

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY GAN SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU – BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức¹, Phạm Thế Anh¹,
Nguyễn Hữu Kiên¹, Đặng Hoàng Quốc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy gan sau phẫu thuật cắt gan điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K từ tháng 03/2023 đến tháng 12/2023 và kết quả điều trị suy gan trên nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang tiến cứu trên 45 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan, điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện K cơ sở 3 và đã chẩn đoán suy gan sau mổ, thời gian từ tháng 03/2023 tới tháng 12/2023. **Kết quả:** Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là trên 60 tuổi với 51,1%, tỉ lệ bệnh nhân nam và nữ là 91,1% và 8,9%. 91,1% bệnh nhân có tiền sử viêm gan. Chức năng gan trước mổ tốt, phân loại Child – Pugh A 5đ chiếm tỉ lệ 82,2%. Điểm MELD trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $7,16 \pm 1,15$. Suy gan sau phẫu thuật cắt gan lớn chiếm tỉ lệ lớn nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (82,2%), phân loại chức năng gan trước mổ theo Child – Pugh và thang điểm MELD không giúp dự đoán mức độ suy gan sau mổ. Suy gan sau phẫu thuật cắt gan lớn chiếm 82,2% bệnh nhân nghiên cứu. Có 75,6% bệnh nhân đáp ứng tốt với các phác đồ điều trị suy gan, 24,4% bệnh nhân diễn biến nặng hoặc tử vong, tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân suy gan mức độ C (diễn biến nặng 100%). Nhiễm trùng và viêm phổi là các biến chứng hay gặp nhất trên bệnh nhân suy gan sau mổ. **Kết luận:** Suy gan sau mổ là một trong những biến chứng quan trọng gây tử vong sau mổ, và cũng là yếu tố khó tiên lượng trước mổ. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan, suy gan sau mổ

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND SHORT-TERM OUTCOMES OF PATIENTS WITH LIVER FAILURE FOLLOWING HEPATECTOMY AT THE ICU DEPARTMENT-K HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with liver failure after hepatectomy treated at the Intensive Care Department - K Hospital from 03/2023 to 09/2023 and treatment results in the above group of patients.

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024

Subjects and methods: Prospective cross-sectional description of 45 patients with hepatocellular carcinoma who underwent hepatectomy, were admitted to the Intensive Care Department of K Hospital, and were diagnosed with liver failure after surgery, the period from 03/2023 to 09/2023. **Results:** The most common age group was over 60 (51.1%). Males comprised 91.1% of the patients, while females comprised 8.9%. A history of hepatitis was present in 91.1% of patients. Preoperative liver function was categorized as Child-Pugh A (5 points) in 82.2% of patients. The average MELD score of the patients in this study was 7.16 ± 1.15 . Liver failure after major hepatectomy was the most common diagnosis (82.2%). Pre-operative liver function classification, according to Child-Pugh and MELD score, did not help predict the degree of liver failure after surgery. 75.6% of patients responded well to liver failure treatment regimens, while 24.4% of patients developed severe disease or died, mainly in the group with liver failure level C (severe progression 100%). Infection and pneumonia were the most common complications in patients with postoperative liver failure. **Conclusion:** Postoperative liver failure is a significant complication that can lead to death after surgery and is difficult to predict preoperatively.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), hepatectomy, liver failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát là một trong những bệnh lí ác tính có tỉ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Trong thời đại điều trị đa mô thức hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan như phẫu thuật cắt gan, ghép gan, nút động mạch gan (TACE), đốt u bằng sóng cao tần (RFA)...trong đó cắt gan và ghép gan là phương pháp điều trị triệt để nhất. Tại Việt Nam, phẫu thuật ghép gan hiện nay còn chưa phổ biến, do đó cắt gan vẫn là điều trị tiêu chuẩn cho bệnh lý ung thư gan.

Trong số các biến chứng của phẫu thuật cắt gan thì suy gan sau mổ (Posthepatectomy Liver Failure - PHLF) là một trong những biến chứng thường gặp và nguy hiểm, đặc biệt là sau mổ cắt gan lớn (được định nghĩa là cắt từ ba hạ phân thùy gan trở lên[6]). Các yếu tố nguy cơ gây suy gan sau mổ gồm:

+ Các yếu tố phụ thuộc vào bệnh nhân: đáí tháo đường, béo phì, tổn thương gan do hóa trị liệu, suy dinh dưỡng, suy thận- Tăng bilirubin

máu, giảm tiểu cầu, bệnh phổi, xơ gan/bệnh gan mãn tính, tuổi > 65.

+ Các yếu tố trong mổ: mất máu trong mổ > 1200 ml, truyền máu số lượng lớn trong mổ, cắt gan lớn, Phẫu tích quá mức ổ bụng, thể tích gan còn lại < 25%, thời gian mổ > 240 phút, kẹp ổ bụng kéo dài.

+ Các yếu tố sau mổ: chảy máu sau mổ và tình trạng nhiễm trùng ổ bụng sau mổ [3].

Từ các yếu tố nguy cơ trên, có thể hạn chế suy gan sau mổ bằng các biện pháp:

+ Trước mổ: Tăng thể tích gan còn lại bằng nút tĩnh mạch cửa - Giảm cân trước khi phẫu thuật - Hỗ trợ dinh dưỡng - Kiểm soát các bệnh kèm theo - Đo độ đàn hồi gan trước mổ - Đo kích thước lách trước mổ.

+ Trong mổ: Tránh phẫu tích không cần thiết vùng ổ bụng - Hạ áp lực tĩnh mạch trung tâm - Áp dụng thủ thuật Pringle ngắt quãng - Hạ thân nhiệt - Cắt gan hai thì - Tránh truyền máu trong mổ - Tuân thủ các nguyên tắc cầm máu.

+ Sau mổ: Phát hiện và điều trị sớm các tình trạng chảy máu, tắc hay rò mật và nhiễm trùng sau mổ [3].

Có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán suy gan sau mổ trong đó có 3 tiêu chuẩn thường được áp dụng nhất trong lâm sàng là tiêu chuẩn "50 - 50" [1], tiêu chuẩn nồng độ bilirubin đỉnh > 7mg/dl (119,7 mmol/l) [2], và tiêu chuẩn chẩn đoán suy gan sau mổ của hội nghị cứu quốc tế về phẫu thuật gan (International Study Group of Liver Surgery - ISGLS) [4].

Bảng 1.1. Phân độ suy chức năng gan sau phẫu thuật cắt gan (theo ISGLS)

Phân độ	A	B	C
Mô tả lâm sàng	Chỉ suy giảm chức năng gan trên xét nghiệm	Suy giảm chức năng gan chưa cần các can thiệp xâm lấn	Suy đa phủ tạng đòi hỏi các can thiệp xâm lấn
Điều trị đặc hiệu	Không cần thiết	- Huyết tương tươi - Albumin - Lợi tiểu - Thông khí hỗ trợ không xâm lấn - Chụp CT Scanner, siêu âm	- Thở máy - Lọc máu - Hỗ trợ gan ngoài cơ thể - Vận mạch - Theo dõi áp lực nội sọ
Chẩn đoán	- Nước tiểu > 0,5ml/kg/h - BUN < 150mg/dl - SPO2 > 90% - INR < 1,5	- Nước tiểu ≤ 0,5ml/kg/h - BUN < 150mg/dl - SPO2 < 90% mặc dù hỗ trợ oxy - INR ≥ 1,5; < 2,0	- Nước tiểu ≤ 0,5ml/kg/h - BUN ≥ 150mg/dl - SPO2 ≤ 85% mặc dù hỗ trợ oxy nồng độ cao - INR ≥ 2,0
Triệu chứng	Không có triệu chứng lâm sàng	- Cổ chướng - Tăng cân - Khó thở nhẹ - Lú lẫn - Bệnh não gan	- Suy thận - Tụt huyết áp - Suy hô hấp - Cổ chướng mức độ nhiều - Bệnh não gan
Khoa điều trị	Khoa phẫu thuật	ICU	ICU

Bảng 1.2. Tỷ lệ tử vong sau mổ theo phân nhóm suy gan (theo ISGLS)

Phân nhóm suy gan	Tỷ lệ tử vong	Định nghĩa
A	0%	Suy gan trên cận lâm sàng nhưng không cần thay đổi điều trị
B	12%	Suy gan cần can thiệp điều trị không xâm lấn (huyết tương tươi đông lạnh, truyền albumin, lợi tiểu hàng ngày, thông khí không xâm lấn)
C	54%	Suy gan cần can thiệp điều trị xâm lấn (vận mạch, truyền glucose, lọc máu, đặt nội khí quản và thông khí cơ học, hỗ trợ gan ngoài cơ thể, ghép gan)

Việc dự đoán được những thay đổi về lâm sàng cũng như xét nghiệm sau phẫu thuật cắt gan là rất hữu ích cho bác sỹ lâm sàng trong việc đánh giá và xây dựng chiến lược hồi sức bệnh nhân ung thư gan sau mổ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với những mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy gan sau phẫu thuật cắt gan điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện K từ tháng 03/2023 đến tháng 12/2023.*

2. *Kết quả điều trị suy gan trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 45 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan, điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện K cơ sở 3 và đã chẩn đoán suy gan sau mổ, thời gian từ tháng 03/2023 tới tháng 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang tiến cứu, chọn cỡ mẫu thuận tiện: toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

* Các biến số theo mục tiêu 1:

- Đặc điểm chung bệnh nhân: Tuổi, giới, tiền sử viêm gan virus.

- Các chỉ số về đặc điểm lâm sàng:

+ Chức năng gan trước mổ theo phân loại Child – Pugh, thang điểm MELD

+ Phương pháp mổ

- Các chỉ số về đặc điểm cận lâm sàng:

+ Chức năng gan trước và sau mổ từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 5: Albumin (g/dl), Bilirubin ($\mu\text{mol/l}$), PT% và INR, Creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$), AST, ALT, số lượng tiểu cầu. Dịch ổ bụng (siêu âm).

+ Đánh giá suy gan sau mổ theo phân loại ISGLS.

* Các biến số theo mục tiêu 2:

- Điều trị hậu phẫu: truyền huyết tương, albumin, vitamin K1, thay huyết tương...

- Biến chứng hậu phẫu: nhiễm trùng vết mổ, chảy máu, rò mật, viêm phổi...

- Kết quả điều trị suy gan sau mổ: Ổn định; đỡ giảm (còn tồn tại tăng bilirubin, giảm PT%, cổ chướng kéo dài); nặng, tử vong.

- Thời gian nằm viện hậu phẫu được tính từ thời điểm bệnh nhân phẫu thuật đến khi ra viện.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Nhập, phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 22, theo các thuật toán phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là trên 60 tuổi với 51,1%, bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh nhân nữ lần lượt là 91,1% và 8,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu có tiền sử viêm gan virus trước đó (91.1%), trong đó tiền sử viêm gan B chiếm tỉ lệ cao nhất 73,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Phân loại Child – Pugh A 5đ chiếm tỉ lệ 82,2%. Điểm MELD trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $7,16 \pm 1,15$. Suy gan sau phẫu thuật cắt gan lớn chiếm 82,2%, trong đó cắt gan phải chiếm tỉ lệ 35,6%. Thay đổi xét nghiệm về chức năng gan sau mổ gồm: tăng Billirubin, giảm PT%, giảm tiểu cầu, tăng men gan. Bệnh nhân suy gan độ A chiếm tỉ lệ 62,2% tổng số bệnh nhân nghiên cứu và 70,3% số bệnh nhân cắt gan lớn. Trong số bệnh nhân cắt gan nhỏ có 50% suy gan độ B. Trong nhóm bệnh nhân Child

A, bệnh nhân suy gan độ A chiếm tỉ lệ 67,6%. Trong nhóm bệnh nhân Child B, bệnh nhân suy gan độ C chiếm tỉ lệ 50%. Trung bình điểm MELD ở các nhóm bệnh nhân suy gan không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.19$.

3.3. Biến chứng sau mổ và kết quả điều trị suy gan sau mổ.

Truyền huyết tương, albumin và vitamin K là các phương pháp điều trị phổ biến ở bệnh nhân suy gan sau mổ các mức độ. Nhiễm trùng và viêm phổi là các biến chứng phổ biến ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nhiễm trùng chiếm 100% ở bệnh nhân suy gan độ C, 41,7% bệnh nhân suy gan độ B. Viêm phổi gặp ở 80% bệnh nhân suy gan độ C, 75% bệnh nhân suy gan độ B. Hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị tốt (75,6%). 24,4% bệnh nhân diễn biến xấu, tập trung ở nhóm suy gan độ C.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Trong mẫu nghiên cứu, tuổi trung bình là $57,73 \pm 11,93$ tuổi, nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 51,1%, bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ chủ yếu với 91,1%. Số bệnh nhân không có tiền sử viêm gan chiếm 8,9%. Tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm gan B và viêm gan C lần lượt là 73,3% và 17,8%.

4.2. Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có phân loại Child – Pugh A chiếm tỉ lệ cao nhất 91,1%, trong đó chủ yếu là Child A 5đ (82,2%). Có một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân Child B 7đ (8,9%) và không có bệnh nhân nào Child B 8đ và Child C được đưa vào phẫu thuật. Điểm MELD của các bệnh nhân nghiên cứu trung bình là $7,24 \pm 1,35$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Zhang và cộng sự, với điểm trung vị chỉ số MELD trước mổ là 7[8].

Về phương pháp phẫu thuật u gan, 82,2% bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan lớn (được định nghĩa là cắt từ 3 hạ phân thùy gan trở lên), trong đó phẫu thuật cắt gan phải chiếm tỉ lệ nhiều nhất 35.6%, sau đó là phẫu thuật ALPPS với 24.4%, đây là một kỹ thuật phẫu thuật mới, được thực hiện khi thể tích gan còn lại theo tính toán không đủ cho phẫu thuật cắt gan 1 thì.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các bệnh nhân suy gan sau mổ đều có sự gia tăng Bilirubin toàn phần, giảm PT%, giảm albumin máu, tăng men gan và giảm tiểu cầu. Sự thay đổi Bilirubin và PT% mạnh nhất vào ngày thứ 3 – 4 sau mổ với giá trị trung bình lần lượt là $50,6 \pm 41,3 \mu\text{mol/L}$ và $57,0 \pm 10,6 \%$. Sau đó các chỉ số này sẽ dần

hồi phục vào ngày hậu phẫu thứ 5 – 6. Albumin và tiểu cầu tiếp tục giảm từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 5 sau phẫu thuật. AST và ALT của bệnh nhân tăng cao rõ rệt sau phẫu thuật. Các kết quả trên cũng tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Siu trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống tổng hợp kết quả của 103 nghiên cứu khác cũng kết luận nồng độ của Bilirubin và thời gian đông máu ngoại sinh PT đạt đỉnh vào ngày hậu phẫu thứ 3, sau đó giảm dần về bình thường, nồng độ Albumin thì giảm dần cho đến ngày hậu phẫu thứ 7 mới tăng trở lại [5]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân bị suy gan các mức độ A, B, C lần lượt chiếm tỉ lệ là 62,2%; 27,7% và 11,1%. Theo nghiên cứu của tác giả Đặng Quốc Việt, các tỉ lệ này lần lượt là 71,4%; 23,8% và 4,8%[7].

Phân độ suy gan theo phương pháp phẫu thuật, suy gan độ A chiếm tỉ lệ 70,3% trong phẫu thuật cắt gan lớn. Số lượng bệnh nhân cắt gan nhỏ trong nghiên cứu này quá ít nên kết quả trên chưa đủ để đánh giá khách quan. Theo tác giả Đặng Quốc Việt, tỉ lệ suy gan độ A trong phẫu thuật cắt gan lớn (trong nhóm có suy gan) là 65,2%, trong phẫu thuật cắt gan nhỏ (trong nhóm có suy gan) là 78,9%[7].

Theo đánh giá chức năng gan trước mổ, nhóm bệnh nhân Child A 5 điểm có 67,6% bệnh nhân suy gan độ A, 32,4% bệnh nhân suy gan độ B,C. Tỉ lệ này ở nhóm Child A 6 điểm là 25% và 50%; ở nhóm Child B 7đ lần lượt là 50% và 50%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher Exact, $p=0,184$). Đánh giá theo thang điểm MELD, trung bình của các nhóm suy gan độ A, suy gan độ B và suy gan độ C lần lượt là $6,89 \pm 1,03$; $7,75 \pm 1,36$; $7,20 \pm 0,84$; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,19$. Điều này cho thấy rằng phân độ suy gan theo thang điểm Child – Pugh hay thang điểm MELD không giúp chúng ta dự đoán được mức độ suy gan sau mổ của bệnh nhân. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác[8].

4.3. Kết quả điều trị suy gan sau mổ.

Trong nghiên cứu này, các phương pháp điều trị được sử dụng phổ biến là: truyền plasma, truyền albumin, vitamin K1. Các phương pháp này được thực hiện 100% ở bệnh nhân suy gan độ B, C và một tỉ lệ lớn bệnh nhân suy gan độ A (truyền plasma 78,6%; albumin 64,3%; vitamin K 89,3%). Thay huyết tương được thực hiện ở 2/5 bệnh nhân suy gan độ C (40%) và 1 bệnh nhân suy gan độ A phải thay huyết tương vì diễn biến nặng lên của suy gan do nhiễm trùng.

Kết quả trên có phần mâu thuẫn với phân

loại của ISGLS khi cho rằng bệnh nhân suy gan độ A không cần điều trị đặc hiệu vẫn đảm bảo khả năng hồi phục của suy gan. Tuy nhiên điều này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của đơn vị hồi sức gan mật, chăm sóc hậu phẫu, cũng như các biến chứng xảy ra trong quá trình theo dõi sau mổ.

Những biến chứng sau mổ cắt gan trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu bao gồm: nhiễm trùng, viêm phổi, rò mật, chảy máu... trong đó nhiễm trùng và viêm phổi là hai biến chứng gặp phổ biến nhất. Các biến chứng này có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng của suy gan (ở bệnh nhân suy gan độ C gặp 100% nhiễm trùng bệnh viện, 80% viêm phổi). Các biến chứng này làm trầm trọng hơn mức độ suy gan của bệnh nhân, đòi hỏi nhiều biện pháp điều trị hơn, gia tăng chi phí điều trị cũng như tỉ lệ tử vong của bệnh nhân.

Kết quả điều trị các bệnh nhân suy gan sau mổ có 75,6% bệnh nhân diễn biến tốt, chức năng gan hồi phục dần. 24,4% bệnh nhân diễn biến xấu hơn, tập trung chủ yếu ở nhóm suy gan độ C (100% bệnh nhân suy gan độ C diễn biến nặng). Điều này phù hợp với phân loại của ISGLS khi đánh giá mức độ nặng của suy gan độ C là những bệnh nhân nặng, suy đa cơ quan, cần nhiều phương pháp điều trị phức tạp, nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao.

V. KẾT LUẬN

Suy gan sau mổ là một biến chứng thường gặp và nguy hiểm, đặc biệt ở bệnh nhân cắt gan lớn. Phân loại chức năng gan trước mổ theo Child – Pugh và thang điểm MELD không giúp dự đoán mức độ suy gan sau mổ. Tăng Bilirubin, giảm PT% cao nhất vào ngày hậu phẫu thứ 3 – 4, sau đó hồi phục dần vào ngày hậu phẫu 5 – 6. Albumin, tiểu cầu tiếp tục giảm từ ngày hậu phẫu thứ 1 đến ngày thứ 5.

Đa số bệnh nhân đáp ứng tốt với các phác đồ điều trị suy gan, số ít bệnh nhân diễn biến nặng hoặc tử vong, tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân suy gan mức độ C. Nhiễm trùng và viêm phổi là các biến chứng hay gặp nhất trên bệnh nhân suy gan sau mổ, đặc biệt các bệnh nhân suy gan mức độ B, C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balzan S, Belghiti J, Farges O, et al (2005), "The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy", 242 (6), pp. 824.
2. Mullen J T, Ribero D, Reddy S K, et al (2007), "Hepatic insufficiency and mortality in 1,059 noncirrhotic patients undergoing major hepatectomy", 204 (5), pp. 854-862.

3. **Ocak I, Topaloğlu S, Acarli K J T J o M S** (2020), "Posthepatectomy liver failure", 50 (6), pp. 1491-1503.
4. **Rahbari N N, Garden O J, Padbury R, et al** (2011), "Posthepatectomy liver failure: a definition and grading by the International Study Group of Liver Surgery (ISGLS)", 149 (5), pp. 713-724.
5. **Siu J, McCall J, Connor S J H** (2014), "Systematic review of pathophysiological changes following hepatic resection", 16 (5), pp. 407-421.
6. **Strasberg S, Belghiti J, Clavien P-A, et al** (2000), "The Brisbane 2000 terminology of liver anatomy and resections", 2 (3), pp. 333-339.
7. **VIỆT Đ Q (2022)**, "Giá trị tiên lượng chức năng gan của độ thanh lọc Indocyanine Green trong phẫu thuật cắt gan", Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh.
8. **Zhang Z-Q, Xiong L, Zhou J-J, et al** (2018), "Ability of the ALBI grade to predict posthepatectomy liver failure and long-term survival after liver resection for different BCLC stages of HCC", 16 (1), pp. 1-9.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN XÂM LẤN TỐI THIỂU TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ VỎY THỰC QUẢN HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Duy^{1,2}, Phạm Văn Bình¹, Trần Đại Mạnh¹, Nguyễn Duy Thanh¹, Thái Đức An¹, Nguyễn Xuân Hùng³, Kim Văn Vụ^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: UTTQ là một trong các bệnh lý ung thư ác tính có tiên lượng xấu. Hóa xạ trị tiền phẫu (HXTTP) sau đó kết hợp với phẫu thuật đã được chứng minh giúp giảm tỷ lệ tái phát, tăng thời gian sống thêm của bệnh, nâng cao tỷ lệ cắt bỏ R0. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện trên những bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ 1/3 giữa – dưới được HXTTP và phẫu thuật nội soi ngực – bụng cắt thực quản nạo vét hạch từ tháng 9/2022 đến tháng 10/2023 tại Khoa Ngoại Bụng I – Bệnh viện K. **Kết quả:** Với 20 bệnh nhân ung thư thực quản được thực hiện phẫu thuật nội soi ngực- bụng nạo vét hạch hai vùng mở rộng trung thất và ba vùng, chúng tôi ghi nhận tai biến trong mổ ghi nhận 5 trường hợp (25%) rách màng phổi, biến chứng sau mổ ghi nhận 25% bệnh nhân có viêm phổi, 10% tổn thương thần kinh quặt ngược, giải phẫu bệnh sau mổ ghi nhận 45% bệnh nhân không còn phát hiện thấy u, số lượng nạo vét hạch trung bình là 33,5 ± 15,2 hạch. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực- bụng nạo vét hạch điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa – dưới cho nhóm bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu là khả thi và an toàn với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có thể chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư thực quản, điều trị tân bổ trợ, hóa xạ trị tiền phẫu

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOME OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: ducduy272@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

SQUAMOUS CELL CARCINOMA PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY AT K HOSPITAL

Abstract: Esophageal cancer is a poor prognosis disease. Preoperative chemoradiotherapy followed by surgery has been shown to reduce recurrence rate, increase overall survival, increase chance of R0 resection rate. **Methodology:** A prospective descriptive study was performed on a group of middle-lower third esophageal cancer who underwent preoperative chemoradiotherapy and follow by thoraco-laparoscopic esophagectomy with lymph node dissection from September 2022 to May 2023 at Department of Abdominal Surgery I – National Cancer Hospital. **Result:** With the sample size is 20 patients, we recognized the intraoperative complications were pleural tear (40%) and the main postoperative complication were pneumonia (25%), recurrent laryngeal nerve injury (10%). 45% of the patients have no residual viable primitive tumour at pathological examination and the average number of retrieved lymph node was 33,5 ± 15,2 per-patient. **Conclusion:** This prospective study demonstrates that thoraco-laparoscopic esophagectomy and lymph node dissection follow preoperative chemoradiotherapy is feasible and safe with with an acceptable rate of postoperative complications.

Keywords: Esophageal cancer, neo-adjuvant treatment, preoperative chemoradiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTTQ là một trong các bệnh lý ung thư ác tính với thời gian sống sau 5 năm dưới 25% trên toàn thế giới, mặc dù điều trị ung thư thực quản đã có nhiều tiến bộ¹. So với điều trị các ung thư đường tiêu hóa khác như đại tràng và dạ dày, trong điều trị UTTQ vai trò của điều trị bổ trợ trước mổ được nhấn mạnh theo các hiệp hội ung thư lớn trên thế giới^{2,3}. Hóa xạ trị tiền phẫu sau đó kết hợp với phẫu thuật đã được chứng minh