

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

Phạm Thế Anh¹, Trương Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan trái 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 12/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 57 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: $55,7 \pm 13,1$ tuổi; 82,5% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 84,2%. Chỉ số AFP trung bình: $681,7 \pm 1068,2$ ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa trái gặp ở 3 BN (5,3%). Kích thước khối u trung bình trên cắt lớp vi tính: $6,1 \pm 3,0$ cm. Đa số các trường hợp được kiểm soát cuồng theo phương pháp Takasaki (91,2%). Có 21 BN (36,8%) được nạo vét hạch rốn gan, đầu tụy, không có di căn hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình: $116,1 \pm 30,7$ phút; không có BN nào truyền máu trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình: $8,9 \pm 7,2$ ngày. Biến chứng gặp ở 5 BN bao gồm: cổ trướng (7%), suy gan (5,3%), tràn dịch màng phổi (1,8%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien-Dindo: II (66,7%), IIIa (33,3%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan trái 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 trái theo giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL LEFT HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To evaluate the short-term outcomes of anatomical left 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 December 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 57 patients. The average age was 55.7 ± 13.1 years; 82.5% of patients were male; hepatitis B related: 49.1%. The mean AFP was 681.7 ± 1068.2 ng/ml. Left portal vein thrombosis was seen in 3 patients (5.3%). The mean tumor size in the CT scan was 6.1 ± 3.0 cm. Takasaki's method was the majority of extrahepatic Glissonean pedicle isolation (91.2%). 21 patients (36.8%) underwent local

lymphadenectomy, including lymph nodes at hepatoduodenal ligament, along common hepatic artery and retro-pancreatic space, in which no metastasis was found. The mean operation time was 116.1 ± 30.7 min. There was no intraoperative blood transfusion. The average length of hospital stay was 12.9 ± 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 II (66.7%), and grade IIIa (33.3%). There was no perioperative mortality. **Conclusion:** Anatomical left hepatectomy for hepatocellular carcinoma is feasible, safe, and effective. **Keywords:** anatomical left 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 trái 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 cuồng gan của phần gan để lại [2].

Tại Bệnh viện K, cắt gan trái 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*

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

trái 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. 58 trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị HCC
- Không có huyết khối tĩnh mạch cửa thân chung, 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 mổ 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 trái, dây chằng vành trái, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan trái 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 hoặc kiểm soát riêng từng thành phần

trong bao Glisson theo Lortat-Jacob nếu có huyết khối tĩnh mạch cửa trái.

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



Hình 2.1. Đường ranh giới giữa gan phải và gan trái

Nguồn: BN Đỗ Anh T. 66T, số BA: 220210039

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

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

- Cầm máu diện 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 (hình 2.3).



Hình 2.2. Bệnh phẩm sau mổ: gan trái, túi mật và hạch rốn gan đầu tụy

Nguồn: BN Lò Thị N. 58T, số BA: 230106331

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 cuồng, 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 12 năm 2023 đã có 58 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan trái 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)		55,7±13,1
Giới (n, %)	Nam	47 (82,5)
	Nữ	10 (17,5)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)		28 (49,1)
HBsAg (+) (n, %)		48 (84,2)
HCVAb (+) (n, %)		1 (1,8)
AFP trung bình (ng/ml)		681,7±1068,2
Huyết khối tĩnh mạch cửa trái (n, %)		3 (5,3)
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		6,1±3,0

Nhận xét: Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu: 55,7 ± 13,1 tuổi, nam chiếm đa số (82,5%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (49,1%); viêm gan B: 84,2%, viêm gan C: 1,8%; AFP trung bình: 681,7 ± 1068,2 ng/ml; huyết khối tĩnh mạch cửa trái (5,3%); kích thước trung bình u trên CLVT: 6,1 ± 3,0 cm.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả trong mổ

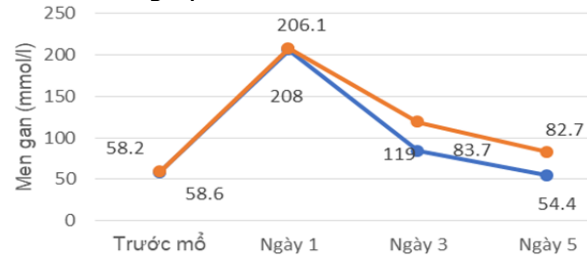
Bảng 3.2. Kết quả trong mổ

Đặc điểm		
Phương pháp kiểm soát cuồng (n, %)	Takasaki	52 (91,2)
	Lortat-Jacob	5 (8,8)
Nạo vét hạch (n, %)		21 (36,8)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		116,1 ± 30,7
Số BN phải truyền máu (n,%)		0

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy đa số bệnh nhân được kiểm soát cuồng Glisson trái theo Takasaki (91,2%). Có 21 BN (36,8%) được nạo vét hạch rốn gan, đầu tụy, dọc động mạch gan chung, không có di căn hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình: 116,1 ± 30,7 phút. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ.

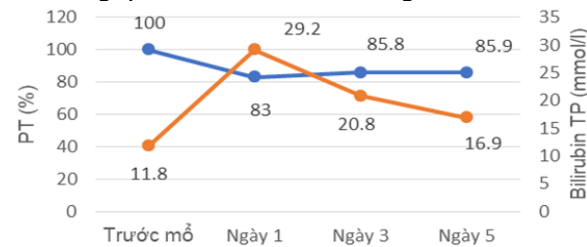
3.2.2. Kết quả sớm sau mổ

a. Xét nghiệm



Biểu đồ 3.1. Kết quả xét nghiệm men gan

Nhận xét: Men gan GOT, GPT thường tăng cao ở ngày thứ 1 sau mổ sau đó giảm dần.



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.

b. Biến chứng

Bảng 3.3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Cổ trướng	4	7
Suy gan	3	5,3
Tràn dịch màng phổi	1	1,8

Nhận xét: Có 5 (8,6%) BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là cổ trướng, chiếm 7%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: II (66,7%), IIIa (33,3%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

3.2.3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 8.9 ± 7.2 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 56 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là $55,7 \pm 13,1$ tuổi, nam giới chiếm đa số (82,5%), lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải, chiếm 49,1%. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh, thống kê bảng 3.1 có 84,2% các trường hợp mắc viêm gan B. Theo Lê Văn Thành (2016) [3]: độ tuổi trung bình $48,4 \pm 12,7$ 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 $681,7 \pm 1068,2$ ng/ml, huyết khối tĩnh mạch cửa trái gặp ở 3 BN (5,3%), kích thước trung bình khối u: $6,1 \pm 3,0$ 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: $5244,5 \pm 21294,6$ 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 91,2%. Có 3 trường hợp u gan trái kèm huyết khối tĩnh mạch cửa trái, 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 lớn sát thân chung [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: Việc nạo vét hạch thường quy đối với HCC vẫn đang có nhiều tranh cãi. Chúng tôi có 21 BN (36,8%) 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 không có di căn hạch. Xiaohong (2001) vét hạch thường quy cho tất cả 523 BN cắt gan, kết quả có 39 BN (7,4%) có di căn hạch.

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 $116,1 \pm 30,7$ phút (bảng 3.2). Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019): thời gian cắt gan trái trung bình: $172,2 \pm 62,3$ phút [6].

4.2.2. Kết quả sớm sau mổ

a. Xét nghiệm. Cắt gan trái 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 (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). Việc định lượng Prothrombin và Bilirubin máu giúp chẩn đoán suy gan sau mổ để đưa ra phương pháp điều trị kịp thời.

b. 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 5 BN, chiếm 8,6%.

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 7% (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.

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 3 BN (5,3%) gặp biến chứng suy gan (bảng 3.3). Có 01 bệnh nhân suy gan kéo dài, siêu âm ổ bụng ngày thứ 10 sau mổ thấy dịch ổ bụng mức độ nhiều >500ml, được chúng tôi chọc dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm, sau 56 ngày bệnh nhân được rút dẫn lưu ra viện. Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) có tỷ lệ BN suy gan là 5,9% [6].

Trần 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 trần 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 (33,3%) trong nghiên cứu có biến chứng nặng (độ IIIa). Kết quả này trong nghiên cứu của Lee (2016) là 11% [5].

4.2.3. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật trong nghiên cứu là $8,9 \pm 7,2$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 56 ngày. Kết quả này của Trịnh Quốc Đạt (2019) là $9,2 \pm 2,6$ ngày [6].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan trái 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 left 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.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT ĐƯỜNG RẠCH CẮT THÙY PHỔI KÈM NẠO VẾT HẠCH TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đình Hiếu¹, Lê Duy Tuấn¹, Phạm Văn Bình²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là một trong những ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Kỹ thuật cắt thùy phổi

kèm theo nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi một đường rạch đã được các tác giả trên thế giới đồng thuận. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã triển khai thường quy phẫu thuật này, cần có những tổng kết và đánh giá kết quả của kỹ thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 56 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch từ tháng 01/2021 tới 01/2023, về các thông số trong và sau mổ cùng tỷ lệ biến chứng... **Kết quả:** Bao gồm 36 nam và 20 nữ. Tuổi trung bình $58,2 \pm 12,6$ (31 - 72). Vị trí u chủ tập trung nhiều nhất ở thùy trên phổi phải với 20 trường hợp (35,7%). Thời gian phẫu thuật $147,6 \pm 48$ phút (80 - 190). Thời gian

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu

Email: bshieu27021986@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024