

- mặt bằng vật tại chỗ, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Bạch Minh Tiên** (2002), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả sử dụng Vật trực mạch và vật rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 - Glanz K., Schoenfeld E.R., và Steffen A.** (2010). A randomized trial of tailored skin cancer prevention messages for adults: Project SCAPE. *Am J Public Health*, 100(4), 735–741.
 - Bùi Văn Cường** (2016), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 - Kwon K.H., Lee D.G., Koo S.H. và cộng sự.** (2012). Usefulness of V-Y Advancement Flap for Defects after Skin Tumor Excision. *Arch Plast Surg*, 39(6), 619–625.
 - Dinehart S.M. và Pollack S.V.** (1989). Mohs micrographic surgery for skin cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 16(4), 257–265.
 - Nguyễn Quang Rực** (2019), Luận văn thạc sỹ y học, "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm kích thước vừa và nhỏ sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng mặt", Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 - Kalus R. và Zamora S.** (1996). Aesthetic considerations in facial reconstructive surgery: the V-Y flap revisited. *Aesthetic Plast Surg*, 20(1), 83–86.
 - Lee K.S., Kim J.O., Kim N.G. và cộng sự.** (2017). A Comparison of the Local Flap and Skin Graft by Location of Face in Reconstruction after Resection of Facial Skin Cancer. *Arch Craniofac Surg*, 18(4), 255–260
 - Lê Minh Tuấn** (2012), Luận văn thạc sỹ y học "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu và ứng dụng của nhánh trán động mạch thái dương nông tạo hình đầu mặt cổ", Đại Học Y Hà Nội.

NẠO VẾT HẠCH VÙNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh¹, Trương Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu có nạo vét hạch vùng và đánh giá mối liên quan giữa nạo vét hạch vùng và kết quả phẫu thuật. **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 cắt gan phải theo giải phẫu đã được thực hiện cho 110 bệnh nhân (BN), trong đó có 31 BN được nạo vét hạch vùng (hạch cuống gan, sậu đầu tụy, dọc động mạch gan chung), kết quả: tuổi trung bình: $50,5 \pm 14,6$ tuổi; 93,5% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 38,7%. Chỉ số AFP trung bình: $2560,1 \pm 6074,9$ ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa phải gặp ở 2 BN (6,5%). Kích thước khối u trung bình trên cắt lớp vi tính: $8,3 \pm 3,9$ cm. Đa số các trường hợp được kiểm soát cường theo phương pháp Takasaki (80,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình: $164,5 \pm 41,7$ phút; không có BN nào truyền máu trong mổ. Biến chứng gặp ở 14 BN (45,2%), bao gồm: cổ trướng (45,2%), tràn dịch màng phổi (3,2%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien–Dindo: I (78,6%), II (14,3%), IIIa (7,1%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình: $14,9 \pm 9,9$ ngày. Tổng số hạch vét được: 128 hạch. Tỷ lệ di căn hạch: 0,78%. Nạo vét hạch làm tăng thời gian mổ ($p=0,04$), tăng cổ trướng sau mổ ($p=0,002$), nhưng không làm

tăng biến chứng nặng ($p=0,3$), không làm tăng thời gian nằm viện ($p=0,06$). **Kết luận:** Nạo vét hạch vùng trong 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, nạo vét hạch vùng, ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

THE REGIONAL LYMPHADENECTOMY IN ANATOMICAL RIGHT HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To describe the patient characteristics underwent anatomical right hepatectomy with local lymph node resection for hepatocellular carcinoma (HCC) and evaluate the impact of local lymphadenectomy to postoperative outcomes.

Subjects and methods: 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. **Results:** Anatomical right hepatectomy was performed for 110 patients, in which 31 patients underwent local lymphadenectomy, including lymph nodes at hepatoduodenal ligament, along common hepatic artery and retro-pancreatic space. The average age was $50,5 \pm 14,6$ years; 93,5% of patients were male; hepatitis B related: 38,7%. The mean AFP was $2560,1 \pm 6074,9$ ng/ml. Right portal vein thrombosis was seen in 2 patients (6,5%). The mean tumor size in the CT scan was $8,3 \pm 3,9$ cm. Takasaki's method was the majority of extrahepatic Glissonean pedicle isolation (80,6%). The mean operation time was $164,5 \pm 41,7$ min. There was no intraoperative blood transfusion. Postoperative complications occurred in 14 patients, including ascites (45,2%) and pleural effusion (3,2%). The classification of complications according to Clavien–

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024

Dindo indicated: grade I (78,6%), grade II (14,3%), and grade IIIa (7,1%). There was no perioperative mortality. The average length of hospital stay was $14,9 \pm 9,9$ days. Total resected lymph nodes were 128, in which metastasis was found in one lymph node (0,78%). Lymph node dissection significantly prolonged operative duration ($p=0,04$) and resulted in a notable increase in postoperative ascites formation ($p=0,002$). However, the incidence of severe postoperative complications ($p=0,3$) and length of hospital stay ($p=0,06$) remained statistically unchanged. **Conclusion:** Anatomical right hepatectomy with local lymph node resection for hepatocellular carcinoma is feasible, safe, and effective. **Keywords:** anatomical right hepatectomy, local lymph nodes resection, hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) 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 BN, 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 [1].

Cắt gan trong điều trị HCC là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất. 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 [1]. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng xấu cho sự tiến triển của ung thư, làm tăng nguy cơ tái phát và giảm thời gian sống thêm. Nạo vét hạch trong cắt gan do HCC vẫn đang là vấn đề tranh cãi, liên quan đến tính cần thiết và nguy cơ làm tăng biến chứng trong và sau mổ [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm nhóm BN HCC được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu có nạo vét hạch vùng và đánh giá mối liên quan giữa nạo vét hạch vùng và kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 31 trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu có nạo vét hạch vùng từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu kèm nạo vét hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy, hạch dọc động mạch gan chung.
- 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

- BN 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: BN 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.

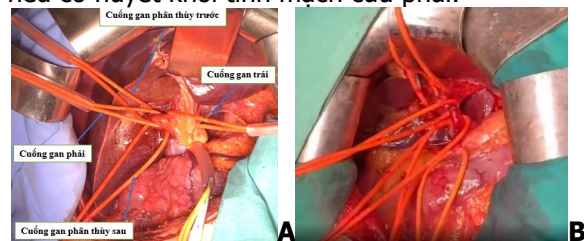
Bước 3: Giải phóng gan

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.

Bước 4: Kiểm soát cuống Glisson

- Cắt túi mật.

- Phẫu tích vào cuống 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 2.1. A. Kiểm soát cuống Glisson phải theo Takasaki. B. Sau nạo vét hạch vùng (BN Lê Thị L. 66T, số BA: 220299192)

(BN Hoàng Văn V. 50T, số BA: 220167607)

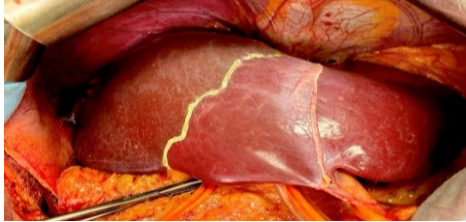
- Đặt garo chờ ở cuống gan.

Bước 5: Vết hạch cuống gan, dọc động mạch gan chung, sau đầu tụy thành một khối (monoblock) (hình 2.1B).

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 điện 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 điện cắt bằng vật liệu cầm máu.

Bước 7: Lau rửa ổ bụng, đặt 02 dẫn lưu tại điện 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, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ BN 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. Tổng số hạch vét được, 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. Sử dụng các test thống kê (t-test, Chi-square, Pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023, 31 BN được phẫu thuật cắt gan phải theo

giải phẫu có nạo vét hạch vùng 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		Bệnh nhân (n=31)
Tuổi trung bình (tuổi)		50,5±14,6 (19-75)
Giới (n, %)	Nam	29 (93,5)
	Nữ	2 (6,5)
Phát hiện tình cờ (n, %)		12 (38,7)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)		12 (38,7)
HBsAg (+) (n, %)		12 (38,7)
HCVAb (+) (n, %)		0
AFP trung bình (ng/ml)		2560,1 ± 6074,9
Huyết khối tĩnh mạch cửa phải (n, %)		2 (6,5)
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		8,3 ± 3,9

Nhận xét: Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong NC: 50,5 ± 14,6 tuổi, nam chiếm đa số (93,5%). Lý do vào viện thường gặp nhất là tình cờ phát hiện u và đau bụng hạ sườn phải (38,7%); viêm gan B: 38,7%; AFP trung bình: 2560,1 ± 6074,9 ng/ml; huyết khối tĩnh mạch cửa phải (6,5%); kích thước trung bình u trên CLVT: 8,3 ± 3,9 cm.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả trong mổ

Bảng 3.2. Kết quả trong mổ

Đặc điểm		Bệnh nhân (n=31)
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	25 (80,6)
	Lortat-Jacob	6 (19,4)
Biến chứng trong mổ		0
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		164,5±41,7
Số BN phải truyền máu (n,%)		0

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy đa số BN được kiểm soát cuống Glisson phải theo Takasaki (80,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 164,5 ± 41,7 phút. Không có BN nào truyền máu trong mổ.

3.2.2. Kết quả sớm sau mổ

a. Biến chứng

Bảng 3.3. Biến chứng sau mổ

Đặc điểm	Bệnh nhân (n=31)
Cổ trướng (n,%)	14 (45,2)
Tràn dịch màng phổi (n,%)	1 (3,2)

Nhận xét: Có 14 BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là cổ trướng, chiếm 45,2%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (78,6%), II (14,3%), IIIa (7,1%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

b. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 14,9 ± 9,9 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 47 ngày.

3.2.3. Nạo vét hạch vùng

- Tổng số hạch vét được: 128 hạch.
- Số hạch di căn: 1 hạch, tỷ lệ 0,78%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nạo vét hạch vùng và kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Nạo vét hạch (n=31)	Không nạo vét hạch (n=79)	p
Thời gian phẫu thuật			
> 130 phút	16	20	0,04
≤ 130 phút	15	59	
Cổ trướng			
Có	14	13	0,002
Không	17	66	
Suy gan			
Có	0	2	1,0
Không	31	77	
Tràn dịch màng phổi			
Có	1	0	0,28
Không	30	79	
Phân độ biến chứng (n=14)			
Nặng (Dindo III, IV, V)	1	0	0,3
Nhẹ (Dindo I, II)	13	14	
Thời gian nằm viện			
> 9 ngày	19	31	0,06
≤ 9 ngày	12	48	

Nhận xét: Nạo vét hạch làm tăng thời gian mổ (p=0,04), tăng cổ trướng sau mổ (p=0,002), nhưng không làm tăng suy gan (p=1,0), không làm tăng tràn dịch màng phổi (p=0,28), không làm tăng biến chứng nặng (p=0,3), không làm tăng thời gian nằm viện (p=0,06).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Tuổi trung bình BN trong NC là 50,5 ± 14,6 tuổi, nam giới chiếm đa số (93,5%), lý do vào viện thường gặp nhất là tình cờ phát hiện u và đau bụng hạ sườn phải, chiếm 38,7%. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh, thống kê bảng 3.1 có 38,7% 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%).

NC cho thấy: AFP trung bình 2560,1 ± 6074,9 ng/ml, huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 2 BN (6,5%), kích thước trung bình khối u trên CLVT: 8,3 ± 3,9 cm (bảng 3.1). NC 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 [4].

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Kết quả trong mổ. Phương pháp kiểm soát cuống Glisson: đa số BN chúng tôi kiểm soát cuống toàn bộ theo phương pháp của Takasaki, chiếm 80,6%. Có 2 trường hợp u gan phải kèm huyết khối tĩnh mạch cửa phải, chúng tôi kiểm soát riêng 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 [5].

Biến chứng trong mổ: Chúng tôi không gặp biến chứng nào trong mổ. Kết quả của Xiaohong: tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật là 0,95% (5/523), có 3 BN bị tổn thương tĩnh mạch cửa và hai BN khác bị tổn thương ống mật chủ, tất cả đều được khâu lại và không có biến chứng [2].

Truyền máu trong mổ: kiểm soát chảy máu và truyền máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong 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 [6]. NC của chúng tôi không có BN nào truyền máu trong mổ (bảng 3.2). Kết quả của Vũ Văn Quang (2018) [7]: có 13 BN (12,27%) phải truyền máu.

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 NC, thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm BN có nạo vét hạch vùng là 164,5 ± 41,7 phút (bảng 3.2), lâu hơn nếu so với nhóm không nạo vét hạch (p=0,04) (bảng 3.4). NC của Karamarkovic (2016): thời gian cắt gan phải trung bình: 225,6 ± 75,6 phút [8].

4.2.2. Kết quả sớm sau mổ

a. Biến chứng. Theo Steven (2018), tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan điều trị HCC gặp khoảng 40% ở BN không xơ gan, tăng cao hơn ở những BN 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 [9]. Biến chứng sau mổ trong NC gặp ở 14 BN, chiếm 45,2%.

Cổ trướng sau cắt gan là biến chứng thường gặp, đặc biệt là với các trường hợp gan xơ [9]. Cắt nhu mô gan bằng kelly, theo nhiều tác giả cũng là nguy cơ làm tăng nguy cơ cổ trướng sau mổ [10]. Trong NC của chúng tôi, cổ trướng là biến chứng thường gặp nhất, chiếm 45,2% (bảng 3.3) [10]. Việc nạo vét hạch vùng làm tăng cổ trướng sau mổ, với p=0,002 (bảng 3.4), tương tự kết quả NC của nhiều tác giả [2]. Đa số

BN được điều trị nội khoa ổn định. Có 01 BN 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 BN 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]. NC của Trịnh Quốc Đạt (2019) có tỷ lệ BN suy gan là 5,9% [4]. Trong 31 BN cắt gan phải có nạo vét hạch vùng thì không có BN nào suy gan sau mổ. Nạo vét hạch vùng không phải là yếu tố làm tăng suy gan sau mổ, với $p=1,0$ (bảng 3.4).

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 NC có 1 BN tràn dịch màng phổi (bảng 3.3), được điều trị nội khoa ổn định. Nạo vét hạch vùng không làm tăng biến chứng tràn dịch màng phổi sau mổ, với $p=0,28$ (bảng 3.4).

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, có 1 BN (3,6%) trong NC có biến chứng nặng (độ IIIa). Kết quả này trong NC của Lee (2016) là 11%. Nạo vét hạch vùng không phải là yếu tố làm tăng biến chứng nặng sau mổ, với $p=0,3$ (bảng 3.4).

b. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật của nhóm BN có nạo vét hạch là $14,9 \pm 9,9$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 47 ngày. Nạo vét hạch vùng không làm tăng thời gian nằm viện sau phẫu thuật, với $p=0,06$ (bảng 3.4). Kết quả này của một số tác giả trong nước là: Vũ Văn Quang (2018) $10,7 \pm 3,4$ ngày [7], Trịnh Quốc Đạt (2019) $10,4 \pm 3,1$ ngày [4].

4.2.3. Nạo vét hạch vùng. Tất cả BN trong NC được nạo vét hạch vùng, bao gồm: hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy và hạch dọc động mạch gan chung. Trong 31 BN được nạo vét hạch, có 1 BN có di căn hạch (chiếm 3,2%). Tổng số hạch vét được là 128 hạch, trong đó có 1 hạch di căn (chiếm 0,78%), tỷ lệ này dao động rất khác nhau theo các NC.

Trong NC của Xiaohong trên 523 BN HCC được phẫu thuật cắt gan kèm nạo vét hạch vùng, tỷ lệ di căn hạch là 7,45% (39/523 BN), tác giả khẳng định: tỷ lệ HCC di căn hạch ở những BN có thể cắt gan thấp hơn nhóm không thể phẫu thuật [2]. Các vị trí hạch di căn phổ biến nhất là ở hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy và dọc động mạch gan chung, trong đó hạch dọc động mạch gan chung là thường gặp nhất. Các

hạch này dường như là các "trạm" cho sự lây lan tế bào ung thư từ các u gan nguyên phát tới các hạch vùng và xa hơn.

Di căn hạch đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng HCC. Nhiều tác giả đã chứng minh BN HCC có di căn hạch có thời gian sống thêm ngắn hơn so với nhóm không di căn hạch. Tỷ lệ tái phát u ở BN HCC có di căn hạch cũng cao hơn ở những BN không có di căn hạch [2].

V. KẾT LUẬN

Nạo vét hạch vùng trong phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị HCC là an toàn và hiệu quả, có thể được thực hiện thường quy ở trung tâm phẫu thuật chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Banales J M, Marin J J, Lamarca A, et al** (2020), "Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management", Nature reviews Gastroenterology & hepatology, 17 (9), pp. 557-588.
2. **Xiaohong S, Huikai L, Feng W, et al** (2010), "Clinical significance of lymph node metastasis in patients undergoing partial hepatectomy for hepatocellular carcinoma", World journal of surgery, 34, pp. 1028-1033.
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. **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.
5. **Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al** (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", Annals of surgery, 229 (3), pp. 369.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **Dagher I, Belli G, Fantini C, et al** (2010), "Laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma: a European experience", Journal of the American College of Surgeons, 211 (1), pp. 16-23.