

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT GAN THEO TÔN THẤT TÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Huỳnh Thanh Long¹, Nguyễn Mạnh Khiêm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) (hepatocellular carcinoma - HCC) là một bệnh lý ác tính có tần suất mắc bệnh cao ở thời điểm hiện tại. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã triển khai phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng điều trị ung thư gan từ năm 2010. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu báo cáo tổng kết về kết quả sớm những trường hợp cắt gan tại đây. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán là UTBMTBG đã được cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Có 48 BN được đưa vào nghiên cứu. Cắt gan nhỏ chiếm đa số 81,3%, cắt gan lớn chiếm 18,7%. Thời gian mổ trung bình $109,2 \pm 52,2$ phút. Máu mất trung bình $109,2 \pm 52,2$ ml. Thời gian nằm viện trung bình là $13,4 \pm 3,5$ ngày, thời gian rút hết dẫn lưu trung bình là $9,3 \pm 3,5$ ngày. Biến chứng sau mổ thường gặp là tràn dịch màng phổi (10,4%) và được điều trị nội khoa hoàn toàn. **Kết luận:** Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho những kết quả khả quan với lượng máu mất và tỉ lệ tai biến thấp, thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan, phương pháp Tôn Thất Tùng

SUMMARY

TECHNICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF LIVER RESECTION BY THE TON THAT TUNG METHOD TO TREAT HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Background: Hepatocellular carcinoma (HCC) is a malignant disease with a high incidence at present. Nguyen Tri Phuong Hospital has performed liver resection with Ton That Tung method to treat liver cancer since 2010. However, there has been no study to summarize the early results of liver resection cases here. **Subjects and methods:** Retrospective study of patients diagnosed with HCC who underwent liver resection with Ton That Tung method at Nguyen Tri Phuong Hospital from June 2015 to June 2022. **Results:** 48 patients were included in the study. Small liver resection accounted for the majority of 81.3%, and large liver resection accounted for 18.7%. The average operating time was 109.2 ± 52.2 minutes. The average blood loss was 109.2 ± 52.2 ml. The mean hospital stay was 13.4 ± 3.5 days, the mean

drain time was 9.3 ± 3.5 days. The most common postoperative complication was pleural effusion (10.4%) which was treated completely medically. **Conclusion:** Early results of liver resection for HCC at Nguyen Tri Phuong hospital gave positive results with low blood loss and complication rate, average hospital stay was 13 days.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, liver resection, Ton That Tung method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) (hepatocellular carcinoma - HCC) chiếm tỉ lệ lớn 89% trong Ung thư gan nguyên phát¹, là một bệnh lý ác tính có tần suất mắc bệnh cao ở thời điểm hiện tại.

Tại Việt Nam, theo thống kê mới nhất năm 2020 của Trung tâm Quốc tế Nghiên cứu Ung thư (IARC) - Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) cũng cho thấy UTG là một bệnh lý ác tính rất phổ biến: ghi nhận tỉ lệ mới mắc ung thư gan đứng hàng đầu (14,5%) ở cả nam và nữ nói chung, đứng hàng đầu ở nam và hàng thứ 5 ở nữ trong các loại ung thư thường gặp và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở cả hai giới nam, nữ².

Ngày nay, điều trị triệt căn ung thư biểu mô tế bào gan bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u gan, ghép gan, hay hủy u bằng liệu pháp tại chỗ... Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam ghép gan là vấn đề còn nhiều khó khăn; phương pháp hủy u bằng liệu pháp tại chỗ như hủy u bằng tiêm cồn qua da, đốt nhiệt sóng cao tần (RFA), liệu pháp lạnh, các phương pháp điều trị tắc mạch... còn đang trong giai đoạn phát triển và có nhiều hạn chế khi điều trị u gan có kích thước lớn hoặc đa ổ. Vì vậy, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và thông dụng nhất¹. Sự phát triển và ra đời của nhiều phương pháp phẫu thuật cắt gan như Tôn Thất Tùng, Takasaki và các phương tiện kỹ thuật hỗ trợ vào những năm gần đây đã có ảnh hưởng lớn tới phẫu thuật gan mật.

Bệnh viện Nguyễn Tri Phương là một trong những bệnh viện lớn thuộc tuyến đầu tại Thành phố Hồ Chí Minh đã triển khai phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan từ năm 2010. Từ năm 2014 đến nay, tại đơn vị Gan – Mật – Tụy, khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã hoàn thiện quy trình phẫu thuật cắt gan phương

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2023

Ngày duyệt bài: 14.6.2023

pháp Tôn Thất Tùng theo hướng dẫn của Bộ Y tế^{1,3}, tiến hành điều trị ung thư gan cho nhiều trường hợp, đa phần là UTBMTBG. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu báo cáo tổng kết những trường hợp cắt gan tại đây về kết quả phẫu thuật theo phương pháp Tôn Thất Tùng cũng như tỷ lệ tai biến, biến chứng.

Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật cắt gan theo Tôn Thất Tùng điều trị ung thư biểu mô tế bào gan" với 2 mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm kỹ thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng.*
- *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng điều trị UTBMTBG.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán là UTBMTBG đã được cắt gan tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân > 15 tuổi
- Đã được chỉ định mổ cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTBMTBG" của Bộ Y tế.
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTBMTBG.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hiện mắc kèm 1 bệnh ung thư khác hoặc ung thư di căn.
- Có huyết khối tĩnh mạch cửa.
- Xơ gan Child-Pugh C
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp tiến hành: Hồi cứu qua hồ sơ cũ và lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số:

- Đặc điểm kỹ thuật: Phân loại cắt gan, đường mổ, thương tổn thám sát ổ bụng, hình thái giải phóng gan, thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, tỷ lệ BN phải truyền máu, tỷ lệ tai biến trong mổ.
- Kết quả sớm sau mổ (tính từ thời điểm sau mổ đến sau khi xuất viện 7 ngày): Thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng sau mổ (suy gan, chảy máu trong ổ bụng, rò mật, tràn dịch ổ bụng, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi...)

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 48 TH đã được chẩn đoán là UTBMTBG và được cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện

Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022.

Khi nghiên cứu trên các bệnh nhân, chúng tôi có những nhận xét và kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n = 48)

- Giới tính: có 36 nam (75%), 12 nữ (25%). Tỷ lệ nam/nữ là 3/1.
- Tuổi: nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi, trung bình 55,2 ± 10,2 tuổi

3.2. Đặc điểm kỹ thuật

Phân loại cắt gan

Bảng 1. Phân loại cắt gan (n = 48)

	Phân loại		Số BN	Tỷ lệ (%)
Cắt gan lớn	Cắt gan rộng 50%	Cắt gan phải	4	8,3
		Cắt gan trái	5	10,4
Cắt gan nhỏ	Cắt gan phân thùy	Cắt gan PT sau	10	20,8
		Cắt gan PT trước	4	8,3
		Cắt thùy trái (PT bên)	10	20,8
		Cắt gan HPT I (PT lưng)	1	2,1
	Cắt gan HPT IV (PT giữa)	1	2,1	
	Cắt gan HPT	Cắt gan hạ HPT V, VI	4	8,3
		Cắt gan nhỏ khác	9	18,8
Tổng số			48	100

Nhận xét: Cắt gan lớn có 9 BN chiếm 18,7%, trong đó cắt gan phải có 4 BN chiếm 8,3%. Cắt gan nhỏ chiếm đa số 81,3%. Cắt gan HPT có 13 BN chiếm 27,1%.

Đường mổ

Bảng 2. Đường mổ (n = 48)

Đường mổ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Trên rốn	3	6,3
Trên dưới rốn	16	33,3
Đường Mercedes	12	25,0
Đường chữ J bên phải	17	35,4
Tổng số	48	100

Nhận xét: BN được thực hiện đường mổ chữ J bên phải chiếm tỷ lệ cao (33,3%).

Thương tổn khi thám sát ổ bụng

Bảng 3. Các thương tổn chung khi thám sát ổ bụng (n = 48)

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Dịch ổ bụng	8	16,7
Không nhìn thấy u gan	4	8,3
Nhu mô gan Fibrose	10	20,8
Gan xơ đầu dính	4	8,3
Túi mật đã cắt	1	2,1
Túi mật có sỏi/ polyp	7	14,6
Hạch cuống gan	8	16,7
Cơ hoành bị u dính vào	1	2,1
Cuống gan dính	2	4,8
Tổng số	48	100

Nhận xét: Có 16,7% BN có hạch cuống gan và 2,1% BN có cơ hoành bị u dính vào. Có 4,8% BN có hiện tượng cuống gan viêm dính cần gỡ dính.

Các hình thái giải phóng gan

Bảng 4. Các hình thái giải phóng gan (n=48)

Giải phóng gan	Số BN	Tỷ lệ(%)
Gan phải đơn thuần	15	31,3
Gan phải và 1 phần gan trước TM chủ dưới	10	20,8
Gan phải và toàn bộ phần gan trước TM chủ dưới	1	2,1
Gan trái đơn thuần	14	29,1
Gan trái và 1 phần gan trước TM chủ dưới	3	6,3
Cả gan phải, trái đơn thuần	5	10,4
Tổng số	48	100

Nhận xét: BN được giải phóng gan phải đơn thuần chiếm tỉ lệ cao (31,3%).

Thời gian phẫu thuật

Bảng 5. Thời gian mổ (n = 48)

Thời gian mổ (phút)	Trung bình
Cắt gan phải (n = 4)	209,1 ± 33,4
Cắt gan trái (n = 5)	118,4 ± 30,6
Cắt gan PT sau (n = 10)	128,7 ± 43,1
Cắt gan PT trước (n = 4)	220,2 ± 25,6
Cắt thùy trái (PT bên) (n = 10)	101,9 ± 38,3
Cắt gan HPT I (PT lưng) (n = 1)	210
Cắt gan HPT IV (PT giữa) (n = 1)	220
Cắt gan hạ HPT V, VI (n = 4)	188,9 ± 32,2
Cắt gan nhỏ khác (n = 9)	70,1 ± 34,5
Toàn bộ (n = 48)	109,2 ± 52,2

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của toàn bộ nghiên cứu là 109,2 ± 52,2 phút. Cắt gan PT trước có thời gian phẫu thuật trung bình dài nhất là 220,2 ± 25,6 phút. Cắt gan nhỏ khác có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn nhất là 70,1 ± 34,5 phút.

Lượng máu mất trong mổ. Có 17 BN phải truyền máu trong mổ chiếm 35,4% (17/48).

Bảng 6. Lượng máu mất trong mổ (n=48)

Lượng máu mất trong mổ (ml)	Trung bình
Cắt gan phải (n = 4)	209,1 ± 33,4
Cắt gan trái (n = 5)	118,4 ± 30,6
Cắt gan PT sau (n = 10)	128,7 ± 43,1
Cắt gan PT trước (n = 4)	220,2 ± 25,6
Cắt thùy trái (PT bên) (n = 10)	101,9 ± 38,3
Cắt gan HPT I (PT lưng) (n = 1)	210
Cắt gan HPT IV (PT giữa) (n = 1)	220
Cắt gan hạ HPT V, VI (n = 4)	188,9 ± 32,2
Cắt gan nhỏ khác (n = 9)	70,1 ± 34,5
Toàn bộ (n = 48)	109,2±52,2

Nhận xét: Cắt gan phải có máu mất trung bình lớn nhất 486,9 ± 194,8 ml.

Tai biến trong mổ

Bảng 7. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tai biến khi giải phóng gan		
Rách cơ hoành (n = 48)	2	4,8
Rách vỡ nhu mô gan (n = 48)	1	2,1
Rách vỡ u (n = 48)	5	10,4
Rách vỡ tuyến thượng thận phải (n = 31)	1	3,2
Rách TM gan phải (n = 31)	1	3,2
Rách TM gan ngắn (n = 14)	1	7,1
Tai biến khi phẫu tích cuống gan		
Tổn thương rách đường mật	1	2,1
Rách nhu mô gan quanh cuống	1	2,1
Tai biến khi cắt nhu mô gan		
Tổn thương gốc TM gan giữa	1	2,1
Tổn thương TM chủ dưới	1	2,1
Tổn thương ĐM, TM cửa, đường mật phần gan để lại	0	0
Tỉ lệ tai biến chung trong mổ	9	18,8

Nhận xét: Tai biến rách cơ hoành gặp 4,2% (rách cơ hoành phải do có u dính vào), rách vỡ nhu mô gan gặp 2,1%. Rách vỡ tuyến thượng thận phải khi giải phóng gan phải (n = 31) gặp 1 trường hợp (chiếm 3,2%). Rách TM gan phải xảy ra ở 1 BN chiếm tỉ lệ 3,2%. Rách TM gan ngắn xảy ra ở 1 BN chiếm 7,1% khi giải phóng phần gan trước TM chủ dưới cho 14 BN. Các tai biến đều được xử trí tốt trong mổ.

3.3. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian rút hết dẫn lưu và thời gian nằm viện

- Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là 13,4 ± 3,5 ngày, ít nhất là 8 và nhiều nhất là 31 ngày.

- Thời gian rút hết dẫn lưu trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là 9,3 ± 3,5 ngày, sớm nhất là 4 và lâu nhất 25 ngày sau mổ.

Biến chứng và tử vong sau phẫu thuật

Bảng 8. Biến chứng và tử vong sau phẫu thuật

Biến chứng và tử vong	Số BN (n=48)	Tỉ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	5	10,4
Cổ trướng	2	4,2
Ổ dịch tồn dư	2	4,2
Chảy máu	1	2,1
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,1
Rò mật	1	2,1
Suy gan	1	2,1

Biến chứng chung	8	16,7
Tử vong sau mổ	1	2,1

Nhận xét: Trần dịch màng phổi có tỉ lệ 10,4% là biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu. Ổ dịch tồn dư có tỉ lệ 4,2%; các biến chứng chảy máu sau mổ, rò mật, suy gan, nhiễm trùng vết mổ đều có tỉ lệ xảy ra là 2,1%. Không có trường hợp nào suy thận sau mổ. Tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ) là 2,1%, xảy ra trên BN số 43 do suy gan sau mổ, đồng thời trên BN này có các biến chứng cổ trướng, tràn dịch màng phổi, viêm phổi bệnh viện trong thời gian nằm hậu phẫu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm kỹ thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng

Đường mổ. Có nhiều đường mở bụng để tiến hành cắt gan, tùy thuộc vào vị trí, kích thước, số lượng u và hình thái cắt gan mà có thể lựa chọn các đường mổ phù hợp. Việc lựa chọn đường mở bụng nào giữa đường dưới sườn phải, đường giữa hay đường Mercedes phụ thuộc nhiều vào đánh giá khối u, kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận: có 25% BN được thực hiện đường mổ dưới sườn 2 bên và đường trắng giữa (đường Mercedes); có 33,3% BN được thực hiện đường mổ chữ J bên phải; đường mổ trên rốn chiếm tỉ lệ thấp là 6,3%. Khác với chúng tôi, nghiên cứu của Dương Huỳnh Thiện tại bệnh viện Chợ Rẫy có 50/75 BN được mở bụng bằng đường dưới sườn hai bên chiếm 66,7%. Tác giả nhận định đường mổ Mercedes có khả năng bộc lộ gan tốt, trường mở rộng rãi, không gặp khó khăn trong vấn đề phẫu tích và di động gan với đường mổ này. Sau phẫu thuật không có BN xuất hiện biến chứng liên quan tới vết mổ⁴.

Thương tổn khi thám sát ổ bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần khối u nằm ở gan phải (có 26 BN chiếm 54,2%). Trong mổ, chúng tôi ghi nhận các thương tổn sau: có 8,3% không nhìn thấy u gan, nhu mô gan Fibrose chiếm 20,8%, hạch cứng gan có 8 trường hợp chiếm 16,7% có một trường hợp cơ hoành bị u dính vào chiếm 2,1%, 6 trường hợp túi mật có sỏi và 1 trường hợp có polyp túi mật chiếm 14,6%, có 2 trường hợp cứng gan dính chiếm 4,8% gặp trên 2 bệnh nhân trước đó có tiền sử mổ sỏi đường mật (bệnh nhân số 15 và bệnh nhân số 23).

Phân loại cắt gan. Trong nghiên cứu có tổng cộng 8 loại phẫu thuật cắt gan đã được thực hiện phân chia theo Tôn Thất Tùng, trong đó

phẫu thuật cắt gan lớn chiếm tổng tỉ lệ 18,7% bao gồm: cắt gan phải (8,3%), cắt gan trái (10,4%); cắt gan nhỏ chiếm tổng tỉ lệ 81,3%. Tất cả các trường hợp cắt gan đều được tiến hành cắt gan theo giải phẫu (cắt gan có kế hoạch).

Đa phần các trường hợp trong nghiên cứu là cắt gan nhỏ, BN được cắt nhu mô gan từ từ từng lớp mỏng bằng cách dùng ngón tay hoặc kelly bóp nhẹ vào nhu mô để bộc lộ cấu trúc mạch, đường mật, sau đó chủ động kẹp cắt, cột các cấu trúc này hay khâu cột với cấu trúc lớn hơn thì lượng máu mất trong mổ cũng không nhiều.

Thời gian phẫu thuật. Thời gian mổ thay đổi theo nhiều nghiên và phụ thuộc nhiều yếu tố như loại cắt gan, vị trí khối u, tình trạng xơ gan kèm theo. Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là $109,2 \pm 52,2$ phút. Cắt gan PT trước có thời gian phẫu thuật trung bình dài nhất là $220,2 \pm 25,6$ phút. Cắt thùy trái (PT bên) có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn nhất là $121,9 \pm 38,3$ phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Đắc Sáng, thời gian mổ trung bình là $100,4 \pm 37,2$ phút⁵. Nguyễn Huy Toàn khi cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Takasaki có thời gian mổ trung bình là $159,7 \pm 52,12$ phút⁶.

Lượng máu mất và truyền máu trong phẫu thuật. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi: Lượng máu mất trung bình trong mổ của toàn bộ nghiên cứu là $288,2 \pm 189,4$ ml, ít nhất là 50 ml và nhiều nhất là 1600 ml. Cắt gan phải có máu mất trung bình lớn nhất $486,9 \pm 194,8$ ml. Có 17 BN cần truyền máu trong mổ chiếm 35,4%, trong đó đa số là truyền 1 đơn vị máu chiếm 18,7%. Trong nghiên cứu của Lương Công Chánh, lượng máu mất trung bình là $396,1 \pm 351,8$ ml (30-2000) ml, tỷ lệ BN phải truyền máu trong mổ (24,6%), thể tích máu trung bình phải truyền cho một BN là $770,0 \pm 360,5$ ml (350-1750 ml)⁷. Chúng tôi nhận thấy có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ biến chứng hoặc không biến chứng sau mổ (dựa theo phân loại Dindo) giữa nhóm có và không truyền máu trong mổ ($P < 0,05$).

Lượng máu mất trong mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: loại cắt gan, tình trạng nhu mô gan, phương tiện cầm máu, kỹ năng cầm máu của phẫu thuật viên... Qua NC chúng tôi nhận thấy, mất máu chủ yếu ở giai đoạn cắt nhu mô gan, mất máu do chảy máu từ mạch lớn cũng ít gặp. Để hạn chế mất máu cần có sự phối hợp của phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê hồi sức. Trước hết cần chuẩn bị cứng gan để thực hiện thủ thuật Pringle khi thấy cần thiết. Trong

quá trình cắt nhu mô gan, duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm $\leq 5\text{cm H}_2\text{O}$, cắt nhu mô gan theo nguyên tắc cắt từ từ từng lớp mỏng, cắt từ nông vào sâu, từ ngoại vi đến trung tâm làm lộ rõ các mạch máu, sau đó chủ động kẹp và cắt. Theo hầu hết các tác giả, lượng máu mất cũng như thời gian mổ sẽ được cải thiện khi phẫu thuật viên có thêm kinh nghiệm.

Tai biến trong mổ. Trong quá trình giải phóng gan, có 2 trường hợp (4,8%) rách cơ hoành phải do có u dính vào. Ngoài ra còn có 1 trường hợp rách vỡ nhu mô gan (2,1%) khi dụng cụ banh bụng đè trúng nhu mô gan. Rách vỡ tuyến thượng thận phải khi giải phóng gan phải ($n = 31$) gặp 1 trường hợp (chiếm 3,2%). Rách TM gan phải xảy ra ở 1 BN chiếm tỉ lệ 3,2%. Rách TM gan ngăn xảy ra ở 1 BN chiếm 7,1% (1/14) khi giải phóng phần gan trước TM chủ dưới cho 14 BN. Các tai biến đều được xử trí tốt trong mổ.

Tổn thương rách đường mật xảy ra với tỉ lệ 2,1% khi gỡ dính cuống gan gặp ở BN số 35, chảy máu nhu mô quanh cuống gan chiếm tỉ lệ 2,1% xảy ra ở BN số 41 khi nạo vét hạch cuống gan. Không có BN nào tổn thương TM cửa hoặc ĐM gan trong quá trình phẫu tích cuống gan. Tác giả Nguyễn Huy Toàn gặp tai biến rách tĩnh mạch cửa trong phẫu tích cuống gan có 1 BN chiếm 1,2%⁶.

Trong quá trình cắt gan, nghiên cứu có 1 trường hợp tổn thương tĩnh mạch gan phải, chiếm tỉ lệ 2,1%. Theo Tôn Thất Tùng, mốc bên ngoài của tĩnh mạch gan phải rất khó nhận biết một cách chính xác, đặc biệt trong trường hợp khối u lan sát vào thành tĩnh mạch và do đó dễ bị tổn thương. Trong nghiên cứu không có BN bị tổn thương TM chủ dưới hay tổn thương ĐM, TM cửa, đường mật phần gan để lại. Như vậy trong nghiên cứu, tỉ lệ tai biến chung trong mổ là 18,8%. Không có trường hợp nào tử vong trong mổ.

4.2. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian rút hết dẫn lưu và thời gian nằm viện. Tất cả BN trong nghiên cứu đều được theo dõi xét nghiệm công thức máu, sinh

hoá máu và đông máu những ngày sau mổ. Xét nghiệm công thức máu được kiểm tra thường quy vào ngày 1 sau mổ và chỉ kiểm tra lại những ngày sau nếu chỉ số huyết học ngày 1 sau mổ bất thường hoặc trong quá trình điều trị thấy BN có biểu hiện thiếu máu, chảy máu.

Trong quá trình điều trị sau mổ, dịch qua sonde dẫn lưu được chúng tôi theo dõi sát về số lượng, màu sắc và tính chất (máu, mật...) nhằm phát hiện sớm các biến chứng chảy máu, rò mật hay dịch ổ bụng... Khi dịch ra qua dẫn lưu là dịch tiết, lượng dịch ít hoặc không ra và BN có biểu hiện lâm sàng ổn định chúng tôi bắt đầu cho rút dần các dẫn lưu. Chúng tôi thường rút dẫn lưu cuối cùng chỉ trước ngày dự kiến ra viện 1 – 2 ngày, thời gian rút hết dẫn lưu trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $9,3 \pm 3,5$ ngày, sớm nhất là 4 và lâu nhất 25 ngày sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $13,4 \pm 3,5$ ngày tương đương đương Nguyễn Cường Thịnh là $12 \pm 3,5$ ngày⁸. Thực ra thời gian nằm viện ở BN phẫu thuật điều trị UTBMTBG cũng tương đương với các loại đại phẫu khác, do đó nếu không có tai biến, biến chứng hay bội nhiễm thì chỉ cần nằm viện 7 - 14 ngày là đủ.

Biến chứng sau mổ. Phẫu thuật cắt gan vẫn luôn là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Những nghiên cứu gần đây cho thấy mặc dù tỉ lệ tử vong sau mổ giảm, thường nhỏ hơn 5% thì tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan vẫn còn cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 16,7% trong đó: tràn dịch màng phổi có tỉ lệ 10,4% là biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu. Ổ dịch tồn dư có tỉ lệ 4,2%; các biến chứng chảy máu sau mổ, rò mật, nhiễm trùng vết mổ, suy gan đều có tỉ lệ xảy ra là 2,1%. Không có trường hợp suy thận nào sau mổ. Tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ) là 2,1%, xảy ra trên BN số 43 do suy gan sau mổ, đồng thời trên BN này có các biến chứng ổ bụng, tràn dịch màng phổi, viêm phổi bệnh viện trong thời gian nằm hậu phẫu. Tỉ lệ biến chứng của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác được trình bày trong bảng 9.

Bảng 9. So sánh tỉ lệ biến chứng phẫu thuật cắt gan

Đặc điểm	Suy gan	Chảy máu sau mổ	Rò mật	Tràn dịch màng phổi	Tràn dịch ổ bụng	Tử vong	Biến chứng chung
Chúng tôi	2,1%	2,1%	2,1%	10,4%	4,2%	2,1%	16,7%
Dương Huỳnh Thiện (2015) ⁴	1,3%	1,3%	2,7%	6,7%	1,3%	2,7%	13,3%
Ngô Đắc Sáng (2019) ⁶	3,5%	1,3%	1,9%	12,0%	8,5%	1,6%	23,3%

Tràn dịch màng phổi cũng là biến chứng thường gặp sau cắt gan: cơ chế của hiện tượng này là 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 với số lượng ít,

được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Trong nghiên cứu, có 05 BN bị biến chứng tràn dịch màng phổi: 03 BN được điều trị nội khoa, 01 BN được chọc hút dịch, các bệnh nhân này đều ổn định sau 7 – 14 ngày điều trị và được xuất viện. Riêng có 01 BN (BN số 43) có viêm phổi bệnh viện nằm thở máy, có tràn dịch màng phổi lượng nhiều được chúng tôi đặt dẫn lưu màng phổi, thời gian điều trị kéo dài đến 31 ngày thì bệnh nhân tử vong do tình trạng suy gan sau mổ không hồi phục và viêm phổi nặng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng có thể áp dụng điều trị UTBMTBG trong nhiều trường hợp, thời gian phẫu thuật tương đối ngắn. Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG phương pháp Tôn Thất Tùng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho những kết quả khả quan với tỉ lệ tai biến thấp, thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. Các biến chứng sau mổ cắt gan như tràn dịch màng phổi được phát hiện sớm và điều trị nội khoa tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Bộ Y tế; 2020:36
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, Chuyên khoa Phẫu thuật Gan Mật. Bộ Y tế; 2016:100.
4. **Dương Huỳnh Thiện.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Học viện Quân y; 2015.
5. **Ngô Đắc Sáng.** Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Học viện Quân Y; 2018.
6. **Nguyễn Huy Toàn, Nguyễn Văn Hương, Lê Anh Xuân, Hà Văn Quyết.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Y Học Lâm Sàng.* 2019;53:34-39.
7. **Lương Công Chánh.** Nghiên cứu điều trị ung thư bằng phẫu thuật cắt gan nội soi. Luận văn Tiến sĩ Y học. Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108; 2015.
8. **Nguyễn Cường Thịnh, Lê Văn Thành.** Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. *Tạp chí Y - dược học Quân sự.* 2010;3:396-400.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SỎI TIẾT NIỆU CAO TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG ĐÁNH GIÁ TRƯỚC TÁN SỎI QUA DA

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi tiết niệu cao trên cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) trong đánh giá trước tán sỏi qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hình ảnh sỏi tiết niệu cao được thực hiện ở 35 bệnh nhân đã tán sỏi thận qua da tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và có chụp MSCT trước tán sỏi trong thời gian từ 6/2022 đến 2/2023. **Kết quả:** có 22 nam/13 nữ, độ tuổi trung bình là 53.4 ± 12.0 , tỷ lệ mắc sỏi thận chủ yếu từ 30-60 tuổi. Thận được tán sỏi chủ yếu bên phải. Sỏi chủ yếu sỏi phức hợp (bể thận + các nhóm đài), kích thước sỏi chủ yếu 20-30 mm (chiếm 57.1%), diện tích bề mặt chủ yếu $<10\text{cm}^2$ (chiếm 88.6%). Tỷ trọng sỏi chủ yếu $>1000\text{HU}$ (chiếm 91.4%). Tỷ trọng dịch trong đài bể thận chủ yếu $<10\text{HU}$ (chiếm 62.9%). Thận được tán sỏi đa số còn chức năng tốt (chiếm 82.9%). **Kết**

Thân Thị Minh Nguyệt¹, Hoàng Đình Âu²

luận: Cắt lớp vi tính đa dây cung cấp nhiều thông tin quan trọng, cần thiết về vị trí, số lượng, kích thước, diện tích bề mặt sỏi, tỷ trọng sỏi, ảnh hưởng của sỏi đến đường bài xuất và các bất thường giải phẫu liên quan, từ đó giúp ích cho tán sỏi tiết niệu cao qua da thành công. **Từ khóa:** sỏi tiết niệu, tán sỏi qua da, cắt lớp vi tính đa dây

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF UPPER UROLITHIASIS ON MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY (MSCT) IN PRE-PERCUTANEOUS LITHOTRIPSY EVALUATION

Purposes: To describe the computed tomography characteristics of upper urolithiasis on multislice computed tomography (MSCT) in pre-percutaneous lithotripsy. **Material and methods:** A description study was carried on 35 patients who underwent a percutaneous nephrolithotripsy at Hanoi Medical University Hospital and had multi-slices computed tomography before lithotripsy from June 2022 to February 2023. **Results:** There were 22 men/13 women, the mean age was 53.4 ± 12.0 , the prevalence of kidney stones was mainly from 30-60

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023