

cản hiện hữu, nhưng nổi bật nhất là hai vấn đề liên quan đến con người (thiếu nhân lực) và trang thiết bị (thiếu vật tư). Ngoài ra, sự thiếu đồng bộ và nhất quán trong các hướng dẫn điều trị là một rào cản thực tế, có thể thay đổi được trong tương lai gần, là vấn đề cần đặt ra cho các nhà chuyên môn để tìm giải pháp tháo gỡ.

## V. KẾT LUẬN

Kiến thức các nhân viên y tế đa số đều đạt mức tốt với 67,6%, trong đó, có 3 giải pháp còn tỉ lệ trả lời đúng thấp dưới 80% bao gồm quản lý dây thở, quản lý áp lực bóng chèn, dự phòng loét dạ dày và huyết khối tĩnh mạch sâu. Các giải pháp thường gặp rào cản là: vận động và rời giường sớm và SBT hàng ngày và đánh giá rút ống. Tỉ lệ gặp rào cản về phía NVYT, vật tư, phối hợp nhóm, người bệnh ở nhóm có kiến thức tốt thấp hơn khá-trung bình. Trong đó, ở rào cản về phía NVYT sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kollef MH, Chastre J, Fagon JY, et al. Global prospective epidemiologic and surveillance study of ventilator-associated pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*. *Critical care medicine*. 2014;42(10):2178-2187. doi:10.1097/ccm.0000000000000510.
2. Nguyễn Đình Quân. Đánh giá sự tuân thủ và hiệu quả của gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. Đại học Y Hà Nội; 2020.

3. Alkhalazali MN, Bayraktar N, Al-Mugheed KA. Knowledge and barriers of critical care nurses regarding evidence-based practices in ventilator-associated pneumonia prevention. *Cyprus J Med Sci*. 2021;6(3):185-191.
4. Bankanie V, Outwater AH, Wan L, Yinglan L. Assessment of knowledge and compliance to evidence-based guidelines for VAP prevention among ICU nurses in Tanzania. *BMC Nursing*. 2021;20(1):209. doi:10.1186/s12912-021-00735-8.
5. Soni K, Mehta R. Knowledge, adherence and barriers towards the prevention of ventilator associated pneumonia among nurses. *Int J Sci Res*. 2018;7(1):358-363.
6. Hassen KA, Nemera MA, Aniley AW, Olani AB, Bedane SG. Knowledge Regarding Mechanical Ventilation and Practice of Ventilatory Care among Nurses Working in Intensive Care Units in Selected Governmental Hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Crit Care Res Pract*. 2023;2023:4977612. doi:10.1155/2023/4977612.
7. Paliwal N, Bihani P, Mohammed S, Rao S, Jaju R, Janweja S. Assessment of Knowledge, Barrier in Implementation, and Compliance to Ventilator Bundle among Resident Doctors and Nurses Working in Intensive Care Units of a Tertiary Care Center of Western India: A Cross-sectional Survey. *Indian J Crit Care Med*. 2023;27(4): 270-276. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24434.
8. Al-Mugheed K, Bani-Issa W, Rababa M, et al. Knowledge, Practice, Compliance, and Barriers toward Ventilator-Associated Pneumonia among Critical Care Nurses in Eastern Mediterranean Region: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(10). doi:10.3390/healthcare10101852.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 110 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình:  $55,3 \pm 1,3$  tuổi; 89,1% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 79,6%. Chỉ số

AFP trung bình:  $2058,8 \pm 5910,8$  ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa phải gặp ở 14 BN (12,7%). Kích thước khối u trung bình trên cắt lợp vi tính:  $9,3 \pm 4,0$  cm. Đa số các trường hợp được kiểm soát cuống theo phương pháp Takasaki (93,6%). Có 31 BN (28,2%) được nạo vét hạch rốn gan, đầu tụy (tỷ lệ di căn hạch: 3,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình:  $133,4 \pm 33,3$  phút; không có BN nào truyền máu trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình:  $12,9 \pm 8,9$  ngày. Biến chứng gặp ở 28 BN bao gồm: cổ trướng (24,5%), suy gan (2,2%), tràn dịch màng phổi (1,1%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien–Dindo: I (75%), II (21,4%), IIIa (3,6%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** cắt gan phải theo giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

**SUMMARY****SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL RIGHT HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA**

**Objective:** To evaluate the short-term outcomes of anatomical right hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical right hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital, from January 2022 to July 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 110 patients. The average age was  $55.3 \pm 1.3$  years; 89.1% of patients were male; hepatitis B related: 79.6%. The mean AFP was  $2058.8 \pm 5910.8$  ng/ml. Right portal vein thrombosis was seen in 14 patients (12.7%). The mean tumor size in the CT scan was  $9.3 \pm 4.0$  cm. Takasaki's method was the majority of extrahepatic Glissonian pedicle isolation (93.6%). 31 patients (28.2%) underwent local lymphadenectomy, including lymph nodes at hepatoduodenal ligament, along common hepatic artery and retro-pancreatic space, in which metastasis was seen in 3.2% of cases. The mean operation time was  $133.4 \pm 33.3$  min. There was no intraoperative blood transfusion. The average length of hospital stay was  $12.9 \pm 8.9$  days. Postoperative complications occurred in 28 patients, including ascites (24.5%), liver failure (2.2%), and pleural effusion (1.1%). The classification of complications according to Clavien-Dindo indicated: grade I (75%), grade II (21.4%), and grade IIIa (3.6%). There was no perioperative mortality. **Conclusion:** Anatomical right hepatectomy for hepatocellular carcinoma is feasible, safe, and effective. **Keywords:** anatomical right hepatectomy, hepatocellular carcinoma.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý thường gặp, theo GLOBOCAN (2020), có tới 905.667 trường hợp mới mắc trong năm 2020, là nguyên nhân gây tử vong cho 830.180 bệnh nhân, đứng thứ 2 trong các loại ung thư. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất liên quan chặt chẽ tới tình trạng nhiễm virus viêm gan B, số người mắc bệnh trung bình trong 5 năm gần nhất là 28.761 người, riêng năm 2020 có 26.418 người mới mắc và 25.272 người tử vong do UTBMTBG, đứng đầu trong các loại ung thư tại nước ta [1]. Tỉ lệ tử vong gần bằng tỉ lệ mới mắc cho thấy việc kiểm soát, điều trị và tiên lượng căn bệnh này còn hết sức khó khăn.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan: tiêm cồn, nút mạch hóa chất, đốt nhiệt cao tần, tắc mạch với hạt vi cầu tải hóa chất, tắc mạch xạ trị, ghép gan... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất.

Cắt gan trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan đã được nhiều tác giả trên thế giới thực hiện và cải tiến với nhiều phương pháp khác nhau, như: Langenbuch (1988), Tôn Thất Tùng (1939), Lortat Jacob (1952), Bismuth (1982).

Cắt gan phải là một cắt gan lớn, phải đối diện với nhiều vấn đề trong khi mổ như mất máu, thời gian mổ kéo dài, suy gan do cắt bỏ quá nhiều nhu mô hoặc tổn thương cuống gan của phần gan để lại [2].

Tại Bệnh viện K, cắt gan phải theo giải phẫu là một phẫu thuật được thực hiện thường quy. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 110 trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị HCC
- Không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan, không có tổn thương ở phần gan còn lại được phát hiện trước mổ
- Chức năng gan: Child-Pugh A
- Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tế bào gan

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**2.3. Đánh giá trước phẫu thuật.** Khám lâm sàng, xét nghiệm: sinh hóa toàn bộ, công thức máu, Prothrombin, HbsAg, HCVAb, AFP, soi dạ dày, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

**2.4. Kỹ thuật**

Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên:

Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng vuông góc, phẫu thuật viên đứng bên phải, người phụ mổ 1 đứng bên trái, người phụ mổ 2 đứng cùng bên phẫu thuật viên.

Các thì phẫu thuật:

Bước 1: Đường mở bụng

Mở bụng theo đường chữ J bên phải

Bước 2: Kiểm tra ổ bụng

Kiểm tra đánh giá ổ bụng, hạch cuống gan, gan, tổn thương đại thể khối u (kích thước, vị trí, số lượng). Mở mạc nối nhỏ để kiểm tra thùy đuôi và quan sát nhóm hạch tạng. Đưa các ngón tay qua khe Winslow để khảo sát tĩnh mạch cửa và các nhóm hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy,

hạch dọc động mạch gan chung.

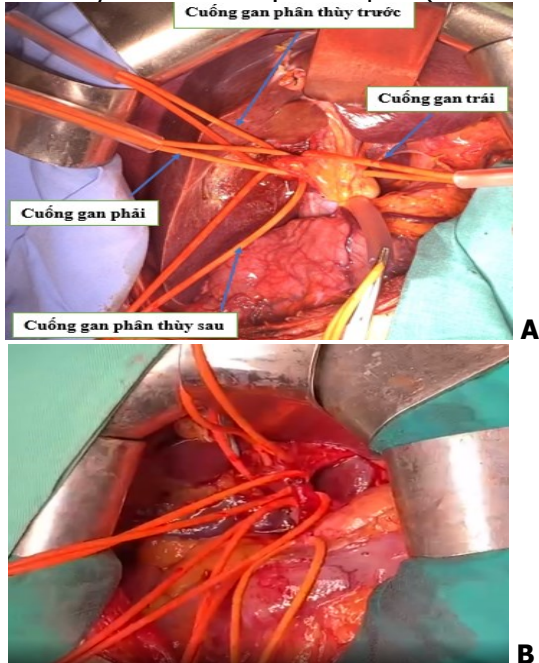
Bước 3: Giải phóng gan

Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác phải, dây chằng vành phải, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan phải ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ. Trong trường hợp khối u dính vào cơ hoành, có thể cắt một phần cơ hoành sau đó tái tạo lại cơ hoành.

Bước 4: Kiểm soát cuống Glisson

- Cắt túi mật.

- Phẫu tích vào rốn gan, kiểm soát cuống Glisson ngoài gan: kiểm soát cuống toàn bộ theo Takasaki (hình 2.1A) hoặc kiểm soát riêng từng thành phần trong bao Glisson theo Lortat-Jacob nếu có huyết khối tĩnh mạch cửa phải (hình 2.1B).



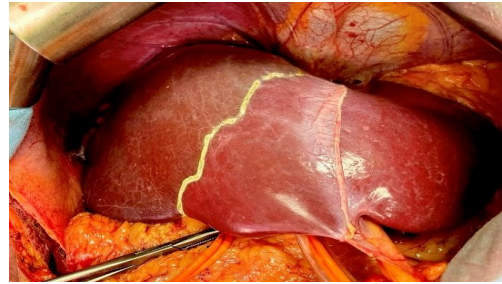
**Hình 2.1. A. Kiểm soát cuống Glisson phải theo Takasaki (BN Hoàng Văn V. 50T, số BA: 220167607). B. Kiểm soát cuống Glisson phải theo Lortat-Jacob (BN Lê Thị L. 66T, số BA: 220299192)**

- Đặt garo chờ ở cuống gan.

Bước 5: Vết hạch cuống gan, dọc động mạch gan chung, sau đầu tụy nếu thấy hạch to, nghi ngờ di căn.

Bước 6: Cắt gan

- Cặp cuống Glisson phải, với trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa phải thì phẫu tích riêng từng thành phần trong cuống Glisson phải. Thấy rõ đường ranh giới giữa vùng gan thiếu máu nuôi dưỡng (sẫm màu) và gan bình thường. Đánh dấu diện cắt gan (hình 2.2).



**Hình 2.2. Đường ranh giới giữa gan phải và gan trái**

*Nguồn: BN Nguyễn Trung K. 47T, số BA: 220361233*

- Cắt nhu mô gan bằng Kelly kết hợp dao siêu âm. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, thời gian cặp mỗi lần không quá 15 phút, giữa các lần cặp nghỉ 5 phút.

- Cặp và cắt cuống Glisson phải (có thể dùng Stapler) hoặc cặp, cắt riêng từng thành phần trong cuống Glisson.

- Tĩnh mạch gan phải, các nhánh bên lớn của tĩnh mạch gan được khâu (có thể dùng Stapler).

- Cầm máu điện cắt gan bằng khâu cầm máu, đốt điện đơn cực hoặc bằng Bipolar.

- Che phủ diện cắt bằng vật liệu cầm máu.

Bước 7: Lau rửa ổ bụng, đặt 02 dẫn lưu tại diện cắt gan, đóng bụng theo lớp giải phẫu. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

**2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, nồng độ AFP, tỷ lệ mắc virus viêm gan B, viêm gan C, huyết khối tĩnh mạch cửa gan phải, kích thước u gan trên cắt lớp vi tính. Trong mổ: phương pháp kiểm soát cuống, nạo vét hạch, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu.

Kết quả sớm: tỷ lệ prothrombin, sinh hóa máu (GOT, GPT, Albumin, Bilirubin toàn phần) ở ngày 1, ngày 3, ngày 5 sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo. Tỷ lệ di căn hạch. Thời gian nằm viện.

**2.6. Xử lý số liệu.** Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023 đã có 110 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K.

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

##### **Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		
Tuổi trung bình (tuổi)		55,3 ± 1,3
Giới (n, %)	Nam	98 (89,1)
	Nữ	12 (10,9)
Phát hiện tình cờ (n, %)		52 (47,3)
HBsAg (+) (n, %)		86 (78,2)
HCVAb (+) (n, %)		6 (5,5)
AFP trung bình (ng/ml)		2058,8 ± 5910,8
Huyết khối tĩnh mạch cửa phải (n, %)		14 (12,7)
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		9,3 ± 4,0

**Nhận xét:** Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu: 55,3 ± 1,3 tuổi, nam chiếm đa số (89,1%). Lý do vào viện thường gặp nhất là tình cờ phát hiện u (47,3%); viêm gan B: 78,2%, viêm gan C: 5,5%; AFP trung bình: 2058,8 ± 5910,8 ng/ml; huyết khối tĩnh mạch cửa phải (12,7%); kích thước trung bình u trên CLVT: 9,3 ± 4,0 cm.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**3.2.1. Kết quả trong mổ**

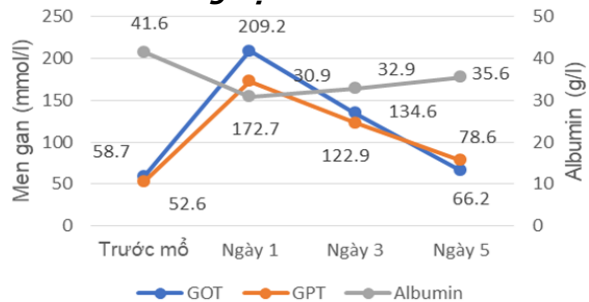
**Bảng 3.2. Kết quả trong mổ**

Đặc điểm		
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	103 (93,6)
	Lortat-Jacob	7 (6,4)
Nạo vét hạch (n, %)		31 (28,2)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		133,4 ± 33,3
Số BN phải truyền máu (n, %)		0

**Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy đa số bệnh nhân được kiểm soát cuống Glisson phải theo Takasaki (93,6%). Có 31 BN (28,2%) được nạo vét hạch rốn gan, đầu tụy, dọc động mạch gan chung, tỷ lệ di căn hạch (3,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,4 ± 33,3 phút. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ.

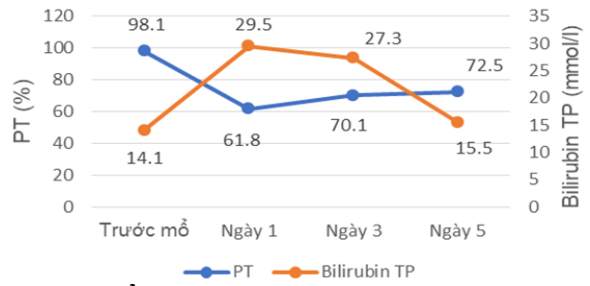
**3.2. Kết quả sớm sau mổ**

**3.2.1. Xét nghiệm**



**Biểu đồ 3.1. Kết quả xét nghiệm men gan và Albumin**

**Nhận xét:** Men gan GOT, GPT thường tăng cao ở ngày thứ 1 sau mổ sau đó giảm dần. Albumin thường thấp nhất ở ngày thứ 1, sau đó tăng dần về bình thường vào ngày 5 sau mổ.



**Biểu đồ 3.2. Kết quả xét nghiệm Prothrombin và Bilirubin toàn phần**

**Nhận xét:** Prothrombin (%) sau mổ có xu hướng thấp nhất ở ngày 1, sau đó tăng dần về bình thường vào ngày thứ 5 sau mổ. Trong khi Bilirubin TP (mmol/l) thường tăng cao nhất ở ngày 1, sau đó giảm dần về bình thường vào ngày thứ 5 sau mổ.

**3.3.2. Biến chứng**

**Bảng 3.3. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Cổ trướng	27	24,5
Suy gan	2	2,2
Tràn dịch màng phổi	1	1,1

**Nhận xét:** Có 28 (25,5%) BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là cổ trướng, chiếm 24,5%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (75%), II (21,4%), IIIa (3,6%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

**3.3.3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.** Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 12,9 ± 8,9 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 35 ngày.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55,3 ± 1,3 tuổi, nam giới chiếm đa số (89,1%), lý do vào viện thường gặp nhất là tình cờ phát hiện u, chiếm 47,3%. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh, thống kê bảng 3.1 có 78,2% các trường hợp mắc viêm gan B. Theo Lê Văn Thành (2016) [3]: độ tuổi trung bình 48,4 ± 12,7 tuổi, đau bụng là chủ yếu (75,0%), viêm gan B (71,9%). Nghiên cứu của Lee (2016) [5] tại Hàn Quốc về HCC thấy tỷ lệ BN nhiễm viêm gan B là 65,3%.

Thống kê cho thấy: AFP trung bình 2058,8 ± 5910,8 ng/ml, huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 14 BN (12,7%), kích thước trung bình khối u: 9,3 ± 4,0 cm (bảng 3.1). Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019): huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 6 BN (8,8%), kích thước u trung bình là: 5244,5 ± 21294,6 ng/ml [6].

**4.2. Kết quả phẫu thuật**

**4.2.1. Kết quả trong mổ.** Phương pháp kiểm soát cuống Glisson: đa số bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi kiểm soát cuống toàn bộ theo phương pháp của Takasaki, chiếm 93,6%. Có 7 trường hợp u gan phải kèm huyết khối tĩnh mạch cửa phải, chúng tôi kiểm soát riêng rẽ từng thành phần trong cuống Glisson ngoài gan theo tác giả Lortat-Jacob, nhằm mục đích ngăn không cho huyết khối di chuyển sang phần gan để lại. Nhiều tác giả cũng ưu tiên kỹ thuật của Lortat-Jacob khi tiếp cận các trường hợp HCC có huyết khối tĩnh mạch cửa nhánh phải [6].

Truyền máu trong mổ: vấn đề kiểm soát chảy máu và truyền máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong phẫu thuật cắt gan. Câu hỏi đặt ra cho các phẫu thuật viên trong cắt gan là khi nào thì cần truyền máu. Nanashima và cộng sự cho rằng: bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất khoảng 850 ml trở lên [9]. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ (bảng 3.2). Kết quả của Vũ Văn Quang (2018) [4]: có 13 BN (12,27%) phải truyền máu; của Yoon (2016) chỉ 5 BN (4%) cắt gan cần truyền máu trong mổ [8].

Nạo vét hạch: có 31 BN (28,2%) trong nghiên cứu được nạo vét hạch (gồm hạch rốn gan, sau đầu tụy và dọc động mạch gan chung) do hạch to nghi ngờ di căn. Kết quả có 01 BN có kết quả giải phẫu bệnh hạch sau mổ là di căn HCC (chiếm 3,2%), tỷ lệ này dao động rất khác nhau theo các nghiên cứu. Điều này đặt ra câu hỏi: liệu có nên nạo vét hạch thường quy đối với HCC?

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện sử dụng để cắt nhu mô gan, kích thước u, xâm lấn tạng lân cận. Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình là  $133,4 \pm 33,3$  phút (bảng 3.2). Nghiên cứu của Karamarkovic (2016): thời gian cắt gan phải trung bình:  $225,6 \pm 75,6$  phút [7].

#### 4.2.2. Kết quả sớm sau mổ

**4.3. Xét nghiệm.** Cắt gan phải là một cắt gan lớn, có tác động rất lớn đến chuyển hóa và chức năng của các cơ quan và đòi hỏi phải có thời gian để gan tái tạo lại, đây cũng là nguyên nhân dẫn tới những biến đổi của một số chỉ số sinh hóa máu sau phẫu thuật.

GOT, GPT là enzym của tế bào gan, quá trình phá hủy nhu mô gan dẫn tới tăng lượng enzym này trong máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: GOT, GPT tăng trong 24 giờ sau mổ và sau đó trở về gần giá trị bình thường vào ngày thứ 3 và 5 sau mổ. Trong khi Albumin thường thấp vào ngày đầu sau mổ sau đó tăng dần (biểu đồ 3.1).

Tỷ lệ Prothrombin và Bilirubin toàn phần trái ngược nhau. Prothrombin thường giảm ngay đầu và dần trở về bình thường vào ngày thứ 3 và 5 sau mổ; trong khi đó Bilirubin toàn phần trung bình sau mổ ngày 1, 3, 5 tăng so với trước mổ, giá trị cao nhất vào ngày thứ 3 và xu hướng giảm vào ngày thứ 5 sau mổ (biểu đồ 3.2).

**4.4. Biến chứng.** Theo Steven (2018), tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan điều trị HCC gặp khoảng 40% ở bệnh nhân không xơ gan, tăng cao hơn ở những bệnh nhân bị xơ gan. Các biến chứng chính gặp khoảng 10-20% bao gồm: rò mật, tràn dịch màng phổi, tổn thương thận cấp tính và suy gan. Tuổi cao và hội chứng rối loạn chuyển hóa làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ [10]. Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu gặp ở 28 BN, chiếm 25,5%.

Cổ trướng sau cắt gan là biến chứng thường gặp, đặc biệt là với các trường hợp gan xơ. Cổ trướng mức độ nhiều hoặc tăng lên sau mổ dự báo về khả năng huyết khối tĩnh mạch cửa, hoặc suy gan có thể xảy ra sau đó, tác giả khuyến cáo không nên dẫn lưu dịch [10]. Cắt nhu mô gan bằng kelly, theo nhiều tác giả cũng là nguy cơ làm tăng nguy cơ cổ trướng sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi: cổ trướng là biến chứng thường gặp nhất, chiếm 24,5% (bảng 3.3), phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả. Đa số bệnh nhân được điều trị ổn định bằng lợi tiểu, truyền huyết tương tươi, đạm gan và albumin. Có 01 bệnh nhân dẫn lưu ổ bụng bị tắc, siêu âm thấy dịch ổ bụng mức độ nhiều vào ngày 8 sau mổ, được chúng tôi chọc dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm, sau 14 ngày bệnh nhân được rút dẫn lưu ra viện.

Suy gan sau mổ là biến chứng nặng nề nhất sau phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan lớn. Chúng tôi chẩn đoán suy gan sau mổ theo tiêu chuẩn Belghiti 50/50: Prothrombin < 50% và Bilirubin toàn phần > 50  $\mu\text{mol/l}$  vào ngày thứ 5 sau mổ [3]. Có 2 BN (2,2%) gặp biến chứng suy gan (bảng 3.3). Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) có tỷ lệ BN suy gan là 5,9% [6].

Tràn dịch màng phổi thường gặp số lượng ít, phần lớn được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Trong nghiên cứu có 1 BN tràn dịch màng phổi (bảng 3.3), được điều trị nội khoa ổn định.

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, có 1 BN (3,6%) trong nghiên cứu có biến chứng nặng (độ IIIa). Kết quả này trong nghiên cứu của Lee (2016) là 11% [5].

**4.5. Thời gian nằm viện.** Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 12,9

$\pm 8,9$  ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 35 ngày. Kết quả này của một số tác giả trong nước là: Vũ Văn Quang (2018)  $10,7 \pm 3,4$  ngày [4], Trịnh Quốc Đạt (2019)  $10,4 \pm 3,1$  ngày [6].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp an toàn và hiệu quả nếu thực hiện ở trung tâm phẫu thuật chuyên khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC G** (2020), "Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide".
2. **Takasaki K** (2007), Glissonean pedicle transection method for hepatic resection, Springer Science & Business Media.
3. **Lê Văn Thành** (2013), "Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Quân Y.
4. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

- tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Luận án tiến sĩ Y học.
5. **Lee C-W, Tsai H-I, Sung C-M, et al** (2016), "Risk factors for early mortality after hepatectomy for hepatocellular carcinoma", *Medicine*, 95 (39).
  6. **Trịnh Quốc Đạt** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cuống Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội.
  7. **Karamarković A, et al** (2016), "Suprahilar Control of Glissonean Pedicle in the Open Anatomic Liver Resections: A Single Centre Experience", *Journal of Digestive Cancer Reports*, 4 (2), pp. 113-121.
  8. **Yoon Y-I, Kim K-H, Kang S-H, et al** (2017), "Pure laparoscopic versus open right hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis", *Annals of surgery*, 265 (5), pp. 856-863.
  9. **Nanashima A, Abo T, Hamasaki K, et al** (2013), "Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy", *Surgery today*, 43 (5), pp. 485-493.
  10. **Curley S A, Barnett Jr C C, Abdalla E K, et al** (2017), "Surgical management of potentially resectable hepatocellular carcinoma", *Monografia en Internet* [In: Ashley SW, Tanabe KK, editors UpToDate Waltham (MA): UpToDate.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT TIÊM TINH TỬ TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH CHO NAM GIỚI VÔ TINH KHÔNG DO BẾ TẮC

Tăng Kim Hoàng Văn<sup>1,4</sup>, Lý Thái Lộc<sup>1</sup>, Đặng Thị Huyền<sup>1</sup>,  
Mai Bá Tiến Dũng<sup>2</sup>, Lê Đình Hiếu<sup>3</sup>,  
Hoàng Thị Diễm Tuyết<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thuận<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Khoảng 1% nam giới mắc chứng vô tinh, tinh trạng không có tinh trùng khi xuất tinh. Vô tinh không do tắc nghẽn (NOA), ảnh hưởng đến 60% bệnh nhân vô tinh, là dạng vô tinh nam nghiêm trọng nhất và cần phải phẫu thuật mô tinh hoàn để tìm tinh trùng. Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng thành công chỉ là 50%, điều đó cũng có nghĩa là 50% nam giới còn lại không có cơ hội làm cha sinh học. Vì vậy, nhiều nghiên cứu đã cố gắng sử dụng tinh tử để tiêm vào bào tương trứng, chẳng hạn như tiêm tinh tử tròn (ROSI) hoặc tiêm tinh tử kéo đuôi (ELSI), để mang lại hy vọng thụ tinh và mang thai. Tinh tử là tinh trùng chưa trưởng thành nhưng đã hoàn thành giảm phân II và chứa bộ gen đơn bội như tinh trùng trưởng thành.

**Mục tiêu:** Đánh giá khả năng thụ tinh và mang thai của kỹ thuật tiêm tinh tử vào bào tương trứng ở nam giới không có tinh trùng trưởng thành. **Phương pháp:** Các cặp vợ chồng vô sinh do yếu tố nam, trong đó chồng mắc NOA và kết quả sinh thiết mô tinh hoàn không có tinh trùng trưởng thành nhưng có tinh tử sẽ được tư vấn tham gia nghiên cứu. Nhóm can thiệp là ROSI và ELSI. Kết quả đo lường chính là tỷ lệ thụ tinh, khả năng tạo phôi, tỷ lệ thai lâm sàng và trẻ sinh sống. **Kết quả:** Tổng cộng có 66 chu kỳ ROSI, 5 chu kỳ ELSI được thực hiện. Tỷ lệ thụ tinh với sự hình thành 2 tiền nhân (2PN) của ROSI, ELSI lần lượt là 35,1% và 64,5%. Tỷ lệ có thai lâm sàng của ROSI là 1,3%, thấp hơn nhiều so với ELSI (37,5%). Tuy nhiên, cả 2 nhóm đều có thai và trẻ sinh sống bình thường. **Kết luận:** ROSI và ELSI có thể xem như là phương pháp điều trị vô sinh thay thế cho nam giới không có tinh trùng. **Từ khoá:** Tinh tử tròn, Tinh tử kéo đuôi, tinh trùng non, ROSI, ELSI, vô sinh nam không do bế tắc, NOA

### SUMMARY

**THE EFFECTIVENESS OF SPERMATID INJECTION IN INFERTILITY TREATMENT FOR MEN WITH NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA**

<sup>1</sup>Bệnh viện Hùng Vương, Tp HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân, Tp.HCM

<sup>3</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. TP.HCM

<sup>4</sup>Đại học Quốc tế, Đại học Quốc gia Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Kim Hoàng Văn  
Email: tangkimhoangvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 13.01.2024