

trùng, gây viêm tấy lại vị trí dẫn lưu thận đưa ra da kéo dài thời gian nằm viện, chức năng thận ghép giảm về bình thường phải sau 3 tháng phẫu thuật (bảng 3). Theo dõi các kết quả của các tác giả trên thế giới đều thấy rằng biến chứng tiết niệu (hẹp niệu quản 4%, tỷ lệ rò niệu quản 4%, sỏi thận 1%, trào ngược niệu quản bàng quang 1,6%). Các biến chứng rò hoặc hẹp niệu quản thận ghép tương đương nhau nếu xử lý sớm thì kết quả xa chức năng thận ghép trở về bình thường<sup>9</sup>. Theo Tisserand<sup>10</sup> thông kê trên 145 thận ghép có biến chứng tiết niệu 28,9% trong đó tỷ lệ rò niệu quản 8% tuy vậy nếu điều trị kịp thời thì chức năng thận sớm hồi phục. Các tác giả đều cho rằng cho rằng biến chứng tiết niệu nếu phát hiện và điều trị sớm ít ảnh hưởng đến chức năng thận ghép, tuy nhiên biến chứng mạch máu có ảnh hưởng đến tỷ lệ mất thận ghép rõ ràng.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mổ mở chỉ định cho những trường hợp hẹp dài hoặc đã điều trị bằng nội soi thất bại. Đặt stent niệu quản không phải lúc nào cũng khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị. Phẫu thuật mổ mở vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho những trường hợp hẹp niệu quản sau ghép thận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eufraction P, Parada B, Moreira P** (2011) Surgical complication in 2000 renal transplants. *Transplantation proceedings*, 43, 142-144. doi:10.1016/j.transproceed.2010.12.009

2. **C. Simseka, S.M. Doganb, T. Piskinb, G. Okuta, K. Cayhana, A. Aykasa, E. Tatarc, and A. Uslu.** Should Interventional Radiology or Open Surgery Be the First Choice for the Management of Ureteric Stenosis After Transplantation? Dual-Center Study. *Transplantation Proceedings*, 49, 517-522 (2017)

3. **Brian D. Duty, John M. Barry** (2015) Diagnosis and management of ureteral complications following renal transplantation *Asian Journal of Urology* (2015) 2, 202-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajur.2015.08.002>

4. **Karam G., Héret J.F, Maillet F. et al** (2006). Late Ureteral Stenosis Following Renal Transplantation: Risk Factors and Impact on Patient and Graft Survival. *American Journal of Transplantation* 2006, 6, 352-356.

5. **Nie Z., Zhang K., Huo W. et al** (2009). Comparison of urological complications with primary ureteroureterostomy versus conventional ureteroneocystostomy. *Clinical Transplant*, 2009 John Wiley & Sons

6. **Streeter E.H., Little D.M., Cranston D.W. et al** (2002). The urological complications of renal transplantation: a series of 1535 patients. *BJU International* (2002), 90, 627-634.

7. **Shoskes DA, Hanbury D, Cranston D, et al:** Urological complications in 1,000 consecutive renal transplant recipients. *J Urol* 153:18, 1995.

8. **Prudhomme T, P. Bigot et al.** (2009). Etude de la vascularisation artérielle de l'uretère proximal.

9. **Liselotte S. S. Ooms, Adriaan Moelker, Joke I. Roodnat, Jan N. M. Ijzermans, Mirza M. Idu, Turkan Terkivatan.** Antegrade Balloon Dilatation as a Treatment Option for Posttransplant Ureteral Strictures: Case Series of 50 Patients

10. **Hamouda M., Sharma A., Halawa A.** (2018). Urine Leak After Kidney Transplant: A Review of the Literature. *Başkent University, Experimental and Clinical Transplantation*, 1, 90-95.

# KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN TRÁI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Đặng Hoàng Quốc<sup>2</sup>, Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan (UTĐMTG). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu do

ung thư biểu mô đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật được thực hiện cho 19 bệnh nhân. Tuổi trung bình:  $56,6 \pm 11,5$  tuổi; tỉ lệ nam/nữ: 0,58/1; tỷ lệ mắc viêm gan B hoặc C hoặc đồng nhiễm viêm gan B, C là 26,3%. CA 19 – 9 tăng trong 42,1% trường hợp và CEA tăng trong 10,5% trường hợp. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, số bệnh nhân có 1 khối u chiếm 89,5%, kích thước u > 5cm chiếm 21,1%. Tất cả các bệnh nhân đều được vét hạch cổng gan, hạch sau đầu tụy và hạch dọc động mạch gan chung. Thời gian phẫu thuật trung bình:  $158 \pm 54,4$  phút. Không có bệnh nhân nào xuất hiện biến chứng sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ: đa số ở giai đoạn IIIB (47,4%), nhân vệt tinh (21%), xâm

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

nhập mạch (0%), di căn hạch (47,4%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình:  $16,7 \pm 14,3$  ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị UTĐMTG là khả thi, an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** cắt gan trái, ung thư biểu mô đường mật trong gan.

## SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL LEFT HEPATECTOMY FOR INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA AT K HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the short-term outcomes of anatomical left hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma. **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical left hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery in National Cancer Hospital from January 2021 to December 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 19 patients. The average age was  $56,6 \pm 11,5$  years; sex ratio was 0,58 male per 1 female; hepatitis B and hepatitis C related: 26,3%. CA 19-9 and CEA levels were elevated in 42,1% and 10,5% of cases, respectively. Most patients had a solitary tumor (89,5%) with a size larger than 5cm (21,1%) in a CT scan. All patients underwent local lymphadenectomy, including lymph nodes at the hepatoduodenal ligament along the common hepatic artery and retro-pancreatic space. The mean operation time was  $158 \pm 54,4$  min. Postoperative pathology: IIIB TNM staging (47,4%), satellite nodules (21%), vascular invasion (0%), and lymph node metastases (47,4%). No patients had postoperative complications. There was no perioperative mortality. The average length of hospital stay was  $16,7 \pm 14,3$  days. **Conclusion:** Left hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma is a feasible, safe and effective method. **Keywords:** left hepatectomy, intrahepatic cholangiocarcinoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật là nhóm bệnh ác tính nguyên phát ở gan phổ biến thứ hai sau ung thư biểu mô tế bào gan, bệnh phát sinh từ các tế bào biểu mô của ống mật trong và ngoài gan. Theo vị trí giải phẫu, ung thư đường mật được chia thành ung thư đường mật trong gan (UTĐMTG) và ung thư đường mật ngoài gan (gồm ung thư đường mật vùng rốn gan hay u Klatskin và ung thư phần thấp ống mật chủ). UTĐMTG chiếm khoảng 25%, ung thư phần thấp ống mật chủ chiếm 25% và ung thư đường mật rốn gan chiếm 50% còn lại[1].

UTĐMTG là một bệnh ác tính với tỷ lệ sống sau 1 và 5 năm lần lượt là khoảng 30% và 18%. Bệnh có nguồn gốc từ quá trình viêm nhiễm mạn tính đường mật trong gan làm tổn thương đường mật gây quá sản, loạn sản biểu mô đường mật. Các nguyên nhân thường gặp gồm: viêm chít

đường mật nguyên phát, bệnh đường mật bẩm sinh, sỏi đường mật, sản lá gan... Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô đường mật cao nhất ở khu vực Đông Nam Á trong đó có Việt Nam, là vùng có tỷ lệ lưu hành cao của các bệnh gây ra bởi ký sinh trùng đường mật[1].

Hiện nay, điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa trị, thuốc điều trị đích và xạ trị là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân mắc ICC, trong đó phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u gồm cắt gan và nạo vét hạch cuống gan là phương pháp mang lại kỳ vọng sống cao nhất, đóng vai trò quyết định trong quá trình điều trị bệnh[1].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị UTĐMTG tại Bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu.

- Chức năng gan: Child-Pugh A.

- Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Thu thập số liệu: Lập danh sách bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan trái, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan. Lấy hồ sơ bệnh án tại kho hồ sơ. Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

### 2.3. Quy trình phẫu thuật

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản

Các thì phẫu thuật:

Bước 1: Mở bụng theo đường chữ J bên phải.

Bước 2: Đánh giá tổn thương.

Đánh giá thương tổn đại thể ổ bụng, hạch cuống gan, tổ chức u gan.

Bước 3: Cắt túi mật.

Bước 4: Giải phóng gan.

Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác trái, dây chằng vành trái, dây chằng gan tả 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 5: Kiểm soát các thành phần cuống gan theo phương pháp Takasaki hoặc Lortat – Jacob.

**Bước 6: Cắt gan**

- Đường cắt gan: sau khi kiểm soát các thành phần cuống gan, sẽ thấy được ranh giới giữa gan phải – trái.

- Cắt nhu mô gan: bằng pincer, dao siêu âm hoặc CUSA.

- Kiểm soát cuống gan: kẹp chọn lọc cuống trái phối hợp với cặp cuống gan toàn bộ (thủ thuật Pringle) hoặc không, thời gian cặp cuống gan toàn bộ mỗi lần không quá 15', giữa các lần cặp nghỉ 5'.

- Cuống gan trái có thể được cắt bằng băng ghim mạch máu hoặc cắt và khâu bằng chỉ mạch máu.

- Cắt thùy Spiegel.

- Cầm máu điện cắt gan: có thể sử dụng dao đơn cực, lưỡng cực hoặc khâu cầm máu bằng chỉ mạch máu.

- Các nhóm hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy, hạch dọc động mạch gan chung, được nạo vét trước hoặc sau khi cắt gan.

- Kiểm soát rò mật: đặt gạc trắng lên diện cắt, nếu phát hiện rò mật khâu bằng chỉ Prolene.

- Che phủ diện cắt bằng surgicel.

Bước 7: Lau ổ bụng, đặt O2 dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

**2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng; nồng độ CA 19 – 9, CEA, AFP; tỷ lệ mắc virus viêm gan B, viêm gan C; tiền sử sỏi mật và can thiệp gan mật, kích thước, số lượng u trên CLVT. Trong mổ: phương pháp kiểm soát cuống, tỷ lệ nạo hạch cuống gan, thời gian phẫu thuật.

Kết quả sớm: giải phẫu bệnh (típ mô bệnh học, giai đoạn bệnh, nhân vệt tinh, xâm nhập mạch, số lượng hạch vét được, di căn hạch), tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien – Dindo. Thời gian nằm viện.

**2.5. Xử lý số liệu.** Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, trung vị, 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.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023 đã có 19 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan 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	Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi); >60 tuổi (%)	56,6 ± 11,5; 36,8%
Tỉ lệ nam/nữ	0,58/1
Tiền sử mắc viêm gan virus B, C hoặc đồng nhiễm (n, %)	5 (26,3%)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)	10 (52,6%)
Tình cờ phát hiện u gan (n, %)	8 (42,1%)
CA 19 – 9 tăng (n, %)	8 (42,1%)
CEA tăng (n, %)	2 (10,5%)
U đơn độc trên CLVT (n, %)	17 (89,5%)
Kích thước u > 5cm trên CLVT (n, %)	4 (21,1%)
Đánh giá chức năng gan	Child – Pugh A: 100%

**Nhận xét:** Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu: 56,6 ± 11,5 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ: 0,58/1. Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (52,6%); tiền sử viêm gan B, C: 26,3%; CA 19.9 tăng trong 42,1% trường hợp, CEA tăng trong 10,5% trường hợp, đa số bệnh nhân chỉ có 1 u trên phim CLVT bụng (89,5%), có 4 bệnh nhân có u > 5cm trên phim CLVT (21,1%). Tất cả bệnh nhân có chức năng gan Child – Pugh A.



**Hình 3.1.** Nhu mô gan trái có khối kèm nốt lân cận, ngấm thuốc không đều sau tiêm, co kéo bao gan lân cận, kích thước 54x77mm

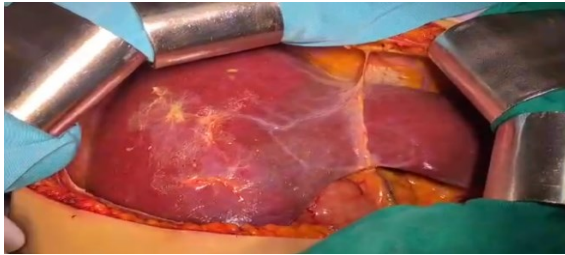
Nguồn: BN Nguyễn Thị M. 64T, số BA: 220262404

**3.2. Kết quả trong mổ**

**Bảng 3.2. Kết quả trong mổ**

Đặc điểm	Giá trị
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki 8 (42,1%) Lortat – Jacob 0(0)
Kẹp cuống toàn bộ trong thì cắt nhu mô	10 (52,6%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	158,9 ± 54,4

**Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy có 8 bệnh nhân được kiểm soát cuống Glisson trái theo Takasaki (42,1%). Có 10 bệnh nhân (52,6%) được kẹp cuống toàn bộ trong thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình: 158,9 phút.



**Hình 3.2. Đường ranh giới giữa gan phải và gan trái**

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

### 3.3. Kết quả sớm sau mổ

**Bảng 3.3. Kết quả sớm sau mổ**

Đặc điểm	Giá trị	
Ung thư biểu mô tuyến (n, %)	19 (100%)	
Nhân vệ tinh (n, %)	4(21,1%)	
Xâm nhập mạch (n, %)	0(0)	
Tổng số hạch vét được (n)	138	
Số hạch di căn (n, %)	28 (20,3%)	
Bệnh nhân có di căn hạch (n, %)	9 (47,4%)	
Giai đoạn bệnh theo TNM	IA	7(36,8%)
	IB	2(10,5%)
	II	1(5,3%)
	IIIB	9(47,4%)
Suy gan sau mổ (n, %)	0 (0)	
Cổ trướng (n, %)	0 (0)	
Nhiễm khuẩn huyết (n, %)	0 (0)	
Viêm phổi (n, %)	0 (0)	
Thời gian nằm viện	16,7 ± 14,3 (6-58)	

**Nhận xét:** Bảng 3.3 cho thấy toàn bộ bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh lafung thư biểu mô tuyến sau mổ. Có 4 trường hợp có nhân vệ tinh (21,1%). Không có bệnh nhân nào có u xâm nhập mạch. Có 28 hạch di căn trên tổng số 138 hạch (20,3%). Đa số bệnh nhân ở giai đoạn IIIB (47,4%). Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện là 16,7 ± 14,3, dài nhất 58 ngày, ngắn nhất 6 ngày.



**Hình 3.3. Hình ảnh bệnh phẩm sau mổ: gan trái, túi mật, hạch cuống gan, đầu tụy**

Nguồn: BN Phùng Thị L.. 44T, số BA: 230267272

## IV. BÀN LUẬN

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

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56,6 ± 11,5 tuổi, trong đó có 36,8% số bệnh nhân là trên 60 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 0,58/1 (bảng 3.1). Theo Trịnh Quốc Đạt, độ tuổi trung bình 52,5 ± 12,7; tuổi cao nhất 75, tuổi thấp nhất 16 tuổi; độ tuổi hay gặp 45 đến 65 chiếm 50%[2].

Tiền sử mắc viêm gan B, viêm gan C hoặc đồng nhiễm là 26,3%, không có bệnh nhân nào có tiền sử sỏi mật. Theo Trịnh Quốc Đạt: tiền sử mổ sỏi mật chiếm 31,7%, liên quan đến mổ đường mật chiếm 13,3%, viêm gan B chiếm 38,2%[2].

Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (52,6%), sau đó đến tình cờ phát hiện u gan (42,1%). Theo Trịnh Quốc Đạt đau bụng chiếm 96%, gầy sút chiếm 45%, vàng da chiếm 15%[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi CA 19 – 9 tăng chiếm 42,1%, CEA tăng chiếm 10,5% (bảng 3.1). Theo Trịnh Quốc Đạt CA 19 – 9 tăng chiếm 63,2%, CEA tăng chiếm 37,1%. Định lượng CA 19 – 9 trong máu không những có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư đường mật mà còn có vai trò theo dõi kết quả sau điều trị, đặc biệt CA 19 – 9 > 400 U/mL là yếu tố tiên lượng xấu sau mổ[2].

Chức năng gan trước phẫu thuật cắt gan nói chung là một yếu tố quan trọng, chức năng gan trước mổ tốt sẽ làm giảm tỷ lệ suy gan sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được lựa chọn đều là Child – Pugh A để tránh biến chứng suy gan sau mổ.

Chụp cắt lớp vi tính giúp xác định chính xác vị trí khối u, kích thước, số lượng u và các tổn thương phổi hợp khác trong ổ bụng như: hạch ổ bụng, huyết khối tĩnh mạch, dịch ổ bụng... đối với những bệnh nhân dự kiến cắt gan lớn có thể dựng hình đo thể tích gan còn lại trước mổ. Chúng tôi chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang cho tất cả bệnh nhân, kết quả 1 u chiếm 89,5%, kích thước u ≥ 5 cm chiếm 21,1% (bảng 3.1). Trong nghiên cứu của Addeo và cộng sự năm 2019, trong số 120 bệnh nhân được chọn, 64 bệnh nhân (53%) có 1 u đơn độc và 56 bệnh nhân (47%) có nhiều tổn thương. Bệnh nhân có nhiều khối u có kích thước tổn thương chính trung bình lớn hơn (p = 0,02), cần tỷ lệ truyền máu chu phẫu cao hơn (p = 0,04), có tỷ lệ di căn hạch (p < 0,0001), xâm lấn mạch máu (p = 0,04) và độ biệt hóa kém (p = 0,04) cao hơn so với các trường hợp chỉ có 1 khối u. Bệnh nhân có khối u đơn lẻ có thời gian sống sót sau 5 năm dài hơn (40%) so với bệnh nhân có nhiều khối u

(14%;  $p = 0,004$ )[3].

## 4.2. Kết quả phẫu thuật

### 4.2.1. Kết quả trong mổ

Phương pháp kiểm soát cuống:

- Kỹ thuật cặp cuống gan toàn bộ (thủ thuật Pringle): có 10 trường hợp (52,6%) chúng tôi áp dụng kỹ thuật cặp cuống gan toàn bộ trong thì cắt nhu mô để hạn chế mất máu, cặp liên tục 15 phút sau đó mở cặp 5 phút rồi lặp lại cho đến khi cắt xong nhu mô gan. Theo Belghiti [4], việc cặp cuống toàn bộ ngắt quãng hiệu quả hơn phương pháp cặp cuống liên tục về kiểm soát lượng máu mất trong phẫu thuật và hiệu quả hơn về mặt hồi phục sau phẫu thuật.

- Kỹ thuật kiểm soát cuống chọn lọc Takasaki: phẫu tích tại rốn gan có thể bộc lộ các cuống Glisson chính. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi có 8 trường hợp (42,1%) kiểm soát chọn lọc cuống trái theo Takasaki để xác định danh giới gan trái.

- Kỹ thuật Lortat – Jacob: kiểm soát cuống mạch ngoài nhu mô gan, kiểm soát, cặp và cắt các thành phần cuống gan ở ngoài gan sau đó mới cắt gan, sau khi thắt các thành phần ngoài gan sẽ nhìn thấy được diện thiếu máu của gan. Trong cắt gan trái kỹ thuật này giúp ta bộc lộ rõ ràng các thành phần giúp ta kiểm soát được sự tiến triển khối u khi xâm lấn đường mật và mạch máu, tuy nhiên cũng có thể làm tổn thương hoặc thắt nhầm thành phần của cuống gan đặc biệt trong trường hợp có biến đổi giải phẫu. Trong nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào được làm kỹ thuật này.

Nạo vét hạch: Trong nghiên cứu tất cả các trường hợp đều được nạo vét hạch cuống gan, sau đầu tụy và hạch động mạch gan chung. Vai trò của việc nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt gan ở bệnh nhân ICC vẫn đang được tranh luận. Theo Moris, nên nạo vét từ 6 hạch trở lên ở bệnh nhân ICC và nên nạo vét hạch nhóm 8 (động mạch gan chung) và hạch nhóm 12 (dây chằng gan tá tràng) vì 82% di căn hạch biểu hiện ở những vị trí này.[5].

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là  $158,9 \pm 54,4$  phút (bảng 3.2). Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện sử dụng để cắt nhu mô gan (Kelly, dao siêu âm, CUSA...).

### 4.2.2. Kết quả sớm sau mổ

Nhân vêt tinh: Kết quả của chúng tôi trên kết quả giải phẫu bệnh phát hiện 4 bệnh nhân có nhân vêt tinh (chiếm 21%). Theo Addeo, bệnh nhân có khối u đơn lẻ có tỷ lệ sống sót sau 5 năm và thời gian sống thêm cao hơn (36,5

tháng; 40%) so với bệnh nhân có khối u vêt tinh (20 tháng, 7%;  $p = 0,0004$ ). Thời gian sống thêm không bệnh ở những bệnh nhân có 1 khối u có xu hướng dài hơn (12,8 tháng) so với trường hợp có nốt vêt tinh (7,5 tháng), nhưng không đạt được ý nghĩa thống kê ( $p = 0,30$ )[3].

Xâm nhập mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có u xâm nhập mạch trên giải phẫu bệnh. Trong một thử nghiệm đa trung tâm quốc tế trên 1089 bệnh nhân ICC, xâm nhập mạch được ghi nhận là một yếu tố tiên lượng xấu độc lập. Thời gian sống thêm trung bình lần lượt là 39 tháng so với 21 tháng ở bệnh nhân không xâm nhập mạch và có xâm nhập mạch; bệnh nhân không xâm nhập mạch máu có thời gian sống thêm dài nhất là 45 tháng[1].

Di căn hạch: Nghiên cứu của chúng tôi có 9/19 trường hợp di căn hạch (chiếm 47,4%). Vai trò của di căn hạch trong tiên lượng bệnh còn đang được tranh luận. Theo J.L. Huang (2004) qua 31 trường hợp kết luận di căn hạch không làm ảnh hưởng thời gian sống sau mổ, có trường hợp di căn hạch sống trên 3 năm [6]. Tuy nhiên cũng có những quan điểm trái ngược. Theo Sakamoto.Y, ung thư đường mật có di căn hạch tiên lượng xấu, chỉ định còn nhiều tranh cãi [7]. Theo Moris, di căn hạch ảnh hưởng xấu đến nguy cơ tái phát và tử vong (thời gian sống trung bình 30 tháng ở bệnh N0 so với 24 tháng ở bệnh N1;  $p = 0,03$ ), di căn hạch không phải là chống chỉ định của cắt gan và việc lấy hạch hệ thống nên được làm kèm phẫu thuật cắt gan[5].

Giai đoạn bệnh: UTĐMTG chủ yếu gặp ở giai đoạn IIIB chiếm 47,4% bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.3). Theo RuiYang, trong 712 bệnh nhân ICC, tỷ lệ sống sót sau 3 năm là 89,8% ở giai đoạn IA, 77,0% ở giai đoạn IB, 64,3% ở giai đoạn II, 65,6% ở giai đoạn IIIA, 38,3% ở giai đoạn IIIB và 42,0% ở giai đoạn IVB[8].

Biến chứng sau mổ: trong nghiên cứu không có trường hợp nào tử vong, rò mật, cổ trướng, suy gan và chảy máu sau mổ. Ngô Đắc Sáng: suy gan 3,47%; suy thận 0,32%; tràn dịch màng phổi 11,99%; chảy máu 1,26%; rò mật 1,89% điều trị nội khoa ổn định; áp xe tồn dư 0,32%; dịch cổ trướng là 8,52% [9]. Tuy nhiên nghiên cứu này cũng cho thấy rằng loại phẫu thuật cắt gan không ảnh hưởng đến kết quả gần, phù hợp với các nghiên cứu khác cho rằng phẫu thuật cắt bỏ u vẫn là biện pháp điều trị lựa chọn hàng đầu trong UTĐMTG, ngay cả khi phẫu thuật cắt bỏ u không mạng tính triệt căn thì nó cũng có giá trị hơn là phẫu thuật tạm thời như sinh thiết, dẫn lưu.

Thời gian nằm viện: Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là  $16,7 \pm 14,3$  ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 58 ngày. Theo Ngô Đắc Sáng: ngày nằm trung bình  $9,9 \pm 3,6$  ngày, ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 40 ngày [9].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị UTĐMTG là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, nên được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật gan mật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Diwany R, Pawlik T M, Ejaz A J S O C** (2019), "Intrahepatic cholangiocarcinoma", 28 (4), pp. 587-599.
2. **Dat T Q** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư đường mật trong gan", Luận văn bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội.
3. **Addeo P, Jedidi I, Locicero A, et al** (2019), "Prognostic impact of tumor multinodularity in intrahepatic cholangiocarcinoma", 23, pp. 1801-1809.
4. **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.
5. **Moris D, Palta M, Kim C, et al** (2023), "Advances in the treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma: An overview of the current and future therapeutic landscape for clinicians", 73 (2), pp. 198-222.
6. **Huang J L, Biehl T R, Lee F T, et al** (2004), "Outcomes after resection of cholangiocellular carcinoma", The American journal of surgery, 187 (5), pp. 612-617.
7. **Sakamoto Y, Kokudo N, Matsuyama Y, et al** (2016), "Proposal of a new staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma: analysis of surgical patients from a nationwide survey of the Liver Cancer Study Group of Japan", Cancer, 122 (1), pp. 61-70.
8. **RuiYang W, ZhiMing Y, Jiao F, et al** (2021), "Evaluation and recommendation of the 8th edition of American joint committee on cancer (AJCC) staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) in 820 patients from the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) database", 25, pp. 145-154.
9. **Ngô Đắc Sáng** (2018), "Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng". Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân Y.

## KẾT QUẢ CỦA HOẠT ĐỘNG DƯỢC LÂM SÀNG TRONG DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN NẶNG TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Thị Ngọc Thực<sup>1</sup>, Vũ Đình Hòa<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Quân<sup>1</sup>,  
Đào Ngọc Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Minh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quỳnh Hoa<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Anh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích kết quả can thiệp Dược lâm sàng trong dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân nặng tại Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp thông qua hoạt động Dược lâm sàng trên các bệnh nhân nhập Trung tâm Cấp cứu A9. **Kết quả:** 132 bệnh nhân ở giai đoạn trước can thiệp và 178 bệnh nhân ở giai đoạn sau can thiệp được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng dược lý khi có đầy đủ tiêu chuẩn dự phòng tăng từ 48,7% (trước can thiệp) lên 93% ở giai đoạn sau can thiệp ( $p < 0,01$ ). Với các bệnh nhân được dự phòng, tỷ lệ được hiệu chỉnh liều thuốc chống đông theo chức

năng thận và cân nặng tăng từ 76% lên 90,8% ( $p < 0,01$ ). Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về thời điểm bắt đầu dự phòng và tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuốc chống đông đầy đủ theo hướng dẫn. **Kết luận:** Hoạt động Dược lâm sàng có tác động tích cực thúc đẩy việc dự phòng TTHKTM hợp lý trên bệnh nhân nặng tại TT Cấp cứu A9. Mô hình này nên cần nhắc được mở rộng áp dụng cho các đối tượng bệnh nhân khác và tại các đơn vị lâm sàng khác trong bệnh viện. **Từ khóa:** dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, bệnh nhân nặng, Hồi sức tích cực, can thiệp Dược lâm sàng

### SUMMARY

#### RESULTS OF CLINICAL PHARMACY SERVICE IN VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IN CRITICAL ILLNESS PATIENTS AT EMERGENCY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** This study is performed to investigate the effects of clinical pharmacist intervention in venous thromboembolism prophylaxis in critical patients at the Emergency Department, Bach Mai

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Ngọc Thực

Email: thucbn7981@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024