

KẾT QUẢ SỚM SAU MỔ CẮT GAN LỚN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải¹, Hồ Trọng Thương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt gan lớn điều trị ung thư tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 52 Bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan lớn tại trung tâm ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019, có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 50,3 ± 12,9, tỷ lệ nam/nữ là 5/1, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm gan B và hoặc C là 38,5%. Bệnh nhân đi khám vì sờ thấy khối u bụng chỉ có 9,6%. AFP huyết thanh > 200ng/ml chiếm 53,8%. Đường mổ bụng được sử dụng phổ biến trong nghiên cứu là đường chữ J dưới sườn phải chiếm tỷ lệ 86,5%. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 36,5%, Ổ dịch tồn dư có tỉ lệ 24 % là biến chứng thường gặp nhất. Không có bệnh nhân nào chảy máu và suy gan sau mổ. Tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ) 0%. Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu là 14 ± 8,2 ngày. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về ảnh hưởng của bilirubin toàn phần (< 20 và ≥ 20 mmol/ml), albumin (< 35 và ≥ 35g/l), prothrombin% (<65 và ≥ 65%), tiểu cầu (< 100 và ≥ 100 G/l), số lượng u (≤ 2 u và > 2 u), truyền máu trong và hoặc sau mổ đến tỉ lệ có biến chứng hoặc không có biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Cắt gan lớn điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được thực hiện an toàn, không có bệnh nhân tử vong sau mổ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, phẫu thuật cắt gan lớn.

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF MAJOR LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the early outcome of major liver resection to treat the patients with hepatocellular carcinoma. **Patients and methods:** Retrospective cross-sectional study of 52 patients with hepatocellular carcinoma were performed major liver resection in Viet Duc hospital from 1/2015 to 12/2019. **Results:** The average age 50,3 ± 12,9 years old, the male/female ratio: 5/1, hepatitis B or and C 38,5%. Patients admitted to the hospital because of palpable mass accounting for only 9,6%. AFP > 200 ng/ml 53,8%. The most common incision was J shaped incision on the right subcostal region accounting for

86,5%. The overall postoperative complications rate: 36,5%; Residual fluid collection 24% which was the most common complication. There was no patient suffering postoperative bleeding and liver failure. Postoperative 1- month mortality rate 0%. The mean hospital stay: 14 ± 8,2 days. There was no statistically significant difference ($p > 0.05$) of the postoperative complications between of total bilirubin (< 20 and ≥ 20 mmol/ml), albumin (< 35 and ≥ 35 g/l), prothrombin% (<65 and 65%), platelets (<100 and 100 G/l), tumor count (≤ 2 tumors and > 2 tumors), intraoperative and or postoperative blood transfusion. **Conclusion:** Major liver resection for hepatocellular carcinoma is safe and mortality rate 0%.

Keywords: Major liver resection, hepatocellular carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là tổn thương ác tính thường gặp thứ năm, nguyên nhân gây tử vong do ung thư thứ ba trên thế giới. Cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và triệt căn đối với ung thư biểu mô tế bào gan [1]. Cắt gan lớn là cắt từ ba hạ phân thủy (PT) liên kế nhau trở lên [2], [3]. Cắt gan lớn điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thường được chỉ định cho những khối u có kích thước lớn, khối u nằm sát các mạch máu lớn như tĩnh mạch (TM) cửa phải (P) hoặc trái (T), thân chính các TM gan [4]. Do ung thư biểu mô tế bào gan thường xuất hiện trên nền gan bệnh lý (xơ gan, gan nhiễm mỡ...) nên chỉ định cắt gan lớn cần được cân nhắc và xem xét kỹ lưỡng các yếu tố; chức năng gan trước mổ, mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa, thể tích phần gan còn lại và mức độ cắt bỏ liên quan đến tính triệt căn của phẫu thuật... nhằm giảm nguy cơ biến chứng sau mổ đặc biệt là suy gan, nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sau mổ. Gần đây, với những tiến bộ về kỹ thuật, trang thiết bị phẫu thuật và gây mê hồi sức đã giúp tỉ lệ tử vong sau mổ cắt lớn giảm rõ (5-10%) tuy nhiên tỉ lệ biến chứng vẫn cao (30% đến gần 50%) [2], [4], [5]. Tại Việt Nam, những nghiên cứu về kết quả cắt gan lớn điều trị ung thư gan nguyên phát nói chung đã được Trịnh Hồng Sơn và cộng sự thông báo với tỉ lệ tử vong 0% nhưng biến chứng sau mổ 65,5% (đa phần là biến chứng độ 1 theo Dindo, tràn dịch màng phổi và hoặc cổ chướng) [6]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt gan lớn điều trị ung thư tế bào gan.*

¹Bệnh viện Việt Đức

²Bệnh viện Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 3.4.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan lớn tại trung tâm ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019, có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử can thiệp mạch: nút động mạch gan hoá chất (Transarterial chemotherapy – TACE), nút tĩnh mạch (TM) cửa phải (Portal vein embolization – PVE). Các chỉ số xét nghiệm máu: tiểu cầu, prothrombin%, bilirubin toàn phần, alpha fetoprotein (AFP) Đặc điểm u trên phim cắt lớp vi tính (CT) và hoặc cộng hưởng từ (MRI): kích thước khối u, số lượng u, huyết khối TM cửa.

- Đặc điểm quá trình phẫu thuật: Đường mổ, thời gian phẫu thuật, kiểu kiểm soát mạch máu, hình thái cắt gan lớn, cắt túi mật.

- Kết quả sớm sau mổ: chảy máu sau mổ, áp xe tồn dư, rò mật, ổ tụ dịch, cổ trướng sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, suy gan sau mổ, tử vong sau mổ, phân độ biến chứng theo Dindo. Thời gian dẫn lưu, thời gian nằm viện, truyền máu sau mổ.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sớm

2.2.3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu với phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2015 đến 12/2019 có 52 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được cắt gan lớn tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi	50,3 ± 12,9 (nhỏ nhất: 23, lớn nhất: 67)
Nam/ Nữ	5/1
BMI > 25	8 (13,4%)
TACE đơn thuần	24 (46,2%)
TACE + PVE	3 (5,8%)
Sờ thấy u gan	5 (9,6%)
Viêm gan B và hoặc C	20 (38,5%)
Child – Pugh A	52 (100%)
Tiểu cầu < 100 G/l	2 (3,8%)
Prothrombin % < 65%	3 (5,7%)
Bilirubin toàn phần > 17,1 mmol/ml	12 (23,1%) lớn nhất: 28,8 mmol/l
AFP > 200 ng/ml	28 (53,8%)
Chụp CT và hoặc MRI	
- Kích thước u	8,2 ± 6,7cm (nhỏ nhất: 2,6, lớn nhất 13,4)
- 1 khối u	

- ≥ 2 khối u	41 (78,8%)
- Huyết khối TM cửa P hoặc T	11 (21,2%) 4 (7,7%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 50,3 tuổi, trong đó tỉ lệ nam/nữ: 5/1. TACE đơn thuần có 24 bệnh nhân chiếm 46,2%, TACE kết hợp PVE có 3 bệnh nhân chiếm 5,8%. AFP > 200 ng/ml có 28 bệnh nhân chiếm 53,8%, kích thước u trung bình là 8,2 cm, có 4 bệnh nhân có huyết khối nhánh P hoặc T TM cửa chiếm 7,7%.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Một số đặc điểm trong phẫu thuật cắt gan lớn

Đường mổ	Chữ J bên P	(86,5%)
	Mercedes	(5,8%)
	Trắng giữa trên dưới rốn	(7,7%)
Cắt túi mật, luồn sond cổ túi mật	44 (84,6%)	
Kiểm soát mạch máu	Cặp cuống gan P hoặc T tương ứng liên tục	22 (42,3%)
	Cặp cuống gan toàn bộ cách quãng	30 (57,7%)
Hình thái cắt gan lớn	Cắt gan P	23 (44,2%)
	Cắt gan T	14 (26,8%)
	Cắt gan T + hạ PT 1	5 (9,6%)
	Cắt gan trung tâm	5 (9,6%)
	Cắt gan PT sau + hạ PT 5	5 (9,6%)

Nhận xét: Đường mổ chữ J bên P là chủ yếu chiếm 86,5%, cắt túi mật và luồn sonde ống cổ kiểm tra rò mật chiếm 84,6%. Cắt gan P chiếm 44,2%, cắt gan T kèm hạ PT 1 chiếm 9,6%. Cắt PT sau + hạ PT 5 chiếm 9,6%.

3.3. Kết quả sớm sau mổ

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ cắt gan lớn

Biến chứng sau mổ	Tràn dịch màng phổi	12 (23,1%)
	Cổ trướng	6 (11,5%)
	Ổ dịch tồn dư	13 (24,0%)
	Nhiễm trùng vết mổ	3 (5,8%)
	Chảy máu	0 (0%)
	Suy gan	0 (0%)
	Tử vong sau mổ	0 (0%)
Phân độ biến chứng theo Dindo	Không biến chứng	33 (63,5%)
	Độ 1	18 (34,6%)
	Độ 2	1 (1,9%)
	Độ 3, 4, 5	0 (0%)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	14 ± 8,2 (nhỏ nhất: 7, lớn nhất: 40)	
Thời gian rút hết dẫn lưu sau mổ (ngày)	10,71 ± 6,38 (nhỏ nhất 5, lớn nhất: 39)	
Truyền máu trong và hoặc sau mổ	3 (5,7%)	

Nhận xét: Không có bệnh nhân bị suy gan sau mổ, không có bệnh nhân tử vong sau mổ. Tỷ lệ biến chứng theo phân độ Dindo là 36,5% trong đó đa phần là biến chứng độ 1. Truyền máu trong và hoặc sau mổ ở 3 bệnh nhân chiếm 5,7%.

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng sau mổ

Các yếu tố		Biến chứng		P
		Không	Có	
Bilirubin toàn phần (mmol/l)	< 20 (n=45)	66,7%	33,3%	p*=0,4
	≥ 20 (n=7)	42,9%	57,1%	
Albumin (g/l)	< 35	87,5%	12,5%	p*=0,232
	≥ 35	59,1%	40,9%	
Tiểu cầu (G/l)	< 100	50,0%	50,0%	p*=1,00
	≥ 100	64,0%	36,0%	
Prothrombin%	< 65	62,5%	37,5%	p*=1,00
	≥ 65	63,6%	36,4%	
Số lượng u	≤ 2 u	65,9%	34,1%	p*=0,50
	> 2 u	54,5%	45,5%	
Truyền máu trong mổ và sau mổ	Có truyền	0,0%	100,0%	p*=0,129
	Không truyền	66,0%	34,0%	

(p*: kiểm định Fisher)

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về ảnh hưởng của bilirubin toàn phần (< 20 và ≥ 20 mmol/ml), albumin (< 35 và ≥ 35 g/l), prothrombin% (< 65 và ≥ 65%), tiểu cầu (< 100 và ≥ 100 G/l), số lượng u (≤ 2 u và > 2 u), truyền máu trong và hoặc sau mổ đến tỷ lệ có biến chứng hoặc không có biến chứng sau mổ (dựa theo phân độ biến chứng Dindo).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 BN ung thư biểu mô tế bào gan được cắt gan lớn, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $50,3 \pm 12,9$ tuổi, Không có trường hợp nào bilirubin máu toàn phần > 34 mmol/l, bilirubin toàn phần lớn nhất trong nghiên cứu là 28,8 mmol/l là trường hợp được cắt gan T. Theo Miyagawa thì bilirubin toàn phần > 34 mmol/l (BN không tắc mật) là chống chỉ định cắt gan, 27,4 – 34mmol/l chỉ cắt bỏ u, 18,8 – 25,6 mmol/l chỉ cắt gan nhỏ ở mức PT, hạ PT [7]. AFP là chất chỉ điểm của ung thư biểu mô tế bào gan, tuy nhiên AFP > 20 ng/ml thì độ nhạy chẩn đoán chỉ là 60% và AFP > 200 ng/ml thì độ nhạy giảm xuống chỉ còn 22%. Ở những BN có AFP tăng trước mổ thì AFP có giá trị tiên lượng và đánh giá kết quả điều trị cũng như theo dõi tái phát sau mổ. Trong nghiên cứu AFP > 200 ng/ml chiếm

53,8% là thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh AFP > 200 ng/ml có tỷ lệ 70,4%.

Lựa chọn đường mổ đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật cắt gan đặc biệt là cắt gan lớn. Đường mổ cần đảm bảo bộc lộ rõ và giúp xử trí tổn thương được dễ dàng, tuy nhiên cần tránh mở rộng quá mức cần thiết – đường mổ rộng ảnh hưởng đến đau sau mổ, biến chứng sau mổ và tính thẩm mỹ. Tùy vào kích thước, vị trí u cũng như hình thái cắt gan dự kiến và đặc điểm thành bụng (gầy, béo, bè rộng hay thon nhỏ) mà có thể lựa chọn đường mổ khác nhau như đường dưới sườn hai bên kèm đường giữa mở rộng về mũi ức (đường Mercedes), đường chữ J bên P, đường dưới sườn P, đường trắng giữa trên có hoặc không mở rộng dưới rốn hoặc đường ngực bụng bên P. Trịnh Hồng Sơn trong nghiên cứu năm 2017 thì tỷ lệ sử dụng đường mổ Mercedes là 65,5% [6]. Chúng tôi thường áp dụng đường chữ J bên P để thay thế cho đường mổ Mercedes khi thực hiện cắt gan lớn hoặc cắt các PT, hạ PT của gan P cũng như cắt gan hạ PT 1, đường mổ này chiếm 86,5% trong nghiên cứu. Đường chữ J bên P giúp bộc lộ gan khá tốt và tránh việc mở thêm đường dưới sườn bên T trong cắt gan lớn.

Việc kiểm soát cuống gan giúp hạn chế việc mất máu trong mổ, chúng tôi phẫu tích cuống Glisson gan P hoặc trái rồi cặp liên tục chiếm 57,7%; hoặc kiểm soát cuống gan toàn bộ và cặp cách quãng 15 phút rồi mở trong 5 phút trước khi cặp tiếp lần sau chiếm 42,3%. Tỷ lệ truyền máu trong và hoặc sau mổ trong nghiên cứu là 5,7%.

Khi thực hiện cắt gan lớn, hai nguy cơ thường được nói đến là mất máu trong mổ và suy gan sau mổ. Các biến chứng sau mổ và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi tương đương và thấp hơn các nghiên cứu được công bố về cắt gan lớn do ung thư tế bào gan. Lựa chọn bệnh nhân để cắt gan lớn do ung thư biểu mô tế bào gan được đánh giá cẩn thận, 100% bệnh nhân được phẫu thuật Child A, không có bệnh nhân Child B hoặc C. Trong 52 BN có 3 BN được can thiệp TACE và PVE trước phẫu thuật nhằm phi đại thể tích gan còn lại đủ tiêu chuẩn cắt gan. Đồng thời, trong quá trình phẫu thuật cắt nhu mô gan, 3 BN được TACE và PVE và những BN có bilirubin toàn phần > 17,4 mmol/l chúng tôi đều chỉ thực hiện cặp cuống gan P hoặc T mà không cặp toàn bộ cuống gan nhằm tránh gây thiếu máu phần gan để lại giúp hạn chế tối đa các yếu tố dẫn đến suy gan sau mổ. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất trong

nguyên cứu của chúng tôi là ổ dịch tồn dư và tràn dịch màng phổi, trong đó đa phần là mức độ nhẹ không cần chọc hút dịch, không có BN nào suy gan sau mổ. Dựa theo phân loại biến chứng của Dindo, tỉ lệ biến chứng sau mổ 36,5% tương đương với các nghiên cứu trên thế giới, đa phần thuộc biến chứng độ 1 đều được điều trị nội khoa ổn định. Đồng thời, tỉ lệ biến chứng nặng (độ 3a trở đi) trong nghiên cứu của chúng tôi không có và tỉ lệ tử vong sau mổ 0% cho thấy phẫu thuật cắt gan lớn được thực hiện an toàn.

V. KẾT LUẬN

Cắt gan lớn điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được thực hiện an toàn, không có bệnh nhân tử vong sau mổ. Lựa chọn bệnh nhân trước mổ và thực hiện các kĩ thuật kiểm soát cuống thích hợp giúp giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marrero, J.A., et al.,** Diagnosis, Staging, and Management of Hepatocellular Carcinoma: 2018

Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology, 2018. 68(2): p. 723-750.

2. **Lang, B.H., et al.,** Perioperative and long-term outcome of major hepatic resection for small solitary hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. Arch Surg, 2003. 138(11): p. 1207-13.
3. **Mullen, J.T., et al.,** Hepatic insufficiency and mortality in 1,059 noncirrhotic patients undergoing major hepatectomy. J Am Coll Surg, 2007. 204(5): p. 854-62; discussion 862-4.
4. **Capussotti, L., et al.,** Major liver resections for hepatocellular carcinoma on cirrhosis: early and long-term outcomes. Liver Transpl, 2004. 10(2 Suppl 1): p. S64-8.
5. **Pamecha, V., et al.,** Major Liver Resection for Large and Locally Advanced Hepatocellular Carcinoma. Indian J Surg, 2017. 79(4): p. 326-331.
6. **Trịnh Hồng Sơn, N.V.K., Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Tiến Quyết,** Cắt gan lớn có cấp kiểm soát chọn lọc cuống gan trong điều trị ung thư gan nguyên phát. Tạp chí Y dược học lâm sàng 108, 2017. tập 12(3): p. 115-120.
7. **Miyagawa, S., et al.,** Criteria for safe hepatic resection. Am J Surg, 1995. 169(6): p. 589-94.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA SỎI TRONG GAN CÓ SỬ DỤNG NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT BẰNG ỐNG MỀM

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

- **Mục tiêu nghiên cứu:** NC tiến cứu trên 31 trường hợp phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi trong gan và các biến chứng của sỏi trong gan: apxe gan đường mật, chảy máu đường mật (CMĐM), hẹp đường mật... có sử dụng nội soi đường mật (NSĐM) bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực (TSDTL). Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sỏi trong gan và các biến chứng do sỏi, các chỉ định cắt gan và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan có NSĐM trong mổ. - **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Tất cả những trường hợp được chẩn đoán sỏi trong gan và/hoặc các biến chứng của sỏi trong gan, được điều trị phẫu thuật cắt gan tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, BV Việt Đức có sử dụng NSĐM bằng ống soi mềm. - **Phương pháp NC:** Phương pháp mô tả tiến cứu. - **Kết quả nghiên cứu:** + Có 31 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC trong đó nữ 24 BN (77,4%), nam 7 BN (22,6%), tuổi TB 44,5 ± 12,7 (từ

18-73 t). Có 28/31 BN (90,3%) làm nghề nông và ở nông thôn, 3 BN (9,7%) ở thành thị. Có 14/31 BN (45,2%) đã mổ mật - 1 lần; 38,7% có tiền sử (TS) giun chui ống mật. Triệu chứng lâm sàng: 45,1% đau DSP, sốt, vàng da từng đợt, 25,8% đau DSP và vàng da, 25,8% đau DSP, 3,3% đau DSP và sốt. Xét nghiệm BC > 10.000/1mm³ chiếm 14/31 BN (45,2%); 100% VSS tăng, 14/31 BN (45,2%) bilirubine tăng. 100% là sỏi OMC phối hợp với sỏi trong gan hoặc sỏi gan đơn thuần. Cây mật có 71,0% có VK. Có 23/31 BN (74,2%) chỉ định cắt gan có liên quan đến hẹp đường mật tử ống gan, PT, HPT. 14/31 BN (45,1%) cắt gan có liên quan đến apxe gan đường mật. 22/31 BN (71,0%) cắt thùy gan trái, 1 BN cắt thùy gan giữa, 1 BN cắt gan trái, 1 BN cắt gan trái mở rộng sang phần thùy trước (PTT), 6 BN cắt hạ phần thùy (HPT), (3 BN HPTIII, 3 BN HPTVIII). Có 4 BN cắt gan do chảy máu đường mật (CMĐM) phối hợp với apxe gan đường mật. Chụp đường mật qua kehr tỷ lệ sạch sỏi 24/31 BN (77,42%), 7 BN còn sỏi trong gan (1 BN còn sỏi PTT, 1 BN còn sỏi PTS, 5 BN còn sỏi ở HPT). + Không có TV trong và sau mổ: + Biến chứng: 4/31 BN (12,9%) trong đó 2 BN apxe dưới hoành, rò mật được luồn sond hút và điều trị nội, 1 BN chảy máu mòm cắt gan mổ lại khâu cầm máu. 1 BN tắc ruột sớm sau mổ. - **Kết luận:** + Phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi trong gan và/ hoặc các biến chứng do sỏi có sử dụng NSĐM

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 4.4.2023