

Các biến chứng sau mổ theo phân loại của Dindo 2004⁴.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần

Bảng 2: Diễn biến dịch mật và xét nghiệm qua các ngày

Ngày	1	3	7	14	RV
Dịch mật (ml)	120,0 ± 127,2	193,4 ± 153,9	245,4 ± 175,5	291,8 ± 201,5	247,0 ± 138,4
AST (U/l)	749,3 ± 604,2	375,5 ± 392,2	165,6 ± 291,5	87,4 ± 129,1	34,1 ± 18,9
ALT (U/l)	480,5 ± 254,8	270,1 ± 189,7	150,0 ± 240,9	96,5 ± 213,0	43,5 ± 61,7
Tiểu cầu (G/l)	85,5 ± 41,9	74,1 ± 36,5	98,6 ± 51,7	225,5 ± 111,2	224,3 ± 110,2
PT %	64,6 ± 14,9	76,4 ± 17,2	85,6 ± 16,4	89,9 ± 14,2	96,0 ± 18,2
Bilirubin TP(μmol/l)	102,8 ± 141,5	66,4 ± 61,6	56,5 ± 51,0	32,6 ± 27,7	24,5 ± 26,9
Albumin (g/l)	33,9 ± 5,3	35,1 ± 5,0	37,6 ± 7,6	38,4 ± 7,3	37,2 ± 5,5

Lượng dịch mật tăng dần và đạt tối đa ở ngày thứ 14, sau đó giảm dần.

Chỉ số AST, ALT tăng cao nhất vào ngày đầu, số lượng tiểu cầu có xu hướng giảm thấp trong những ngày đầu nhưng tăng trở lại vào ngày thứ 4-5, Billirubin giảm dần và Albumin tăng dần trong những ngày sau ghép.

Bảng 3: Các biến chứng ngoại khoa

Chỉ tiêu	N (%)	Xử trí	N (%)
Chảy máu trong ổ bụng	5 (7%)	Mổ lại	4 (80%)
		Bảo tồn	1 (20%)
Hẹp, tắc động mạch gan	2 (2,8%)	Mổ lại	2 (100%)
		Nong đặt stent	0
Hẹp, tắc TM cửa	2 (2,8%)	Mổ lại	1 (50%)
		Nong đặt stent	1 (50%)
Hẹp, tắc TM gan	1 (1,4%)	Mổ lại	1 (100%)
		Nong đặt stent	0
Rò mật	4 (5,7%)	Mổ lại	1 (25%)
		Stent ngược	3 (75%)

mềm SPSS 20.0. Đối với các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến số liên tục được mô tả bằng trị số trung bình ± độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm từ 2016 - 2021, có 71 BN được phẫu thuật ghép gan tại BV Việt Đức. Trong đó có 17 BN được phẫu thuật ghép gan từ người cho sống và 54 BN ghép gan từ người cho chết não. Tuổi trung bình là 50±15,6 tuổi (từ 11 đến 74 tuổi), nam giới chiếm 87,3%. Trong đó có 24 BN (33,8%) bị xơ gan, 47 BN (66,2%) bị UTGNP. Hầu hết BN đều có tiền sử nhiễm virus viêm gan ở cả 2 nhóm xơ gan (54,2%) và UTGNP (85,1%).

Bảng 1: Các mốc thời gian sớm sau ghép

Chỉ tiêu	N (%)
Rút ống NKQ	Trong 24h 51 (71,8%)
	Sau 24h 20 (28,2%)
Thời gian nằm khoa hồi sức (ngày), mean ± SD	4,9 ± 2,3
Ngày cho ăn (ngày), mean ± SD	3,4 ± 1,4

		dòng	
Tràn dịch màng phổi	21 (29,6%)	Dẫn lưu màng phổi	14 (66,7%)
		Nội khoa	7 (33,3%)
Biến chứng khác		2 (2,8%)	

Biến chứng ngoại khoa hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi (29,6%), đứng thứ hai là chảy máu trong ổ bụng (7%).

Bảng 4: Các biến chứng nội khoa

Chỉ tiêu	N (%)	Xử trí
Hội chứng gan-thận, suy đa tạng	2 (2,8%)	Hồi sức tích cực
Gan ghép không chức năng	0	
Suy chức năng nguyên phát	2 (2,8%)	Hồi sức tích cực
Thải ghép tối cấp	0	
Thải ghép cấp	4 (5,6%)	Thuốc ƯCMTD, corticosteroid

Biến chứng thải ghép cấp gặp trên 4 BN chiếm 5,6%.

Bảng 5. Phân độ biến chứng và đánh giá kết quả ra viện

Chỉ tiêu		n	%
Phân độ biến chứng	Độ 1	15	21,1
	Độ 2	21	29,7
	Độ 3	25	35,2
	Độ 4	5	7,0
	Độ 5	5	7,0
Đánh giá kết quả khi ra viện	Tốt	66	93,0
	Xấu	5	7,0
Thời gian nằm viện trung bình		29,2 ± 10,5	

Theo phân độ biến chứng của Dindo, độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%), độ 5 chiếm 7%.

Bảng 6. Các trường hợp tử vong

BN	Chẩn đoán	Loại hình	Điểm MELD	Ngày xảy ra biến chứng	Nguyên nhân
1	XG	GGNCS	39	1	Chảy máu trong ổ
2	XG	GGNCCN	31	6	Tắc ĐM gan do nấm
3	XG	GGNCS	21	1	Hẹp TM cửa
4	UTGNP	GGNCCN	14	10	Nhiễm trùng đường mật
5	UTGNP	GGNCCN	19	13	Tắc ĐM gan, TM cửa do nấm

*GGNCS: Ghép gan người cho sống.

*GGNCCN: Ghép gan người cho chết não.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Diễn biến sau ghép. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Hầu hết các BN đều được rút ống nội khí quản trong vòng 24 giờ ngay sau ghép (71,8%). Thời gian nằm khoa hồi sức trung bình là 4,9 ngày. Việc rút ống NKQ sớm có ảnh hưởng lớn đến quá trình hồi phục sau ghép, giúp giảm ức chế do gây mê và góp phần chuyển bệnh nhân từ giai đoạn phẫu thuật đến giai đoạn hồi phục sau phẫu thuật, việc rút ống sớm không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của mảnh ghép sau 1 hoặc 3 năm⁵.

Lượng dịch mật qua dẫn lưu là dấu hiệu lâm sàng quan trọng trong theo dõi chức năng gan sau ghép, do gan là cơ quan chuyển hóa và bài tiết dịch mật. Số lượng dịch mật qua dẫn lưu mật tăng dần theo ngày, thể hiện chức năng gan dần hồi phục trong tuần đầu tiên sau đó sẽ đạt đỉnh tại thời điểm 14 ngày. Khi ruột đã có nhu động, lượng dịch mật được bài tiết đi xuống tá tràng nhiều hơn, do đó số lượng dịch mật sẽ giảm dần qua dẫn lưu.

Chỉ số AST, ALT là một yếu tố quan trọng để theo dõi và phát hiện sớm biến chứng trong quá

trình theo dõi sau ghép. Chỉ số AST, ALT tăng cao nhất vào ngày đầu sau ghép, sau giảm dần những ngày tiếp theo. Nguyên nhân có thể bao gồm hẹp đường mật sau mổ, thải ghép, bệnh gan tái phát, nhiễm khuẩn. Số lượng tiểu cầu có xu hướng giảm thấp trong những ngày đầu sau đó chỉ số này phục hồi dần 2 tuần sau ghép gan. Cơ chế của hiện tượng là do pha loãng máu, giảm sinh tiểu cầu, tăng kết tủa, nhiễm trùng, huyết khối. Tỷ lệ prothrombin là một yếu tố quan trọng trong theo dõi và đánh giá chức năng gan sau ghép, prothrombin giảm trong 3 ngày đầu nhưng tăng trở lại vào ngày thứ 4-5, do gan ghép đã bắt đầu được cung cấp máu và hoạt động trở lại, và ổn định đến lúc ra viện.

Bilirubin được chuyển hóa tại gan tại gan một phần nhờ chức năng tổng hợp Albumin. Bilirubin và albumin là các xét nghiệm để theo dõi chức năng gan cũng như các biến chứng về đường mật có thể xảy ra. Tăng bilirubin sau mổ có thể do nhiều cơ chế khác nhau, bao gồm hội chứng small-for-size (chức năng gan dưới nhu cầu), thải ghép cấp, ngộ độc thuốc. Xét nghiệm về bilirubin máu thường được kết hợp với theo dõi lượng dịch mật và dẫn lưu trên lâm sàng. Thông thường, nồng độ bilirubin tăng cao trong ngày đầu sau đó giảm dần khi gan hoạt động tốt. Tuy nhiên, bilirubin sẽ tăng cao trở lại từ ngày thứ 5-7 trong trường hợp thải ghép cấp. Xét nghiệm Albumin tăng dần qua các ngày và đạt ngưỡng bình thường tại thời điểm ra viện (trung bình 37,2g/l) chứng tỏ chức năng gan ghép dần hồi phục và ổn định.

4.2. Các biến chứng sớm. Biến chứng tràn dịch màng phổi là một biến chứng gặp nhiều nhất ở các BN sau ghép gan do nằm lâu và vận động hạn chế tại giường. BN thường có tràn dịch màng phổi cả 2 bên, bên phải nhiều hơn bên trái. Một số trường hợp có thể không cần can thiệp, hoặc chỉ cần chọc hút. Tuy nhiên, nếu tràn dịch màng phổi nhiều, gây ảnh hưởng đến hô hấp và chỉ số sinh tồn thì phải chỉ định dẫn lưu màng phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 66,7% trường hợp tràn dịch phải dẫn lưu màng phổi bên phải hoặc cả 2 bên.

Biến chứng chảy máu sau mổ gặp trong 7% các BN ghép gan, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong sau mổ⁶. Có 3 BN phải mổ lại, trong đó có 2 BN có chức năng đông máu kém sau ghép, máu chảy từ các tổ chức cạnh diện cắt, 1 BN chảy máu từ nhánh mạch nuôi của tuyến thượng thận phải. Không có trường hợp nào tử các miệng nối mạch máu. Các yếu tố nguy cơ của chảy máu sau mổ bao gồm suy gan,

xơ gan, ứ mật và lách to. Một số yếu tố trong mô như miệng nổi mạch máu, chày máu diện cắt do kĩ thuật cũng thường gặp.

Có 4 BN (5,7%) có biến chứng rò mật, trong đó 3 BN được can thiệp đặt stent đường mật qua nội soi, 1 BN phải can thiệp mổ lại làm lại miệng nổi đường mật. Biến chứng đường mật là biến chứng ngoại khoa thường gặp, do nhiều nguyên nhân khác nhau: thiếu máu đường mật, kĩ thuật mổ, nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi dẫn lưu Kehr được đặt qua miệng nổi được mật được áp dụng cho tất cả các BN trong nghiên cứu, nhằm giảm áp đường mật, theo dõi dịch mật. Tuy nhiên vấn đề này vẫn còn đang được tranh luận do DL Kehr có thể gây xơ nhầy dọc ống và biến chứng sau rút Kehr có thể gặp trên lâm sàng.

Có 2 BN (2,8%) có hẹp tắc tĩnh mạch cửa trong đó có 1 BN có kèm theo hẹp tắc động mạch gan do nguyên nhân nhiễm nấm trong quá trình nằm hồi sức; 1 BN đã được đặt stent tĩnh mạch cửa tuy nhiên hậu quả gây suy gan, hội chứng gan thận, suy đa tạng, 2 BN này sau đó đã tử vong. Có 2 BN (2,8%) có hội chứng gan-thận, suy đa tạng là hậu quả của hẹp tắc các động mạch gan đã nêu ở trên đều có kết quả xấu.

Trong các biến chứng về chức năng mảnh ghép, có 2 BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy chức năng nguyên phát khi AST tăng đến 6000U/l và ALT tăng đến 3000U/l trong ngày đầu, không có BN nào không chức năng nguyên phát. Để chẩn đoán xác định KCNNP và SCNNP nhiều lúc khó khăn và phương pháp điều trị khác nhau. Gan KCNNP thì có chỉ định ghép lại gan, còn SCNNP có thể điều trị nội khoa. Một số phương pháp được đề xuất để chẩn đoán KCNNP như BC đa nhân và tế bào biểu mô trong dịch mật được đưa ra, tuy nhiên vẫn chưa có chẩn đoán xác định cho biến chứng này. Một số biện pháp được đề xuất như lựa chọn người cho, rút ngắn thời gian thiếu máu, shunt cửa chủ đã được đề xuất nhằm giảm tỉ lệ này³.

Thải ghép cấp là một biến chứng cần được xác định sớm và có phương pháp điều trị kịp thời, tránh gây ảnh hưởng đến chức năng gan ghép. Với sự phát triển của thuốc ức chế miễn dịch, tỉ lệ thải ghép đã giảm đi tuy nhiên tỉ lệ thải ghép cấp vẫn còn từ 15-25%. Hầu hết thải ghép cấp đều xảy ra trong tháng đầu tiên, tuy nhiên cũng có thể xảy ra muộn hơn, sau 90 ngày từ ngày đầu ghép. Hầu hết các trường hợp thải ghép cấp liên quan đến nồng độ thuốc ức chế miễn dịch thấp trong máu. Ở trong nghiên cứu chúng tôi có 4 BN (5,6%) thải ghép cấp được

chẩn đoán xác định bằng sinh thiết gan, được điều trị bằng cách tăng liều ức chế miễn dịch và sử dụng corticosteroid⁷. Trong nghiên cứu này chưa có trường hợp nào thải ghép kháng corticosteroid.

Thời gian nằm viện trung bình của BN trong nghiên cứu là 29,2 ngày. Sau phẫu thuật 93% BN ra viện ổn định, không có biến chứng kèm theo và có 5 BN (7%) tử vong.

Các BN có biến chứng độ 3 theo phân loại Dindo chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%), hầu hết là các BN phải dẫn lưu màng phổi hoặc mổ lại và sau đó ổn định. Các BN độ 4 là các BN phải mổ lại và có tình trạng diễn biến phải điều trị tại khoa hồi sức tích cực kéo dài, tuy nhiên kết quả khi ra viện BN ổn định và có thể sinh hoạt bình thường.

Có 5 BN tử vong trong giai đoạn sớm sau mổ: 1 BN bị chảy máu không cầm do rối loạn đông máu do xơ gan nặng và tử vong ngay trên bàn mổ, 1 BN do hẹp TMC, 1 BN tử vong do sốc nhiễm trùng và 2 BN tắc động mạch gan do nhiễm nấm trong quá trình nằm hồi sức. Nguyên nhân nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến kết quả xấu với các BN, việc đảm bảo vô khuẩn trong phẫu thuật và quá trình chăm sóc sau mổ là rất quan trọng để giảm thiểu các biến chứng không mong muốn. Theo Fabio Baganate, 11,6% số ca tử vong sớm xảy ra trong 48 giờ đầu tiên sau mổ liên quan nhiều đến yếu tố phẫu thuật; nhiễm trùng là nguyên nhân gây tử vong phổ biến trong giai đoạn sớm sau mổ (trong thời gian nằm viện đầu tiên sau mổ). Khoảng một nửa số ca tử vong trong năm đầu tiên sau ghép gan nằm trong thời gian sớm sau mổ cho thấy sự ảnh hưởng của tỉ lệ tử vong trong giai đoạn sớm và kết quả sống thêm sau 1 năm của các BN ghép gan⁸.

V. KẾT LUẬN

Ghép gan là phương pháp duy nhất để điều trị triệt để cho những BN bị bệnh gan giai đoạn cuối, là một phương pháp tương đối an toàn và hiệu quả, mang lại lợi ích sống còn cho BN. Tuy nhiên đây là phẫu thuật mang tính xâm lấn cao và có nhiều biến chứng trong và sau quá trình phẫu thuật. Việc hiểu rõ các kết quả sớm sau phẫu thuật ở những BN ghép gan là việc rất quan trọng và cần thiết, từ đó đưa ra các hướng quản lý tốt nhất cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. United Network for Organ Sharing Organ Procurement and Transplantation Network (2021)
2. Martin P, DiMartini A, Feng S, Brown R,

- Fallon M.** Evaluation for liver transplantation in adults: 2013 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation. *Hepatology*. 2014;59(3):1144-65
3. **Uemura T, Randall HB, Sanchez EQ, et al.** Liver retransplantation for primary nonfunction: analysis of a 20-year single-center experience. *Liver transplantation: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*. 2007;13(2):227-233.
4. **Dindo D., Demartines N., Clavien P.A.** (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*, 240(2), 205-213
5. **Mandell MS, Han Y.** Pro: Early extubation after liver transplantation. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2007;21:752-5
6. **Liang TB, Bai XL, Li DL, Li JJ, Zheng SS.** Early postoperative hemorrhage requiring urgent surgical reintervention after orthotopic liver transplantation. *Transplantation proceedings*. 2007;39(5):1549-1553
7. **Wiesner RH, Demetris AJ, Belle SH, et al.** Acute hepatic allograft rejection: incidence, risk factors, and impact on outcome. *Hepatology (Baltimore, Md)*. 1998;28(3):638-645
8. **Baganate F, Beal EW, Tumin D, et al.** Early mortality after liver transplantation: Defining the course and the cause. *Surgery*. 2018;164(4):694-704. doi:10.1016/j.surg.2018.04.039

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ BẰNG PHẪU THUẬT LONGO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Tuyên¹, Trần Bảo Long¹, Trần Ngọc Dũng¹,
Luu Quang Dũng¹, Nguyễn Đức Phan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiền cứu trên 73 bệnh nhân chẩn đoán bệnh trĩ được phẫu thuật bằng phương pháp Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ 01/07/2021 đến 30/06/2022. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ trên 20 phút đến 50 phút, thời gian phẫu thuật trung bình chung là $39,25 \pm 8,19$. Tỷ lệ mổ cấp cứu là 20,5%. Sau mổ, chiếm đa số là bệnh nhân đau ở mức 6/10 theo thang điểm VAS với 63%, chỉ có 3 bệnh nhân đau ở mức 7/10 chiếm 4,1%, không có bệnh nhân đau từ 8 điểm trở lên. Thời gian dùng thuốc giảm đau chủ yếu là 2 ngày với 66 bệnh nhân chiếm 90,4%, tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ là 1,4%. Sau 3 tháng phẫu thuật, có 13,7% bệnh nhân có nếp da thừa và 2,7% bệnh nhân có hẹp nhẹ hậu môn. **Kết luận:** Phẫu thuật Longo là một phương pháp điều trị trĩ an toàn, hiệu quả nếu có sự chọn lọc bệnh nhân kỹ.

Từ khóa: phẫu thuật longo, trĩ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS OF LONGO SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of Longo surgery at Hanoi Medical University Hospital.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tuyên

Email: xuantuyenhb94@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

Subjects and methods: prospective study on 73 patients diagnosed with hemorrhoids operated by Longo method at Hanoi Medical University Hospital during the period from 01/07/2021 to 30/06/2022. **Results:** The majority of patients had surgery time from over 20 minutes to 50 minutes, the overall average surgery time was 39.25 ± 8.19 . The rate of emergency surgery was 20.5%. After surgery, the majority of patients had pain at 6/10 according to the VAS scale with 63%, only 3 patients had pain at 7/10, accounting for 4.1%, no patients had pain of 8 points or more. The duration of pain medication was mainly 2 days with 66 patients accounting for 90.4%, the rate of postoperative bleeding complications was 1.4%. After 3 months of surgery, 13.7% of patients had excess skin folds and 2.7% of patients had mild anal stenosis. **Conclusion:** Longo surgery is a safe and effective hemorrhoid treatment with careful patient selection. **Keywords:** longo surgery, hemorrhoids, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ khá thường gặp, tỷ lệ gặp từ 35 - 50% dân số tùy theo từng báo cáo, là bệnh đứng đầu trong các bệnh lý hậu môn - trực tràng. Theo Đinh Văn Lực bệnh trĩ chiếm 85% các bệnh lý ngoại khoa vùng hậu môn trực tràng¹. Có nhiều phương pháp điều trị, khác nhau tùy theo mức độ và triệu chứng từ: điều chỉnh chế độ vệ sinh, ăn uống, chế độ làm việc, dùng thuốc đông, tây y toàn thân, tại chỗ, các thủ thuật điều trị trĩ (tiêm xơ, thắt vòng cao su...) đến phẫu thuật. Một số phương pháp thường được sử dụng: Milligan-Morgan, phẫu thuật Longo, triệt mạch trĩ dưới siêu âm